

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета.

91 балл

Лашкова Д.В.

Научно-исследовательская работа на  
тему:

---

Анализ частоты и структуры бронхолегочной  
патологии у детей на участке.

**Выполнила:**

Студентка 5 курса 5 группы  
педиатрического факультета

Алексеева Дарья Александровна

## Оглавление

Введение:.....	2
Цель исследования.....	3
Задачи исследования:.....	3
Основные определения и понятия:.....	4
Объект и методы исследования:.....	22
Результаты исследования.....	23
Выводы:.....	27
Список литературы.....	28

## **Введение:**

Состояние здоровья детей является одним из достоверных показательных критериев качества жизни населения в целом. В течение последних лет отмечаются неблагоприятные сдвиги в состоянии здоровья детей дошкольного возраста, характеризующиеся ростом распространенности функциональных расстройств и хронических болезней, изменением структуры выявляемых нарушений здоровья, ухудшением показателей физического развития. Объективно отразить степень утраты здоровья детского населения позволяют показатели заболеваемости, а ее структура дает возможность определить приоритеты профилактики при организации обслуживания в лечебно-профилактических учреждениях. Дыхательная система у детей подвергается непрерывному влиянию огромного множества микробов и антигенов, присутствующих в окружающей среде, в связи с чем в бронхах и легочной ткани сформировались многоступенчатые механизмы противомикробной и антительной защиты. Все известные воздействия в совокупности с механизмами защиты влекут за собой значительную вариабельность заболеваний, которым подвергаются органы дыхания детей.

Тесная взаимосвязь отмечается между механизмами развития заболеваний органов дыхания у детей и их анатомическим, морфологическими, функциональными особенностями. Повышение восприимчивости и реактивности слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей к различным патологическим агентам и к инфекциям у детей связано с особой морфологией строения грудной клетки (ребра по отношению к позвоночному столбу прикрепляются под углом в  $90^\circ$ ), малыми абсолютными величинами дыхательного объема и анатомического мертвого пространства, физиологической одышкой (тахипное), узостью дыхательных путей, слабостью дыхательных мышц, небольшой функциональностью сурфактанта, склонности бронхов мелкого калибра к гиперреактивности, аллергической настроенностью.

**Цель исследования:** изучить распространенность заболеваний по данным обращаемости детей различных возрастов в амбулаторно-поликлиническом звене, на участке № 7 ГУЗ «КДЦ № 6»

**Задачи исследования:**

- Изучить структуру и особенности клинического течения бронхолегочных заболеваний у детей.
- Выделить наиболее значимые, факторы риска, оказывающие прямое или опосредованное влияние на здоровье детей и формирование у них бронхолегочной патологии.
- Определить частоту распространенности бронхолегочных заболеваний в зависимости от возраста

## **Основные определения и понятия:**

Заболевания легких у детей многообразны. Это острые и хронические, инфекционно-воспалительные и аллергические болезни, врожденная и наследственная патология..

## **Классификация**

### *Острые и хронические инфекционно-воспалительные заболевания легких*

**Пневмония** — острое инфекционное заболевание легких, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов с внутриальвеолярной экссудацией (J13-J18).

### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* повышение температуры тела, кашель, физикальные изменения в легких, дыхательная недостаточность.

*Рентгенологические:* инфильтративные изменения в легких.

*Лабораторные:* наличие остро воспалительных изменений в гемограмме.

### *Выделяют:*

по этиологии — бактериальная, вирусная, грибковая, паразитарная, хламидийная, микоплазменная, смешанная (J13-J18);

по месту возникновения: внебольничная (синонимы: домашняя, амбулаторная), возникшая у ребенка вне лечебного учреждения; госпитальная (синонимы: нозокомиальная, внутрибольничная), развившаяся после 48-72 часов после госпитализации в сочетании с клиническими данными, подтверждающими инфекционную природу (новая волна лихорадки, гнойная мокрота, лейкоцитоз), или в течение 48 часов после выписки.

по морфологическим формам: очаговая, очагово-сливная, моноили полисегментарная, крупозная, интерстициальная.

А также выделяются:

Аспирационная — при заболеваниях, сопровождающихся рефлюксом, дисфагией, у больных с нарушением сознания.

Вентиляционная — развивается у пациентов на ИВЛ: ранняя в первые 5 суток и поздняя — после 5 суток ИВЛ.

**У новорожденных** выделяют внутриутробные (врожденные) (P23) и постнатальные (приобретенные) пневмонии, которые также могут быть внебольничными и нозокомиальными.

По тяжести: средней тяжести и тяжелая. Тяжесть пневмонии определяется выраженностью клинических проявлений и наличием осложнений.

