

Выводы

1. Показатели психологических характеристик темперамента основных групп практически идентичны, за исключением шкалы эмоциональной возбудимости – эмоциональной уравновешенности, но показатели за 2016 и 2017 гг. находятся рядом и можно сделать вывод о том, что результаты схожи.

2. Показатели психологических характеристик темперамента специальных медицинских групп идентичны по шкалам ригидность – пластичность, эмоциональная возбудимость – эмоциональная уравновешенность, экстраверсия – интроверсия. Различия в темпе реакции находятся в разных градациях шкалы, но реальные показатели различаются мизерно и таким образом мы делаем вывод о статистически схожих показателях темпа реакции. Активность также различается, но, как и в случае с темпом реакции показатели находятся рядом и можно также сделать вывод о статистически схожих показателях активности.

3. Показатели за 2016 и 2017 гг. отличаются очень мало и в основной группе и в специальной медицинской группе.

4. Необходимо подтвердить корреляцию большей статистической выборкой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Практическая психодиагностика: методика и тесты / под ред. Д. Я. Райгородского. — М.: БАХРАХ-М, 2003. — С. 30–34.
2. Ананьев, Б. Г. Психология и проблемы человекознания / под ред. А. А. Бодалева. — М.: Издательство «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЕК», 1996. — С. 282–284.

УДК 616.233-002-053.2:613.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПИТАНИЯ

Сергейчик Л. С., Петрова М. Н., Зарянкина А. И.

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

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, в структуре причин обращений к педиатру до 70 % случаев приходится на острые респираторные заболевания. Среди детского населения их частота на одного ребенка составляет в среднем 6–10 случаев в год, что делает острые респираторные инфекции одной из наиболее частых заболеваний в детской популяции [1, 3].

В последнее десятилетие отмечается стабильный рост распространенности данной клинической формы острого бронхита у детей первого года жизни [4, 5]. Формирование обструктивного бронхита при инфекционном поражении бронхиального дерева определяется анатомо-физиологическими особенностями детского организма, а также характером и выраженностью воспалительного процесса, что является результатом взаимодействия генетических, медико-биологических и социально-гигиенических факторов [2, 3, 5].

Нередко бронхиальная обструкция может быть первым проявлением различных заболеваний органов дыхания и зачастую определяет как тяжесть течения основного заболевания, так и его прогноз. Во многих случаях патология легких, проявляющаяся бронхиальной обструкцией, своими корнями произрастает из самого раннего детского возраста, продолжается в старшем детском возрасте и в зрелом возрасте является одной из причин нетрудоспособности и инвалидности. В связи с этим важно как можно раньше диагностировать заболевание, приведшее к обструктивным нарушениям в дыхательных путях [3].

Наиболее часто обструктивные бронхиты отмечаются у детей с отягощенным семейным анамнезом по аллергии, хроническими расстройствами питания [2, 5].

Хронические расстройства питания у детей (дистрофии) — результат недостаточного либо избыточного поступления, либо усвоения питательных веществ. Эти заболевания ха-

рактены для детей раннего возраста и сопровождаются нарушением физического развития ребенка, нарушениями метаболизма, иммунитета, состояния внутренних органов и систем [1, 4].

Цель

Изучить особенности клинического течения обструктивного бронхита у детей с хроническими расстройствами питания.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница (ГОДКБ).

