

Вывод. У пациентов с бронхиальной астмой и СИЛ с персистирующими симптомами бронхиальной астмы выявлено статистически значимое снижение ЖЕЛ.

Список литературы:

1. International consensus on (ICON) pediatric asthma / N.G. Papadopoulos [et al.] // Allergy. – 2012. – Vol. 67. – P. 976–997.
2. Литвиненко, О.Г. Некоторые параметры внешнего дыхания уроженцев Среднего Приобья 7-20 лет/ О.Г. Литвиненко // Экология человека. – 2009. – № 1. – С. 43-46.
3. Бородиневский, Д.В. Оценка жизненной емкости легких по результатам мониторинга физического и функционального состояния юных спортсменов г. Тюмени / Д.В. Бородиневский // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2015. – № 4. – С. 33-36.

ЖИЗНЕННЫЙ ИНДЕКС У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ СО СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЛЕГКИХ

Ненартович И.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
кафедра поликлинической педиатрии, Минск, Беларусь

Введение. Жизненный индекс характеризует функциональные возможности дыхательного аппарата [2]. Как известно, бронхиальная астма как хроническое воспалительное заболевание, ассоциированное с вариабельной обструкцией дыхательных путей и бронхиальной гиперреактивностью проявляется в виде повторяющихся эпизодов свистящего дыхания, кашля, ощущения нехватки воздуха и чувства стеснения в груди. Соответственно, у пациента с бронхиальной астмой логично ожидать снижение функциональных возможностей дыхательного аппарата. Известно о существовании у детей фенотипа бронхиальной астмы со структурными изменениями легких (СИЛ), которые могут обусловить развитие смешанного типа нарушения функции внешнего дыхания.

Цель: оценить жизненный индекс у детей с бронхиальной астмой с СИЛ и без СИЛ.

Объект и методы исследования. Обследован 101 пациент 6-17 лет с бронхиальной астмой среднего и тяжелого течения.

Стратификация пациентов осуществлялась после получения данных компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки с формированием 2 параллельных групп:

группа 1 – пациенты с бронхиальной астмой с СИЛ;

группа 2 – пациенты с бронхиальной астмой без СИЛ.

Под СИЛ понимали отклонение от нормальной КТ-анатомии бронхов, легких и плевры с учетом вариантного строения.

Затем каждую группу разделили на 2 подгруппы:

– в подгруппу 1 вошли пациенты с персистированием симптомов бронхиальной астмы (кашель, удушье, затрудненное дыхание, сухие хрипы в легких) на момент включения в исследование,

– в подгруппу 2 – пациенты без персистирования симптомов бронхиальной астмы на момент включения в исследование.

Функцию внешнего дыхания пациентов в сформированных группах оценивали посредством выполнения компьютерной спирометрии (компьютерный спирометр МАС-1, «Электроника», Республика Беларусь; система норм И.С. Ширяевой) по общепринятой методике.

Жизненный индекс рассчитывали как отношение жизненной емкости легких к массе тела. За границы нормы принимали значения у мальчиков 65-70 мл/кг, у девочек 55- 60 мл/кг [2].

Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакета STATISTICA 6.0. Критическим уровнем значимости при проверке гипотез считали $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. По результатам выполненной КТ у 46,5% пациентов (47/101) были выявлены различные СИЛ (рисунок).