Течение — острое (длительностью до 6 недель) или затяжное (более 6 недель).

Осложнения: легочные (плеврит, абсцесс легкого, пневмоторакс, пиопневмоторакс); внелегочные (инфекционно-токсический шок, сердечно-сосудистая недостаточность, ДВС-синдром).

**Острый бронхит** — острое воспаление слизистой оболочки бронхов, вызываемое различными инфекционными, реже физическими или химическими факторами (J20.0-J20.9).

Варианты течения острого бронхита:

Острый (простой) бронхит (J20).

**Критерии диагностики:**

*Клинические:* субфебрильная температура, кашель, диффузные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких.

*Рентгенологические:* изменение легочного рисунка при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких.

**Острый обструктивный бронхит (J20)** — острый бронхит, протекающий с синдромом диффузной бронхиальной обструкции.

**Критерии диагностики:**

*Клинические:* экспираторная одышка, шумное свистящее дыхание на фоне ОРИ, рассеянные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких.

*Рентгенологические:* усиление легочного рисунка, повышение прозрачности легочной ткани при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких.

Встречается в основном у детей первых 4 лет жизни.

**Острый бронхиолит (J21)** — воспалительное заболевание нижних дыхательных путей с преимущественным поражением мелких бронхов и бронхиол.

**Критерии диагностики:**

*Клинические:* выраженная одышка экспираторного или смешанного характера, периоральный цианоз, малопродуктивный кашель, диффузные мелкие влажные и крепитирующие хрипы.

*Рентгенологические:* вздутие легких, усиление сосудистого рисунка.

Развивается в основном у детей первого года жизни на фоне ОРИ.

**Рецидивирующий бронхит (J40.0)** — повторные эпизоды острых бронхитов 2-3 раза и более в течение года на фоне респираторных вирусных инфекций.

**Критерии диагностики** острого эпизода соответствуют клиническим и рентгенологическим признакам острого бронхита. Встречается, как правило, у детей первых 4-5 лет жизни.

**Облитерирующий бронхиолит (J43)** — полиэтиологическое хроническое заболевание мелких дыхательных путей, являющееся следствием острого бронхиолита. Морфологическую основу составляет концентрическое сужение или полная облитерация просвета бронхиол и артериол при отсутствии изменений в альвеолярных ходах и альвеолах, приводящие к развитию эмфиземы и нарушению легочного кровотока.

**Критерии диагностики:**

*Клинические:* острый бронхиолит в анамнезе, одышка, малопродуктивный кашель, физикальные изменения в виде крепитации и мелкопузырчатых хрипов, стойкая необратимая обструкция дыхательных путей.

*Рентгенологические:* мозаичность легочного рисунка за счет множественных областей повышенной прозрачности и сниженной васкуляризации, признаки «воздушной ловушки». При сцинтиграфии — нарушение легочного кровотока.

Синдром одностороннего сверхпрозрачного легкого (синдром Маклеода) представляет собой частный случай данного заболевания.

**Хронический бронхит (J41)** — хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов.

**Критерии диагностики:**

*Клинические:* продуктивный кашель, разнокалиберные влажные хрипы в легких при наличии не менее 2-3 обострений заболевания в год на протяжении двух и более лет подряд.



Рентгенологические: усиление и деформация бронхолегочного рисунка без локального пневмосклероза.

Хронический бронхит как отдельная нозологическая форма у детей диагностируется при исключении других заболеваний, протекающих с синдромом хронического бронхита (муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, пороки развития бронхолегочной системы, другие хронические заболевания легких).

**Бронхоэктатическая болезнь (J47)** — приобретенное хроническое воспалительное заболевание

бронхолегочной системы, характеризующееся гнойно-воспалительным процессом в расширенных деформированных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве.

**Критерии диагностики:**

*Клинические:* продуктивный кашель, гнойная мокрота; локальные влажные хрипы; рецидивы воспалительного процесса в патологически измененных участках легких.

*Рентгено-бронхологические:* необратимые расширения бронхов с выраженными структурными изменениями их стенок и функциональной неполноценностью.

**Плеврит** — воспалительное заболевание плевры бактериальной, вирусной или неинфекционной природы (J86, J90).

Выделяют:

По характеру процесса: сухие (J86) (фибринозные) и выпотные (J90) (серозные, серозно-фибринозные, гнойные (эмпиема) и геморрагические) плевриты.

По локализации: костальный, диафрагмальный, парамедиастенальный и междолевой плеврит.

В связи с пневмонией: синпневмонические (возникающие одновременно с пневмонией) и метапневмонические (возникающие в период обратного развития пневмонии).

### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* одышка, болевой синдром, притупление перкуторного звука и ослабление дыхания над зоной поражения, смещение средостения в противоположную пораженную сторону.

