

менно на коже и слизистых оболочках наблюдались разные экссудативные изменения: эритематозные — 8, эритематозно-папулезные высыпания — 10, струп — 2, гнейс и строфилюс — 10, участки экземы — 2, географический язык — 13. Рентгенологически отмечались длительно держащиеся инфильтративные тени. До назначения антибиотика и по окончании терапии исследовали периферическую кровь. Со стороны крови отмечаются часто эозинофилия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 15–25 мм/час.

Эффективность лечения оценивали по клиническим признакам, по результатам рентгенологического обследования, а также по изменению лабораторных показателей.

Детям с пневмонией (у 11 было диагностировано очаговая, а у 2 сегментарная пневмония) амикацин сульфат назначили на 3–4-й день заболевания при умеренном токсикозе, фебрильной температуре, катаральных явлениях легких.

Под влиянием проводимого лечения отмечали снижение температуры или ее нормализацию на 2–4-й день после назначения препарата, у пациента реже становился кашель, уменьшалось количество влажных мелкопузырчатых хрипов в легких или они исчезали вовсе на 5–7-й день после назначения амикацина сульфата.

При сегментарной пневмонии укорочения перкуторного звука над легкими и ослабление дыхания на 7–8-й день лечения. В те же сроки отмечалась положительная динамика рентгенологических изменений. Полный терапевтический эффект достигался на 7–10-й день использования препарата. В дальнейшем пациентам проводили общеукрепляющую терапию.

Побочные действия амикацина сульфата (диспепсические явления) было отмечено только у 2 ребенка в возрасте 12 месяцев на 3-й день после применения препарата.

Контрольную группу составили 15 детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет, страдавших острой пневмонией на фоне ЭКД, лечившихся цефалоспорином II и III поколения 100 мг/кг, каждые 12 ч в/м. Продолжительность лечения составляла 5–7 дней. Следует отметить, что в контрольной группе клинический эффект наступал только у 6 пациентов, а побочные проявления (рвота, жидкий стул), у 4-х аллергическая сыпь, связи с чем препарат был отменен на 2–3-й день лечения.

Выводы

Наши исследования показали, что после лечения с амикацином сульфатом, у детей сокращается длительность цианоза в 2,5 раза, одышка в 3,5 раза, тахикардия в 3 раза. Пациенты становятся более активными, нормализуется сон. Длительность пребывания в стационаре сократилась на 4–5 дней, продолжительность заболевания у ряда пациентов на 1 неделю.

Таким образом, на основании результатов клинических исследований препарата амикацина сульфата, а также данных лабораторных исследований чувствительность клинических штаммов микроорганизмов следует оценивать препарат как эффективный, с минимальным риском аллергических реакций, и может быть включен в комплексную терапию для детей раннего возраста с тяжелой острой пневмонией на фоне ЭКД, как препарат выбора при лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Геппе, Н. А.* Антибиотикотерапия при острых респираторных заболеваниях у детей / Н. А. Геппе, Н. Г. Колосова // Педиатрия, приложение 2. — 2005. — № 2. — С. 4–8.
2. *Брискин, Б. С.* Современные аминогликозиды в хирургической практике, возможности и перспективы / Б. С. Брискин. — М., 2008. — 98 с.
3. *Ruuskanen, O.* Viral pneumonia / O. Ruuskanen, E. Lanti, S. Jening // Lancet. — 2011. — Vol. 377(9773). — P. 1264–1275.

УДК 617.735:616.133.32

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Андрейчик В. В., Дравица Л. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Диабетическая ретинопатия (ДР) — хроническое осложнение сахарного диабета (СД) с развитием микроангиопатии сосудов сетчатки, характеризующееся появлением микроане-

вризм, кровоизлияний, экссудативных изменений, пролиферацией новообразованных сосудов и приводящее к частичной или полной потере зрения [1]. ДР в структуре причин слепоты среди населения развитых стран занимает первое место [2]. Слепота у пациентов с СД наступает в 25 раз чаще, чем в общей популяции [3]. Спустя 5 лет СД-1 — ДР выявляется у 8 % пациентов, а спустя 30 лет — у 98 % пациентов. На момент диагностики СД-2 выявляется у 20–40 % пациентов, а спустя 15 лет — у 85 % [4]. Очень важно помнить, что даже выраженные диабетические изменения со стороны глазного дна могут наблюдаться при сохраняющейся высокой остроте зрения. Пациент не подозревает о них, пока у него не происходит ухудшение зрения, или пока он не будет осмотрен офтальмологом. Поэтому пациенты, страдающие СД, должны находиться под систематическим наблюдением офтальмолога [5].

Цель

Изучить дебют офтальмологических изменений у пациентов с СД 1 и 2 типов и сроки проведения лазерной коагуляции сетчатки.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских амбулаторных карт 87 пациентов состоящих на диспансерном учете в Гомельском областном эндокринологическом диспансере. Критериями отбора являлись: наличие СД 1 и 2 типов в сочетании с ДР. Изучая медицинские карты оценивали следующие данные: период первичного осмотра офтальмолога, после постановки диагноза СД; дебют ДР; сроки проведения лазерной коагуляции сетчатки. В зависимости от типа СД выделены 2 группы. Первую группу составили 31 пациент с СД 1 типа, среди которых 12 женщин и 19 мужчин, средний возраст на момент выявления СД составил 18,12 лет ($\pm 5,8$). Вторая группа — 56 пациентов с СД 2 типа, средний возраст на момент выявления СД составил 49 лет ($\pm 6,08$), из них 38 женщин и 18 мужчин. Показатели были статистически обработаны «Microsoft Exell 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируя полученные в ходе исследования данные, мы установили, что первый осмотр офтальмолога пациентов с диагнозом СД 1 типа в 91,2 % был проведен в течение 1-го года ($n = 28$) после выявления диабета, в течение 2-го года — у 8,8 % пациентов ($n = 3$). У пациентов с диагнозом СД 2 типа в течение 1-го года первичный офтальмологический осмотр был проведен в 85,7 % случаев ($n = 48$), в течение 2-го года — у 8,9 % пациентов ($n = 5$) и у 5,4 % ($n = 3$) — в течение 3-го года. Нами изучена динамика проявления первых признаков ДР, результаты наблюдений представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Динамика развития ДР у пациентов с СД

