



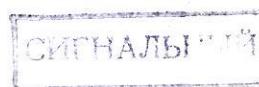
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Репозиторий
Павлодарской областной клинической больницы

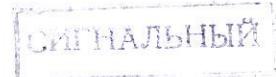
Получено 19.02.2009г

УЗ "Брестская областная
больница"

311893



61(063)
С 568



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРЕСТСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Материалы юбилейной научно-практической конференции,
посвященной 65-летию Брестской областной больницы

г. Брест, 30 января 2009 года

Брест
"Альтернатива"
2009

Реабилитационная терапия проводилась всем детям в Брестской областной детской больнице и Брестском центре медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими нарушениями, где использовали новейшие технологии.

При рано начатом и постоянно проводимом лечении с первых недель жизни у детей, входящих в группу высокого риска, получен достаточно высокий реабилитационный эффект (у 28 детей).

Таким образом, проведя анализ вышеизложенных данных, выявлено, что значительный процент неврологических нарушений возникает вследствие внутриутробного инфицирования, что приводит к внутриутробным поражениям мозга. На втором месте – это недоношенные новорожденные с низкой массой тела, имевшие низкую оценку по шкале Апгар, а также доношенные новорожденные, родившиеся в тяжелой асфиксии. Немаловажная роль в формировании неврологических расстройств принадлежит использованию медикаментозной стимуляции женщин в родах. Кроме этого, в группу риска можно отнести детей со стигмами дизэмибриогенеза в сочетании с признаками задержки внутриутробного развития.

ГАЙШУН М.В.* , КЛИМАШЕВСКАЯ О.И.* , РОВБУТЬ Т.И.**

*УЗ «Пинская детская больница», г. Пинск

**УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ДЕТЕЙ ПИНСКОГО РАЙОНА ЗА ПЕРИОД ОТ 2005 ПО 2007 ГГ.

В последнее десятилетие аллергическая заболеваемость возросла во всем мире. Среди аллергической патологии бронхиальная астма занимает ведущее место. По данным статистических отчетов за 2007 год первичная инвалидность детей до 18 лет по бронхиальной астме составила 0,15 на 10 тысяч населения. Данный показатель среди детей Брестской области в 2 раза меньше среднереспубликанского. Течение этого заболевания в детском возрасте имеет свои клинические особенности, в связи с чем большая часть бронхиальной астмы протекает под маской других заболеваний (рецидивирующие обструктивные бронхиты, ларингиты, ларинготрахеиты) и не регистрируется. Однако несвоевременное выявление и неадекватное лечение заболевания в детском возрасте влечет за собой повышение уровня заболеваемости и инвалидности от этой патологии у взрослых. В связи с этим, является актуальным выявление характерных клинических симптомов бронхиальной астмы у детей с целью свое-

временной постановки диагноза и проведения профилактических мер по предупреждению ее развития.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ 150 амбулаторных карт детей с бронхиальной астмой, состоящих на диспансерном учете в УЗ «Пинская детская поликлиника» за 2006–2007 годы. Изучены структура бронхиальной астмы, возрастная и половая характеристики, наследственность, результаты лабораторных данных. Проведен анализ динамики заболеваемости бронхиальной астмой детей за период от 2005 по 2007 годы.

Результаты и обсуждение.

Из всех проанализированных амбулаторных карт детей можно выделить 3 основные группы бронхиальной астмы: аллергическая – 82%; неаллергическая – 6% и смешанная – 12%.

Основная масса детей, состоящих на учете, была в возрасте старше 5 лет. Частота встречаемости бронхиальной астмы в различных возрастных группах составила: 0–4 года – 16,8% детей; 5–9 лет – 79,2% детей; 10–14 лет – 91,6% детей; 15–17 лет – 76% детей. Среди больных бронхиальной астмой 72,5% составили мальчики и 27,5% – девочки.

Отягощенная аллергологическая наследственность была в анамнезе у 85% детей.

У всех проанализированных больных наблюдалась явная клиническая картина бронхиальной астмы (ощущение нехватки воздуха, сдавление в груди, выраженная эксפירаторная одышка, кашель с трудно отделяемой вязкой густой мокротой, цианоз носогубного треугольника).

Наличие клиники удушья наблюдалось в 82% случаев, у 18% детей – кашлевой вариант заболевания. При этой форме бронхиальной астмы нет типичной клиники удушья, а при аусcultации легких отсутствуют сухие хрюпы или определяют очень скучные физикальные признаки. Единственным характерным признаком заболевания является приступообразный удушливый кашель, особенно часто возникающий по ночам. Для диагностики кашлевого варианта бронхиальной астмы следует проводить мониторинг пиковой скорости выдоха, а также учитывать положительный эффект вечернего приема бронходилататоров.

У всех исследованных больных было выявлено снижение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и объема форсированного выдоха за первую секунду, а также снижение индекса Тиффно. При легком течении заболевания пиковая скорость выдоха (ПСВ) составляла 70–80% от возрастной нормы, при среднетяжелом течении – 50–70% и при тяжелом течении заболевания менее 50% от нормы.

Анализ показал, что специфических изменений при рентгенологических исследованиях легких не выявляется. В 38% случаев рентгенологическое исследование может выявить признаки, характерные для хронического бронхита.

По лабораторным данным, у 94% больных бронхиальной астмой в общем анализе крови обнаруживается эозинофilia, умеренное увеличение СОЭ.

В общем анализе мокроты у 67% больных много эозинофилов, определяются кристаллы Шарко-Лейдена (блестящие прозрачные кристаллы, имеющие форму ромбиков, – образуются при разрушении эозинофилов); спирали Куршмана (слепки прозрачной слизи в виде спиралей); у 33% больных бронхиальной астмой выявляются «тельца Креоплы» – округлые образования, состоящие из эпителиальных клеток.

Анализ динамики числа состоящих на диспансерном учете у allergologa детей с бронхиальной астмой за последние 3 года показал увеличение заболеваемости на 81,0% у детей в возрасте до 10 лет с 116 случаев в 2005 году до 210 случаев в 2007 году и уменьшение на 38,7% среди детей в возрасте старше 10 лет с 265 случаев в 2003 году до 191 случая в 2007 году. Возможно, это связано с улучшением диагностики заболевания у детей младшего возраста, учитывая клинические особенности течения бронхиальной астмы в данной возрастной группе.

Выводы

В результате анализа амбулаторных карт детей с бронхиальной астмой в УЗ «Пинская детская поликлиника» можно сделать следующие выводы:

1. Максимум заболеваемости приходится на детей в возрасте старше 5 лет.
2. Мальчики болеют в большей степени, чем девочки (вероятная причина – курение).
3. В 2/3 случаев дети с бронхиальной астмой имеют отягощенную наследственность.
4. У значительной части детей (82%) клиническая картина сопровождается типичными приступами удушья.
5. Практически во всех случаях лабораторных исследований в общем анализе крови обнаруживается эозинофilia, умеренное увеличение СОЭ (94%).
6. Общий уровень заболеваемости бронхиальной астмой за последние 3 года значительно возрос у детей в возрасте до 10 лет и снизился у подростков.