*Рентгенологические:* наличие жидкости в плевральной полости, утолщение плевры.

*Ультразвуковые:* наличие жидкости в плевральной полости, утолщение плевры.

*Специальные исследования:* жидкость в плевральной полости при плевральной пункции.

Дифференциальную диагностику следует проводить с плевральным выпотом другой этиологии — при врожденных пороках сердца, гипопротейнемии, васкулитах, онкологических заболеваниях, нарушении дренажа лимфы и других состояниях.

### ***Аллергические заболевания легких***

**Бронхиальная астма (J45)** — хроническое аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью и периодически

возникающими приступами затрудненного дыхания в результате бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов. Бронхиальная обструкция (под влиянием лечения или спонтанно) обратима.

**Критерии диагностики:**

*Клинические:* приступы кашля и/или затрудненного дыхания, дистанционные свистящие хрипы, экспираторная одышка, вздутие грудной клетки; распространенные сухие свистящие хрипы в легких.

*Функциональные:* обратимая бронхиальная обструкция.

*Рентгенологические:* повышение прозрачности легочной ткани, усиление сосудистого рисунка.

**Выделяют:**

По тяжести: легкая интермиттирующая, легкая персистирующая, среднетяжелая персистирующая, тяжелая персистирующая.

Периоды заболевания: обострение и ремиссия.

Осложнения: ателектаз легких, медиастинальная и подкожная эмфизема, спонтанный пневмоторакс.

***Болезни легких, развившиеся в периоде новорожденности***

**Бронхолегочная дисплазия (БЛД) (P27.1)** — полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у новорожденных, главным образом глубоко недоношенных детей, получающих кислородотерапию и искусственную вентиляцию легких. Протекает с преимущественным поражением бронхиол и паренхимы легких, развитием эмфиземы, фиброза и/или нарушением репликации альвеол;

проявляется зависимостью от кислорода в возрасте 28 суток жизни и старше, бронхообструктивным синдромом и другими симптомами дыхательной недостаточности; характеризуется специфичными рентгенографическими изменениями в первые месяцы жизни и регрессом клинических проявлений по мере роста ребенка.

### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* ИВЛ на первой неделе жизни и/или респираторная терапия с постоянным положительным давлением в дыхательных путях через носовые катетеры (nCPAP); терапия кислородом более 21% в возрасте 28 дней и старше; дыхательная недостаточность, бронхиальная обструкция в возрасте 28 дней и старше, зависимость от кислорода, развивающаяся при проведении кислородотерапии (ИВЛ, nCPAP).

*Рентгенологические:* интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения.

По форме различают: БЛД доношенных, БЛД недоношенных (классическую и новую формы).

Классическая форма развивается у недоношенных детей, у которых не применялись препараты сурфактанта для профилактики СДР, имели место «жесткие» режимы ИВЛ. Рентгенологически характерны: вздутие легких, фиброз, буллы. Новая форма развивается у детей с гестационным возрастом <32 недель, у которых применялись препараты сурфактанта для профилактики СДР, а респираторная поддержка была щадящей. Рентгенологически характерно гомогенное затемнение легочной ткани без ее вздутия.

БЛД доношенных развивается у детей, рожденных в срок, клинически и рентгенологически сходна с классической формой БЛД недоношенных.

По тяжести БЛД подразделяется на легкую, среднетяжелую и тяжелую.

Периоды заболевания: обострение, ремиссия.

Осложнения. Хроническая дыхательная недостаточность, острая дыхательная недостаточность на фоне хронической, ателектаз, легочная гипертензия, легочное сердце, системная артериальная гипертензия, недостаточность кровообращения, гипотрофия.

**Синдром Вильсона — Микити (P27.0)** — хроническое заболевание легких неизвестной этиологии, возникшее в неонатальном периоде и характеризующееся поздним развитием кислородозависимости.

#### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* гестационный возраст менее 32 недель, масса тела при рождении менее 1500 г; дыхательные расстройства на 7-35-й день жизни, хрипы в легких, дыхательная недостаточность, кислородозависимость, приступы апноэ.

*Рентгенологические:* неравномерность вентиляции, грубые лентообразные уплотнения, буллы, преимущественно в верхних отделах легких.

#### ***Наследственные заболевания легких***

**Идиопатический диффузный фиброз легких (J84.1)** — первично хроническое, быстро прогрессирующее интерстициальное заболевание легких, приводящее к развитию диффузного легочного фиброза.

#### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* быстро прогрессирующая одышка, кашель, потеря массы тела, характерные крепитирующие («целлофановые») хрипы в легких, формирование легочного сердца.

