

2. Диета с исключением жаренных, копченых, соленых блюд, шоколада и других продуктов с высокой степенью аллергизации.
3. УЗИ органов брюшной полости 1 раз в год.
4. Биохимический анализ крови 1 раз в год (билирубин, АСТ, АЛТ).
5. Креон 10 000ЕД 1/2 капс. 3 раза в день внутрь во время еды курсами по 3–4 месяца.
6. Аллохол 1/2 табл. 3 р/д внутрь 10 дней каждые 3 месяца.
7. Дротаверин 40 мг 1/2 табл. 2 р/д при болях в животе.
8. При ухудшении состояния повторная госпитализация в детскую больницу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская гастроэнтерология : руководство для врачей / под ред. проф. Н. П. Шабалова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – С. 348–349.
2. Ageneses of the gallbladder: revision of the literature and a case reported (article in Spanish) / J. G. Flores-Valencia [et al.] // Rev Med Inst Mex Seguro Soc. – 2012. – Vol. 50 (1). – P. 63–66.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Волкова О.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний системы органов дыхания. По данным европейского респираторного общества, ее распространенность в России, как и в большинстве стран Европы, составляет 5–8% в общей популяции, причем 20% больных страдают этим заболеванием в тяжелой форме [1].

Основным фактором в развитии БА является хроническое аллергическое воспаление, сопровождающееся развитием гиперреактивности бронхов, чувствительность которых резко повышается на действие, как специфического аллергена, так и неспецифических физиологических, патологических факторов, а в механизме развития спазма бронхиол (бронхообструкции) решающее значение имеет сокращение гладких мышц бронхиол, гиперсекреция слизи и отек стенки бронхов [2, 3].

БА имеет глобальное значение, так как она широко распространена во всех странах мира. Не вызывает сомнений увеличение аллергической заболеваемости взрослого и детского населения за последние два-три десятилетия. Однако частота БА в разных странах мира не одинаковая. Дело в том, что при эпидемиологических исследованиях разные авторы, при диагностике БА, придерживаются разных принципов, применяют разные методики исследований [3].

Многочисленные исследования последних десятилетий подтвердили участие генетических факторов в формировании БА, их вклад составляет 35–70%. По мнению большинства исследователей, развитие заболевания происходит в результате реализации взаимодействия нескольких генов между собой и со внешнесредовыми факторами. Результаты проведенных исследований часто противоречивы, что, возможно, связано с анализом различных фенотипов астмы, этническими различиями популяций и наличием сложных, еще до конца неясных взаимосвязей [4].

Далеко не всегда успех в достижении контроля БА зависит от собственно базисной противовоспалительной терапии. Значительные ограничения в поддержании адекватного контроля заболевания могут быть вызваны сопутствующей патологией. Многие авторы отмечают, что у больных с резистентной БА рецидивы обострения связаны со специфическими коморбидными состояниями. Показано, что БА, сочетающаяся с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), протекает более. Тесная анатомическая связь органов дыхания и пищеварения, функциональное взаимодействие и общность нервно-гуморальных механизмов регуляции их деятельности объясняют высокую (20–50%) частоту сочетанных нарушений функций этих органов. Рациональная коррекция патологии ЖКТ часто позволяет снизить объем базисной противовоспалительной терапии.

Возрастающее действие неблагоприятных экологических факторов окружающей среды, непосильные для детского организма психоэмоциональные нагрузки, особенности современного образа жизни и питания неуклонно увеличивающееся участие аллергических и иммунологических факторов в формировании большого ряда гастроэнтерологических заболеваний способствуют их росту и «омолаживанию». Такие заболевания, как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) –

неспецифический язвенный колит (НЯК) и болезнь Крона (БК), хронический панкреатит (ХП), синдром раздраженного кишечника (СРК), желчекаменная болезнь (ЖКБ), аутоиммунные заболевания органов пищеварения все чаще диагностируются у детей, в том числе и в первые три года жизни. Нарастает частота сочетанной патологии. Частота заболеваний органов пищеварения за последние годы возросла с 8000 до 12000 на 100 000 детского населения.

Цель исследования. Изучить распространенность и структуру заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой, находящихся на стационарном лечении в УЗ «ГОДКБ».

Методы исследования. В исследовании принял участие 151 ребенок, находящийся на стационарном обследовании в УЗ «ГОДКБ» с верифицированным диагнозом бронхиальная астма.

Обследование пациентов проводилось в соответствии со стандартами медицинской помощи пациентам с бронхиальной астмой и включало данные клинического обследования, общие анализы крови, мочи, копрограмму, биохимический анализ крови. Всем пациентам проводили исследование функции внешнего дыхания при помощи спирографии и пикфлоуметрии. Исследование органов системы пищеварения включало эзофагогастродуоденоскопию с биопсией слизистой оболочки желудка и уреазным тестом, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. Из всех обследованных детей с бронхиальной астмой 71 (47,0%) ребенок имел те или иные заболевания ЖКТ (таблица), у 34 пациентов этой группы была сочетанная патология ЖКТ.

