

пы риска целесообразно для своевременной коррекции, направленной на восстановление структуры и функции кардиомиоцитов еще на донозологическом этапе.

6. Проведение ночной полисомнографии рекомендовано детям и подросткам с ожирением при клинических признаках синдрома обструктивного апноэ во сне.

7. По показаниям рекомендована консультация эндокринолога, генетика и других профильных специалистов.

8. Регулярное измерение артериального давления и оценка его с учетом возраста позволяет предупредить развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы.

9. Изучение пищевого статуса в клинической практике у детей и подростков полезно как при выборе, так и при оценке эффективности диетотерапии и фармакотерапии.

Выводы

1. Ожирение у подростков оказывает неблагоприятное влияние на физическое и психосоциальное здоровье и является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и других ассоциированных с ним заболеваний.

2. Отсутствие единых подходов к диагностике ожирения у детей и подростков затрудняет мониторинг заболеваемости.

3. Важнейшим аспектом диагностики ожирения у подростков является индивидуальный подход в зависимости от причины, вызвавшей данное заболевание. При этом оценка статуса питания имеет большую клиническую значимость, так как способствует своевременному выявлению групп риска по развитию ожирения и избыточной массы тела.

4. Необходима организация обучающих семинаров среди подростков, направленных на формирование здорового образа жизни и профилактику ожирения среди молодежи.

УДК 616.233-003.7-002.18-053.2:616.712-073.756.8

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ БРОНХИОЛИТАХ У ДЕТЕЙ

Лобан Д. С., Бычик М. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Современная лучевая диагностика, ведущим методом которой является компьютерная томография (КТ) высокого разрешения, играет важную роль в постановке диагноза при широком спектре видов поражения, динамики и распространенности процесса заболеваний бронхолегочной системы, респираторного тракта и вентиляции. Продольная томография позволяет регистрировать далеко зашедшие случаи хронических обструктивных бронхитов (ХОБ), выявляя диффузное, диффузно-очаговое изменение легочного рисунка, эмфизематозно вздутые участки легкого, перибронхиальный фиброз, уплотнение корней и малую подвижность диафрагмы.

Цель

Изучить КТ картину ХОБ у детей с учетом клинико-anamnestических данных, выявить зависимость от степени тяжести ХОБ.

Материал и методы исследования

Проведен анализ медицинских карт 20 пациентов с диагнозом хронический облитерирующий бронхит, находившихся на стационарном лечении в педиатрических отделениях учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница».

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании приняли участие 20 пациентов, абсолютное большинство из которых мальчики — 15 человек, что составило 75 %, и 5 (25 %) девочек. Большинство детей (13; 65 %) проживало в городе. Жителями сельской местности были 7 (35 %) человек. Возраст пациентов анализируемой группы составил от 3 до 18 лет, проходивших лечение в период 2016–2019 гг. Средний возраст пациентов составил 11,1 год. Пациенты в возрасте от 7 до 16 лет составили значимое большинство — 13 (65 %) человек; в возрасте 3–6 лет — по 1 (5 %) ребенку.

Большинство (13; 65 %) пациентов родились недоношенными в сроке гестации 26–36 недель и в последствии находились на ИВЛ от 1 до 60 суток. Врожденная патология органов дыхания была выявлена у 9 (45 %) детей. Физическое развитие большинства (10; 50 %) детей — среднее (гармоничное и дисгармоничное).

У 19 (95 %) пациентов отмечался пневмофиброз, который носил диффузный характер в 68,42 % (13 детей) случаях, очаговый — в 31,58 % (6 детей) случаев. В 100 % случаев отмечалось двустороннее поражение органов дыхания.

Все пациенты были разделены на три группы, в зависимости от степени тяжести ХОБ. В группу I вошел 1 (5 %) пациент с легкой степенью тяжести ХОБ. В группу II — 10 (50 %) пациентов со средней степенью тяжести ХОБ. В III группу вошло 9 (45 %) пациентов с тяжелой степенью ХОБ.

У пациента I группы с легкой степенью тяжести ХОБ КТ картина соответствовала картине множественных фиброзных изменений с односторонним спаечным процессом.

У пациентов II группы с ХОБ средней степени тяжести у 9 (90 %) пациентов была выявлена КТ картина множественных участков двустороннего пневмофиброза, у 6 (60 %) — КТ картина бронхообструкции, у 2 (20 %) — эмфиземы, цилиндрических, мешотчатых бронхоэктазов. У 1 (10 %) пациента КТ картина не отражала хронических неспецифических заболеваний легких. Грубые линейные фиброзные тяжи имели 7 (70 %) пациентов, 3 (43 %) из которых — двусторонней, 4 (57 %) — односторонней локализации. Двусторонний спаечный процесс диагностирован у 6 (60 %) пациентов.

