

ции пневмонии, в том числе и МКБ-10 такого нет. Не проводилось надлежащего бактериологического, микроскопического, вирусологического, цитологического, иммунологического исследований. Ни в одном случае осложнения заболевания поражением плевры не взяты на исследование плевральная жидкость. Во всех анализируемых случаях как осложнение выставлялся ДВС синдром, тогда как характер течения и клинико-рентгенологических проявлений, а также неэффективность лечения больше свидетельствуют о развитии другого осложнения пневмонии – острого респираторного дистресс-синдрома – наиболее тяжелой формы острого повреждения легких, основными признаками которого: острое начало, двухсторонние очагово-инфильтративные изменения в легких на рентгенограмме и т.д. Как известно, терапия данного синдрома у большинства пациентов заключается в проведении искусственной вентиляции легких. Она, кстати проводилась всем больным, однако достоверно судить о адекватности данной процедуры в каждом конкретном случае не представляется возможности в силу недостаточного освещения хода процедуры в представленной документации. В большинстве наблюдений в первую очередь назначаются цефалоспорины, но нередко 1-П поколения и часто сочетаются с гентамицином, предпочтительнее сочетать с макролидами, причем с улучшенными фармакокинетическими свойствами (кларитромицин, рокситромицин, азитромицин, спирамицин). Практически не используется респираторные фторхинолоны (Ш-1У поколение) левофлоксацин, моксифлоксацин. Не всегда проводилась должная оценка эффективности антибактериальной терапии пневмонии. Во всех анализируемых случаях продолжительностью более 2–3 койко/дней с учетом особенностей течения следовало откорректировать лечение, в частности антибактериальную терапию, тем более когда ежедневно наблюдалась отрицательная динамика в состоянии больного. При неэффективности лечения (сохранение симптомов и лихорадки, ухудшении рентгенологической картины) смену антибактериальных средств проводят и через 24 часа.

47

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Баходирова А.Н., Алимова Х.П., Сатвалдиева Э.А., Аминов У.С.
 Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Целью нашего исследования явилось определение тактики своевременной терапии у детей с осложненными пневмониями.

Материал и методы: Под наблюдением находились 150 больных с осложненной пневмонией в возрасте от 1 мес. до 6 лет, находившиеся в 2010–2012 годах в отделениях экстренной педиатрии и

в отделении реанимации и интенсивной терапии РНЦЭМП. По возрастам: дети до 1 года составляло 87 (58%), от 1 года до 3 лет 58 (39%), с 3 до 6 лет 5 (3%) больных. 21 (14%) ребенок поступил из других стационаров в связи с ухудшением состояния на 5–10 день болезни. При проведении исследования использовали следующие методы:

- клинические – оценка данных эпид. анамнеза, соматического и акушерского анамнеза матери, выявление наследственности, отягощенности по бронхолегочной и иммуносупрессивной патологии.

- лабораторные – общий анализ крови, биохимические исследования крови, бактериологические мазки из зева и посевы мокроты, рентгенография органов грудной клетки и по показаниям: ЭКГ, ЭХОКГ, КТ исследование.

Давность заболевания у 32% больных составляло до 3х дней, до 10 дней – 48% больных, свыше 10 дней – у 20%.

Результаты и обсуждение: Осложнения пневмонии были представлены в виде острой дыхательной недостаточности 1 степени (48%), 2 степени 35%, ОДН 2 степени в сочетании с ОСН 2 степени 7 %, явлений вторичного менингоэнцефалита в 6% и дыхательной, сердечно сосудистой недостаточности в сочетании с токсическими поражениями в печени и сердца в 5 % случаях. Внутрелегочные деструктивные процессы и гнойные легочные осложнения чего наблюдались в 5 % случаях. Основными клиническими признаками, явились кашель с выделением мокроты, одышка, повышение температуры тела, а также признаки интоксикации организма. Из гнойных осложнений у 4 (3%) выявлен пиопневмоторакс и у 3 (2%) диагностирована легочная форма БДЛ. Больным с гнойными осложнениями наложен торакоцентез с дренированием плевральной полости. Из них у 2 (1%) в связи со спаечным процессом, наличие шварт произведена торакоскопия. Во всех случаях назначена антибактериальная (по чувствительности), бронхолитическая, противовоспалительная терапия, дыхательная гимнастика. 4 (3%) больным с гнойными осложнениями эмпирическое назначение цефалоспоринов III поколения в сочетании с аминогликозидами III поколения дал положительный эффект. Но 3 (2%) больным после определения мокроты на чувствительность назначен антибиотик фторхинолинового ряда (в 1 случае), карбопенемы в сочетании с гликопептидами (в 2 случаях). Все пациенты выписаны домой.