*Функциональные:* гипоксемия, нарушения вентиляции по рестриктивному типу, снижение диффузионной способности легких.

*Рентгенологические:* признаки диффузного легочного фиброза с развитием «сотового легкого», уменьшение легочных полей.

Диагностируется при исключении других причин интерстициальных изменений в легких.

**Спонтанный семейный пневмоторакс (J93.0)** — наследственное заболевание, характеризующееся накоплением воздуха в плевральной полости с развитием коллапса легкого при отсутствии травматического повреждения легких или грудной клетки и какого-либо заболевания легких.

Тип наследования — аутосомно-доминантный. Локализация патологического гена: 17p11.

#### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* внезапно возникающая боль при дыхании, одышка, кашель, нарушение экскурсии грудной клетки (отставание в акте дыхания пораженной половины грудной клетки), тимпанит над пораженным участком легкого, отсутствие дыхательных шумов над зоной поражения.

*Рентгенологические:* наличие воздуха в плевральной полости со смещением тени средостения в противоположную поражению сторону.

**Идиопатическая (первичная) легочная гипертензия (I27.0)** — заболевание, проявляющееся повышением давления в легочной артерии и гипертрофией миокарда правого желудочка, не связанное с какой-либо врожденной или приобретенной патологией сердца и легких.

### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* быстро прогрессирующая дыхательная недостаточность, одышка, выраженный цианоз, повторные синкопальные состояния.

*Ультразвуковые:* ЭХО-КГ-признаки легочной гипертензии.

**Легочный альвеолярный микролитиаз (J84.0)** — наследственное диссеминированное заболевание легких с накоплением в легочной паренхиме депозитов фосфата кальция. Тип наследования: аутосомно-рецессивный с полной пенетрантностью. Локализация патологического гена: 4p15.31-p15.2.

### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* часто бессимптомное течение.

*Рентгенологические:* диффузные мелкие образования костной плотности в легких (симптом «песчаной бури»).

**Легочный альвеолярный протеиноз (J84.0)** — наследственное диссеминированное заболевание легких, характеризующееся накоплением в альвеолярной интерстициальной ткани фосфолиппротеидных соединений, производных сурфактанта. Тип наследования: аутосомно-рецессивный.

### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* одышка, кашель, боль в груди, кровохарканье, хрипы в легких, цианоз, потеря массы, деформация дистальных фаланг пальцев в виде «барабанных палочек».

*Рентгенологические:* множественные мелкоочаговые тени в легких.

*Специальные исследования:* биопсия легкого.

**Первичная цилиарная дискинезия (ПЦД), в т. ч. Синдром Картагенера (Q.89.4)** — наследственное заболевание, в основе которого лежит

врожденный дефект ультраструктуры ресничек мерцательного эпителия, обуславливающий нарушение их подвижности. Классический вариант — синдром Картагенера. Тип наследования: аутосомно-рецессивный.

#### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* тотальное поражение респираторного тракта с ранней манифестацией симптомов (хронический бронхит, бронхоэктазы, хронический синусит, отит, кондуктивная тугоухость); при синдроме Картагенера — также обратное расположение внутренних органов или изолированная декстрокардия.

*Рентгенологические:* деформация бронхов, бронхоэктазы, затемнение пазух носа, situs viscerus inversus.

*Специальные исследования:* снижение подвижности ресничек мерцательного эпителия респираторного тракта (при световой и фазово-контрастной микроскопии) и выявление специфических ультраструктурных дефектов (при электронной микроскопии).

**Муковисцидоз (кистозный фиброз поджелудочной железы) (E84)** — системное наследственное заболевание, в основе которого лежит мутация гена трансмембранного регулятора муковисцидоза, характеризующееся нарушением функции экзокринных желез, приводящим к тяжелым поражениям органов дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта.

Тип наследования: аутосомно-рецессивный. Различные варианты мутаций CFTR-гена (7q31.2).

#### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* влажный, коклюшеподобный кашель с вязкой слизистой или гнойной мокротой, одышка, разнокалиберные влажные и сухие хрипы в легких, прогрессирующая обструкция дыхательных путей с формированием



хронического бронхита; хронический синусит, нарушение процессов пищеварения и всасывания в кишечнике. По мере прогрессирования заболевания: задержка физического развития, деформация грудной клетки и дистальных фаланг пальцев (в виде «барабанных палочек»), формирование легочно-сердечной недостаточности, наличие муковисцидоза у сибсов.

*Рентгенологические:* деформация и усиление легочного рисунка, перибронхиальная инфильтрация, бронхоэктазы, буллы, очаги пневмосклероза.

*Специальные исследования:* повышение уровня хлоридов в потовой пробе более 60 ммоль/литр; выявление мутаций гена CFTR при молекулярно-генетическом обследовании.

