

Суммируя все кровоизлияния и кровотечения (таблица 1), выявленные клиническими, лабораторными и лучевыми методами, мы заключаем, что частота данной патологии в группе исследования несколько выше, чем в группе контроля: 18/25 и 7/16 % соответственно ($p > 0,05$), однако различия не могут быть расценены, как статистически значимые.

Таблица 1 — Кровоизлияния и кровотечения различных локализаций, выявленные у 116 детей с тяжелой перинатальной асфиксией

№ п/п	Локализация кровоизлияния/ кровотечения	Группа 1 (n = 72)		Группа 2 (n = 44)		Всего (n = 116)	
		n	%	n	%	n	%
1	Надпочечник, одностороннее поражение	3	4,2	2	4,6	5	4,3
2	Легочное и (или) желудочное кровотечение	10	13,9	2	4,6	12	10,3
3	Внутричерепные кровоизлияния, возникшие постнатально	5	6,9	3	6,8	17	6,9
	ИТОГО	18	25	7	16	27	21,5

В позднем неонатальном периоде после 14-х суток при УЗИ мы наблюдали тромбозы долевых ветвей воротной вены с частичной или полной окклюзией сосудов и развитием коллатерального кровотока у 12 (16,7 %) пациентов из группы 1 и у 5 (11,4 %) пациентов из группы 2 ($p > 0,05$). По нашему мнению, тромбозы являются осложнением катетеризации пупочной вены на фоне постгипоксических сдвигов в системе гемостаза в сторону прокоагулянтов, что соответствует данным литературы.

По результатам рентгенографии ОГК было установлено, что у пациентов, перенесших ТГ, в первые 14 суток жизни достоверно чаще развивался синдром дыхательной недостаточности, вызванный преимущественно отечно-геморрагическими изменениями в легких. В первой группе данная патология выявлена в 75 % наблюдений, а во второй группе — в 54,6 % случаев ($p < 0,05$). Статистически достоверные различия в частоте развития неонатальных пневмоний нами были выявлены только на 4-й неделе жизни новорожденных, когда было установлено значительное преобладание новых случаев пневмоний в группе детей, не получавших ТГ (23,1 %), по сравнению с пациентами первой группы (2,1 %), $p < 0,05$.

Выводы

1. Статистически значимый нейропротективный эффект общей терапевтической гипотермии проявляется после 14–16 дня жизни ребенка.
2. Большинство грубых органических изменений головного мозга у детей с тяжелой перинатальной асфиксией сформировалось в позднем неонатальном периоде и чаще у детей, не получавших ТГ, $p < 0,05$.
3. На фоне общей терапевтической гипотермии в первые 14 суток жизни чаще по сравнению с группой контроля развивались отечно-геморрагические изменения в легких, $p < 0,05$.
4. К концу неонатального периода дети, получавшие ТГ, оказались лучше адаптированы к условиям окружающей среды и реже заболевали пневмонией по сравнению с группой контроля, $p < 0,05$.

УДК 616.233-002-036.12+616.24-002.155]-053.2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И ПНЕВМОФИБРОЗА У ДЕТЕЙ

Оршанская В. О., Шнейдер В. С.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический бронхит — это хроническое воспалительное заболевание бронхов, обусловленное длительным раздражением слизистой дыхательных путей, гиперсекре-

цией мокроты и нарушением очистительной функции бронхов. Фиброз — это состояние, характеризующее разрастанием соединительной ткани, появлением рубцовых изменений вследствие долгих воспалительных процессов. Эти заболевания наиболее распространены среди хронических заболеваний органов дыхания у детей.

Цель

Провести сравнительную характеристику течения хронического бронхита и пневмофиброза у детей.

Материал и методы исследования

Нами было проанализировано 24 медицинские карты стационарного пациента детей с поствоспалительным пневмофиброзом и 20 медицинских карт стационарного пациента детей с хроническим бронхитом, находившихся на стационарном лечении в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» за период 2016–2019 гг.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи компьютерных программ «Excel», «Statistica» 6.0. Для анализа полученных данных использовались методы непараметрической статистики, для сравнения групп использовался критерий Манна — Уитни и критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ течения хронического бронхита и поствоспалительного пневмофиброза отражен в таблице 1.

Таблица 1 — Сравнительная характеристика течения хронического бронхита и пневмофиброза у детей

Показатели	Хронический бронхит, n = 20	Фиброз легких, n = 24	P
Мальчики, n (%)	8 (40 %)	11 (46 %)	p > 0,05
Девочки, n (%)	12 (60 %)	13 (54 %)	
Сельская местность	1 (5 %)	2 (8 %)	p > 0,05
Город	19 (95 %)	22 (92 %)	
Как часто обострения, n (%)			p = -0,1
Один раз в год	10 (50 %)	7 (29 %)	
Несколько раз в год	5 (25 %)	6 (25 %)	
Раз в несколько лет	5 (25 %)	11 (46 %)	
Нарушение физического развития, n (%)	17 (85 %)	13 (54 %)	p = -0,1
Дыхательная недостаточность, n (%)	13 (65 %)	14 (58 %)	p = -0,1
Одышка, n (%)	10 (50 %)	9 (37,5 %)	p < 0,05
Хрипы	10 (50 %)	13 (54 %)	p > 0,05
Микроорганизмы в мокроте, n (%)	6 (30 %)	4 (17 %)	p > 0,05
Рентген, n (%)	5 (25 %)	7 (29 %)	p = 0,75
Компьютерная томография, n (%)	7 (35 %)	9 (37,5 %)	p = 0,86
Рентген и компьютерная томография, n (%)	8 (40 %)	8 (29 %)	p = 0,045

Средний возраст детей с хроническим бронхитом составил М 6 (3; 6,5) лет, детей с фиброзом легких — М 9,5 (5,5; 14лет) лет ($p = 0,05$). Средний возраст на момент постановки диагноза у детей с хроническим бронхитом — М 6 (1,5 месяца; 3 года) месяцев, с фиброзом легких — М 1 (1 месяц; 4,5 года) год ($p > 0,05$).

Хроническим бронхитом и пневмофиброзом чаще болеют девочки: 60 и 54 % соответственно. Большинство детей проживает в городе: 19 (95 %) детей — с хроническим бронхитом и 22 (92 %) — с пневмофиброзом.

Хронические заболевания протекают с периодами ремиссий и обострений. При сравнении количества обострений выявлено: один раз в год обострение хронического бронхита встречается в 50 % случаев, пневмофиброза — в 29 %. Одинаково часто (в 25 % случаев) хронический бронхит и пневмофиброз обостряются несколько раз в год.

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.¹, Куц А. Д.¹, Козловский Д. А.²

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

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«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