

### **Выводы**

Таким образом, приведенный пример демонстрирует, что у детей коронавирусная инфекция (COVID-19) может протекать в тяжелой форме с мультисистемным воспалительным синдромом.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Мелехина, Е. В. Клинические особенности течения COVID-19 у детей различных возрастных групп. Обзор литературы к началу апреля 2020 г. / Е. В. Мелехина, А. В. Горелов, А. Д. Музыка // Вопросы практической педиатрии. — 2020. — № 15 (2). — С. 7–20.
2. Коронавирусная инфекция у детей: клиничко-лабораторные особенности. Эпидемиология и инфекционные болезни / С. В. Николаева [и др.] // Актуальные вопросы. — 2017. — № 6. — С. 5–11.
3. Brodin, P. Why is COVID-19 so mild in children? / P. Brodin // Asta Paediatrica. — 2020. — № 109 (6). — P. 1082–1083.

**УДК 616.248-08-053.2/.6(476.2)**

### **ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Моторенко Н. В., Зарянкина А. И., Винник Д. А.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

За последние годы во всем мире, в том числе в Беларуси, отмечается рост аллергических заболеваний. Наиболее распространенным из них является бронхиальная астма. Рост заболеваемости астмой замечен с середины 1980-х гг. Среди причин — ухудшение экологической обстановки, загрязнение воздуха нефтепродуктами, ухудшение качества пищи, а также малоподвижный образ жизни. Бронхиальную астму называют болезнью цивилизации. В настоящее время в мире насчитывается около 235 млн больных бронхиальной астмой. В Республике Беларусь этот показатель составляет около 0,7 % населения. Из них примерно 10 % — это дети [1].

Бронхиальная астма — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в основе которого лежит аллергическое воспаление и гиперреактивность бронхов, проявляющаяся респираторными симптомами, такими как свистящие хрипы, одышка, кашель, чувство стеснения в груди, связанных с воздействием специфических триггерных факторов и возникающих преимущественно в ночное время или ранним утром.

Начало заболевания бронхиальной астмы в большинстве случаев приходится на детский и юношеский возраст. Бронхиальную астму у детей достаточно сложно диагностировать на начальной стадии. Процесс развития заболевания длительный, связан с незрелостью дыхательной и иммунной систем ребенка [2]. Важно установить наличие в семейном анамнезе атопии или бронхиальной астмы: отягощенность семейного анамнеза аллергической патологией по линии матери, более значима, чем по линии отца. Очень важно выявить связь появления симптомов бронхиальной астмы после контакта с аллергеном, сезонную вариабельность симптомов, обратимость бронхиальной обструкции. Для достижения контроля над симптомами бронхиальной астмы рекомендован принцип ступенчатой терапии. Каждая ступень включает варианты лечения, ко-

торые могут являться альтернативой при выборе поддерживающей терапии бронхиальной астмы.

Пристальное внимание к проблеме бронхиальной астмы обусловлено тем, что при недостаточно эффективном лечении, несвоевременно выставленном диагнозе, частых обострениях снижается качество жизни больных, их социальная и физическая активность. Инвалидность развивается у 7 % детей с бронхиальной астмой.

### **Цель**

Изучить возрастную структуру и клинические особенности течения бронхиальной астмы у детей Гомельской области, находившихся на лечении в педиатрическом (пульмонологическом) отделении учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2020 году.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ историй болезни 388 пациентов с бронхиальной астмой, находившихся на лечении в педиатрическом (пульмонологическом) отделении учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2020 г.

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

В структуре пациентов с бронхиальной астмой преобладают мальчики 250 (64,4 %), девочки составляют 138 (35,6 %). Отягощенный наследственный анамнез по бронхиальной астме имели 124 (32 %) ребенка, по полинозу 62 (16 %), по пищевой и лекарственной аллергии у 132 (34 %) пациента. У 70 (18 %) детей с бронхиальной астмой наследственный анамнез не отягощен.

Диагноз бронхиальная астма впервые был выставлен в возрасте до 3 лет — у 78 (20 %) детей, с 4–6 лет — у 217 (56 %) детей, с 7–9 лет — у 62 (16 %), с 10–12 лет — у 19 (5 %), и с 13–16 лет только у 12 (3 %) пациентов.