Было проанализировано 30 медицинских карт стационарного пациента детей первого года жизни с обструктивным бронхитом, протекающим на фоне различной степени паратрофии и 30 медицинских карт стационарного пациента детей первого года жизни с обструктивным бронхитом, протекающим на фоне различной степени гипотрофии, которые находились на лечении в инфекционном отделении № 1 ГОДКБ с февраля 2016 г. по июль 2017 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно медицинской документации среди пациентов с обструктивным бронхитом на фоне паратрофии по половому признаку преобладали мальчики (70 %; 21 ребенок), девочки госпитализировались гораздо реже — 30 % (9 детей); у пациентов с обструктивным бронхитом при гипотрофии по половому признаку преобладали девочки (56,7 %; 17 детей), мальчики госпитализировались реже — 43,3 % (13 детей). Как у мальчиков, так и у девочек, паратрофия 1 степени диагностировалась у 10 (33,3 %) детей, паратрофия 2 степени — у 14 (46,7 %) детей, паратрофия 3 степени — у 6 (20 %) детей. У детей с обструктивным бронхитом гипотрофия 1 степени была выявлена у 18 (60 %) детей, гипотрофия 2 и 3 степени диагностировалась с одинаковой частотой — по 6 (20 %) детей. Причем обструктивный бронхит при гипотрофии 3 степени, чаще встречался у мальчиков (5 детей; 16,7 %).

Чаще госпитализировались в стационар с обструктивным бронхитом на фоне паратрофии дети второго полугодия жизни (17 детей, 56,7 %), в возрасте до 6 месяцев — 13 (43,3 %) детей. При обструктивном бронхите на фоне гипотрофии чаще госпитализировались дети второго полугодия жизни (28 детей, 93,3 %), в возрасте до 6 месяцев — 2 детей (6,7 %).

Известно, что отягощенный аллергологический анамнез является предрасполагающим фактором к развитию обструктивного синдрома на фоне респираторной патологии [1]. Отягощенный аллергологический анамнез у детей с паратрофиями наблюдался у 16 детей, что составило 53,3 %; у детей с гипотрофиями — у 14 (46,7 %) детей. Причем на момент поступления кожные проявления атопии различной степени выраженности встречались у 8 (26,7 %) детей с паратрофиями и у 4 (13,3 %) детей с гипотрофиями.

Согласно нашим данным, чаще обструктивным бронхитом, как на фоне паратрофии так и гипотрофии, болеют дети, которые родились в семье вторыми (17 (56,7 %) детей и 16 (53,3 %) детей соответственно); частота развития обструктивного бронхита у первенцев составила 20 % (6 детей) у детей с паратрофиями и 23,3 % (7 детей) у детей с гипотрофиями; по 17,9 % (7 детей) составили дети с пара- и гипотрофиями, рожденные третьими и последующими в семье.

19 (63,3 %) детей с паратрофией и 15 (50 %) детей с гипотрофией имели на амбулаторном этапе контакт с больными острыми респираторными инфекциями.

Время поступления в стационар определялось тяжестью состояния, а также преморбидным фоном. Согласно нашим данным, дети с обструктивным бронхитом, протекающим на фоне паратрофии, поступали для стационарного лечения на 4,79 сутки, дети с обструктивным бронхитом на фоне гипотрофии — на 4,53 сутки. Причем, большинство детей, как с паратрофией так и с гипотрофией, поступало с третьих по седьмые сутки, что в совокупности составило 66,7 % (20 детей) и 46,7 % (14 детей) соответственно. В первые трое суток от начала заболевания госпитализировано при обструктивном бронхите на фоне паратрофии 6 (20 %) детей, на фоне гипотрофии — 11 (36,7 %) детей. Двое (6,7 %) детей с паратрофией поступило в стационар спустя 2 недели амбулаторного лечения в связи с отсутствием положительной динамики, при гипотрофии — 1 (3,3 %) ребенок поступил на 14-е сутки заболевания.

Степень тяжести, выраженность клинических проявлений зависит от степени паратрофии, аллергологического анамнеза, возраста ребенка. Большинство детей (20 детей, 66,7 %)

поступали в стационар в состоянии средней степени тяжести, в тяжелом состоянии поступило 10 (33,3 %) детей. Ведущим клиническим синдромом у всех детей являлся бронхообструктивный, который протекал без дыхательной недостаточности у 14 (46,7 %) детей, дыхательная недостаточность 1 степени наблюдалась у 14 (46,7 %) детей, дыхательная недостаточность 2 степени — у 2 (6,7 %) детей. Интоксикационный синдром встречался в 43,3 % (13 детей), гипертермический — у 1 (3,3 %) ребенка.

