

регулярно употребляют алкогольные напитки, не организуют свое питание, неохотно желают скорректировать свой вес, увеличить физическую активность и работоспособность. Основными причинами недостаточной заботы мужчин о своем здоровье дефицит времени и отсутствие единомышленников. Мужчины посещают врачей в основном с целью профилактического осмотра, а по собственной инициативе не проявляют желания обращаться. С возрастом у мужчин увеличивается приверженность к здоровому образу жизни мужчин, их семей, удовлетворенность своей работой, взаимоотношениями в семье, экологическими условиями в месте проживания, качеством питания и медицинской помощи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Доброхлеб, В. Г. Проблемы демографического старения населения России / В. Г. Доброхлеб // Некоммерческий фонд. — 2006. — № 1. — С. 50–64.
2. Здоровоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сборник за 2006 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2007. — 277 с.

УДК 616.233-002-053.2:616.39-036.12

### ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ С ПАРАТРОФИЕЙ

*Сергейчик Л. С., Петрова М. Н.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Несмотря на современные достижения медицины, в XXI в. распространенность респираторных инфекций не только не снижается, а все больше возрастает. Длительное время первое место в структуре инфекционной заболеваемости у детей занимают острые респираторные заболевания [1, 2].

Распространенность острых респираторных заболеваний в детском возрасте обусловлена как высокой контагиозностью инфекционного фактора, так и анатомо-физиологическими особенностями детского организма.

Частота развития бронхиальной обструкции на фоне острых респираторных заболеваний у детей первых лет жизни составляет, по данным разных авторов, от 5 до 50 %. Наиболее часто обструктивные бронхиты отмечаются у детей с отягощенным семейным анамнезом по аллергии, хроническими расстройствами питания.

Хронические расстройства питания у детей (дистрофии) — результат недостаточного либо избыточного поступления, либо усвоения питательных веществ. Эти заболевания характерны для детей раннего возраста и сопровождаются нарушением физического развития ребенка, нарушениями метаболизма, иммунитета, состояния внутренних органов и систем [1].

Паратрофия является одной из форм хронического расстройства питания у детей. В постнатальном периоде в этиологии чаще играет роль алиментарный фактор, а именно избыток в питании ребёнка грудного возраста углеводов и жиров при недостаточном обеспечении белком. Снижение количества белка приводит к дефициту иммунологического статуса, следовательно, эти дети склонны к развитию интеркуррентных инфекций.

#### **Цель**

Изучить особенности клинического течения обструктивного бронхита у детей с различной степенью паратрофии.

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

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

Было проанализировано 28 медицинских карт стационарного пациента детей первого года жизни с обструктивным бронхитом, протекающим на фоне различной степени пара-

трофии, которые находились на лечении в инфекционном отделении № 1 ГОДКБ с февраля 2015 по февраль 2016 гг.

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

Согласно медицинской документации среди пациентов с данной патологией по половому признаку преобладали мальчики (71,43 %; 20 детей), девочки с обструктивными бронхитами на фоне паратрофии госпитализировались гораздо реже — 28,57 % (8 детей). Как у мальчиков, так и у девочек паратрофия 1 степени диагностировалась у 9 (32,14 %) детей, паратрофия 2 степени — у 13 (46,43 %) детей, паратрофия 3 степени у 6 (21,43 %) детей.

Все дети имели массу тела при рождении более 2,5 кг. Средняя масса тела при рождении составила 3362,96 г, из них масса тела при рождении менее 3 кг была у 7 детей, что составило 25 %, более 4 кг — у 3 (10,71 %) детей.

Чаще госпитализировались в стационар дети второго полугодия жизни (16 детей, 57,14 %), в возрасте до 6 месяцев — 12 (42,86 %) детей.

Анализируя характер вскармливания детей, выявлено, что на искусственном вскармливании находилось 16 (57,14 %) детей, на естественном — 12 (42,86 %) детей.

Известно, что отягощенный аллергологический анамнез является предрасполагающим фактором к развитию обструктивного синдрома на фоне респираторной патологии [1, 2]. Отягощенный аллергологический анамнез наблюдался у 15 детей, что составило 53,57 %. Причем на момент поступления кожные проявления атопии различной степени выраженности отмечались у 8 (28,57 %) детей.

Согласно нашим данным чаще обструктивным бронхитом на фоне паратрофии болеют дети, которые родились в семье вторыми (17 детей, 60,71 %). Частота развития обструктивного бронхита у первенцев составила 21,43 % (6 детей), 17,86 % (7 детей) составили дети, рожденные третьими и последующими в семье.

