

аллергия (бронхиальная астма, аллергический ринит) достоверно ($p < 0,05$) чаще диагностировались у мальчиков, чем у девочек; частота встречаемости таких аллергических заболеваний, как атопический дерматит, крапивница, ангионевротический отек и пищевая аллергия не имели достоверных половых различий. Более половины детей (56,1%) имели различные сочетания аллергических заболеваний. Наиболее часто в сочетании с другими аллергическими заболеваниями диагностировалась пищевая аллергия (53,7%), что свидетельствует о сохранении большой значимости пищевой аллергии в развитии разных АЗ и согласуется с современными научными данными об уменьшении тенденции к снижению частоты пищевой и кожной аллергии с возрастом [1].

Не более 20% детей имеют наследственность по аллергии, то есть в подавляющем большинстве случаев в семьях обследуемых детей аллергические заболевания появились впервые.

Почти каждый пятый ребенок с аллергией родился путем операции кесарева сечения, у 20% женщин беременность протекала с гестозом. Длительность грудного вскармливания была значительно меньше рекомендуемой у подавляющего большинства обследованных детей, каждый пятый ребенок с аллергией уже с рождения находился на искусственном вскармливании. Несмотря на то, что средний вес детей при рождении был в пределах нормальных значений, в последующем почти у каждого третьего ребенка отмечалась избыточная масса тела, причем достоверно чаще ИМТ более 90 перцентили имели мальчики, чем девочки ($p < 0,05$).

Список литературы:

1. Богова, А.В. Тенденции в изучении эпидемиологии аллергических заболеваний в России за последние 10 лет / А.В. Богова, Н.И. Ильина, Л.В. Лусс // Российский аллергологический журнал. – 2008. – № 6. – С. 3-14.

2. Asher, M.I. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and eczema in childhood: ISAAC phases one and three repeat multicountry cross-sectional surveys / M.I. Asher [et al.] // Lancet. – 2006. – Vol. 368. – P. 733-743.

3. WAO. White book on Allergy. URL: http://www.worldallergy.org/UserFiles/file/WAO-White-Book-on-Allergy_FINAL.pdf.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Томчик Н.В., Янковская Н.И., Воропай А.А., Ялошевская Е.П.,
Корень Е.А., Пантюхова Г.С.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

Гродно, Беларусь

Актуальность. Патология органов дыхания является одной из основных причин высокой заболеваемости и смертности новорожденных. Известно, что главной причиной смерти новорожденных с разными формами внутриутробного заражения является пневмония (11-45%), частота которой составляет 11-38% от всех форм внутриутробной инфекции [1, 2, 3].

В связи с высокой распространенностью врожденной пневмонии у новорожденных, значительными экономическими вложениями государства на их лечение, актуальным является изучение этиологических факторов этой патологии, что позволит оптимизировать выбор стартовой антибактериальной терапии, и в значительной степени определит исход заболевания.

Цель работы – изучить факторы риска и этиологические особенности врожденной пневмонии у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 51 карты стационарного пациента, из них 54,9% мальчиков, 45,1% девочек, находившихся на лечении в педиатрическом отделении УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Оценка перинатального анамнеза выполнена на основании анализа обменной карты беременной, истории родов (ф. 096/у). Всем новорожденным было проведено клиническое, антропометрическое, лабораторное, инструментальное, микробиологическое обследования. Материалом для микробиологического исследования служили трахеобронхиальный аспират, мазки из носа, зева и наружного слухового прохода. Заборы на микробиологическое исследование проводили в первые сутки жизни ребенка.

Все дети были разделены на 2 группы:

1 группа (основная) – 32 младенца с верифицированным диагнозом врожденная пневмония. Гестационный возраст детей колебался от 222 до 290 дней, Me – 272 дня (Q25-260,5; Q75-280).

2 группа (сравнения) – 19 детей без признаков внутриутробного инфицирования. Гестационный возраст новорожденных был от 236 до 284 дней, Me – 268 дней (Q25-260; Q75-275).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартного пакета прикладных статистических программ Statistica 10.0. Результаты статистического анализа представлены в формате Me (Q25-Q75). При сравнении долей (процентов) использовался метод Фишера (Fisher exact test). Для описания относительной частоты бинарного признака рассчитывался доверительный интервал (95% ДИ) с указанием нижней (5%) и верхней (95%) границы. Нулевая гипотеза отвергалась на уровне значимости $\alpha=0,05$ ($p\leq 0,05$) для каждого из использованных тестов.

Результаты и их обсуждение. Анализ карт стационарного пациента показал, что среди младенцев основной группы масса тела колебалась от 1760 г до 4400 г, Me – 3300 (Q25 – 2850; Q75 – 3725), в группе сравнения этот показатель составил от 2050 г до 4000 г, Me – 3100 (Q25 – 2400; Q75 – 3500). У младенцев обеих групп масса тела при рождении достоверно высоко коррелировала с гестационным возрастом ($R=0,64$; $p=0,000$).

