

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.