

2. Нетребко, О. К. Младенческие истоки ожирения / О. К. Нетребко // Лечение и профилактика. – 2011 - № 1. – С. 42-49.
3. Levin, E. B. Metabolic imprinting: critical impact of the perinatal environment on the regulation of energy homeostasis / E. B. Levin // Phil. Trans. R. Soc. B. – 2006. - № 361. – P. 1107-1121.
4. Lyssenko, V. Predictors and longitudinal changes in insulin sensitivity and secretion preceding onset of type 2 diabetes / V. Lyssenko, P. Almgren, D. Anevski et al. // Diabetes. – 2005. – Vol. 54. – P. 166–174.
5. Waterland, R. Early postnatal nutrition determines adult pancreatic glucose-responsive insulin secretion and islet gene expression in rats / R. Waterland, C. Garza // J. Nutr. – 2002. - № 132. – P. 357-364.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*\*Байгом С. И., \*\*Литавор А. М.*

\*УО «Гродненский государственный медицинский университет»;  
\*\*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,  
отделение пульмонологии, г. Гродно, Беларусь

**Введение.** Ведущее место среди заболеваний детей раннего возраста занимает патология респираторного тракта [3]. В последнее десятилетие в структуре заболеваний органов дыхания отмечено отчетливое повышение удельного веса обструктивных бронхитов [2, 5].

Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста уже на протяжении многих лет привлекает внимание ученых и практических врачей, что связано с гетерогенностью его генеза и трудностями диагностики, особенно в раннем возрасте [3, 4, 5].

Обструктивный бронхит у детей – это воспалительное поражение бронхиального дерева, протекающее с явлением обструкции, т. е. нарушением проходимости бронхов. Течение обструктивного бронхита у детей сопровождается малопродуктивным кашлем, шумным свистящим дыханием с форсированным выдохом, тахипноэ, дистанционными хрипами. Частота обструктивного бронхита в структуре бронхо-легочных заболеваний, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 40% [1, 2, 5].

Острый обструктивный бронхит относится к наиболее актуальным проблемам современной педиатрии, что обусловлено высокой заболеваемостью, тяжестью течения, частым развитием осложнений, возможностью рецидивирования бронхообструктивного синдрома.

Цель исследования – изучить особенности течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста на современном этапе.

**Объект и методы исследования.** Было обследовано 150 детей первых 3-х лет жизни, выбранных произвольным путем, с острым обструктивным бронхитом, которые проходили лечение в пульмонологическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы. По возрасту, пациенты были разделены на 3 группы: до года – 83 ребенка, 1-2 года – 39 детей и 2-3 года – 28 детей. Детям проводили клиническое, лабораторное и рентгенологическое обследование органов грудной клетки.

**Результаты и их обсуждение.** В развитии острого обструктивного бронхита у детей важную роль играет инфекционный фактор. По данным ряда авторов, в числе вирусов, вызывающих обструктивный бронхит, отмечают респираторно-синцитиальный вирус (50%), вирусы парагриппа (30%), гриппа (15%), аденовирусы (10%), риновирус (10%), энтеровирусы (5-10%), цитомегаловирусы (2%) [1, 5]. Среди бактериальных инфекций показана этиологическая роль хламидийной и микоплазменной инфекций (30-48%) [4]. *Haemophilus influenzae* (50%), *Streptococcus pneumoniae* (30,7%), *Moxarella catarrhalis* (17%), *Staphylococcus aureus* (2%) [2].

Дети первого года жизни болели острым обструктивным бронхитом чаще (55,3%), чем второго (26,0%) и третьего лет жизни (18,7%),  $p < 0,05$ . У мальчиков (63,6%) обструктивный бронхит отмечался чаще, чем у девочек (36,4%),  $p < 0,05$ .

Основная часть детей поступали с признаками острой респираторной инфекции, которая проявлялась ринитом (87,5%), фарингитом (90%), катаральным отитом (по 10%), реже конъюнктивитом (5 %).

Более частая заболеваемость и тяжелое течение острого обструктивного бронхита отмечались у детей с перенесенной антен- и перинатальной патологией (79,7% случаев). В числе

неблагоприятных факторов анамнеза – частое перинатальное поражение центральной нервной системы детей (82,7%) и акушерско-гинекологическая патология матерей, представленная гестозами беременности (73,4%), предшествующими абортами (52,6%), приемом лекарственных препаратов во время беременности (48%), патологией в родах (42%). При рождении у 7,5% детей отмечены низкие значения массо-ростового показателя. Раннее искусственное вскармливание достоверно чаще имело место у обследованных детей, чем естественное, – соответственно, 64,8% и 35,2%,  $p < 0,05$ .

Нельзя полностью исключить реактивный механизм в патогенезе острого обструктивного бронхита. У 37,4% обследованных детей выявлена отягощенность генеалогического анамнеза по аллергическим заболеваниям. Пищевая аллергия была отмечена у 54,6% детей с острым обструктивным бронхитом.

Нарушение физического развития было выявлено у половины обследованных детей. Высокое дисгармоничное физическое развитие было у 37,4% детей за счет увеличения показателя массы тела выше 90-го перцентиля. Низкое дисгармоничное физическое развитие регистрировалось у 13,9% детей за счет снижения массы тела ниже 10-го перцентиля.

