

по резус-фактору, большее количество проведенных койко-дней детьми с ГБН по резус-фактору, подтверждает более тяжелое течение ГБН по резус-фактору по сравнению с ГБН по АВО. В нашем исследовании не отмечено значительных отличий течения ГБН у недоношенных детей по сравнению с доношенными.

УДК 616.248-071-053.2

**ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Юшкевич П. Е., Петрошенко А. В.

Научный руководитель: ассистент М. А. Груздева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Во всем мире отмечается тенденция к росту заболеваемости бронхиальной астмой (БА) и ее более тяжелому течению, особенно у детей. Это обусловлено гетерогенностью генеза заболевания, разнообразием, и стертой клинических проявлений и трудностями раннего выявления пациентов с БА.

Цель

Проанализировать результаты лабораторно-инструментальных методов обследования детей различного возраста с бронхиальной астмой.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 152 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в педиатрическом отделении № 1 учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в связи с БА в период с января по июль 2019 г.

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от триггера выделяют следующие формы бронхиальной астмы: вирус-индуцированная, аллерген-индуцированная и мультитриггерная. Половозрастная характеристика группы пациентов с различными формами бронхиальной астмы представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Половозрастная характеристика группы пациентов с различными формами бронхиальной астмы

Возраст, лет	Аллерген-индуцированная, n = 70				Вирус-индуцированная, n = 19				Мультитриггерная, n = 63			
	мальчики, n = 48		девочки, n = 22		мальчики, n = 14		девочки, n = 5		мальчики, n = 30		девочки, n = 33	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2-4	5	10,4	3	13,6	5	35,7	1	20	7	23,3	9	27,3
5-9	10	20,8	7	31,8	6	42,9	4	80	11	36,7	12	36,4
10-14	22	45,8	6	27,3	2	14,3	0	0	9	30,0	6	18,2
15-18	11	22,9	6	27,3	1	7,1	0	0	3	10,0	6	18,2

По данным таблицы 1 в группе пациентов с аллерген-индуцированной формой БА встречаемость у мальчиков наибольшая в 10–14 лет (45,8 %), а у девочек чаще в 5–9 лет (31,8 %); наименьшая — у мальчиков и у девочек в 2–4 года (10,4 и 13,6 % соответственно). В группе с вирус-индуцированной формой наибольшая встречаемость у мальчиков и девочек 5–9 лет (42,9 и 80 % соответственно); наименьшая у мальчиков и

девочек 15–18 лет (7,1 %), а у девочек и в 10–14 (0 %). В группе с мультитриггерной формой БА наибольшая встречаемость у мальчиков и у девочек — 5–9 лет (36,7 и 36,4 % соответственно); наименьшая у мальчиков в 15–18 лет (10 %), а у девочек в 10–14 лет (18,2 %) и 15–18 лет (18,2 %).

В зависимости от уровня IgE в крови выделяют следующие формы БА: IgE-опосредованная, не IgE-опосредованная и IgE-неуточненная. Уровень IgE был определен у 96 (63%) детей. Половозрастная характеристика группы пациентов с различным уровнем IgE* представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Половозрастная характеристика группы пациентов с различным уровнем IgE

Возраст, лет	Норма, n = 20				Незначительно повышен, n = 14				Повышен значительно, n = 62			
	мальчики, n = 15		девочки, n = 5		мальчики, n = 8		девочки, n = 6		мальчики, n = 39		девочки, n = 23	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
2–4	1	6,7	1	20	3	37,5	0	0	8	20,5	6	26,1
5–9	3	20	3	60	1	12,5	4	66,7	13	33,3	5	21,7
10–14	4	26,7	1	20	3	37,5	1	16,7	12	30,8	5	21,7
15–18	7	46,7	0	0	1	12,5	1	16,7	6	15,4	7	30,4

Примечание: *Норма IgE до 25 МЕ/мл, незначительно повышен — до 50 МЕ/мл, повышен значительно — более 50 МЕ/мл.

Нормальный уровень IgE чаще наблюдается у мальчиков 15–18 лет (46,7 %) и девочек 5–9 лет (60 %); умеренно повышенный его уровень чаще всего наблюдается у мальчиков 2–4 лет (37,5 %) и 10–14 лет (37,5 %), у девочек 5–9 лет (66,7 %); значительно повышенный уровень IgE у мальчиков наблюдается чаще в 5–9 лет (33,3 %), а у девочек в 15–18 лет (30,4 %).

Из 114 (75 %) пациентов, прошедших рентгенографию, норма у 72 (63,2 %), из них мальчиков 42 (58,3 %) и девочек 30 (41,7 %). Усиление легочного рисунка наблюдалось у 42 (36,8 %) детей, из них мальчиков 25 (59,5 %) и девочек 17 (40,5 %). 44 (25 %) пациента не прошли рентгенографию.

Из 111 (73 %) пациентов, прошедших исследование функции внешнего дыхания, норма у 69 (62,2 %), из них мальчиков 43 (62,3 %) и девочек 26 (37,7 %). Признаки начальной бронхообструкции у 28 (25,2 %) пациентов (мальчиков 19 (67,9 %) и девочек 9 (32,1 %)). Признаки умеренной бронхообструкции у 14 (12,6 %) обследуемых (мальчиков 9 (64,3 %) и девочек 5 (35,7 %)). 47 (27 %) пациентов не прошли исследование функции внешнего дыхания. Результаты рентгенографии ОГК и исследования функции внешнего дыхания у пациентов с БА представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Результаты рентгенографии и исследования функции внешнего дыхания у пациентов с БА

Пол	Рентгенограмма				Функция внешнего дыхания					
	норма, n = 72		усиление легочного рисунка, n = 42		норма, n = 69		начальная бронхообструкция, n = 28		умеренная бронхообструкция, n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Мальчики	42	58,3	25	59,5	43	62,3	19	67,9	9	64,3
Девочки	30	41,7	17	40,5	26	37,7	9	32,1	5	35,7

Выводы

В анализируемой группе детей основной формой бронхиальной астмы была аллерген-индуцированная форма (46%), которая наиболее часто встречается у мальчиков 10–14 лет и девочек 5–9 лет. Уровень IgE в большинстве случаев был значительно повы-

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-