

Таблица. – Возрастная структура пневмонии в 2020–2024 годах

Год	Возраст									
	0–1 год		1–4 года		5–9 лет		10–14 лет		15–17 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2020	38	17,2	156	17,4	92	17,3	68	12,8	29	15,7
2021	28	12,7	169	18,8	40	7,5	14	2,6	6	3,3
2022	23	10,4	124	13,8	41	7,7	15	2,8	4	2,2
2023	46	20,8	163	18,2	58	10,9	61	11,5	20	10,9
2024	86	38,9	286	31,8	301	56,6	375	70,3	125	67,9
Всего	221	100	898	100	532	100	533	100	184	100

Среди заболевших пневмонией были дети всех возрастных групп. Из них дети до года составили 9,3%, от 1 года до 4 лет – 37,9%, дети 5–9 лет – 22,5%, 10–14 лет – 22,5% и подростки – 7,7 %. Как видно из таблицы дети от 1 до 4 лет болели пневмонией достоверно чаще, чем пациенты других возрастных групп ежегодно в 2020–2023 годах. В 2024 отмечен значительный рост данного заболевания во всех возрастных группах за счет детей школьного возраста и подростков, но несмотря на это дети от 15 до 17 лет заболевали пневмонией в 2–2,5 раза реже, чем дети школьного возраста.

Выводы. Таким образом, пневмония остается достаточно частым заболеванием у детей по отношению ко всем госпитализированным пациентам с болезнями органов дыхания. За последние пять лет заболеваемость пневмонией носит волнообразный характер. Пневмония чаще встречается у детей в возрасте от 1–4 лет, несколько реже у детей школьного возраста и еще реже у подростков, что подтверждает литературные данные.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко, В.К. Внебольничные пневмонии у детей – проблемы и решения / В.К. Таточенко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т.66, №1. – С. 9–21.

ПОЛОВЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Парфёнова И.В., Панцевич П.А., Соловей К.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Инфекционно–воспалительные заболевания органов мочевой системы являются одной из наиболее актуальных медицинских и социальных проблем. К ним относится пиелонефрит, представляющий собой неспецифическое воспаление почек, которое возникает при попадании инфекционного агента восходящем или нисходящем путем. Среди детей первого года жизни заболевание встречается чаще у мальчиков и связано с врожденными аномалиями развития органов мочевой системы. Со второго

года – с одинаковой частотой выявляется как у мальчиков, так и у девочек; а среди заболевших в возрасте от 3 до 17 лет преобладают девочки [1].

Цель. Изучить половую и возрастную особенность острого пиелонефрита у детей на современном этапе.

Методы исследования. Проведен анализ историй болезни 52 детей с диагнозом острый пиелонефрит в возрасте от 1 месяца до 17 лет, находившихся на обследовании и лечении в 5 педиатрическом отделении учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница в 2023–2024 гг. Из них 47 девочек и 5 мальчиков.

По возрасту, пациенты были распределены на 3 группы. В 1–ю группу были включены дети от 1 месяца до 4 лет (23 ребенка), во 2–ю группу – от 5 до 10 лет (11 детей), в 3–ю группу – от 11–17 лет (16 пациентов). Диагноз всем детям был выставлен впервые.

Информация, вводилась в базу данных, построенную в среде Excel. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 10.0. Количественные данные представлялись в виде медианы (Me), нижней (Q_{25}) и верхней (Q_{75}) квартилей. Для оценки различий применялись непараметрические методы.

Результаты и их обсуждение. Известно, что частота заболеваемости пиелонефритом зависит от половой принадлежности. Установлено, что среди обследованных детей девочки составили 90,4%, а мальчики – 9,6%, ($p < 0,05$). Девочки болели пиелонефритом в 5 раз чаще, чем мальчики.

Мы проанализировали распределение по полу среди групп. Так в 1–й группе девочек было 20 человек (87,9%), а мальчиков – 3 (12,1%). Во 2–й – 9 (81,8%) и 2 (18,2%), соответственно. В 3–й группе были только девочки – 16 (100%).

Пиелонефрит встречается у детей любого возраста, однако пик заболеваемости приходится на детей раннего возраста. Это связано с особенностями строения и функционирования мочеполовых путей детей раннего возраста.

Медиана возраста наших пациентов составила 7 лет 2 месяца ($Q_{25-75} = 1$ месяц; 17 лет). Медиана возраста мальчиков – 1 год 5 месяцев (Q_{25-75} 1 месяц; 5 лет), девочек – 7 лет 9 месяцев (Q_{25-75} 9 месяцев; 17 лет).

В нашем исследовании наиболее часто острый пиелонефрит диагностировали у детей раннего возраста (44,2%), из них до 1 года – 8 детей, реже у детей от 5 – 10 лет (21,1%), и от 11 – 17 лет (30,7%), $p < 0,05$. Таким образом, дети с пиелонефритом в возрастной группе от 0 до 4 лет преобладали по сравнению с другими возрастными категориями ($p = 0,05$).

Выводы. Таким образом, в половом распределении детей с диагнозом острый пиелонефрит выявлены статистические различия. Установлено, что девочки болеют чаще, чем мальчики ($p < 0,05$). В разных возрастных периодах среди детей с пиелонефритом установлена та же закономерность девочки болеют чаще, чем мальчики ($p = 0,001$), формируя основной пик заболевания – в период раннего возраста и подростковый.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вялкова, А. А. Современные подходы к диагностике и лечению ренальной инфекции у детей. / А. А. Вялкова, В. А. Гриценко // Нефрология. – 2018. – №3. – С.72–87.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

*Патюно Е.О.¹, Угляница К.Н.¹, Патюно Е.О.², Лагун Ю.Я.¹,
Астапенко Т.Г.³, Болтроемюк В.В.⁴*

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно²,
Гродненская университетская клиника³,
Брестский областной онкологический диспансер⁴*

Актуальность. Неoadьювантная химиотерапия (НАХТ) рака прямой кишки (РПК) является современным подходом к лечению опухолей данной локализации. Выбор корректного лечения пациентов напрямую зависит от предоперационного стадирования процесса.

Цель. Изучить способы инструментальной оценки НАХТ РПК.

Методы исследования. Проведен литературный анализ научных исследований и публикаций по данной тематике.

Результаты и их обсуждение. *Магнитно-резонансная томография (МРТ)* является методом, сочетающим в себе преимущества пространственного и контрастного разрешения в сочетании с отсутствием лучевой нагрузки. С помощью МРТ после НАХТ РПК оцениваются стромальные изменения на месте опухоли и появление деструктивных, регенераторных и воспалительных процессов. Критерием для определения метастатического поражения лимфоузлов является его увеличение, но кроме этого требуется оценка контуров и интенсивности сигнала, что повышает специфичность метода от 68 % до 97 % (все признаки) [1].

Компьютерная томография (КТ) может быть усовершенствована с помощью ирригоскопии с использованием искусственной гипотонии и двойного контрастирования, так определение формы роста в сравнении с обычной методикой увеличивается с 62 до 87 %, а уточнение внутриорганной протяженности – с 76 до 91 %. Чувствительность КТ в T-стадировании опухолевого процесса составляет 78%. Основным критерием определения статуса тазовых лимфоузлов при КТ является их размер, что часто приводит к диагностическим ошибкам, так как 95 % метастатических лимфоузлов имеют размер менее 5 мм, а 50 % — меньше 3 мм. Таким образом, при диагностике поражения параректальных лимфоузлов точность метода КТ составляет всего 61,5 % [2]. К недостаткам метода относят невозможность четко различить