**Дефицит  $\alpha$ 1-антитрипсина (E88.0)** — наследственное заболевание, в основе которого лежит дефицит ингибитора легочных протеаз  $\alpha$ 1-антитрипсина, приводящий к формированию эмфиземы и/или поражению печени. Тип наследования: аутосомно-доминантный (кодоминантный).

#### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* одышка, эмфизема, поражение печени.

*Функциональные:* вентиляционные нарушения обструктивного типа с увеличением остаточного объема легких (ООЛ) и его доли в общей емкости легких (ОЕЛ).

*Рентгенологические:* эмфизема.

*Специальные исследования:* низкий уровень  $\alpha$ 1-антитрипсина в сыворотке крови; выявление гомозиготного фенотипа/генотипа ZZ.

**Наследственная геморрагическая телеангиэктазия — синдром Ослера — Рандю — Вебера (I78.0)** — наследственное заболевание, проявляющееся системной сосудистой дисплазией, приводящей к формированию телеангиэктазий и сосудистых мальформаций в легочной ткани, на коже и слизистых оболочках.

Тип наследования: аутосомно-доминантный.

**Критерии диагностики:**

*Клинические:* одышка, цианоз, телеангиэктазии на коже и слизистых оболочках, кровохарканье, легочные кровотечения, кровотечение из вен пищевода, деформация концевых фаланг пальцев в виде «барабанных палочек» и ногтей — в виде «часовых стекол».

*Рентгенологические:* неравномерное усиление сосудистого рисунка, артериовенозные шунты при ангиографии. При сцинтиграфии — диффузное нарушение легочного кровотока.

**Врожденные заболевания легких**

**Пороки развития легких (Q.32-Q34.3)** — многочисленная группа заболеваний, включающая следующие формы:

Пороки, связанные с недоразвитием бронхолегочных структур (агенезия, аплазия, гипоплазия легких).

Пороки развития стенки трахеи и бронхов:

а) распространенные пороки развития (трахеобронхомегалия, трахеобронхомалия, бронхиолоэктатическая эмфизема; синдром Вильямса — Кэмпбелла);

б) ограниченные пороки развития стенки трахеи и бронхов (врожденные стенозы трахеи, врожденная лобарная эмфизема, дивертикулы трахеи и бронхов, трахеобронхопищеводные свищи).

Кисты легких.

Секвестрация легкого.

Пороки развития легочных сосудов (агенезия и гипоплазия легочной артерии и ее ветвей; артериовенозные аневризмы и свищи; аномальное (транспозиция) впадение легочных вен) (Q25Q26).

**Критерии диагностики:** характерные клинические, рентгенологические, бронхологические и ангиографические симптомы у детей с различной выраженностью респираторных расстройств. Многие пороки развития составляют основу для вторичного формирования хронического воспалительного процесса.

### *Интерстициальные заболевания легких*

**Идиопатический диффузный фиброз легких (J84.1)** — см. раздел «Наследственные заболевания легких».

Гиперчувствительный пневмонит (экзогенный аллергический альвеолит, ЭАА) (J67) — интерстициальное заболевание легких иммунопатологического характера, характеризующееся иммунологически индуцированным воспалением легочной паренхимы, при котором в процесс вовлекаются стенки альвеол и дыхательные пути вследствие неоднократного вдыхания разнообразной органической пыли и других веществ.

#### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* сухой кашель, одышка, диффузные крепитирующие и мелкопузырчатые хрипы в легких, наличие в анамнезе указаний на контакт с причинно значимым антигеном.

*Функциональные:* гипоксемия, смешанные (рестриктивные и обструктивные) нарушения вентиляции, снижение диффузионной способности легких.

*Рентгенологические:* диффузные инфильтративные изменения, симптом «матового» стекла, фиброз.

*Специальные:* обнаружение в крови специфических IgG-антител к тем или иным антигенам, повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в крови.

**Токсические и лекарственные пневмониты (J68, J70)** — интерстициальные заболевания легких, обусловленные токсическим влиянием на ткань легкого химических, радиационных факторов и некоторых лекарственных веществ.

**Критерии диагностики:** те же, что и для аллергических альвеолитов, при наличии указаний на контакт с соответствующими химическими агентами или лекарственными средствами.

**Саркоидоз (D86.0)** — системное заболевание с интерстициальным поражением легких и других органов, характеризующееся формированием неказеозных эпителиоидно-клеточных гранулем.

**Критерии диагностики:**

*Клинические:* скудная клиническая легочная симптоматика, непродуктивный кашель, одышка, дискомфорт и боль в грудной клетке, полиорганность поражения (поражение кожи, сердца, почек и др. органов).

