

ВПЛИВ МАЛИХ АНОМАЛІЙ РОЗВИТКУ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ГОСТРИМ БРОНХІТОМ У ДІВЧАТОК І ХЛОПЧИКІВ

Шипелік Тетяна Вячеславівна,

к.психол.н., асистент

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

кафедра педіатрії №5

м. Київ, Україна

Вступ. Гострі бронхіти у дітей - запальні захворювання бронхів, переважно інфекційного походження, які в структурі захворюваності займають лідируюче положення серед інших бронхолегеневих захворювань, що свідчить про актуальність проблеми діагностики даного захворювання. За даними російських дослідників (Балдаєв О.О.; Іваннікова Г.С) бронхолегенева патологія у дітей на тлі дисплазії сполучної тканини відрізняється раннім дебютом хвороби, високою частотою нічних симптомів, затяжним перебігом, пролонгованим збереженням фізикальних змін у легенях, частим формуванням ускладнень. Факторами ризику формування гострих бронхітів у дітей з сполучнотканинною дисплазією є: обтяжена захворюваннями сполучної тканини спадковість, а також несприятливий антенатальний період розвитку. Важливе діагностичне і прогностичне значення має кількість стигм дізембріогенезу (малі аномалії розвитку), які розглядаються як інтегральний маркер здоров'я дитини і можуть набувати самостійного клінічного значення, сприяти розвитку різних захворювань або бути фактором ризику бронхолегеневої патології.

Мета роботи. На основі анамнезу життя, фенотипічного і фізикального обстеження, а також інструментальних даних вивчити взаємозв'язок вираженості малих аномалій розвитку з захворюваністю гострим бронхітом у дітей в залежності від статевої приналежності.

Матеріали і методи. За 2020 рік у ДКЛ КНП № 3 м. Києва проліковано 298 пацієнтів з діагнозом гострий бронхіт у віці від 0 до 18 років. З них 114

дівчаток (38,3%) і 184 хлопчика (61,7%). Поділ на групи за статевою приналежністю обумовлено припущенням про те, що між хлопчиками і дівчатками існують відмінності в ступені вираженості малих аномалій розвитку, які за певних умов можуть сприяти розвитку захворювань дихальної системи.

Результати і обговорення. В ході обробки даних виявлено, що у всіх вікових групах захворюваність гострим бронхітом серед хлопчиків вище, ніж серед дівчаток.

Таблиця 1

Захворюваність гострим бронхітом у дівчаток та хлопчиків за віковими групами

Вікова група	Кількість випадків серед хлопчиків		Кількість випадків серед дівчаток	
	n	%	n	%
До року	47	64,4	26	35,6
1-3 роки	42	51,9	39	48,1
3-6 років	36	62,1	22	37,9
6-10 років	27	61,4	17	38,6
10-14 років	19	70,4	8	29,6
14-18 років	13	86,6	2	13,4

Стигматизація (малі аномалії розвитку) виявлялися при об'єктивному огляді, при цьому враховувався її рівень: до 5 ознак - низький (популяційна норма), 6-9 ознак - середній, 10 і більше - високий рівень (Хацкель С.Б. та ін., 2007).

Малі аномалії розвитку поділяють на зовнішні і вісцеральні і, за даними досліджень багатьох авторів, середня кількість стигм у дітей з дисплазією сполучної тканини достовірно вище, ніж в популяції.

При огляді оцінювалися найбільш часті аномалії розвитку з боку шкіри і кісткової системи, а також дані інструментальних досліджень та анамнезу.

Серед дівчаток від чотирьох до п'яти «стигм» (популяційна норма) спостерігалось у 40 (35,1%) обстежених, від шести до дев'яти (помірна ступінь вираженості) спостерігалось у 71 (62,3%) пацієнтів. Більше 9 «стигм» мали 3 обстежених (2,6%), що вказує на наявність у них вираженого ступеня диспластичних змін. Аналіз історій хвороб дозволив встановити, що чим вище рівень стигматизації, тим вище ризик розвитку гострих бронхітів.

Серед хлопчиків від чотирьох до п'яти «стигм» (популяційна норма) спостерігалось у 29 (15,7%) обстежених, від шести до дев'яти (помірна ступінь вираженості) спостерігалось у 130 (70,7%) пацієнтів. Більше 9 «стигм» мали 25 обстежених (13,6%).

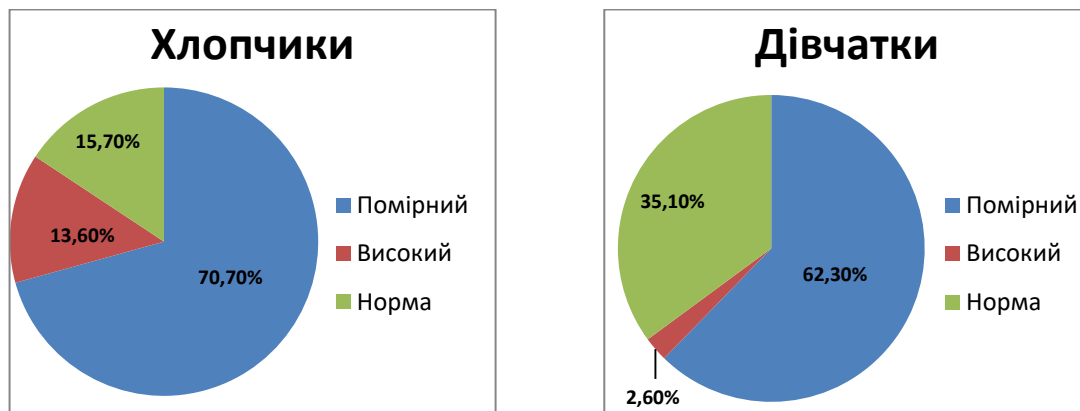


Рис. 1. Вираженість стигматизації серед хлопчиків та дівчаток, хворих на гострі бронхіти

Виводи. Захворюваність гострим бронхітом серед хлопчиків вище ніж серед дівчаток за всіма віковими групами і в відсотковому співвідношенні малі аномалії розвитку у хлопчиків більш виражені. В ході дослідження встановлено, що бажано проводити загальнодоступну оцінку фенотипічних ознак для оцінки диспластичних змін дихальної системи у дітей. З метою оптимізації методів лікування бронхолегеневої патології у дітей необхідні подальші дослідження з проблематики дисплазії сполучної тканини. При високому рівні стигматизації необхідно ретельне клініко-інструментальне обстеження пацієнтів, спостереження педіатра спільно з фахівцями кардіологічного, гастроентерологічного, ортопедичного профілю, а також психологічне консультування.