

Раз в несколько лет пневмофиброз обостряется в 46 % случаев, в то время как хронический бронхит в 25 % случаев. Данные показатели имеют различия на уровне статистической тенденции ( $p = -0,1$ ). Половина (10; 50 %) детей с хроническим бронхитом имели одышку, при пневмофиброзе одышка наблюдалась у 9 (37,5 %) детей, ( $p < 0,05$ ) — имеется статистическая значимость.

Положительный результат посева мокроты при хроническом бронхите получен в 30 % случаев: *Staphylococcus aureus* (25 %), *Candida albicans* (5 %), при пневмофиброзе — в 17 %: *Staphylococcus aureus* (17 %).

5 (25 %) детям с хроническим бронхитом и 7 (29 %) детям с фиброзом легких выполнялось только рентгенологическое исследование органов грудной клетки. 7 (35 %) детям с хроническим бронхитом и 9 (37,5 %) детям с фиброзом легких выполнялась только компьютерная томография. Рентген органов грудной клетки и компьютерная томография проводилась 8 (40 %) детям с хроническим бронхитом и 8 (29 %) детям с пневмофиброзом. Рентгенологическая картина хронического бронхита характеризуется деформацией легочного рисунка и фиброзными тяжами. На компьютерной томографии утолщение плевры диагностировано у 5 (31 %) детей, деформация бронхов — у 3 (19 %), плеврокардиальные спайки — 3 (1,09 %) детей. При фиброзе на рентгенограмме выявлялись очаги пневмофиброза у 4 (29 %) детей, ателектаз легкого — у 3 (21 %) детей, обогащение легочного рисунка и фиброзные тяжи в 100 % случаев. На компьютерной томографии бронхоэктазы диагностированы у 4 (33 %) детей, плевродиафрагмальные спайки — у 4 (33 %) детей, очаговый / диффузный пневмофиброз — в 100 % случаев.

#### **Выводы**

У большинства детей хронический бронхит и пневмофиброз был диагностирован в раннем возрасте. Данная патология больше характерна для девочек. Сравнительный анализ показал более тяжелое течение хронического бронхита, для которого характерны частые обострения, одышка, дыхательная недостаточность. Дети с хроническим бронхитом чаще имеют нарушения физического развития. Для диагностики хронических неспецифических заболеваний легких большее значение имеет компьютерная томография. Посевы мокроты показывают низкую результативность, что снижает эффективность противомикробной терапии.

УДК 173.5–055.52:577.161.2

### **ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К НАЗНАЧЕНИЮ ВИТАМИНА D ДЕТЯМ**

*Радченко Н. А.<sup>1</sup>, Куц А. Д.<sup>1</sup>, Козловский Д. А.<sup>2</sup>*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *А. А. Козловский*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

В течение последних двух десятилетий существенно расширились представления о роли витамина D в организме человека. Внимание ученых привлекли эпигенетические эффекты витамина D и заболевания, ассоциированные с его дефицитом. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что витамин D, помимо «классических», обладает основными «неклассическими» эффектами: регулирует эмбриогенез, участвует в

гаметогенезе и апоптозе, осуществляет контроль за деятельностью ЦНС, ростом и созреванием клеток, регуляцией свертывания крови, секрецией инсулина и др. [1, 3, 4, 5].

Исследования, проведенные в последние годы в Беларуси, свидетельствуют о выраженном дефиците витамина D не только у взрослых, детей и подростков, но и у новорожденных. Так, средний уровень D (25(OH)D) у новорожденных Гомельской области составляет  $12,53 \pm 0,72$  нг/мл. У детей первого месяца жизни определяется недостаточный уровень витамина в 7,2 % случаев, дефицит — в 57,1 % и тяжелый дефицит — в 35,7 % [2].

В то же время, несмотря на высокую значимость витамина D в жизнедеятельности человека и его выраженный дефицит, многие родители негативно относятся к рекомендациям врача-педиатра и отказываются давать эргокальциферол детям даже с профилактической целью.

### **Цель**

Провести оценку уровня осведомленности современных мам о значении витамина D для ребенка раннего возраста.

### **Материал и методы исследования**

Проведено анкетирование 60 матерей, находившихся с детьми раннего возраста (6–36 месяцев) на лечении в инфекционном отделении № 1 учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в сентябре – ноябре 2019 г.

Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета «Microsoft Excel 2016» и программы «Statistica» 6.0 с применением основных методов описательной статистики. Для сравнения признаков был использован критерий Стьюдента, достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

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

В анкетировании приняли участие женщины в возрасте от 20 до 39 лет (средний возраст —  $28,75 \pm 0,59$  лет), преимущественно проживающие в городе Гомеле (75 %) и имеющие высшее образование (51,7 %).