При выяснении причин осложнений пневмонии нами также отмечено, неоднократное и непоследовательное лечение антибиотиками при предыдущих эпизодах ОРИ, детей (цефалоспорины 2–3 поколения, в течение 2–3 дней с прекращением после улучшения состояния больного). Наиболее часто наблюдается необоснованное назначение антибиотиков, детям с ОРИ, без подтверждения пневмонии рентгенологически. Стремление предотвратить бактериальные осложнения чревато последствиями формирования резистентности микроорганизмов и сенсбилизацией организма ребенка.

Вывод: Таким образом, проведенный анализ свидетельствует, что проблема осложненной пневмонии в педиатрии остается актуальной до настоящего времени и для ее решения необходимо совершенствование профилактики, диагностики и широкое внедрение современных эффективных схем терапии данного заболевания у детей. Результат лечения как правило зависит от своевременной диагностики и так же от своевременного подключения к процессу лечения активных методов лечения.

48

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЦА ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Мухитдинова Х.²¹., Сатвалдиева Э.А.¹.,
Муйдинова Ф.З.¹., Алибекова М.Б.¹.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи¹, Ташкент, Узбекистан
Ташкентский институт усовершенствования врачей²,
Ташкент, Узбекистан

Госпитальная пневмония (ГП) – третья по частоте встречаемости, после мочевых и раневых инфекций. В структуре летальности от инфекций в стационаре первое место занимает ГП, которая составляет 8-20%, в отделениях интенсивной терапии – свыше 30%.

Актуальность работы. Известно, что раннее выявление и коррекция нарушений функций сердца позволяет предотвратить развитие острой сердечной декомпенсации, неизбежной при тяжелой острой дыхательной недостаточности, однако в литературе недостаточно представлены данные по оценке состояния сердечно-сосудистой системы, динамике функциональной активности отделов сердца при ГП.

Цель работы. На основании сравнительной оценки изучить особенности функциональных нарушений сердца у детей с госпитальной пневмонией.

Материал и методы исследования. Всего проведено 201 исследование методом эхокардиографии аппаратом «Hitachi» (Япония) у 18 пациентов с внебольничной пневмонией (1 группа) и 30 – с ГП (2 группа) в условиях ОРИТ. Средний возраст детей составил 8,5±1,5 лет.

Результаты исследования. На основании выявленных данных внебольничную и ГП можно дифференцировать по степени выраженности изменений системы кровообращения. Так, для пациентов 1 группы характерна умеренная гипердинамика системы кровообращения. Гемодинамика при ГП характеризуется увеличением функциональной активности левого желудочка более чем на 60%, правого – на 70%. Во 2 группе детей рост ударного объема (УО) левого желудочка на 58% вызывал рост минутного объема кровообращения (МОК) по

большому кругу на 134% в связи с одновременным учащением сердечного ритма на 50%.

Выводы. Изменения сердечной функции при ГП характеризуются более выраженной гипердинамией как левого, так и правого отделов сердца, что указывает на повышение риска развития острой сердечной недостаточности, с целью профилактики которой комплексную интенсивную терапию целесообразно дополнить коррекцией тахикардии, улучшением тканевой перфузии, энергетическим возмещением функциональных затрат системы кровообращения.

49

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Рамазанова Л.А.
АО « Медицинский университет Астана»,
г. Астана, Казахстан
ГКП на ПХВ « Городская детская больница №2»,
г. Астана, Казахстан

Цель: провести анализ ошибок диагностики и лечения пневмонии у детей на амбулаторном и стационарном этапах.

За 2012 год в пульмонологическом отделении ГДБ №2 г. Астана было пролечено 1332 ребенка, из них пневмонии (П) составили 953 (71.5%). Диагноз ставился на основании клинических критериев диагностики П, рекомендованных ВОЗ: температура более 38 С более 3-х дней, тахипноэ (ЧД ≥ 60 в минуту у детей с рождения до двух месяцев, от 2 до 12 месяцев ЧД ≥ 50 в минуту, и у детей старше 1 года 40 и более в минуту, с рентгенологическим подтверждением в 100% случаев. Для анализа ошибок методом случайного отбора было выбрано 100 историй болезней. Ошибки были разделены на диагностические и лечебные. Расхождение диагноза направившего учреждения и клинического диагноза составило -27%, расхождение диагнозов при поступлении и клинического составили – 21%. Во всех случаях имела место гипердиагностика П. При отсутствии клинических признаков острого инфекционного заболевания нижних дыхательных путей в 58.3% случаев диагноз П исключался, несмотря на рентгенологическое заключение. Рентгенологические диагностические ошибки заключались в описании П на основании «бронхососудистой инфильтрации», «мелкоочаговой инфильтрации». На амбулаторном этапе антибактериальную терапию (АБТ) получали 67 детей. В 11(16,4%) случаев антибиотики (АБ) родители применяли самостоятельно, в 56(83,6 %) назначались врачами ПМСП. Пенициллиновую группу получали 30(44.8%), цефалоспорины -33(49,2%), макролиды -4(5.9%) ребенка. В 9 (13.4%) случаях использовались последовательно несколько антибиотиков. Во всех случаях АБ назначались в первые дни заболевания при признаках вирусной