

лезнь у 5 лиц и муковисцидоз у 2 были уже установлены ранее достоверными методами. Среди 141 больных с БА патология ВДП выявлена у 114 (80,7%). При их обследовании в отделении ЛОР установлено: сезонный аллергический ринит – у 34 (29,8%); круглогодичный аллергический ринит – у 25 (21,9%); вазомоторный ринит – у 12 (10,2%); искривление носовой перегородки с нарушением носового дыхания – у 20 (17,5%); искривление носовой перегородки без нарушения носового дыхания – у 15 (13,6%); хронический полипозный синусит – у 25 (21,9%); хронический тонзиллит – у 15 (13,6%).

Выводы: результаты исследования у лиц молодого возраста показали несомненную взаимосвязь патологии ВДП с обструктивными болезнями легких, в частности с БА. Данное положение указывает на общность патологических механизмов в возникновении и развитии этих заболеваний и требует своевременной коррекции терапии, т.к. часто такое сочетание негативно влияет на течение БА.

## 61

### ОЦЕНКА РЕСПИРАТОРНОГО СТАТУСА У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ

Убайдуллаева Н.Н., Ташметов Х.М.  
Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
г. Ташкент, Узбекистан

Вопросы влияния курения табака на течение бронхиальной астмы в молодом возрасте изучены недостаточно, в связи с чем нами проведено настоящее исследование. Было обследовано 240 больных БА в возрасте 15-30 лет, в анамнезе которых отмечалось активное и пассивное курение табака.

Анализ данных опроса выявил, что лишь 106 – были активными курильщиками (35,9%) и (64,1%) – пассивными. При этом, отягощенная наследственность была характерна для пассивных курильщиков.

Клинические проявления БА были типичными у 88,2% больных, у которых наблюдались при активном курении приступы экспираторного диспноэ и кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, отхождение которой приводило к значительному улучшению состояния. Приступы удушья возникали преимущественно в ночное время и только у 18% – в дневное 83,0% активно курящих больных предъявляли жалобы на кашель с выделением мокроты в утреннее время («кашель курильщика»). В случае атипичного течения у 11,8% больных отмечено выделение мокроты без предшествующего кашля, одышка при физической нагрузке при классических приступах удушья и функционально подтвержденные признаки гиперчувствительности бронхов. У всех пациентов был выражен астено-вегетативный синдром, наблюдалось быстрая утомляемость, плаксивость нарушение сна.

При функциональном исследовании признаки обратимой бронхиальной обструкции выявлялись в 60,4% случаев у активных курильщиков, у остальных больных нарушений бронхиальной проходимости не было. У всех обследованных выявлены признаки гиперреактивности бронхов.

Выявлено, что «кашель курильщика», наряду с обратимыми нарушениями бронхиальной проходимости достоверно чаще (83,0%) встречался в группе активно курящих больных БА, несмотря на их модой возраст. Можно сделать вывод, что эта категория больных является непосредственной группой риска по возникновению хронической обструктивной болезни легких. Тяжесть течения заболевания не зависела от характера курения анализируемых.

Выводы:

1. Лица молодого возраста, страдающие БА, чаще являются пассивными курильщиками.
2. Тяжесть течения БА у лиц молодого возраста зависит от характера курения.
3. Косвенные признаки хронического бронхита – симптомы обратимой бронхиальной обструкции, «кашель курильщика», достоверно чаще встречались в группе активных курильщиков.

## 62

### ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Ким Т.Л., Сатвалдиева Э.С., Мирзаева А.Д.,  
Ходжаева М.Х.  
Республиканский научный центр экстренной  
медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – выявление причин осложненного течения пневмонии у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ 535 детей в возрасте от 2 мес. до 6 лет с острой пневмонией, осложненной токсокозом, кардиореспираторными нарушениями и бактериальной деструкцией легких. Сбор анамнестических данных включал выяснение анамнеза жизни ребенка, сроки и характер начала заболевания, оценка общего состояния.

Девочки составили – 36% пациентов, мальчики – 64%. По возрасту: дети до 1 года – 34% больных, с 1 года до 3 лет – 28%, свыше 3 лет – 38%. Длительность пребывания в стационаре – от 3 до 27 суток. Из 535 больных 102 (19%) поступили в ОАРИТ, где находились: до 3х дней – 59, до 10 дней – 31 и более 10 дней – 12 больных.

Результаты и обсуждение. Анализ анамнеза жизни показал неблагоприятное течение неонатального периода у 88,7% детей (асфиксия, внутриутробная гипоксия, родовая травма). 43,5% находились на грудном вскармливании и 37,1% – на искусственном. Из фоновых состояний высок про-

цент перинатальной патологии ЦНС (78,7%); железодефицитной анемии (87,5%); рахита (37,5%), нарушения питания (27,7%), ЭКД – 25,8%, тимомегалия – у 23,1%. Процент заболеваемости: 92,5% детей перенесли ОРВИ, пневмонии, ОКИ. У 53 детей (10%) – очаговая, у 242 (45,3%) – очагово-слизистая, у 117 (21,7%) сегментарная, и у 113 (21,2%) полисегментарная форма пневмонии, лобит – у 10 (1,8%), бактериальная деструкция легких – у 52 (9,7%) детей. У 166 (31,5%) – нозокомиальная, у 369 (68,5%) – внебольничная пневмония.