Большинство матерей относились к группе риска по развитию гиповитаминоза как у себя, так и у своих новорожденных детей: 95 % имели острую и хроническую патологию во время беременности, 58,7 % — токсикоз беременности, солнечные ванны во время беременности не получали 31,7 % опрошенных, 48,3 % не получали витамин D во время беременности, а остальные получали нерегулярно или низкую дозу — 500 МЕ и менее, 45 % новорожденных не получали материнское молоко или получали его менее 4-х месяцев.

Следует отметить, что ни одна из женщин во время беременности и после рождения ребенка не владела информацией о внекостномозговых эффектах витамина D и о возможности определения его метаболита (25(OH)D) в сыворотке крови.

Постнатальная профилактика рахита (витамин D в дозе 500–1000 МЕ) назначена детям с 0–3 недель в 50 % случаев. Только 16 (26,7 %) детей получали препарат на протяжении одного и более лет. 8 (13,3 %) детей не получали витамин D на протяжении первого года жизни и последующих лет, 25 (41,7 %) — получали до 4-х месячного возраста. На момент проведения анкетирования только 2 (3,3 %) женщины определили уровень 25(OH)D в сыворотке крови своих детей.

По данным анкетирования, в 90 % случаев информация о роли и необходимости назначения витамина D ребенку была получена от медицинских работников, в 10 % — из сети Internet. 3 (5 %) женщины не обладали информацией о необходимости приема витамина D ребенком.

### **Выводы**

Низкий процент проведения пре- и постнатальной профилактики дефицита витамина D у детей, неправильные дозировка и продолжительность приема данного витамина беременными женщинами и их детьми, отсутствие знаний у женщин о внекост-

номозговых эффектах витамина D, высокая частота факторов риска по развитию гиповитаминоза D у детей свидетельствуют о необходимости усиления профилактической работы с беременными женщинами. Высокая частота факторов риска по развитию гиповитаминоза D у детей диктует необходимость более раннего назначения (с 7–10 дней жизни) указанного витамина и увеличение его дозировки — до 1000 МЕ в день ежедневно, включая летние месяцы на протяжении двух лет с последующим контролем уровня 25(OH)D. С учетом полученного результата целесообразно рассмотреть вопрос о дальнейшем назначении препарата с профилактической целью до 17 лет.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Витамин D у новорожденных и недоношенных детей / М. В. Нароган [и др.] // Неонатология: новости, мнения, обучение — 2018. — Т. 6, № 3. — С. 134–138.
2. Обеспеченность населения города Гомеля витамином D / А. А. Козловский [и др.] // Медицинские новости. — 2017. — № 11. — С. 70–74.
3. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» / Союз педиатров России [и др.]. — М.: ПедиатрЪ, 2018. — 96 с.
4. Торшин, И. Ю. Витамин D – смена парадигмы [Электронное издание] / И. Ю. Торшин, О. А. Громова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 576 с.
5. Hossein-nezhad, A. Vitamin D for Health: A Global Perspective / A. Hossein-nezhad, M. F. Holick // Mayo Foundation for Medical Education and Research. — Mayo Clin. Proc., 2013. — № 88 (7). — P. 720–755.

УДК 616.33/34-078-053.2

### КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

*Светогор Е. В., Мирончик Е. О.*

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

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

#### **Введение**

Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) относятся к числу наиболее часто встречающейся патологии у детей и характеризуются большим разнообразием.

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) — хроническое рецидивирующее заболевание, причиной развития которого является патологический заброс содержимого желудка в пищевод. Среди детей, подвергшихся эндоскопическому исследованию, признаки ГЭР обнаруживают у 18–25 %. Функциональная абдоминальная боль — часто повторяемая или непрерывная абдоминальная боль в течение 6 месяцев, не связанная с приемом пищи или актом дефекации, при этом отсутствуют органические причины боли. Частота абдоминальных болей зависит от возраста и максимального значения достигает у девочек 9 лет (28 %) и у мальчиков 6 лет (14 %). Хронический гастрит — хроническое рецидивирующее, склонное к прогрессированию, воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки желудка. Составляет 55–65 % в структуре детской гастроэнтерологической патологии, частота нарастает с возрастом. Язвенная болезнь — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся формированием язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке, обусловленное нарушением равновесия между местными факторами защиты и агрессии.

#### **Цель**

Изучить клиническую картину и микробиоценоз кишечника у детей с органическими и функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

#### **Материал и методы исследования**

Для исследования были проанализированы 50 медицинских карт пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ и 50 медицинских карт пациентов с хрониче-