При клиническом анализе исследуемой группы пациентов было определено, что астму легкой степени тяжести имели 247 (63,6 %) пациента, средней степени — 141 (36,4 %) пациент. У мальчиков легкая степень тяжести бронхиальной астмы встречалась в 66,4 % случаях (166 детей), средне-тяжелая в 33,6 % (84 ребенка). У девочек легкая степень тяжести встречалась в 58,7 % (81 ребенок) и средне-тяжелая в 41,3 % (57 детей).

Наиболее часто встречалась аллерген-индуцированная форма бронхиальной астмы 170 (44 %) детей, мультитриггерная форма у 162 (42 %) пациентов и вирус-индуцированная — 54 (14 %) детей.

У 206 (53 %) пациентов отмечалась частично контролируемая бронхиальная астма, у 136 (35 %) полностью контролируемая бронхиальная астма и у 46 (12 %) — неконтролируемая форма.

Из сопутствующих аллергических заболеваний наиболее часто встречался аллергический ринит у 148 (38,1 %) пациентов и пищевая аллергия у 139 (35,8 %).

При изучении места жительства детей с бронхиальной астмой выявлено, что городские дети болеют чаще (82 %), чем сельские (18 %).

### **Выводы**

1. Бронхиальная астма имеет выраженную наследственную предрасположенность. В структуре наследственных заболеваний преобладает бронхиальная астма, пищевая и лекарственная аллергии.

2. В детском возрасте заболевание чаще встречается у мальчиков, в подростковом у девочек.

3. Дебют развития заболевания чаще всего приходится в возрасте от 4 до 6 лет, реже в период полового созревания, после 12 лет.

4. Среди детей с бронхиальной астмой преобладают пациенты с легкой степенью тяжести бронхиальной астмы, как среди мальчиков, так и среди девочек.

5. Бронхиальная астма чаще наблюдается у городских жителей (82 %), чем у сельских (18 %), что связано с неблагоприятной экологической обстановкой и качеством питания.

6. Благодаря ранней диагностике и своевременно начатой терапии преобладают пациенты с контролируемой и частично контролируемой формой бронхиальной астмы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Минина, Е. С.* Бронхиальная астма у детей: особенности лечения и реабилитации: монография / Е. С. Минина, В. И. Новикова. – Витебск: ВГМУ, 2017. – 9 с.
2. *Зайцева, О.* Бронхиальная астма у детей: современные аспекты терапии / О. Зайцева, О. Муртазаева // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – № 10 (6). – С. 148–156.

**УДК 616.24-002:577.152**

## **ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ УЧАСТИЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 В РЕАЛИЗАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

*Никифорова А. Д.*

**Учреждение образования  
«Витебский государственный ордена  
Дружбы народов медицинский университет»  
г. Витебск, Республика Беларусь**

### **Введение**

Врожденная пневмония, до сих пор остается проблемой в неонатологической практике, занимает лидирующие позиции среди заболеваемости детей раннего возраста [1, 2, 3] и требует агрессивного вмешательства в процесс адаптации, что приводит к отрицательным отдаленным последствиям у ребенка [2, 3, 5]. С целью профилактики, ранней диагностики и оптимизации стратегий лечения проводится поиск и изучение вариантов течения, клинико-функциональных параметров и ранних маркеров патологии респираторной системы [3, 4, 6].

### **Цель**

Определение и оценка уровня матриксной металлопротеиназы-9 в сыворотке крови у детей с респираторной патологией и группы сравнения.

### **Материал и методы исследования**

Исследование выполнялось с 2020 по 2021 гг. Местом наблюдения являлись УЗ «ВГКРД № 2» и «ВОДКЦ». Исследуемую группу составили 40 детей, с признаками респираторной патологии. Гестационный возраст (ГВ): 36–40 нед., масса: 2390–3530 г, длина: 39–52 см. Контрольная группа: 20 детей без признаков респираторной компрометации. ГВ: 36–41 нед., масса: 2320–3510 г, длина 40–52 см.