

кожных (сухость кожи, токсическая эритема новорожденных, аллергическая папулезная сыпь, гиперемия кожи, стойкие опрелости) и гастроинтестинальных (срыгивания, запоры) проявлений.

*Литература:*

1. Аллергия у детей: от теории к практике (избранные главы); под ред. Л.С. Намазовой-Барановой – М., 2010. – С. 200-267, 475-496, 628-637.

2. Ревякина, В.А. Пищевая аллергия у детей. Современные аспекты / В.А. Ревякина, Т.Э. Боровик // Рос. аллергол. журн. – 2004. – № 2. – С. 71-77.

*Парфенова И.В.*

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**

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

**Актуальность.** Одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости детей занимают болезни верхних дыхательных путей и бронхолегочной системы. В последние годы отмечается четкая тенденция к увеличению частоты данной патологии, причем все чаще приходится сталкиваться с этой проблемой у детей старшего возраста и подростков [1, 2]. Болезни проявляют себя затяжным характером течения и нередко становятся резистентными к общепринятым методам терапии, в том числе антибактериальной.

Трудности, с которыми сталкиваются педиатры при диагностике и лечении пневмоний, обусловлены многообразием возбудителей и клиническим вариантом течения болезни, появлением множества новых лекарственных средств, необходимостью начинать терапию с эмпирического подхода, сложностью дифференциальной диагностики и сравнительно быстрым изменением клинической картины заболевания за последние годы.

**Цель исследования:** изучение клинических особенностей течения острой внебольничной пневмонии у детей в современных условиях.

**Материал и методы.** Проведен анализ 103 медицинских карт стационарного пациента (ф. 003у-07) детей, которые были госпитализированы в пульмонологическое отделение учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» с клиническим диагнозом внебольничная пневмония, в возрасте от 1 года до 15 лет. Все пациенты поступили в острый период с жалобами на повышение температуры, кашель, умеренно выраженные катаральные явления. При поступлении в отделение использовали стандартные клинико-биохимические методы исследования. Диагноз «пневмония» устанавливался с помощью рентгенографии органов дыхания.

**Результаты.** Средний возраст обследованных детей составил

7,8±3,68. Заболевших мальчиков было значительно больше – 59 (57,3%), чем девочек – 44 (42,7%).

Жители г. Гродно – 70 чел. (67,9%), преобладали над пациентами из области – 33 чел. (32,1%). При сопоставлении диагнозов направляющего учреждения в стационар и клинического диагноза выявлено совпадение в 73,8% случаев.

Был изучен перинатальный анамнез, который свидетельствовал о том, что 16% детей родились от беременных с гестозом разной степени тяжести, 9% детей родились преждевременно, 6,3% – путем кесарева сечения, 11% были маловесны к сроку гестации.

Проанализирована длительность грудного вскармливания на первом году жизни: 28% находились на грудном вскармливании до 1 года, 52% – до 6 месяцев, 20% с рождения находились на искусственном вскармливании.

Аллергологический анамнез свидетельствует о наличии непереносимости лекарств и продуктов у 26% детей. Пневмония у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом протекала с проявлениями обструктивного синдрома. Пребывание на стационарном лечении этих детей было статистически достоверно дольше ( $p > 0,01$ ) в связи с более длительным купированием обструктивного синдрома.

Для изучения особенностей клинического течения заболевания дети были разделены на 3 группы: 1-4 лет – 42 чел., 5-9 лет – 23 чел.; 10-15 лет – 38 чел.

У 36 детей пневмония протекала на фоне сопутствующих заболеваний: анемии (19%), ВПС (0,3%). Данные рентгенологического обследования свидетельствуют, что у 26 детей воспалительный процесс локализовался слева, правосторонняя пневмония встречалась у 32 детей, у остальных (45 детей) – двусторонняя очаговая пневмония. При оценке общего анализа крови отмечена ускоренная СОЭ в среднем до  $32,8 \pm 0,96$  мм/ч, сдвиг формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы – 12%), число лейкоцитов в среднем составило  $8,9 \times 10^9$ /л.

Среди осложнений пневмонии отмечен плеврит у 8 детей, из них 5 детей составляли подростки; ателектаз отмечен у 2, а обструктивный синдром у 27 детей.

С выздоровлением выписаны 79 детей, с улучшением – 24. Среднее пребывание пациентов составило  $15,4 \pm 0,46$  койко-дня.

#### **Выводы:**

1. Пневмонией чаще болеют дети в возрасте до 4-х лет.
2. Заболевание тяжелее протекает у детей с отягощенным перинатальным анамнезом на фоне анемии, аллергии.
3. У 33 детей отмечены осложнения пневмонии в виде обструктивного синдрома, плевритов, ателектазов, что значительно увеличило койко-день.

*Литература:*

1. Авдеев, С.Н. Тяжелая внебольничная пневмония / С.Н. Авдеев, А.Г. Чучалин // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 5. – С. 177-178.
2. Григорьев, К.И. Современный взгляд на пневмонию у детей и подходы к ее лечению и профилактике / К.И. Григорьев // Медицинская помощь. – 2012. – № 2. – С. 3-9.

*Пац Н.В., Костяхина Г.А., Костяхин Е.А.*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА КОЖНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ**

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

**Актуальность.** Измерение кожной температуры стало широко входить в практику физиологических и клинических исследований. Кожная температура относится к показателям, характеризующим реакцию организма на изменение многих факторов. На показатели кожной температуры оказывает влияние комбинация микроклиматических факторов. При этом происходит изменение тонуса и просвета кровеносных сосудов, что в свою очередь приводит к изменению температуры кожи.

Повышение температуры кожи сопровождается у человека ощущением тепла, снижение – ощущением холода. На изменение кожной температуры оказывают влияние как условия внешней среды, так и физиологическое состояние организма, его конституциональные особенности и психические факторы. Большинство исследователей связывают кожную температуру с функциональным состоянием сосудов кожного покрова, с кровоснабжением данного участка, иначе говоря, ставят её в зависимость от просвета сосудов [5].

Поверхностная (кожная) температура также поддерживается балансом между теплом, возникающим вследствие циркуляции крови в локальной области, и теплом, теряемым этой областью за счёт проводимости, излучения, конвекций и испарения. Следовательно, кожная температура зависит от поверхностной циркуляции, температуры окружающей среды и воздушной циркуляции вблизи зоны, температура которой измеряется [2].

Температура кожи понижается по направлению сверху вниз. Наиболее высокой и постоянной температурой отличается кожа лба, которая находится в пределах 31-34°C. Температура кожи конечностей не должна быть ниже 27°C [1].

Артериальный кровоток является одним из основных факторов, определяющих кожную температуру конечностей [3]. Кожная температура конечностей в местах проекции магистральных сосудов, особенно в дистальных отделах, подвержена значительным колебаниям даже у