*Рентгенологические:* внутригрудная лимфаденопатия, симптом «матового» стекла, синдром легочной диссеминации, локальные тени, фиброз, буллы.

*Специальные:* при биопсии кожи и лимфатических узлов признаки гранулематозного воспаления.

**Идиопатический гемосидероз легких (M31.0)** — заболевание, характеризующееся волнообразным рецидивирующим течением с повторными кровоизлияниями в легкие.

### **Критерии диагностики:**

*Клинические:* одышка, кашель, кровохарканье, лихорадка, рецидивирующая анемия.

*Рентгенологические:* при обострении — множественные очаговые инфильтративные тени в легких (симптом «бабочки»).

*Лабораторные:* железодефицитная анемия, ретикулоцитоз, анизопойкилоцитоз.

*Специальные:* гемосидерофаги в мокроте или жидкости бронхоальвеолярного лаважа.

### **Объект и методы исследования:**

Объектом настоящего исследования были дети г. Волгограда с различными формами респираторной патологии. Набор материала по изучению заболеваемости проводился на базе ГУЗ Детской поликлиники №6. Обследование и лечение больных, страдающих хронической бронхолегочной патологией, осуществлялось на базе той же поликлиники. Комплексное обследование детей включало анализ анамнестических сведений, результаты клинического осмотра и лабораторного обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки).

В исследовании принимали участие 92 ребенка, обратившихся к врачу с основными жалобами, характерными для бронхолегочной патологии (кашель, одышка). Возраст детей варьировал от 3 до 16 лет. После проведения комплексного обследования, больным были выставлены диагнозы:

- Острый простой бронхит
- Острый обструктивный бронхит
- Рецидивирующий бронхит
- Очаговая пневмония
- Бронхиальная астма

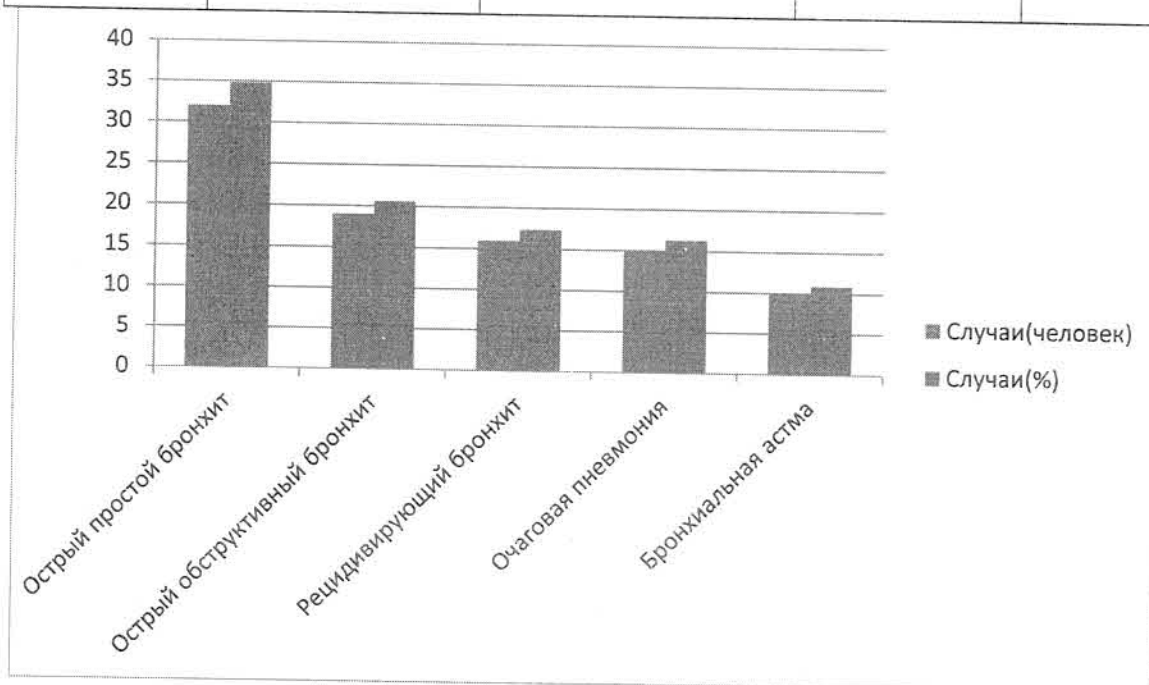
*Обратившиеся дети были распределены на 3 возрастные категории:*

I: 3-6 лет (57ч.), II: 7-12 лет (23), III: 13-16 лет (12).

