

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 гипердинамия 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

инфекции, что объясняет отсутствие эффекта от противомикробной терапии. Ошибкой АБТ следует считать и случаи применения как стартового препарата цефалоспоринов, с использованием, как правило, парентерального способа введения, причем, инъекции проводились в домашних условиях. Особое внимание требуют случаи длительной АБТ несколькими препаратами. Вместе с тем, следует отметить некоторую положительную динамику с предыдущими годами, когда на амбулаторном этапе преимущественно назначались цефалоспорины внутримышечно, у части больных использовались аминогликозиды, бисептол. Таким образом, необходим постоянный мониторинг ошибок диагностики и лечения П у детей и продолжение консультативно– методической помощи на всех этапах оказания медицинской помощи.

50

ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ НА СУТОЧНЫЙ БИОРИТМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЦЕНТРА ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Мухитдинова Х.Н.2., Сатвалдиева Э.А.1., Хамраева Г.Ш.1., Боходирова А.Н.1.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи¹, Ташкент, Узбекистан
Ташкентский институт усовершенствования врачей², Ташкент, Узбекистан

В детском возрасте биологические ритмы еще малоустойчивы и легко изменяются. Сохранение нормального циркадного ритма температуры у детей может свидетельствовать о том, что центральные механизмы терморегуляции у них не повреждены.

Цель работы. Отсутствие единого мнения относительно циркадного биоритма функции центра терморегуляции у детей при тяжелых состояниях побудило нас изучить и дать оценку колебаниям температуры при тяжелой пневмонии. Провести сравнительный анализ изменений в группах детей с благоприятным и летальным исходом условий ОРИТ.

Материал и методы исследования. Методом длительного мониторинга (на протяжении 20 суток) рутинным способом (в аксиллярной области) с интервалом в час у 58 детей грудного возраста от 2 до 12 месяцев (мальчиков было 30, девочек-28) регистрировали температуру и другие общепринятые параметры. Во вторую группу включены 22 ребенка с неблагоприятным исходом, поступившим к 9-12 суткам лечения в ОРИТ. Факторами отягощения состояния больных были позднее поступление больного (на 5-10 сутки от начала пневмонии), сопутствующие факторы во 2 группе (хроническая анемия-у 22, рахит у 10, хронический гепатит – у 5, ВПС-2, иммунодефицитное состояние – 20). Существенных различий

в объеме интенсивной терапии не было. Характеристика циркадных ритмов колебания температуры тела включала данные по изменению мезора (средний суточный показатель), акрофазы (время максимального отклонения температуры от среднесуточного уровня), батиразу (время снижения температуры тела до минимального), величину отклонения температуры тела от мезора в акрофазе и батиразе, размах колебаний температуры тела.

Результаты и их обсуждение. Существенным различием температурной реакции между исследуемыми группами больных явилось достоверно значимое снижение температуры тела в первой группе на 3,4,5,7,8,9,10,11 сутки относительно показателя в 1 сутки лечения в ОРИТ. То есть в группе детей с благоприятным исходом среднесуточный уровень температуры тела с третьих суток был достоверно ниже показателя в первые сутки. В то время как во второй исходное значение среднесуточной температуры было выше, чем в первой, к тому же не наблюдалось статистически значимого снижения температурной реакции. На 3,4,8 сутки среднесуточная температура во второй группе была достоверно выше, чем в первой. Критическими днями в отклонениях температурного гомеостаза были 3,4,8 сутки, когда следовало ожидать повышения риска развития осложнений, отягощения общего состояния.

Выводы. Функциональная активность центра терморегуляции у детей грудного возраста при тяжелой пневмонии осуществляется в циркадном ритме. В оценке эффективности проводимой терапии тяжелой пневмонии у детей грудного возраста информативным является оценка среднесуточной температуры тела в условиях ежечасного мониторинга данного показателя. Критическими днями в отклонениях температурного гомеостаза являются 3,4,8 сутки интенсивной терапии у детей грудного возраста.

51

ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Алимова Х.П., Алибекова М.Б., Сатвалдиева Э.А., Нуралиева Г.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Учитывая тесную функциональную и морфологическую взаимосвязь аппарата дыхания с системой кровообращения, представление о патогенезе бронхолегочных заболеваний не может считаться полным без характеристики состояния сердечно-сосудистой системы при различных формах респираторной патологии.

В настоящее время сердечная недостаточность у детей часто развивается при тяжелых осложненных формах пневмонии.