перенесенного заболевания.

Таким образом, из социально-психологических факторов, в качестве детерминирующих развитие часто болеющего ребенка, наиболее значительными являются родительское (в частности, материнское) отношение и психологический климат в семье.

Список литературы:

1. Волкова, О.Н. Особенности развития личности часто болеющего ребенка / О.Н. Волкова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010. – № 2. – URL: http:// medpsy.ru

2. Михеева, А.А. Психические особенности часто болеющих детей / А.А. Михеева: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – Москва, 1999. – 19 с.

3. Великанова, Л.П. Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект / Л.П. Великанова: автореф. дисс. …. д-ра. мед. наук. – Москва, 2008. – 41 с.

4. Кравцова, Н.А. Психологическое содержание организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам с психосоматическими расстройствами / Н.А. Кравцова: автореф. дисс. …..д-ра. пед. наук. – Томск, 2009. – 42 с.

5. Сидоркина, Т.Ю. Адаптация часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению / Т.Ю. Сидоркина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 3 (20). – URL: http://medpsy.ru

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С ПАРАТРОФИЕЙ

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

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
кафедра педиатрии, Гомель, Беларусь

Введение. Распространенность острых респираторных заболеваний в детском возрасте обусловлена как контагиозностью инфекционного фактора, так и анатомо-физиологическими особенностями детского организма [3].

Обструктивный бронхит в практике врача-педиатра встречается часто. Особенно это касается раннего детского возраста. Так, частота развития бронхиальной обструкции на фоне острых респираторных заболеваний у детей первых лет жизни составляет, по данным разных авторов, от 5% до 50% [1]. Наиболее часто обструктивный бронхит отмечается у детей с отягощенным семейным анамнезом по аллергии, хроническими расстройствами питания [3].

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.

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

Репозиторий ГрГМУ

статуса, следовательно, эти дети склонны к развитию интеркурентных инфекций [4].

Объект 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 паратрофии, которые находились на лечении в инфекционном отделении № 1 ГОДКБ с февраля 2015 года по февраль 2016 года.

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

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

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

Анализируя характер вскармливания детей, госпитализированных с данной патологией, выявлено, что на искусственном вскармливании находилось 16 детей (57,14%), на естественном – 12 детей (42,86%).

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

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

Репозиторий ГрГМУ

связи с отсутствием положительной динамики.

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

У 10 детей (33,71%) обструктивный бронхит протекал без повышения температуры тела, субфебрильная температура отмечалась у 14 детей (50%), фебрильная – у 4 детей (14,29%). 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 [2]. Сухие свистящие хрипы выслушивались у 25 детей (89,29%). 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.

Общий анализ крови при первичном обследовании (в день поступления) характеризовался анемией легкой степени в 25% (7 детей). Лейкоцитоз имели 5 детей (17,86%), лимфоцитоз – 5 детей (17,86%), сдвиг лейкоцитарной формулы влево – 2 детей (7,14%), синдромом ускоренного СОЭ – 5 детей (17,86%).

У 3 детей (10,71%) обструктивный бронхит осложнился пневмонией, у 2 детей (7,14%) – острым средним отитом.

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. Средняя длительность госпитализации детей с данной патологией составила 8,07 койко-дней.

Выводы:

1. Обструктивным бронхитом чаще болеют мальчики со второй степенью паратрофии, в возрасте старше 6 месяцев, имеющие отягощенный аллергологический анамнез и проявления атопии различной степени выраженности, находящиеся на искусственном вскармливании.

2. Наиболее часто госпитализируются дети в состоянии средней степени тяжести, на 5 сутки заболевания, имеющие старших братьев или сестер, что обусловлено высокой вирусной нагрузкой старших детей в организованных коллективах.

3. Обструктивный бронхит у детей с паратрофией чаще протекает с

Репозиторий ГрГМУ

нормальной температурой тела, дыхательной недостаточностью 1 степени, сухими «свистящими» хрипами при аускультации.

Список литературы:

1. Острые респираторные заболевания у детей: пособие для врачей / С.О. Ключников [и др.]. – М., 2009. – 35 с.

2. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с респираторными инфекциями различной этиологии: особенности клинических проявлений и иммунного ответа / В.К. Котлуков [и др.]. // Педиатрия. – 2006. – № 3. – С. 14-21.

3. Овсянникова, Е.М. Бронхообструктивный синдром инфекционного генеза у детей / Е.М. Овсянникова // Педиатрия. - Приложение к Consilium Medicum. – 2005. – № 2, Т. 7. – С. 33-35.

4. Мачулина, Л.Н. Хронические расстройства питания у детей первого года жизни: учеб. пособие / Л.Н. Мачулина, Н.В. Галькевич. – Мн.: БелМАПО, 2002. – 40 с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИАГНОСТИКА СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Сергиенко В.К., Кухарчик Н.А., Пригон К.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра анестезиологии и реаниматологии, Гродно, Беларусь

Введение. Педиатрический сепсис, рассматривается как тяжёлое состояние, которое возникает в результате инфицирования организма бактериями, вирусами, грибами или паразитами. Врачи по-прежнему сталкиваются со значительными трудностями при лечении пациентов данной патологии. Тяжелый сепсис и септический шок до сих пор остается одной из основных причин смертности детей в отделениях анестезиологии и реанимации, несмотря на достигнутые успехи в терапии и диагностике сепсиса в мире [1].

У большинства детей во всем мире, наиболее частыми причинами бактериального сепсиса являются: H influenzae type b (Hib), Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, и Salmonella species. В Соединенных Штатах Америки и в других развитых странах преобладают E coli, S aureus, S pneumoniae, и N. meningitidis predominate [2].

Задачи и методы исследования. Целью настоящего исследования было установление клинико-эпидемиологических особенностей течения сепсиса у детей на современном этапе. Дизайн исследования – эпидемиологическое, ретроспективное. В качестве источника информации использовались данные «Медицинских карт стационарного пациента» № 003/у-07 детей находящихся на лечении в УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» с диагнозом сепсис за последние 10 лет. Статистический анализ проводился с использованием компьютерной программы Excel (Microsoft Software, USA).

Результаты и их обсуждение. В ретроспективном исследовании, при анализе карт стационарного пациента 49 детей, госпитализированных в отделении реанимации и интенсивной терапии УЗ «ГОИКБ» с диагнозом

Репозиторий ГрГМУ