18 (64,29 %) детей 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 поступали для стационарного лечения в среднем на 4,79 сутки, из них большинство детей поступало с третьих по седьмые сутки, что в совокупности составило 67,86 % (19 детей). В первые трое суток от начала заболевания госпитализировано 6 (21,43 %) детей. Двое детей (3,57 %) поступило в стационар спустя 2 недели амбулаторного лечения в связи с отсутствием положительной динамики.

Степень тяжести, выраженность клинических проявлений зависит от степени паратрофии, аллергологического анамнеза, возраста ребенка [1, 2]. Большинство детей (19 детей, 67,86 %) поступали в стационар в состоянии средней степени тяжести, в тяжелом состоянии поступило 9 (32,14 %) детей. Ведущим клиническим синдромом у всех детей являлся бронхообструктивный, который протекал без дыхательной недостаточности у 13 (46,43 %) детей, дыхательная недостаточность 1 степени наблюдалась у 13 (46,43 %) детей, дыхательная недостаточность 2 степени — у 2 (7,14 %) детей. Интоксикационный синдром встречался в 42,86 % (12 детей), гипертермический — у 1 (3,57 %) ребенка.

У 10 (33,71 %) детей обструктивный бронхит протекал без повышения температуры тела, субфебрильная температура отмечалась у 14 (50 %) детей, фебрильная — у 4 (14,29 %) 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 второй степенью паратрофии (2,46 дня).

Обструктивный бронхит характеризуется разнообразной аускультативной картиной [1]. Сухие свистящие хрипы выслушивались у 25 (89,29 %) детей. В 28,57 % (8 детей) сухие хрипы сочетались с разнокалиберными влажными, реже с мелкопузырчатыми влажными хрипами — 17,86 % (5 детей). В 100 % обструктивный синдром сопровождался экспираторной одышкой, в 46,43 % (у 13 детей) без участия вспомогательной мускулатуры.

### **Выводы**

Обструктивным бронхитом чаще болеют мальчики со второй степенью паратрофии, имеющиеотягощенный аллергологический анамнез и проявления атопии различной степени выраженности, в возрасте старше 6 месяцев, находящиеся на искусственном вскармливании, имеющие массу тела при рождении от 3 до 4 кг.

Наиболее часто госпитализируются дети, имеющие старших братьев или сестер. Обструктивный бронхит у детей с паратрофией чаще протекает с нормальной температурой тела, дыхательной недостаточностью 1 степени, сухими «свистящими» хрипами при аускультации.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Острые респираторные заболевания у детей: пособие для врачей / С. О. Ключников [и др.]. – М., 2009. – 35 с.
2. Овсянникова, Е. М. Бронхообструктивный синдром инфекционного генеза у детей / Е. М. Овсянникова // Педиатрия. – 2005. – № 2. – Т. 7. – С. 13-14.

**УДК 618-008.6-037-08-084**

## **ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Сёмуха Н. И.*

**Научный руководитель: к.м.н. Ю. В. Кухарчик**

**Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь**

### **Введение**

Невынашивание беременности является одной из актуальных проблем в современном акушерстве. Частота данной патологии колеблется от 10 до 25 %. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике, профилактике и терапии самопроизвольных абортов и преждевременных родов, частота невынашивания беременности растет в связи с вовлечением в репродуктивный процесс большого числа женщин из групп высокого риска, а также увеличения числа искусственных абортов и их осложнений, особенно среди первобеременных, наличие урогенитальной инфекции, которая является одной из наиболее часто встречаемых причин невынашивания беременности [1, 2].

### **Цель**

Оценить эффективность профилактики преждевременных родов у женщин с невынашиванием беременности на фоне прогестероновой терапии.

### **Материал и методы исследования**

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ историй беременности 40 пациенток с установленным диагнозом начавшегося самопроизвольного выкидыша и получавших прогестероновую терапию. Набор материалов осуществлялся на базе УЗ «Гродненской клинической больницы скорой медицинской помощи».

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

Обследованные нами женщины поступали в возрасте 18–26 лет (45 %), 27–30 лет (20 %), 31–36 лет (35 %). Из 40 женщин 40 % были первобеременные, 40 % имели вторую беременность и 20 % третью. У пациенток имевших ранее 1 и более беременностей роды наблюдались в 23,53 % случаев, выкидыш — 47 %, аборт — 17,64 %, в 11,76 % случаев имела место неразвивающаяся беременность. 60 % беременных были впервые госпитализированы в срок 1–10 недель, 25 % в срок 11–15 недель и 15 % в 16–20 недель. За период беременности пациентки были госпитализированы: 1 раз (30 %), 2 раза (40 %), 3 раза (25 %), 4 раза (5 %). Все пациентки при каждой госпитализации в стационар получали препараты прогестерона (микронизированный прогестерон, дидрогестерон) в течении 6–12 дней. У 80 % пациенток наблюдалась экстрагенитальная патология: со стороны сердечно-сосудистой систе-