В основной группе статистически значимо большее количество детей родилось преждевременно (71,9%), чем в группе сравнения (36,8%, $p<0,01$). Путем операции кесарево сечение родились 43,68% младенцев 1 группы и 63,16% – 2 группы, статистически значимых различий в группах не получено.

При проведении анализа течения беременности, родов и соматического статуса беременных были установлены следующие факторы риска по внутриутробному инфицированию. У матерей новорожденных 1 группы

статистически значимо чаще беременность протекала патологически, чем у матерей младенцев 2 группы – 78,12% и 52,63% случаев, соответственно ($p < 0,05$). У этих женщин течение настоящей беременности осложнялось угрозой прерывания в различных сроках, беременность протекала на фоне гестоза, суб- или декомпенсированной формы фетоплацентарной недостаточности.

В анализируемых группах установлено, что инфекционная патология матерей во время настоящей беременности достоверно чаще встречалась у младенцев 1 группы по сравнению со 2 группой – 68,75% и 57,89% случаев, соответственно ($p = 0,05$). Следует отметить, что практически у 2/3 матерей 1 группы на разных сроках настоящей беременности отмечалась острая респираторная инфекция верхних дыхательных путей (ОРИ), были диагностированы хронический пиелонефрит, хронический тонзиллит (ХТ), хронический отит, хронический аднексит (59,40%), уреаплазмоз (6,30%), микоплазмоз (3,20%), хламидиоз (3,20%), кандидоматоз (3,20%), эрозия шейки матки (15,70%). Во 2-й группе инфекционные болезни были выявлены у 57,89% матерей и представлены ОРИ, ХТ, хронической урогенитальной воспалительной патологией (21,05%) (таблица 1).

Таблица 1. – Материнские факторы риска по внутриутробному инфицированию

Факторы риска	Группы		p
	1 (n=32) 95% ДИ	2 (n=19) 95% ДИ	
Патологическое течение беременности	78,12% (60,03;90,72)	52,63% (28,86;75,55)	<0,05
Инфекционные болезни матери	68,75% (49,99;83,88)	57,89% (33,50;79,75)	=0,05
Соматическая патология матерей	31,25 (16,12;50,01)	78,95 (54,43;93,95)	<0,00 1

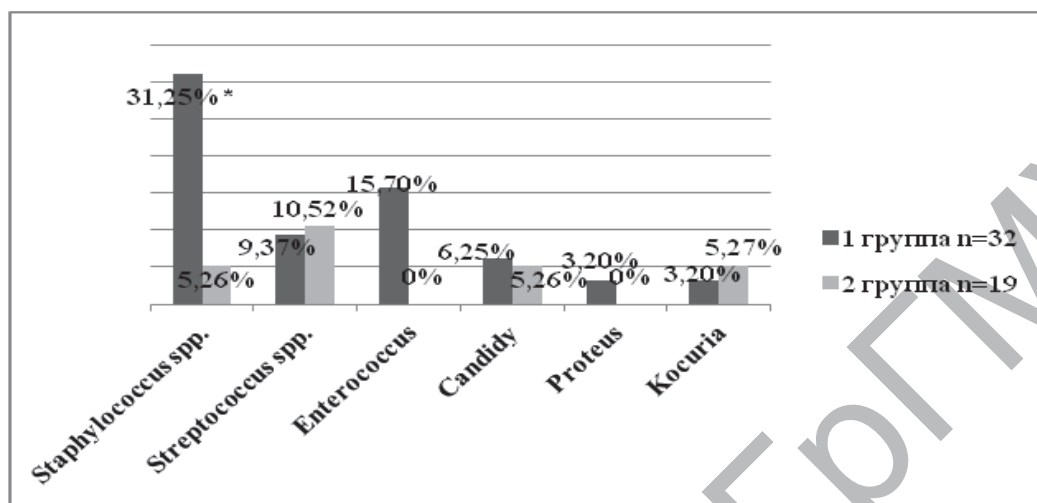
p – Fisher exact test

Соматическая патология матерей в период настоящей беременности статистически значимо реже диагностирована в 1 группе по сравнению со 2 группой – 31,25% и 78,95% случаев, соответственно ($p < 0,001$). Она была представлена малыми аномалиями развития сердца, эндокринной патологией, артериальной гипертензией.

Анализируя тяжесть состояния установлено, что среди новорожденных 1 группы статистически значимо преобладали младенцы в состоянии средней степени тяжести, требовавшие кислородотерапии, чем в тяжелом состоянии (81,25% случаев и 18,75% соответственно, $p < 0,001$). Всем детям в тяжелом состоянии проводили искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Следует отметить, что эти новорожденные статистически значимо чаще были инфицированы *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus*, чем дети, не нуждавшиеся в респираторной поддержке ($p < 0,05$).