Состояние детей при обструктивном бронхите на фоне гипотрофии расценивалось как тяжелое у 8 (26,7 %) детей, средней степени тяжести — у 22 (73,3 %) детей. Ведущим клиническим синдромом был бронхообструктивный, протекающий без дыхательной недостаточности (17 детей; 56,7 %), с дыхательной недостаточностью 1 степени (10 детей; 33,3 %), с дыхательной недостаточностью 2 степени — у 3 (10 %) детей. Обструктивный бронхит у детей с гипотрофией протекал на фоне интоксикационного синдрома у 22 (73,3 %) детей, гипертермического — у 2 (6,7 %) детей.

У 10 (33,3 %) детей с паратрофией обструктивный бронхит протекал без повышения температуры тела, субфебрильная температура отмечалась у 15 (50 %) детей, фебрильная — у 5 (16,7 %) детей. Средняя продолжительность лихорадочного периода составила 2 суток. Причем наименьшая продолжительность лихорадочного периода отмечалась у детей с паратрофией 3 степени, что составило 0,67 дней, у детей с паратрофией 1 степени — 2,22 дня, а наиболее длительно сохранялось повышение температуры тела у детей со 2-й степенью паратрофии (2,46 дня).

Обструктивный бронхит на фоне гипотрофии у 7 (23,3 %) детей протекал без повышения температуры тела, у 10 (33,3 %) детей отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр, фебрильная температура тела наблюдалась у 13 (43,4 %) детей. Средняя продолжительность лихорадочного периода составила 3,5 дня. Причем наименьшая продолжительность лихорадки отмечалась у детей с гипотрофией 3 степени — 2,16 дня, наиболее длительно сохранялось повышение температуры тела у детей с 1-й степенью гипотрофии (2,94 дня).

Обструктивный бронхит характеризуется разнообразной аускультативной картиной [1]. Сухие свистящие хрипы выслушивались у 25 (83,3 %) детей с паратрофией. В 26,7 % (8 детей с паратрофией) сухие хрипы сочетались с разнокалиберными влажными, реже с мелкопузырчатыми влажными хрипами — 16,67 % (5 детей с паратрофией). В 100 % обструктивный синдром сопровождался экспираторной одышкой, в 43,3 % (у 13 детей с паратрофией) без участия вспомогательной мускулатуры. Аускультативная картина обструктивного бронхита у детей с гипотрофией характеризовалась сухими свистящими хрипами у 19 (63,3 %) детей. В 26,7 % (8 детей с гипотрофией) сухие хрипы сочетались с разнокалиберными влажными хрипами, реже с мелкопузырчатыми влажными хрипами — 3,3 % (1 ребенок с гипотрофией).

У 3 (10 %) детей с паратрофией обструктивный бронхит осложнился пневмонией, у 2 (6,7 %) детей — острым средним отитом. У детей с гипотрофиями осложнения встречались реже, только у 2 (6,7 %) детей был диагностирован катаральный средний отит.

Средняя продолжительность пребывания детей в стационаре составила: с паратрофией 1 степени — 6,11 койко-дней, с паратрофией 2 степени — 7,77 койко-дней, с паратрофией 3 степени — 11,67 койко-дней; с гипотрофией 1 степени — 12 койко-дней, с гипотрофией 2 степени — 17,83 койко-дней, с гипотрофией 3 степени — 11,33 койко-дней. Средняя длительность госпитализации детей с обструктивным бронхитом, протекающим на фоне паратрофии, составила 8,07 койко-дней, а детей с обструктивным бронхитом на фоне гипотрофии — 12,93 койко-дня.