У пациентов III группы с тяжелой степенью ХОБ у 6 (67 %) детей визуализировалась КТ картина множественных участков двустороннего пневмофиброза, эмфиземы, у 2 (22 %) — картина локальных фиброзных изменений, у 1 (11 %) пациента — картина бронхоэктатической болезни, односторонней сегментарной бронхопневмонии. КТ картина бронхообструкции, одностороннего фиброателектаза была выявлена у 2 (22 %) детей. Цилиндрические, мешотчатые бронхоэктазы были выявлены у 7 (78 %) и у 3 (32 %) пациентов соответственно. Грубые линейные фиброзные тяжи имели 5 (56 %) пациентов, 2 (40 %) из которых — двусторонней, 3 (60 %) — односторонней локализации. Двусторонний спаечный процесс выявлялся у 5 (56 %) пациентов.

У всех 20 (100 %) пациентов визуализировалась картина неравномерной пневматизации легочной ткани, где нормальная легочная паренхима чередовалась с участками повышенной воздушности легочной ткани, из которой у пациентов I группы — 0, II группы — 3 (30 %) детей, III группы — 6 (70 %) детей имели участки снижения пневматизации по типу «матового стекла».

Жидкости в плевральных полостях не выявлено ни в одном случае. Увеличение внутригрудных лимфатических узлов были выявлены у 2 (10 %) пациентов. Только у пациентов III группы у 3 (33 %) детей был установлен дислокационный синдром средостения вправо и у 1 (5 %) ребенка — симптом «дерево в почках», указывающий на бронхиолярную и перибронхиолярную воспалительную реакцию.

С помощью КТ-диагностики у обследованных пациентов были выявлены аномалии: у 2 (10 %) детей — интракorpоральные грыжи Шморля, у 1 (5 %) ребенка — дополнительная средняя доля левого легкого, у 4 (20 %) детей — Y-образные структуры в

пещевой зоне легких, у 5 (25 %) детей — множественные «нежные» очажки с нечеткими контурами, низкой плотности, расположенные преимущественно перибронхиально, у 4 (20 %) детей — деформацию грудной клетки, из которых у 3 (75 %) — килевидная, у 1 (25 %) — воронковидная; у 2 (10 %) — аномалия 4 левого ребра в виде вилки Люшка.

Выводы

Хронический облитерирующий бронхиолит развивается преимущественно у недоношенных мальчиков, протекает в средней и тяжелой форме. КТ картина хронического облитерирующего бронхиолита разной степени тяжести характеризуется множественными участками двустороннего пневмофиброза, цилиндрическими, мешотчатыми бронхоэктазами (более характерными для тяжелого течения), грубыми линейными фиброзными тяжами, двусторонним спаечным процессом. Все дети с хроническим облитерирующим бронхиолитом имели КТ-картину неравномерной пневматизации легочной ткани, где нормальная легочная паренхима чередуется с участками повышенной воздушности легочной ткани с участками снижения пневматизации по типу «матового стекла». Данный КТ-признак встречается в 2 раза чаще у детей с тяжелым течением хронического облитерирующего бронхиолита по сравнению со среднетяжелым течением. У трети детей с тяжелым течением процесса отмечается дислокационный синдром средостения.

УДК 616-099-036.11-053.2

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Макаров А. Г., Цуприкова Е. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

У детей острые отравления лекарственными препаратами, алкоголем, веществами бытовой и промышленной химии, ядовитыми растениями и грибами, к сожалению, наблюдаются довольно часто, нередко сопровождаются развитием тяжелой интоксикации и при несвоевременно или неправильно оказанной первой помощи могут привести к смертельному исходу. Около 56 % отравлений у детей вызваны «квартирными» ксенобиотиками (косметикой, инсектицидами, растениями и углеводородами, в 47 % случаев — лекарствами) [1, 2]. Согласно данным Центра по лечению острых отравлений города Минска, количество острых медикаментозных отравлений составляет ежегодно в среднем до 56 % от всех отравлений [3]. В последние годы особую актуальность приобрели острые отравления детей алкоголем, что связано с приемом этилового спирта или различных алкогольных напитков с содержанием этилового спирта более 12 %.

Первый пик отравлений приходится на возраст 1–3 года (47,8 %), что объясняется большой любознательностью малышей. В дошкольном возрасте (4–7 лет) число отравлений уменьшается до 11,1 %, потому что дети становятся более внимательными и у них появляется чувство опасности. Второй пик наблюдается в возрасте 8–15 лет (35,5 %), при этом наибольшее количество обращений у старших школьников (13–15 лет). В этой группе детей встречается не только случайный, но и преднамеренный прием токсических веществ [1, 3, 4].

Отравления у детей являются не только медицинской, но и социально-экономической проблемой, так как на оказание медицинской помощи пострадавшим и их реабилитацию расходуются огромные средства; кроме того, исходом отравления может быть инвалидность, которая снижает качество жизни этих детей и требует колоссальных затрат.