Таблица. Структура заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой

Хронический гастродуоденит	50,7% (n=36)
Хронический гастрит	19,7% (n=14)
Функциональные заболевания ЖКТ	16,9% (n=12)
ГЭРБ с эзофагитом	12,7% (n=9)
Язвенная болезнь желудка либо 12-перстной кишки	2,8% (n=2)

В то же время, результаты собственных исследований, а также реальная клиническая практика указывают на значимость и другой гастроэнтерологической патологии. Функциональные нарушения работы поджелудочной железы были выявлены у 30,4% пациентов,

дискинезия желчевыводящих путей у 24,5% соответственно.

В ходе сбора анамнеза жалобы, указывающие на возможное наличие заболеваний ЖКТ, были обнаружены практически у половины пациентов (45,7%). Наиболее распространенными из них были жалобы на периодические боли в эпигастрии либо пилородуоденальной области, отрыжку, изжогу, тяжесть в области эпигастрия, метеоризм. Однако только у 23,8% пациентов заболевания ЖКТ были верифицированы до текущей госпитализации. Родители остальной части пациентов преимущественно за медицинской помощью по поводу данных жалоб не обращались и занимались самолечением (не систематический прием спазмолитиков, антацидов, сорбентов и др.)

Примечательно, что среди исследуемых у 25 пациентов (16,6%) отмечена избыточная масса тела и ожирение. В данной группе пациентов заболевания ЖКТ встречались достоверно чаще (у 76% детей), чем у пациентов с нормальной массой тела ($p < 0,05$). Однако нозологическая структура заболеваний ЖКТ у детей с различной массой тела практически не отличалась друг от друга.

Выводы:

1. По данным УЗ «ГОДКБ» частота выявления заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой значительно выше, чем в общей популяции детского населения.

2. В нозологической структуре заболеваний ЖКТ у детей с бронхиальной астмой преобладает хронический гастродуоденит и наличие сочетанных поражений ЖКТ.

3. В лечебной практике имеет место недостаточная диагностика заболеваний ЖКТ на амбулаторном этапе и соответственно отсутствие адекватной терапии заболеваний ЖКТ.

4. У пациентов с бронхиальной астмой на фоне избыточной массы тела либо ожирения заболевания ЖКТ встречаются достоверно чаще, чем у пациентов с нормальной массой тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. А. Г. Чучалина. – Пер. 2007. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. – 108 с.

2. Геппе, Н.А. Ингаляционная небулайзерная терапия заболеваний респираторной системы у детей: практическое руководство для врачей / Н. А. Геппе. – М., 2008. – 82 с.

3. Геппе, Н.А. Современные представления о тактике лечения бронхиальной астмы у детей / Н. А. Геппе. – РМЖ. – 2002. – Т. 10, № 7. – С. 353–358.

4. Галимова, Е.С. Состояние иммунитета у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, сочетающейся с бронхиальной астмой / Е. С. Галимова, О. В. Галимов // Int. J. Immunoreabilit. – 2002. – Vol. 4, № 2. – P. 263.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ ACINETOBACTER BAUMANNII ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА В 2016 ГОДУ

Волосач О.С., Кузьмич И.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродненская областная инфекционная клиническая больница

Актуальность. В настоящее время среди возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) возросла роль грамотрицательных микроорганизмов. Одним из ведущих грамотрицательных возбудителей ИСМП, наряду с представителями семейства Enterobacteriaceae и P.aeruginosa, является Acinetobacter baumannii. В последнее время отмечена тенденция нарастания удельного веса заболеваний, вызванных данным возбудителем [1]. Госпитальные штаммы возбудителей характеризуются повышенной вирулентностью и множественной антибиотикорезистентностью [4]. Группу риска возникновения инфекции, вызванной A. baumannii составляют пациенты с иммунодефицитными состояниями, имеющие сопутствующие заболевания, нуждающиеся в длительной респираторной поддержке и др. Инфекции, вызванные данным микроорганизмом, характеризуются тяжелым течением и высокой летальностью. Поэтому для проведения рациональной этиотропной терапии необходимо динамический контроль за антибиотикорезистентностью данного возбудителя [3].

Цель. Оценка антибиотикорезистентности клинических изолятов A. baumannii, выделенных из биологического материала пациентов, проходивших лечение в стационарах г. Гродно в 2016 года.

Методы исследования. Объектом исследования явились пациенты, проходившие лечение в учреждениях здравоохранения стационарного типа г. Гродно в 2016 году. Микробиологические исследования проводились на базе бактериологической лаборатории учреждения здравоохранения «Гродненская областная инфекционная больница» (центр коллективного пользования). Материал для