Анализ результатов микробиологического исследования показал, что в биотопах детей 1 группы *Staphylococcus spp.* (*capitis*, *epidermidis*, *maltophilia* и *hemolyticus*) выделялся чаще, чем у детей 2 группы ($p = 0,03$), что согласуется с литературными данными. Контаминация *Streptococcus pneumoniae* и *saprofitis* выявлена у 9,40% новорожденных основной группы, у 10,60% детей группы

сравнения. Инфицирование грибами диагностировано у 6,25% новорожденных основной группы и у 5,26% – группы сравнения. У 3,2% детей 1 группы, у 5,27% младенцев 2 группы выявлена *Coccidia* ($p>0,05$ во всех случаях сравнений). Следует отметить, что только у детей 1 группы обнаружен *Enterococcus* (15,70%), *Proteus* (3,2%) (рисунок 1).



p* – Fisher exact test

Рисунок 1. – Частота выявления микробных возбудителей из различных биотопов у новорожденных

При анализе сочетания изученных инфекций выявлено, что у детей 1 группы из различных биотопов установлен рост нескольких микроорганизмов: *Staphylococcus spp.* и *Enterococcus* (14,28%); *Staphylococcus spp.*, *Enterococcus* и *Candida* (6,25%); *Staphylococcus spp.* и *Candida* (6,25%).

Не было установлено достоверных корреляционных связей между гестационной зрелостью младенца, методом родоразрешения, патологическим течением беременности, перенесенными инфекционными заболеваниями матерей в период настоящей беременности и выявленным спектром возбудителей ($p>0,05$).

Выводы:

1. Факторами риска в развитии врожденной пневмонии являются степень зрелости ребенка, материнские факторы высокого риска по внутриутробному инфицированию (патологическое течение беременности и родов, состояние здоровья матерей).

2. В этиологии врожденной пневмонии играют роль микроорганизмы рода *Staphylococcus spp.*, у детей, нуждающихся в респираторной поддержке – *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus*.

3. В структуре врожденной пневмонии преобладают дети со средне-тяжелым течением болезни, требующие дополнительной дотации кислорода.

Список литературы:

1. Гнедько, Т.В. Комплексное обследование новорожденных с клиническими проявлениями врожденных инфекций / Т.В. Гнедько, Н.Г. Капура // Медицинская панорама. – 2009. – № 8. – С.34-39.

2. Национальное руководство по неонатологии / под ред. Н.Н. Володина. – М.: Медицина, 2007. – С. 134-137.

3. Черняховский, О.Б. Внутритрубные инфекции у новорожденных, факторы риска / О.Б. Черняховский, И.В. Абрамова, О.Л. Полянчикова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. – № 1. – С. 80-88.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРА

*Хлебовец Н.И., Осипова Е.А. *, Кизелевич А.И. **

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

Введение. Болезни почек из года в год регистрируется все чаще. Среди детей с заболеваниями органов мочевой системы микробно-воспалительные заболевания (МВЗ) занимают первое место. По данным 2-й ГДКБ г. Минска они составляют 71-73% [1]. Важное социально-экономическое и медицинское значение МВЗ почек и мочевыводящих путей определяют их высокая распространенность и тенденция к хронизации.

Распространенность инфекций мочевых путей (ИМП) зависит от возраста и пола. Если в первые 3 месяца жизни мальчики болеют в полтора раза чаще девочек, то в последующие месяцы эти показатели уравниваются, а к концу 1 года жизни частота ИМП среди девочек уже в 3-4 раза выше, чем у мальчиков. После первого года жизни встречаемость ИМП у девочек во много раз превышает таковую у мальчиков. Известно, что у 8% девочек и 2% мальчиков до семилетнего возраста отмечается хотя бы один эпизод ИМП, а в период от 0 до 2 месяцев жизни около 5% случаев фебрильной лихорадки обусловлены развитием острого пиелонефрита. В дальнейшем примерно у 30% детей с ИМП в течение первого года жизни отмечается ее рецидив. ИМП является самой частой причиной лихорадки неясного генеза у мальчиков до трех лет. Весомая доля случаев ИМП в детском возрасте, особенно у мальчиков, развивается на фоне различных морфофункциональных нарушений органов мочевой системы, поэтому мальчикам после одного эпизода, а девочкам после двух эпизодов ИМП показано полное нефроурологическое обследование [3].

По данным литературы тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН) встречается у 2% нефрологических больных. По данным Республиканского центра детской нефрологии и почечно-заместительной терапии г. Минска ТИН регистрируется с частотой 1,5% [2].

Цель исследования: изучение динамики структуры больных нефрологического профиля, госпитализированных в детский стационар в 2015 году в сравнении с 2010 годом.

Материалы и методы. Изучена медицинская документация соматического отделения УЗ «ГОДКБ» за 2010 год – проанализированы данные медицинских карт стационарного пациента (349 детей) и пациентов, госпитализированных в 2015 году (338 детей).

Результаты исследования и их обсуждение. В 2010 году городских детей было 78%, сельских – 22%; по экстренным показаниям поступили 62% детей, в плановом порядке – 38%; направлены поликлиникой – 94%, обратились в стационар сами – 6%. Девочек было 69%, мальчиков – 31%. Среди больных с