наряду с общепринятыми подходами, объективизации (более точной) диагностики микроаспирации. Одной из таких методик является неинвазивный способ выявления лактозы в индуцированной мокроте респираторного тракта и дополнительное определение среднего цитохимического коэффициента альвеолярных макрофагов. С одной стороны, проводится обнаружение двух биомаркеров «тихой» микроаспирации в одной пробе: качественное определения лактозы и макрофагов, нагруженных липидами у детей с бронхиальной астмой. С другой стороны, неинвазивное получение мокроты из нижних дыхательных путей в результате ее индукции по специальной методике. Кроме многочисленных достоинств метода индуцированной мокроты, есть и еще одно очень важное с практической точки зрения: возраст детей для получения мокроты не является каким-либо препятствием, а наличие альвеолярных макрофагов подтверждает получение секрета непосредственно из нижних дыхательных путей респираторного тракта.

Таким образом, согласно данным литературы, можно говорить о новых диагностических возможностях по выявлению «тихой» микроаспирации у детей с бронхиальной астмой на фоне гастроэзофагального рефлюкса. Совместное определение двух маркеров может служить эффективной методикой, усиливающей верификацию «тихой» микроаспирации у детей с бронхиальной астмой и хроническим кашлем, а также способом мониторирования проводимой антирефлюксной терапии по динамике исчезновения лактозы и альвеолярных макрофагов, нагруженных липидами, в индуцированной мокроте.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.

Шурховецкая А.А., Радаева Е.А., Микрюкова В.С., Шаталова Е.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Введение. Несмотря на значимые достижения в профилактике и лечении внебольничных пневмоний, это заболевание и сегодня распространено среди детей, является одной из основных причин детской смертности.

Цель исследования – проанализировать особенности анамнеза и клинического течения внебольничной пневмонии (ВП) у детей грудного возраста по материалам МБУЗ ДГКБ №7 г.Челябинска.

Материалы и методы. Проведен анализ 16 историй болезни пациентов грудного возраста. Диагноз ВП у всех детей подтвержден рентгенологически. Дети первого года жизни составили 3,3% от общего числа госпитализированных в респираторное отделение с диагнозом пневмония. Из них на долю мальчиков пришлось – 81%, девочек – 19%. Абсолютное большинство составили дети второго полугодия жизни (94%).

Результаты. При оценке анамнеза жизни пациентов, выявлено, что у 44% матерей имело место осложненное течение беременности, оперативные роды зарегистрированы у 25% женщин. Большинство детей были приложены к груди матери в родзале (69%). На грудном вскармливании на момент госпитализации было 50% младенцев. У 75% детей отмечалась «фоновая» патология, среди которой превалировал рахит (37,5%), атопический дерматит (31,25%). Важно отметить, что 37,5% младенцев наблюдались у невролога с диагнозами: гипертензионно-гидроцефальный синдром, синдром двигательных и вегетовисцеральных нарушений. У кардиолога на диспансерном учете по поводу врожденных пороков сердца находилось 25% детей.

Длительность респираторного заболевания до поступления в стационар в среднем составила 6 суток. Основными жалобами при поступлении были кашель, повышение температуры, одышка, причем у 56% больных она носила экспираторный характер в связи с чем в приемном покое до проведения рентгенологического исследования не было возможности исключить обструктивный бронхит (ОБ). По локализации инфильтративного процесса в легких преобладала правосторонняя нижнедолевая пневмония у 69% детей. Ведущей морфологической формой ВП являлась очаговая (75%). Деструкция легочной ткани с образованием булл имела место у 1 больного.

Заключение. Подавляющее большинство пациентов имеют выраженные особенности преморбидного фона. Чаще пневмония развивается у детей, имеющих патологию нервной и сердечно-сосудистой систем. У половины детей отмечалось сочетание пневмонии и ОБ.

ОСОБЕННОСТИ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Ячейкина Н.А.
ОГБУЗ Смоленская областная детская клиническая больница, Смоленск

Введение. Оценка состава тела, полученная с помощью биоимпедансометрии (БИМ), является более достоверной, чем с использованием только антропометрии, позволяет судить о пищевом поведении и двигательной активности.

Цель исследования – анализ особенностей состава тела с помощью БИМ у детей с бронхиальной астмой (БА) и ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 72 ребенка в возрасте от 10 до 14 лет с 1 и 2 степенью ожирения, из них в основной группе – 30 детей с БА, в группе

сравнения – 42 ребенка без хронических заболеваний. Проводилось определение стандартного отклонения индекса массы тела (SDS ИМТ), показателей БИМ на аппарате АВС-01 «Медасс». Оценивались: фазовый угол (ФУ), жировая масса тела (ЖМТ), доля ЖМТ, безжировая масса тела (БМТ), активная клеточная масса (АКМ), доля АКМ, скелетно-мышечная масса (СММ), доля СММ, удельный основной обмен (УОО), основной обмен (ОО), общая вода в организме (ОВО), внеклеточная жидкость (ВКЖ).

Результаты. SDS ИМТ в основной группе составил 2,56 [2,26–2,95] и оказался сопоставимым с группой сравнения 2,66 [2,31–2,99] (p>0,05). У детей основной группы величина ФУ (5,95 [5,42–6,30]) оказалась ниже, чем у детей группы сравнения (6,45 [5,91–6,81], p<0,001). Избыток ЖМТ (17,4 кг [14,6–23,1]) и % доли ЖМ (195 [146–220]) оказались выше у детей основной группы, чем у детей группы сравнения (15,65 кг [10,2–23,5], p=0,018 и 176,5 [123–199], p=0,024). При этом, у детей с БА отмечались более низкие показатели доли АКМ (56% [53,1–57,6], p=0,045). Отмеченные тенденции подтверждает процент отклонения от нормы УОО, который снижен у детей основной группы (92 [83–107]) по отношению к детям группы сравнения (97,5 [90–107], p=0,028). По результатам исследования статистически значимых различий показателей БЖМ, СММ, ОВО и ВКЖ в обеих группах не получено (p>0,05). Как в основной группе у мальчиков (18,2 кг [16,3–27,9]), так и в группе сравнения (19,45 кг [13,5–23,5]) по сравнению с девочками (15,9 кг [13,45–17,95] и 18,55кг [16,85–22,4]) отмечались более высокие показатели СММ (p=0,024 и p=0,027 соответственно). При этом, по остальным показателям гендерных различий не получено (p>0,05).

Заключение. У детей с БА и ожирением выявленные изменения свидетельствует о низкой скорости обмена веществ, уменьшении активности метаболических процессов, снижении физической активности.