## Результаты исследования

*Среди выявленной патологии органов дыхания имели место:*

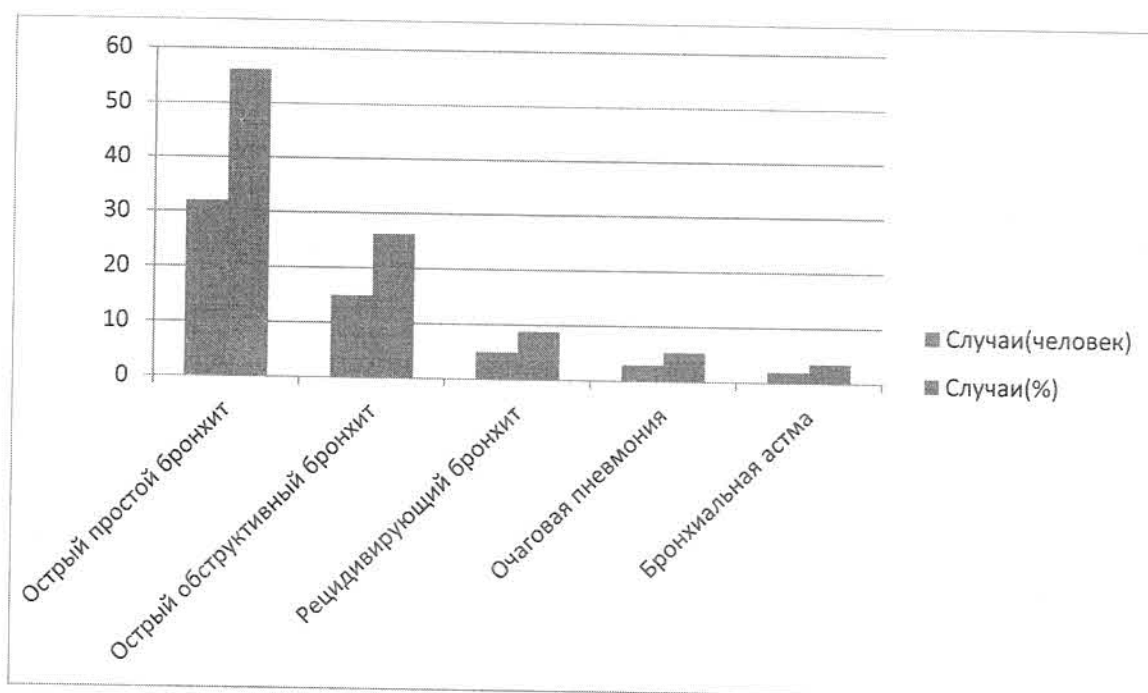
Острый простой бронхит	Острый обструктивный бронхит	Рецидивирующий бронхит	Очаговая пневмония	Бронхиальная астма
32	19	16	15	10
34,8%	20,6 %,	17,4 %,	16,3 %,	10,9 %



*В различных возрастных группах частота бронхолегочной патологии распределилась следующим образом:*

I: 3-6 лет

Острый простой бронхит	Острый обструктивный бронхит	Рецидивирующий бронхит	Очаговая пневмония	Бронхиальная астма
32	15	5	3	2
56,1 %	26,3%	8,8%	5,3%	3,5%

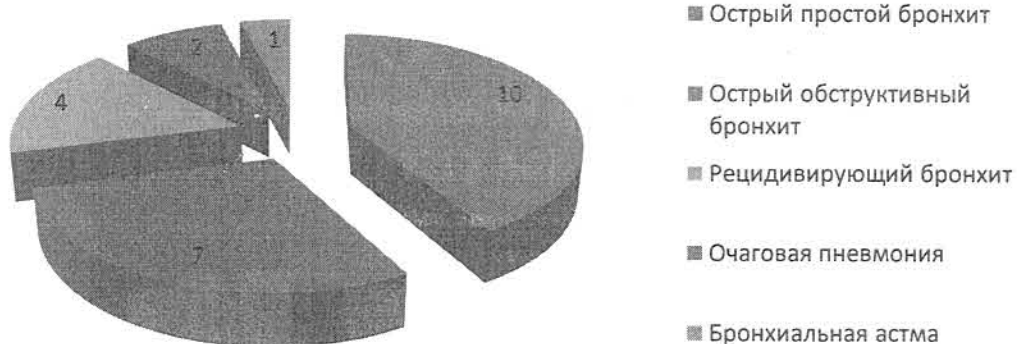


II: 7-12 лет:

Острый простой бронхит	Острый обструктивный бронхит	Рецидивирующий бронхит	Очаговая пневмония	Бронхиальная астма
10	7	4	2	1
43,5%	30,4%	17,4%	8,7%	4,3%



