

Выводы. Показано достоверное наличие выраженной противовоспалительной активности у диазепино [1,2a] бензимидазола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулганиева, Д. И. Связь клинических проявлений НПВП-гастропатии у пациентов ревматоидным артритом с моторными нарушениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Д. И. Абдулганиева, Н. Э. Белянская, Е. Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. – 2011. – № 3. – С. 25-28.

2. Гладких, Ф. В. Превентивно-лечебные стратегии фармакокоррекции гастропатии, индуцированной нестероидными противовоспалительными препаратами // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2017. – № 4. – С. 14-23. doi: <http://dx.doi.org/10.17816/RCF15414-23>

3. Нестероїдні протизапальні засоби: сучасне уявлення про механізми ушкодження травного тракту, недоліки препаратів патогенетичного лікування та перспективи біологічної терапії НПЗЗ-індукованої езофагогастроентероколонопатії / Ф. В. Гладких, М. О. Чиж // Гастроентерологія. – 2020. – № 4. – С. 253-266. doi: <https://doi.org/10.22141/2308-2097.54.4.2020.216714>

4. Степанюк, Н. Г. Аналіз побічних реакцій на тлі застосування анальгетиків-антипіретиків та нестероїдних протизапальних засобів, які призначались лікарями закладів охорони здоров'я Подільського регіону у 2015 році / Н. Г. Степанюк, Ф. В. Гладких, О. В. Басараб // Галицький лікарський вісник. – 2016. – № 2 (23). – С. 60-63.

5. Характеристика ускладнень фармакотерапії на тлі застосування НПЗЗ за даними спонтанних карт-повідомлень у Подільському регіоні за 2013 рік / Н. Г. Степанюк, Ф. В. Гладких // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2014. – № 1-2 (22-23). – С. 30-34.

ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Байгот С. И.¹, Марушко И. В.², Литавор А. М.², Сидоренко Н. С.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно, Беларусь

Актуальность. Обструктивный бронхит на сегодня является одним из достаточно распространенных, иногда весьма тяжело протекающих заболеваний дыхательной системы [3]. Среди заболеваний органов дыхания острый обструктивный бронхит (ООБ) широко распространен, приводит к частым рецидивам и тяжелым осложнениям, занимает ведущее место в структуре детской заболеваемости и смертности [1, 2, 3].

Цель. установить особенности течения острого обструктивного бронхита у детей первого года жизни.

Методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 100 медицинских карт стационарного пациента детей, госпитализированных в пульмонологическое отделение УЗ «ГОДКБ» в 2021 году с диагнозом острый обструктивный бронхит (ООб) в возрасте от 1 месяца до 1 года.

Полученные результаты были обработаны при помощи программы STATISTICA 10.0.

Результаты и их обсуждение. Госпитализация пациентов ООб осуществлялась в среднем на 2-й день от начала заболевания. Основная часть детей поступали с признаками острой респираторной инфекции: ринофарингитом (64%), фарингитом (18%), ринитом (11%), катаральным отитом (7%).

Среди обследованных 100 пациентов ООб отмечался достоверно чаще у детей первых шести месяцев жизни (53%), чем у детей второго полугодия (37%), $p < 0,05$.

Мальчики (61%) болели ООб чаще, чем девочки (39%).

Острый обструктивный бронхит у детей протекал на фоне атопического дерматита (15%), пищевой аллергии (34%), избыточной массы тела (37%), анемии (39%). Изучая характер вскармливания, выявлено, что на искусственном вскармливании находилось значительно больше (54%) пациентов с ООб, чем на смешанном (25%) и естественном вскармливании (21%), $p < 0,001$.

У подавляющего большинства пациентов с ООб выявлены умеренные симптомы интоксикации (83%). 78% пациентов переносили ООб с температурой тела более $37,8^{\circ}\text{C}$, причем фебрильную лихорадку чаще регистрировали у детей первых шести месяцев жизни (77,4%), реже – у детей второго полугодия (40,4%; $p < 0,05$). Фебрильная температура сохранялась в течение $3,1 \pm 1,6$ дней. Субфебрильная температура отмечалась у 19% детей, у 13% пациентов ООб протекал без повышения температуры. Редкий малопродуктивный кашель отмечался достоверно чаще у 83% детей с ООб, частый продуктивный кашель имел место у 17% детей ($p < 0,001$). Продолжительность кашля составила $6,4 \pm 1,3$ дней. Обструкция дыхательных путей у пациентов развивалась на $1,4 \pm 0,8$ сутки от начала острого респираторного заболевания и сохранялась $6,3 \pm 1,2$ дней. Одышка экспираторного характера отмечалась у всех детей, достоверно чаще была выявлена дыхательная недостаточность 1 степени (84%), чем 2 степени (16%), $p < 0,001$. При аускультации у всех детей выслушивался удлиненный выдох, влажные разнокалиберные и сухие хрипы – у 76% детей с ООб, сухие хрипы – у 24%, $p < 0,001$.

Параметры общего анализа крови пациентов отражали возрастные особенности гемограммы. У 57,3% детей выявлено повышение уровня лейкоцитов и СОЭ, что возможно связано с возрастными, этиологическими факторами и характером течения болезни.

Рентгенологические исследования органов грудной клетки проводились 36% детей. Рентгенологически было выявлено двустороннее усиление легочного рисунка и расширение корней легких.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что среди госпитализированных детей первого года жизни обструктивный бронхит встречается в 2 раза чаще у детей мужского пола. Наиболее частыми предрасполагающими факторами к развитию острого обструктивного бронхита являются склонность к атопии, пищевая аллергия, избыточная масса тела, раннее искусственное вскармливание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончарова, О. В. Реабилитация детей с острыми респираторными инфекциями / О. В. Гончарова, В. С. Сухоруков, И. И. Иванова // Вопросы практической педиатрии. – 2018. – Т. 13, № 5. – С. 84-90.

2. Конова, О. М. Физические факторы при бронхообструктивном синдроме у детей / Л. Г. Конова, И. В. Давыдова // Аллергология и иммунология в педиатрии – 2019. – Т. 56, № 1. – С. 36-40.

3. Шавази, Н. М. Клинико-диагностические аспекты обструктивного бронхита у детей / Н. М. Шавази [и др.] // Достижения науки и образования. – 2020. – № 14 (68). – С. 79-81.

НАРУШЕНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Байгот С. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Во всем мире в последние годы отмечается увеличение количества детей с нарушениями нутритивного статуса, такая же тенденция существует и в Республике Беларусь. В настоящее время белково-энергетическая недостаточность (БЭН) во многих странах возникает вследствие тяжелых хронических заболеваний, требующих повышения потребностей в пищевых веществах, или в результате синдрома мальабсорбции, а не в результате алиментарного фактора [1, 2, 3].

Цель – установить особенности течения белково-энергетической недостаточности у детей раннего возраста.

Методы исследования. Проведено исследование 47 медицинских карт стационарного пациента – детей с БЭН, госпитализированных УЗ «ГОДКБ» с января по сентябрь 2022 года. Оценка степени тяжести БЭН проводилась по Z-score с помощью программы ВОЗ Antro для оценки физического развития детей от рождения до 5 лет.

Результаты и их обсуждение. БЭН – это алиментарно-зависимое состояние, вызванное достаточным по длительности и / или интенсивности преимущественно белковым и/или энергетическим голоданием, проявляющееся дефицитом массы тела и/или роста и комплексным нарушением гомеостаза [2, 3].