Заключение

Обструктивным бронхитом на фоне хронических расстройств питания чаще болеют дети в возрасте старше 6 месяцев, находящиеся на искусственном вскармливании. Обструктивный бронхит на фоне паратрофии чаще встречается у мальчиков со второй степенью паратрофии. Из детей с гипотрофией чаще болеют девочки с 1 степенью гипотрофии. Обструктивный бронхит на фоне хронических расстройств питания развивается у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом и проявлениями атопии различной степени выраженности.

Одинаково часто госпитализируются дети с обструктивными бронхитами как на фоне паратрофии так и на фоне гипотрофии, имеющие старших братьев или сестер, что обусловлено высокой вирусной нагрузкой старших детей в организованных коллективах.

На стационарное лечение дети как с гипотрофиями так и паратрофиями поступают чаще в состоянии средней степени тяжести, преимущественно на 5-е сутки заболевания.

Обструктивный бронхит у детей как с хроническими расстройствами питания чаще протекает без дыхательной недостаточности, с сухими «свистящими» хрипами при аскультации. Обструктивный бронхит у детей с паратрофией протекает чаще без повышения температуры тела, у детей с гипотрофией — на фоне фебрильной температуры тела со средней длительностью лихорадочного периода 3,5 дня.

Средняя продолжительность стационарного лечения детей с гипотрофией в полтора раза длительнее по сравнению с детьми с паратрофией.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зайцева, О. В.* Бронхообструктивный синдром у детей / О. В. Зайцева // Педиатрия. — 2005. — № 4. — С. 94–104.
2. *Зосимов, А. Н.* Детская пульмонология. Принципы терапии / А. Н. Зосимов. — М.: Эксмо, 2008. — 736 с.
3. Острые респираторные заболевания у детей : пособие для врачей / С. О. Ключников [и др.]. — М., 2009. — 35 с.
4. *Овсянникова, Е. М.* Бронхообструктивный синдром инфекционного генеза у детей / Е. М. Овсянникова // Педиатрия. — 2005. — Т. 7, № 2. — С. 13–14.
5. *Назаренко, О. Н.* Диагностика и коррекция белково-энергетической недостаточности и нарушений трофологического статуса у детей: метод. пособие / О. Н. Назаренко, В. Юрчик, В. В. Дмитрачков. — Минск: ДокторДизайн, 2015. — 72 с.

УДК 616.5–001.1–053.8–036–076

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ВЗРОСЛЫХ

Сердюкова О. А., Шитикова М. Г.

Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Атопический дерматит (АД) — аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности локализации и морфологии очагов воспаления, характеризующееся кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям [1]. АД является важнейшей медико-социальной проблемой, т. к. существенно нарушает качество жизни больных, что связано с психосоматическими и косметическими дефектами; является экономическим и психологическим бременем для больного и членов его семьи [2]. За последние 10 лет средняя заболеваемость АД в странах СНГ у взрослых составляла 6–28,7 %, у детей и подростков — 2,2–20,3 %. Широкая распространенность атопического дерматита характерна для Украины, Таджикистана, Казахстана, Киргизии и Республики Беларусь [3]. Патогенез АД определяется как триединство ведущих механизмов: генетическая предрасположенность к атопии, нарушение эпидермального барьера и каскад иммунных реакций, реализующий аллергическое воспаление в коже [4]. Активация иммунной системы, а именно Т-лимфоцитов, является одной из основных составляющих аллергического воспаления при АД [5].

Возможности иммунофенотипирования лимфоцитов крови позволяют определить субпопуляционный состав и фенотип лимфоцитов, однако информация, извлекаемая в результате анализа основных популяций лимфоцитов периферической крови (Т-клетки, Т-хелперы, Т-цитотоксические, В-клетки и натуральные киллеры (НК-клетки)), является недостаточной, поэтому для целей диагностики более важным представляется информация о наличии малых субпопуляций лимфоцитов и активированных пулов клеток [6].