Анамнестически выявлено: 152 (28,4%) ребенка до поступления в стационар не лечились, 197 (36,8%) получали симптоматическую терапию и одно или 2-х кратное введение антибиотиков.

Основные жалобы при поступлении – повышение температуры тела (89%), кашель (94%), слабость (89%), одышка (40%), снижение аппетита (57%), при сегментарных формах пневмонии – боли в области живота или в боку (14%). Отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания наблюдалось у 12% больных.

Дыхательная недостаточность отмечалась у 89% детей. Недостаточность кровообращения (72,4%) проявлялась централизацией кровообращения вследствие гиперсимпатотонии.

Основным клиническим вариантом инфекционно-токсической энцефалопатии (34,5% детей) была лихорадка, неврологические нарушения (двигательное возбуждение, беспокойство, кратковременные тонико-клонические судороги, нарушение сознания по типу сопора) и нарушения микроциркуляции. Судороги возникали у 5,1% детей на высоте температуры, кратковременно и мало нарушали общее состояние ребенка. Менингеальный синдром отличался малой выраженностью, чаще наблюдались набухание и пульсация большого родничка (14,4% детей), реже появлялась ригидность затылочных мышц (7,3% детей). АД было в пределах нормы.

Таким образом, основными причинами развития тяжелых и осложненных форм заболевания являлись поздняя обращаемость, несвоевременность назначения антибиотиков и неадекватное их применение.



### МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Ахметова Д.Г., Волкова Г.С.  
Городская детская инфекционная больница,  
г. Астана, Казахстан

Бактериологической лабораторией ГДИБ за 2012 год были проведены бактериологические ис-

следования с целью выявления этиологического фактора и изучения микробного пейзажа микрофлоры верхних дыхательных путей инфекционных больных детского возраста.

Материалы и методы. Исследовался мазок из слизистой ротовой полости, миндалин, задней стенки носоглотки, глотки у госпитализированных детей с инфекционными заболеваниями, бактериологическим (культуральным) методом на 5% кровяной агар методом истощающего посева по Голду, а также на дифференциально-диагностические среды. Выделенные культуры идентифицировались путем окраски по Граму и методом световой микроскопии увеличением 100<sup>x</sup> (масляная иммерсия), а также по культурально-биохимическим характеристикам согласно «Определителю бактерий Берджи» редакции 1997 года.

Результаты и обсуждение. Всего было выполнено за 2012 год 1432 исследования по больным с диагнозом: острая респираторно-вирусная инфекция, осложненная внебольничной пневмонией, ангина (фолликулярная, лакунарная), острый ларингит и ларинготрахеит, различные формы воздушно-капельной инфекции (ветряная оспа, корь, паротит, скарлатина и другие). В 48% (687 обследуемых) случаях была выделена патогенная и условно-патогенная микрофлора. Этиологическим фактором пневмоний, осложнений острой респираторно-вирусной инфекции: в 52,2 % случаях явился штамм *Streptococcus pneumoniae*; в 11,4% – патогенный штамм *Staphylococcus aureus*; в 8% это был *Streptococcus viridans*; и в 4,5% *Pseudomonas aeruginosae*; из семейства энтеробактерий *Escherichiacoli* составил 3,4% случаев. В 20,5% у детей с этим заболеванием высевался *Candida albicans* – диплоидный грибок рода *Candida*. Разнообразие микробного пейзажа наблюдается из патологического материала у больных с различными формами ангин, наибольший, а именно 33% *Streptococcus pneumoniae*; затем 19 % *Staphylococcus aureus*; 7% *Streptococcus viridans*; энтеробактерии: 3,6 % *-Escherichiacoli*; 2,7 %– *Klebsiellae pneumoniae*; в 3% случаях – это *Pseudomonas aeruginosae*, по 0,5% *Streptococcus anhemoliticus* и плесень; *Candida albicans* в 30% случаях высевался как в монокультуре, так и в сочетании с другими микроорганизмами. Патогенный штамм *Staphylococcus aureus* в 31% высевался из слизистой зева и задней стенки глотки при острых формах ларингита и ларинготрахеита; и в 35 % *Candida albicans*. Микрофлора полости рта при различных формах воздушно-капельной инфекции (ветряная оспа, корь, паротит, скарлатина и другие) в 27,3 % случаях представлена *Staphylococcus aureus*; 24% *Streptococcus pneumoniae*; 36 % *Candida albicans*. Все выделенные микроорганизмы имели степень обсеменения слизистой верхних дыхательных путей в 10<sup>5</sup>-10<sup>6</sup> КОЕ (колонии образующие единицы), что является патогномичным в развитии инфекционного процесса.