Обструктивный синдром развивался на  $3,7 \pm 0,3$  сутки от начала респираторного заболевания и продолжался  $6,3 \pm 0,7$  дней. Одышка возникала у всех пациентов, имела преимущественно экспираторный характер (75%). Лихорадка отмечалась у 57,5% детей и длилась  $3,4 \pm 0,5$  дней. Субфебрильная температура была выявлена у 25% детей. Частый продуктивный кашель имел место у 36,4% детей, редкий малопродуктивный кашель отмечался у 63,6% детей, что связано с недостаточным мукоцилиарным клиренсом в этом возрастном периоде. Кашель продолжался в течение  $9,7 \pm 5,0$  дней. Дыхательная недостаточность 1 степени была установлена у 85,3% детей с острым обструктивным бронхитом, дыхательная недостаточность 2 степени – у 14,7%, чаще встречалась у мальчиков и у детей первого года жизни.

При перкуссии легких у всех детей отмечался легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких выслушивались жесткое дыхание, удлинённый выдох, сухие свистящие и рассеянные влажные хрипы над всей поверхностью легких.

Рентгенологически у всех обследованных детей выявлены признаки бронхита.

У детей первого года жизни острый обструктивный бронхит отличался развитием бронхообструкции в первый день заболевания ( $0,7 \pm 0,08$  дней), формированием преимущественно более тяжелых форм с преобладанием дыхательной недостаточности 2 степени (67,8%), развитием смешанной одышки. Сопровождался навязчивым сухим, приступообразным кашлем (83,4%), диффузными влажными разнокалиберными хрипами при аускультации (53,3%), более длительным течением заболевания ( $11,3 \pm 2,6$  дней) по сравнению со 2-й и 3-й возрастными группами,  $p < 0,05$ .

В периферической крови определялись признаки острого воспалительного процесса в виде лейкоцитоза в 37,4% случаев, лимфоцитоза – у 64,8% детей и ускоренная СОЭ – у 82,5% обследованных. Уровень лейкоцитов ( $\times 10^9/\text{л}$ ) в крови у детей на первом году жизни составил  $8,7 \pm 0,8$ , 1-2 года –  $8,6 \pm 0,8$ , 2-3 года –  $8,9 \pm 1,2$ . Количество лимфоцитов (%) в крови у детей первого года жизни было  $61,3 \pm 0,1$ , 1-2 года –  $58,2 \pm 0,8$ , 2-3 года –  $56,2 \pm 0,7$ , что может свидетельствовать о вирусной этиологии заболевания.

#### **Выводы:**

1. В развитии острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста имеют значение неблагоприятные факторы семейного анамнеза, патологическое течение беременности и родов у матери, особенности преморбидного фона в постнатальном периоде.

2. Негативными факторами являются неблагоприятная наследственность по аллергии, искусственное вскармливание и нарушение физического развития.

3. Острый обструктивный бронхит у детей раннего возраста наиболее часто отмечается на первом году жизни, преимущественно у мальчиков.

4. В клинической картине у детей раннего возраста с острым обструктивным бронхитом доминирует дыхательная недостаточность I степени, у детей первого года жизни – более выраженное и длительное течение заболевания, дыхательная недостаточность 2 степени.

## Литература:

1. Германова, О. Н. Бронхообструктивный синдром у детей с инфекциями респираторного тракта / О. Н. Германова, М. В. Голубева, Л. Ю. Барычева // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 4. – С. 42 – 48.
2. Зайцева, О. В. Бронхообструктивный синдром у детей / О. В. Зайцева // Педиатрия. – 2005. - № 4. – С. 94-104.
3. Катамнестические особенности детей, перенесших в раннем возрасте острый обструктивный бронхит / В. А. Павленко [и др.] // Международный эндокринологический журнал. – 2013. - № 6 (54). – С.175-176.
4. Котлуков, В. К. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с респираторными инфекциями различной этиологии: особенности клинических проявлений и иммунного ответа / В. К. Котлуков, Б. М. Блохин, А. Г. Румянцев // Педиатрия. – М., 2006. – № 3. – С. 14-21.
5. Сорока, Ю. А. Бронхообструктивный синдром в педиатрической практике / Ю. А. Сорока // Здоровье ребенка. - 2006. - № 2. – С. 77-81.

## РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

*Бацуква Н. Л., Найден Д. О.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Беларусь

**Введение.** Согласно результатам исследований, более 70% населения развитых стран предъявляют жалобы на эпизодические или постоянные головные боли [3]. Однако указанная статистика на самом деле не отражает реальной ситуации, поскольку к медицинской помощи прибегают, как правило, пациенты с интенсивной головной болью, предпочитая до этого самостоятельно справляться с приступами легкой и средней тяжести. Таким образом, получается, что каждый человек хотя бы раз в жизни страдал от головной боли.

Головная боль (лат. *cephalalgia*, от др.-греч. *Κεφαλαλγία*, далее – ГБ ) – один из наиболее распространённых неспецифических симптомов разнообразных заболеваний и патологических состояний, представляющий собой любое неприятное или болевое ощущение в зоне от бровей и до шейно-