

Несвоевременное введение твердой пищи, привычка родителей все перемалывать, размельчать, перетирать нарушает функции кусания, жевания и глотания, что приводит не только к неправильному становлению зубочелюстной системы, но также к дизонтогенезу формирования артикуляционного аппарата, к неправильному произношению звуков.

Формированию неправильного прикуса и как следствие и неправильному звукопроизношению способствуют особенности дыхания. Нарушение дыхательной функции отмечается при дыхании через рот. Ротовое дыхание наблюдалось у 35 (77,8 %) детей, носовое — у 10 (22,2 %) детей.

Нарушение осанки приводит к выраженным речевым нарушениям. Наличие сутулости выявлено у 18 (40 %) детей. Данная вредная привычка влияет на развитие дистального и мезиального прикуса.

### **Выводы**

Больше половины детей с нарушениями речи на первом году жизни находились на искусственном/смешанном вскармливании, что могло повлечь за собой деформацию органов артикуляции. Несвоевременное введение прикорма, жидкое состояние пищи, позднее введение твердых продуктов питания, использование ротового дыхания, что отмечено примерно в 80 % случаев, нарушение осанки способствуют орофациальным дисфункциям у детей и нарушению речевого развития.

УДК 616.155.194.113-02-053.31

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

*Штаненко А. В., Рида Х.*

**Научный руководитель: ассистент О. А. Зайцева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь,**

### **Введение**

Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) — изоиммунная гемолитическая анемия, возникающая в случаях несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам, при этом антигены локализуются на эритроцитах плода, а антитела на них вырабатываются в организме матери. Конфликт возникает, если мать антигенотрицательная, а плод антиген-положительный. При несовместимости по резус-фактору мать резус-отрицательная, а плод резус-положительный. При групповой несовместимости у матери 0(I) группа крови, а у плода А(II) или В(III). Значительно реже ГБН обусловлена несовместимостью плода и матери по другим антигенным системам (Kell, Duffi, Kidd и др.).

По ведущим клиническим проявлениям выделяют желтушную, анемическую, отечную и смешанную формы ГБН.

### **Цель**

Изучить распространенность и факторы, влияющие на развитие ГБН.

### **Материал и методы исследования**

Был проведен анализ медицинских карт стационарного пациента детей первого года жизни с ГБН, находящихся на обследовании и лечении в педиатрическом отделении для новорожденных Гомельской областной детской клинической больницы в 2019 г. В ходе работы учитывались: пол ребенка, возраст на момент поступления в стационар,

срок гестации, группа крови матери и ребенка, паритет беременности и родов матери, уровень пуповинного билирубина, почасовой прирост билирубина, максимальный уровень общего и прямого билирубина, показатели красной крови, клиническая картина, количество койко-дней, проведенных в стационаре. Не удалось найти данные акушерско-гинекологического анамнеза матери. Проанализированы 40 медицинских карт новорожденных детей с диагнозом ГБН. Недоношенные дети в исследуемых группах не имели существенного отличия по весо-ростовым показателям от доношенных детей.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

ГБН по АВО-системе наблюдалась у 19 (47,5 %) детей, по резус-фактору — у 21 (52,5 %) ребенка. Среди больных ГБН по АВО-системе 1 (5,2 %) ребенок был недоношенный, 18 (94,7 %) детей — доношенные. Среди детей с ГБН по резус-фактору 3 (14,2 %) ребенка были недоношенные, 18 (85,7 %) детей были доношенные. Среди детей с ГБН по АВО-системе девочек и мальчиков было примерно поровну (52,6 и 47,4 % соответственно). Среди детей, с ГБН по резус-фактору также девочек и мальчиков было примерно одинаковое количество (52,3 и 47,7 % соответственно). Средний возраст поступления в стационар детей с ГБН по АВО составил  $6,2 \pm 1$  суток, детей с ГБН по резус-фактору —  $4,6 \pm 1,5$  суток. Паритет беременности и родов: в случае изоиммунизации по АВО 1 ребенок (5,2%) был от первой беременности и первых родов, остальные 18 (94,8 %) детей от второй и последующих беременностей и родов. Дети с изоиммунизацией по резус-фактору: 2 (9,5 %) ребенка были от первой беременности и родов, 19 (90,5 %) детей были от второй и последующих беременностей и родов. В случае изоиммунизации по АВО 14 (73,6 %) детей имели А(II) группу крови, 5 (26,4 %) детей имели В(III) группу крови. Средний уровень максимально высоких цифр общего билирубина у детей с ГБН по АВО был  $209,5 \pm 25,6$  мкмоль/л, у детей с ГБН по резус-фактору —  $236,1 \pm 35,4$  мкмоль/л. Средний уровень пуповинного билирубина составлял  $65,7 \pm 2,7$  мкмоль/л у детей с ГБН по АВО, у детей с ГБН по резус-фактору —  $72,7 \pm 1,5$  мкмоль/л. Почасовой прирост билирубина составил  $3 \pm 0,2$  мкмоль/л у детей с ГБН по АВО,  $5,1 \pm 0,5$  мкмоль/л — у детей по резус-фактору. Среднее количество часов фототерапии у детей с ГБН по АВО составило  $76,1 \pm 5$  часов, у детей с ГБН по резус-фактору —  $95,3 \pm 5,4$  часа. Средний уровень максимально низких цифр гемоглобина у детей с ГБН по АВО составил  $142 \pm 3$  г/л, у детей с ГБН по резус-фактору —  $143,7 \pm 0,5$  г/л. Среднее количество ретикулоцитов при этом составило у детей с ГБН по АВО  $9,2 \pm 0,7$  %, у детей с ГБН по резус-фактору —  $19,8 \pm 0,5$  %. Переливание отмытых эритроцитов потребовалось 3 (15,7 %) детям с ГБН по АВО, и 8 (84,3 %) детям с ГБН по резус-фактору. Среднее время пребывания в стационаре у детей с изоиммунизацией по АВО составило  $12,8 \pm 1,2$  суток, у детей с изоиммунизацией по резус-фактору —  $14,5 \pm 1,9$  суток.

#### **Выводы**

На основе проведенной работы можно судить о том, что ГБН с примерно одинаковой частотой встречается как у девочек, так и у мальчиков. В структуре причин развития гемолитической болезни несовместимость по Rh-фактору занимает первое место. Подавляющее большинство детей с ГБН по АВО и с ГБН по резус-фактору были от второй и последующих беременностей и родов. В случае возникновения ГБН по АВО большее число детей имели А(II) группу крови. Основываясь на данных лабораторных исследований (максимальный уровень общего билирубина, пуповинного билирубина, почасового прироста билирубина), количеству часов фототерапии, можно сделать вывод, ГБН по резус-фактору имеет более тяжелое течение, чем ГБН по АВО. В то же время, основываясь на данных о максимально низком уровне гемоглобина у детей обеих групп, значительной разницы в течении ГБН не получено. Но исследование уровня ретикулоцитов, факт переливания отмытых эритроцитов большему числу детей с ГБН

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