

Мазок на эозинофилы. Детям с бронхиальной астмой проводился мазок на эозинофилы — это исследование слизи из полости носа под микроскопом. Эозинофилы в мазке обнаружены у 19 (52,3 %) детей: 10 (52,6 %) девочек и 9 (47,4 %) мальчиков.

ИФА на *Mycoplasma pneumoniae*. Метод диагностики респираторного микоплазмоза. Проводился 30 (83,3 %) детям с бронхиальной астмой. Результаты: положительные Ig M обнаружены у 11 (36,7 %) детей, положительные Ig M и Ig G — у 4 (13,3 %) детей, положительные Ig G — у 9 (30 %) детей.

ИФА на *Chlamydia pneumoniae*. Метод диагностики респираторного хламидиоза. Проводился 10 (27,8 %) детям с бронхиальной астмой. Результаты: положительные Ig M получены у 6 (60 %) детей, положительные IgM и IgG — у 2 (20 %) детей.

Выводы

С аллергическими заболеваниями наиболее часто госпитализируются дети младшего школьного возраста, преимущественно с бронхиальной астмой. 1/3 детей проведен тест Шелли, половине детей — скарификационные тесты. Основной аллерген по результатам данных тестов — домашняя пыль (в 45 и 53,3 %). К 2 и более аллергенам получено больше положительных результатов при проведении скарификационных тестов (92 %) по сравнению с тестом Шелли (55,6 %). У половины детей с бронхиальной астмой в назальном секрете определяются эозинофилы. Результаты ИФА к атипичным возбудителям у детей с бронхиальной астмой показал высокую инфицированность детей *M. Pneumoniae* (Ig M/ IgM и IgG — 50 %) и *Chlamydia pneumoniae* (Ig M/ IgM и IgG — 80 %), что необходимо учитывать при назначении терапии.

УДК 612.789-053.2:[613.2+616.24-008.4]

ВЛИЯНИЕ ВИДА ПИТАНИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ ДЫХАНИЯ НА РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Шевченко-Байдалова Е. А.

Научные руководители: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина¹;
учитель-дефектолог Л. П. Шевченко²

Учреждение образования

¹«Гомельский государственный медицинский университет»

²«Специализированный детский сад № 1 для детей с тяжелыми нарушениями речи»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из часто встречаемых патологий при работе с детьми специалисты называют аномалии строения артикуляционного аппарата и как следствие, нарушения речевого развития детей.

Выравнивание размеров челюстей происходит на первом году жизни, чему способствует естественное вскармливание. При сосании материнской груди ребенок вынужден выдвигать нижнюю челюсть, т. е. лицевые мышцы работают. Если же ребенок сосет из бутылочки, то малыш вместо сосания вынужден быстро проглатывать молоко. В таком случае акт сосания не производится, нижняя челюсть не работает, и ее размеры продолжают отставать в размерах от верхней челюсти. Когда отпадает необходимость сосать молоко и ребенку предлагают есть плотную, а затем твердую пищу, ребенок предпочитает мягкую пищу твердой, жевательный аппарат работает не полностью, кости нижней и верхней челюстей развиваются недостаточно. Как правило, неправильный прикус сочетается с неправильной осанкой, когда голова расположена впереди

вертикальной оси туловища. Это способствует неправильному формированию органов артикуляции, тонуся языка, а значит нечеткому звукопроизношению и нарушению других составных компонентов речи.

Цель

Оценить влияние вида питания и особенностей дыхания у детей с нарушением речи.

Материал и методы исследования

Методом анкетирования проведен опрос 45 женщин г. Гомеля, имеющих детей с нарушениями речи. В анализируемую группу вошли 2 (4,4 %) ребенка с дизартрией, 43 (95,6 %) ребенка — с ОНР, из них у 33 (76,7 %) детей ОНР сочеталось с дизартрией.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируемую группу составили 28 (62,2 %) мальчиков и 17 (37,8 %) девочек. Большинство детей (22; 48,9 %) были первенцами, вторыми в семье родились 14 (31,1 %) детей, третьими — 7 (15,6 %), четвертыми — 2 (4,4 %) ребенка. Все дети были доношенными.

Различают несколько уровней общего недоразвития речи (ОНР) у детей.

Для ОНР 1 характерно полное отсутствие речи. Дети только пытаются воспроизвести какие-то звуки, при этом один и тот же звук может обозначать несколько предметов. Анализируемую группу составили 3 (6,7 %) ребенка с ОНР 1.

На втором уровне дети (ОНР 2) используют в своей речи хоть и искаженные, но часто встречающиеся слова. При этом начинает появляться незначительное представление о том, что в некоторых случаях слова в предложении необходимо изменять в соответствии с родом, полом, числом. ОНР 2 имело 22 (48,9 %) ребенка, у 15 (68,2 %) из которых в сочетании с дизартрией.

Для ОНР 3 характерно использование развернутой речи. Дети начинают использовать сложные предложения. Для этого уровня очень характерна замена некоторых трудно произносимых для ребенка букв. Дети могут свободно излагать свои мысли, строить предложения, способны хорошо маскировать недоразвитие речи путем исключения из разговора слов, которые трудны для их произношения.

У 18 (40 %) детей имело место ОНР 3, в 100 % случаев сочетающееся с дизартрией.

Частота встречаемости различных нарушений речи представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Речевые возможности детей с общим недоразвитием речи и дизартрией

Диагноз	Звукопроизношение: звуки С-З-Ц	Слоговая структура слова	Словоизменение и словообразование	Связная речь: составление рассказа по картинке
Дизартрия (2 ребенка)	—	—	2 (100%) человека	1 (50 %) человек
ОНР 1 (3 ребенка)	—	—	—	—
ОНР 2 (7 детей)	3 (42,9 %) человека	2 (28,6%) человека	5 (71,4%) человек	4 (57,1 %) человека
ОНР 2 + дизартрия (7+15 детей)	4 (26,7%) человека	10 (45,5 %) человек	7 (46,7 %) человек	5 (40 %) человек
ОНР 3 + дизартрия (18 детей)	4 (22,2 %) человека	6 (33,3 %) человек	10 (55,6 %) человека	6 (33,3 %) человек

На первом году жизни на грудном вскармливании до 1 года находился 21 (46,7 %) ребенок, на искусственном с рождения — 17 (37,8 %) детей, на смешанном вскармливании — 7 (15,6 %). Прикорм 39 (86,7 %) детям был введен до 6 месяцев, 6 (13,3 %) детям — после 6 месяцев. 27 (60 %) детей употребляли твердую пищу до 18 месяцев (до 1,6 лет), позднее 20 месяцев твердая пища была введена 18 (40 %) детям.

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,