

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 условиях 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.

Целью исследования явилось изучение клинических проявлений поражения миокарда с развитием острой сердечной недостаточности у детей на фоне пневмонии.

Материал и методы исследования. В исследование включено 31 детей в возрасте от 5 месяцев до 4 лет с пневмонией, осложнившей острую сердечную недостаточностью, находившихся в отделении реанимации (ОАРИТ) и в педиатрических отделениях РНЦЭМП за период 2012-2013 годы.

Девочек была 10, мальчиков – 21. Из них с полисегментарной пневмонией 26 (84%) детей, очаговой пневмонией – 5 (16%). Всем больным проводили общеклиническое обследование, рентгенографию грудной клетки, ЭКГ.

Результаты. Клиника острой сердечной недостаточности у детей с пневмонией характеризовалась тахикардией, которая не соответствовала температуре тела. У всех детей наблюдалась дыхательная недостаточность 1-2 ст. Отмечалась бледность кожных покровов, акроцианоз. При аускультации у всех пациентов тоны сердца приглушены, у 30% детей выслушивались систолический шум. Увеличение размеров печени наблюдались у 45% детей.

На рентгенограмме грудной клетки отмечались у 5 (16%) двусторонняя полисегментарная, у 16 (52%) правосторонняя, у 5 (16%) – левосторонняя полисегментарная, у 5 (16%) – двусторонняя очаговая пневмония, также у 10 (32%) отмечались гипертрофия левого желудочка.

На ЭКГ выявлялись различные виды обменно-дистрофических нарушений в миокарде, которые возникали в результате гипоксических, токсических и воспалительных влияний на миокард. У 27 (87%) больных детей отмечались признаки нарушения реполяризации (снижение зубцов Т и удлинение интервала Q-T), у 4 (13%) детей – признаки гипоксии миокарда (высокий заостренный зубец Т, при нормальном интервале (Q-T)).

Выводы. Таким образом, осложнение острой сердечной недостаточности у детей раннего возраста отмечались в основном при полисегментарных пневмониях, острая сердечная недостаточность всегда сопровождалась с дыхательной недостаточностью. У большинство больных с острой сердечной недостаточностью отмечались на ЭКГ признаки нарушения реполяризации.

52

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Латыпова Н.А.¹, Аушакимов К.С.²,
Авакян Е.С.², Шожанова А.Б.¹, Альмагамбетова Б.Е.¹
1 – АО «Медицинский университет Астана»,
г. Астана, Казахстан
2 – «Городская больница №1»,
г. Астана, Казахстан

Терминальная хроническая почечная недостаточность (ТХПН) является фоном для различ-

ных соматических заболеваний, среди которых пневмония занимает лидирующие позиции. Метаболические, токсические и гемодинамические расстройства способствуют изменению течения пневмонии, вызывая сложности в диагностике.

Цель работы. Определить частоту и особенности течения пневмоний у больных с ТХПН, получающих программный гемодиализ (ПГД).

Материалы и методы. Проведен анализ 130 клинических случаев ТХПН. Все больные получали ПГД в условиях городской больницы №1 г.Астана в течение 2009-2012 гг. Диагноз пневмонии был выставлен 27 (20,8%) больным. У всех пациентов неоднократно исследовались общий анализ крови, биохимические параметры почечной функции, электролитный баланс, белковый спектр, рентгенография грудной клетки, а также по показаниям: УЗИ плевральных полостей, анализы мокроты или промывных вод бронхов, КТ грудного сегмента.

Результаты. Частота пневмоний у обследованных больных составила 20,8% (21 человек), занимая 2 место после хронического бронхита среди респираторной патологии. Средний возраст больных составил 47,4±9 лет. Возрастно-половой зависимости развития пневмонии при ТХПН не выявлено. Незначительная корреляция отмечена со стажем ТХПН ($r = 3,2$). Двусторонний характер процесса отмечался почти в половине случаев. Среди односторонних инфильтраций значительно преобладала правосторонняя локализация (85,7%) и долевого характер (нижняя доля – 92%). Во всех случаях пневмонии осложнялись дыхательной недостаточностью той или иной степени. У 36% больных отмечались признаки плеврального выпота, в основном при двусторонней локализации пневмонии. Анализ клинических данных выявил стертое начало пневмонии у большинства больных – 76,2%, причем первым симптомом чаще всего было нарастание одышки. У 6 (28,5%) пациентов диагноз пневмонии был выставлен только на основании результатов рентгенографии, анализ изменений в динамике показал их сохранение в течение длительного периода (до 2-3 мес.). Аускультативные признаки легочной инфильтрации определялись лишь в трети случаев, чаще наблюдалось локальное притупление перкуторного звука – 78,3%. Проявления общевоспалительного синдрома были слабо выражены: повышение t тела до 38°C отмечалось у 33,3%, более 38°C – у 19,1%, лейкоцитоз в крови – у 47,6% больных. Таким образом, классическая картина пневмонии, основанная на совокупности диагностических критериев (острое начало, клинические признаки легочного инфильтрата, синдром общих воспалительных изменений, участок затенения на рентгенограмме) отмечалась лишь у 37% обследованных пациентов.

Выводы:

1. Среди обследованных больных с ТХПН, находящихся на ПГД, частота развития пневмонии составила 20,8%.