Тип СД	> 5 лет	> 10 лет	> 15 лет	> 20 лет
СД 1 типа	12,9 %	38,7 %	32,3 %	16,1 %
СД 2 типа	35,7 %	26,8 %	23,2 %	5,4 %

После диагностики первых признаков изменений ретинальных сосудов пациенты направлялись на осмотр лазерного хирурга ретинолога. Так как единственно эффективным способом лечения ДР в настоящее время является лазерная коагуляция сетчатки. Лазерная коагуляция сетчатки была проведена 32 (36,8 %) пациентам из 87, из них с длительностью основного заболевания до 10 лет — 7 (21,87 %) пациентам, от 10 до 20 лет — 14 (43,75 %) и более 20 лет — 11 (34,38 %) пациентам.

На представленной ниже диаграмме отображены данные о проведении лазерной коагуляции сетчатки (рисунок 1).

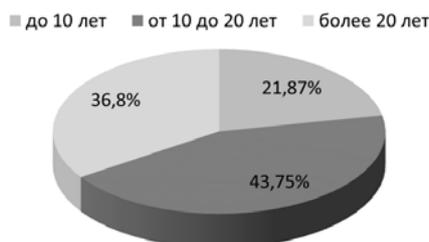


Рисунок 1 — Проведение лазерной коагуляции сетчатки пациентам в зависимости от стажа заболевания СД

Выводы

На основании проведенного исследования можно констатировать должный уровень диспансеризации пациентов с СД (первичный осмотр офтальмолога впервые проведен в течение первого года с момента выявления СД 1 типа в 91,2 % и при СД 2 типа в 85,7 % случаев).

Выяснено, что у пациентов с СД 2 типа ДР развивается раньше (в первые 5 лет 35,7 % случаев), чем при СД 1 типа — 12,9 %.

Лазерной хирургии, в большинстве случаев, подверглись пациенты с длительностью заболевания СД более 10 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мохорт, Т. В. Эндокринология / Т. В. Мохорт. — Минск, 2015. — С. 213.
2. Современная антиоксидантная терапия диабетической ретинопатии / Л. К. Мошетьова [и др.] // РМЖ. — 2006. — № 1. — С. 36.
3. WHO. Prevention of blindness from diabetes mellitus // Report of a WHO consultation in Geneva 9–11 November 2005. — Switzerland. — WHO press. — 2005. — 39 p.
4. Дедов, И. И. Эндокринология / И. И. Дедов. — М., 2007. — С. 323.
5. Шадричев, Ф. Е. Диабетическая ретинопатия (взгляд офтальмолога) / Ф. Е. Шадричев. — СПб., 2008. — С. 8.

УДК 616. 98:578.828 HIV-053.2

ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Анищенко Е. В., Красавцев Е. Л., Козорез Е. И., Демчило А. П.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Оппортунистические инфекции являются наиболее частыми и тяжелыми клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции. Их манифестация связана с прогрессирующей иммуносупрессией, о чем свидетельствует снижение в крови числа основных клеток-мишеней вируса — Т-хелперов (CD4+-лимфоцитов) [1].

Наиболее частыми проявлениями ВИЧ-инфекции у детей являются персистирующая генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, кандидоз кожи и слизистых оболочек, снижение массы тела, лихорадка, диарея, отставание в психомоторном развитии, тромбоцитопения, анемия и часто бывают первыми признаками заболевания на ранних стадиях. С усугублением иммунодефицита у детей появляется повышенная восприимчивость к различным бактериальным инфекциям, вызванными *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella* [2]. К постоянным синдромам в клинике ВИЧ-инфекции детей относится поражение ЦНС в виде энцефалопатии [4].

Саркома Капоши и другие опухоли у детей встречается редко. Специфическим проявлением ВИЧ-инфекции у детей является поражение околоушных желез [1, 3, 4].

Цель

Выявить частоту встречаемости различных оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных детей.

Материал и методы исследования

Проведен анализ клинического состояния и лабораторного обследования 117 ВИЧ-инфицированных детей, родившихся в Гомельской области и состоящих на учете в КДК ВИЧ/СПИД ГОИКБ. За время наблюдения 10 детей, находящихся в 3 и 4 клинических стадиях умерли от различных оппортунистических инфекций.

У наблюдающихся нами детей в 59 % случаев уже сформировалась развернутая клиническая картина ВИЧ-инфекции (3 стадия — 38 %, 4 стадии заболевания — 21 % соответственно). Только 9 % детей находятся в 1 клинической стадии заболевания.

Дети были обследованы согласно протоколам «Оптимизация подходов к наблюдению и лечению детей с ВИЧ/СПИДОМ (инструкция по применению)» [5], и регламентирующими документами Министерства здравоохранения.