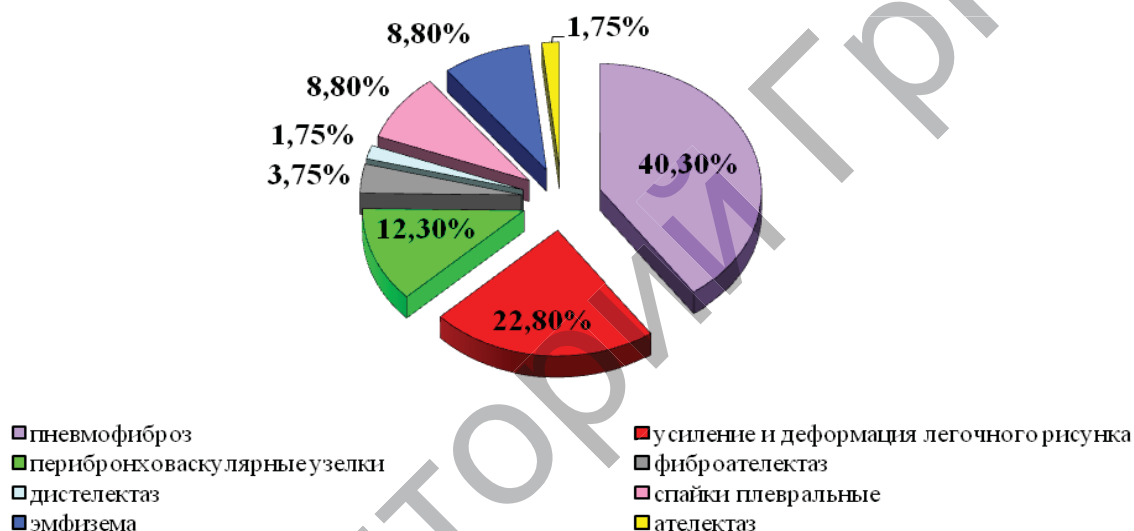


Рисунок – СИЛ у детей с бронхиальной астмой

Всем пациентам при включении в исследование была выполнена спирометрия. Значения рассчитанного жизненного индекса приведены в таблице.

Таблица. – Жизненный индекс у детей с бронхиальной астмой

Жизненный индекс, мл/кг	Группа 1 (с СИЛ)		Группа 2 (без СИЛ)	
	подгруппа 1	подгруппа 2	подгруппа 1	подгруппа 2
Мальчики	60,9	55,2	60,7	57,8
Девочки	56,5	62,6	49,0	61,2

Таким образом, полученные данные подтверждают снижение функциональных возможностей дыхательной системы пациентов с бронхиальной астмой, более выраженные у мальчиков. Небезынтересным по собственному субъективному мнению является тот факт, что среди девочек жизненный индекс был снижен только в группе с наличием персистирующих симптомов бронхиальной астмы, но без СИЛ.

Вывод. У пациентов с бронхиальной астмой и СИЛ с персистирующими симптомами бронхиальной астмы выявлено статистически значимое снижение ЖЕЛ.

Список литературы:

1. International consensus on (ICON) pediatric asthma / N.G. Papadopoulos [et al.] // Allergy. – 2012. – Vol. 7. – P. 976-997.
2. Литвиненко, О.Г. Некоторые параметры внешнего дыхания уроженцев Среднего Приобья 7-20 лет/ О.Г.Литвиненко // Экология человека. – – 2009. – № 1. – – С. 43-46.
3. Бородиневский, Д.В. Оценка жизненной емкости легких по результатам мониторинга физического и функционального состояния юных спортсменов г. Тюмени / Д.В. Бородиневский // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2015. – № 4. – С.33-36.

ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Новосад В.В., Ковальчук В.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра детской хирургии, Гродно, Беларусь

Введение. Кишечник здорового человека заселен множеством различных микроорганизмов, без которых невозможна нормальная жизнедеятельность. Биocenоз кишечника – это количественно-качественный состав его микрофлоры, то есть заселяющих его микроорганизмов [1, 2, 5].

Выделяют 3 фазы микробного заселения кишечника ребенка в первый месяц после рождения: 1-я фаза, асептическая, продолжается 10-20 ч, 2-я фаза – фаза заселения – продолжается до 2-4 дней и 3-я фаза представляет собой период стабилизации микрофлоры [4, 5].

Роль нормального биocenоза кишечника чрезвычайно велика и многообразна. Во-первых, в силу своих антагонистических по отношению к патогенным кишечным микроорганизмам свойств нормальная кишечная микрофлора является одним из основных факторов противоинфекционной защиты организма. Во-вторых, нормальная микрофлора способствует образованию короткоцепочечных жирных кислот, которые, являясь основными энергоносителями, обеспечивают нормальную трофику слизистой оболочки кишечника, снижают ее проницаемость по отношению к различным антигенам [1, 4, 5].

Любое оперативное вмешательство на желудочно-кишечном тракте в период новорожденности с последующей антибиотикотерапией и длительной невозможностью энтерального питания приводит к нарушениям процесса становления биocenоза кишечника. Поэтому, представляется рациональным начинать комплексную коррекцию дисбиотических явлений как можно раньше в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Был произведен анализ состояния биocenоза кишечника у 60 детей с врожденной непроходимостью верхних отделов пищеварительного тракта (атрезией пищевода, врожденным пилоростенозом и дуоденальной непроходимостью) после хирургической коррекции порока.

Дисбиоз кишечника регистрировали стандартным методом, включающим высевы фекальной микрофлоры. Материал из прямой кишки забирали