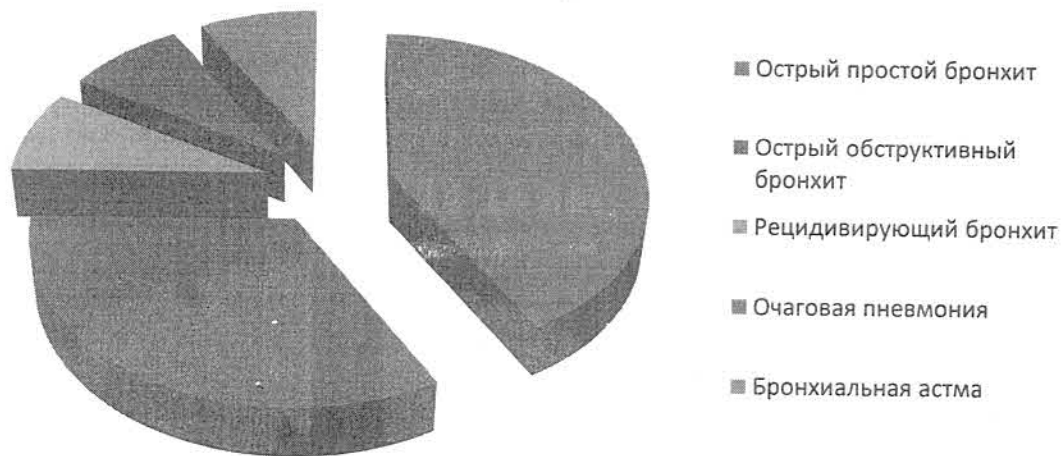
### Число заболеваемости детей в возрасте 7-12 лет



III: 13-16 лет:

Острый простой бронхит	Острый обструктивный бронхит	Рецидивирующий бронхит	Очаговая пневмония	Бронхиальная астма
5	4	1	1	1
41,6%	17,3%	8,3%	8,3%	8,3%

### Число заболеваемости детей в возрасте 13-16 лет



В группе детей от 3 до 6 лет, чаще регистрировался Острый обструктивный бронхит

В группе от 7 до 12 лет: Острый простой бронхит и Бронхиальная астма

В группе 13-17 лет: Острый простой бронхит и Очаговая пневмония

### **Выводы:**

За время прохождения практики в ГУЗ "КДЦ №6" изучила распространенность заболеваний по данным обращаемости детей различных возрастов, на участке № 7. Проанализировав анамнестические сведения, результаты клинического осмотра и лабораторного обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки), было выявлено:

1. В структуре заболеваемости бронхолегочной патологией в исследуемой группе детей преобладали: острый простой бронхит и острый обструктивный бронхит. Реже всего встречались очаговая пневмония и бронхиальная астма
2. Дети в возрасте 3-6 лет более подвержены заболеванию острым обструктивным бронхитом и острым простым бронхитом
3. Дети в возрасте 7-12 лет - острым простым бронхитом и впервые выявленной бронхиальной астмы
4. Дети 13-16 лет в группе риска по острому простому бронхиту и очаговой пневмонии

## Список литературы

1. Болотских, В.И. Клинико-лабораторные особенности использования дифференцированной иммунокоррекции в комплексном лечении бронхиальной астмы: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. / В.И. Болотских. - Курск., 2007. -29 с.
2. Маркеры дифференцированного реагирования иммунной системы у больных бронхиальной астмой. Сообщение 4 / А.М. Земсков, М.А. Земсков, В.И. Болотских, В.И. Золоедов, Е.Д. Федорков, А.С. Левченко // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2005. Т. 4. № 1. С. 28-32.
3. Особенности патологических явлений в детском возрасте / В.И. Болотских, И.В. Гребенникова, А.В. Макеева, В.М. Крюков, Ю.М. Тумановский, О.В. Лидохова // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 12-4. С. 564.
4. Поликлиническая педиатрия: учеб. для студентов мед. вузов по специальности 060103 (040200) – «Педиатрия»/ под ред. А.С. Калмыковой. 2-е изд., перераб. и доп. –М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. 288-304стр., 353-360с, 557-560с.
5. Практическое руководство по детским болезням. Заболевания органов дыхания под  
общей ред.Б.М. Блохина, В.Ф. Коколиной, А.Г. Румянцева, - М., ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007, 14-16с, 127-154с, 222-232с, 241-248с.
6. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/ под ред. А.А. Баранова. – Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2007. – глава 7
7. Судаков О.В. Комплексный подход к оценке индивидуальной фармакотерапии у больных с хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертензией/О.В. Судаков, А.В. Свиридова. -Воронеж: ВгТУ, 2007. -188 с.

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 5 группы

Алексеева Дарья Александровна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова