

шен (64,6 %), преимущественно у мальчиков 5–9 лет и девочек 15–18 лет. При проведении рентгенографии ОГК и исследовании функции внешнего дыхания изменения выявлены не были в 63,2 и 62,2 % соответственно.

УДК 616.34-008.87:[616.2-022+616.2-056.43]-53.2

**МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ВИРУСНОЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ**

Ярошенко М. А., Терещенко Е. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Дисбактериоз у детей характеризуется стойким нарушением микробиоты кишечника, изменением соотношения облигатной и факультативной микрофлоры кишечника в пользу последней.

Проблема дисбактериоза у детей — наиболее актуальная в педиатрии, поскольку по данным современных исследований, нарушение биоты кишечника выявляется у 25–50 % здоровых детей грудного возраста. Среди детей, больных соматическими и инфекционными заболеваниями (кишечными, респираторными инфекциями, аллергическими заболеваниями), дисбактериоз кишечника различной степени тяжести обнаруживается практически в 100 % случаев.

Цель

Изучить микробиоту кишечника у детей с заболеваниями органов дыхания вирусной и аллергической природы.

Материал и методы исследования

Для исследования были проанализированы 34 медицинские карты пациентов с рецидивирующей инфекцией дыхательных путей и 22 медицинские карты пациента с бронхиальной астмой, находившихся на стационарном лечении в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2019 г. у которых был проведен анализ кала на дисбактериоз.

Дети с рецидивирующей инфекцией дыхательных путей составили 1-ю группу, с бронхиальной астмой — 2-ю группу.

Результаты исследования и их обсуждение

Инфекции верхних дыхательных путей представляют собой наиболее распространенные острые заболевания. Большинство результатов эпидемиологических исследований свидетельствуют, что среднее число эпизодов острых респираторных инфекций у детей в возрасте младше 5 лет составляет до 5–6 раз в год и около 3–4 раз в год — у детей старшего возраста.

Согласно анализу, рецидивирующие инфекции дыхательных путей наиболее часто встречаются у детей дошкольного возраста: в 44 % случаев в возрасте 4–6 лет, в 29 % — в возрасте 2–3 лет. У детей начальной школы заболеваемость респираторными инфекциями снижается до 17 %. Дети первого года жизни и старшего школьного возраста редко имеют рецидивирующие респираторные инфекции: в 6 и в 3 % случаев соответственно.

При анализе кала на дисбактериоз у детей 1-й группы выявлено: нормальное количество бифидобактерий определялось у 30 (88 %) детей; лактобактерии в норме диагностированы у 25 (74 %) детей; энтерококки в норме — у 27 (79 %); нормальное коли-

чество *E. Coli* определялось у 34 (100 %) детей; гемолитические *E. Coli* — у 12 (35 %); дрожжеподобные $>10^3$ — у 14 (41 %) детей; золотистый стафилококк $>10^3$ — у 5 (15 %) детей; *Pseudomonas aeruginosa* — у 4 (12 %); *Klebsiella terrigena* — у 1 (3 %) ребенка.

Бронхиальная астма — заболевание, характеризующееся обратимой обструкцией дыхательных путей, вызванной их воспалением и гиперреактивностью. Бронхиальная астма является наиболее распространенным во всем мире заболеванием, представляющим значительную социальную проблему, как для детей, так и для взрослых. За последние 20 лет распространенность этого заболевания заметно возросла, особенно среди детей.

Согласно результатам нашего исследования, бронхиальная астма чаще диагностируется у детей дошкольного и младшего школьного возраста: в 27 и в 36 % случаев соответственно. В возрасте 2–3 года и 7–12 лет — по 18 % случаев.

При анализе кала на дисбактериоз у детей 2 группы выявлено: нормальное количество бифидобактерий у 21 (95 %) ребенка; лактобактерии в норме диагностированы у 19 (86 %) детей; энтерококки в норме — у 21 (95 %) ребенка; нормальное количество *E. Coli* — у 20 (91 %) детей; *E. coli* со сниженной ферментативной активностью — у 3 (14 %) детей.

Выводы

Сравнительный анализ микробиоценоза кишечника у детей с рецидивирующей инфекцией дыхательных путей и бронхиальной астмой показал, что снижение нормальной микрофлоры кишечника больше выражено при рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и характеризуется повышенным ростом условно-патогенной флоры, из которых наибольший рост отмечен у дрожжеподобных грибов, что может быть связано с частым использованием антибактериальных препаратов.

УДК612.766.1:796]-053.2

ПОКАЗАТЕЛИ СТРЕСС-ТЕСТА И ХРОНОТРОПНОГО ИНДЕКСА У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ И ЛЮБИТЕЛЬСКИМ СПОРТОМ

Ярошук Д. Е., Демко А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. А. Скуратова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Спортивная тренировка является целенаправленным испытанием функциональных возможностей организма ребенка. Доказано, что тренировочный процесс необходимо рассматривать как мощный стрессорный фактор, приводящий к изменению показателей гомеостаза в пределах нормальных значений, увеличивая напряжение сердечно-сосудистой системы (ССС) [1, 4]. По мере расширения контингента детей, занимающихся спортом, возрастает вероятность участия в соревнованиях детей и подростков, имеющих отклонения в состоянии здоровья. В этой ситуации повышается значение нагрузочных тестов, проводимых с прогностической целью и для выработки индивидуальных рекомендаций по режиму двигательной активности [2, 5]. Понятие стресс-теста в кардиологии включает в себя оценку функционального резерва и состояния сердечно-сосудистой системы при выполнении таких нагрузочных тестов, как тредмил-тест и велоэргометрия. При этом не менее важное значение имеет расчет хронотропного индекса сердца (ХИ) — разницы между максимальной ЧСС (на высоте нагрузки) и ЧСС в покое, позволяющего оценить уровень физической подготовки спортсмена. В норме