

СМГ, но в рамках низкой шкалы показатели группы СМГ были на «пороге» средней шкалы активности. Группа же ЛФК отличалась средним уровнем активности.

Выводы

В результате анализа полученных данных явно наблюдается тенденция.

1. Чем ниже уровень здоровья студентов, тем они более искренни, открыты для общения, у них выше темп реакции и уровень активности, что в целом можно оценить как более высокий уровень адаптации при взаимодействии с реальностью. Уровень готовности к адаптации самый высокий в группе ЛФК, затем в группе СМГ и самый низкий уровень наблюдается в основной группе.

2. Группа ЛФК более склонна, будучи на первом курсе, к тому, чтобы занимать активную жизненную позицию (уровень экстраверсии, темп реакции и уровень активности). Основная и СМГ группы близки по результатам, но показатели СМГ по уровню экстраверсии, темпу реакции и уровню активности и искренности выше, чем данные основной группы. Таким образом, можно сказать, что СМГ имеет незначительно более высокий уровень готовности к адаптации, чем основная группа.

3. Студентам групп ЛФК и СМГ приходится преодолевать определенные ограничения, связанные с состоянием их здоровья, в результате чего, судя по результатам исследования, они вынуждены были развить у себя такие качества, как легкость вступления в контакты и открытость (экстраверсия), активность и более быстрая реакция на события, что и нашло отражение в результатах проведенного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Практическая психодиагностика: методика и тесты / под ред. Д. Я. Райгородского. — М.: БАХРАХ-М, 2003. — 661 с.

УДК 616.24-002-08-053.2/6

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сергейчик Л. С., Зарянкина А. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Под термином «осложненная пневмония» понимают развитие патологического процесса в бронхолегочной или других системах, не являющегося непосредственным проявлением легочного воспаления, но этиологически и патогенетически связанного с ним, характеризующегося специфическими (клиническими, морфологическими и функциональными) проявлениями, определяющими течение, прогноз, механизмы танатогенеза [1].

Среди осложнений пневмонии, в соответствии с современной рабочей классификацией, выделяют легочные и внелегочные формы. Педиатры считают большинство легочных осложнений проявлением деструкции легочной ткани, возникающим в результате выраженных воспалительных изменений («деструктивные пневмонии»). Рубрикация в «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10-го пересмотра (МКБ-10), предусматривает выделение определенных форм гнойно-воспалительных поражений легких в качестве самостоятельных нозологических единиц (например, код J85.1 — абсцесс легкого с пневмонией; код J86 — пиоторакс, включающий абсцесс плевры, эмпиему и пиопневмоторакс). При этом среди гнойно-воспалительных заболеваний органов дыхания рекомендуется отдельно выделять и те состояния, которые должны трактоваться, как первичные заболевания, а не осложнения пневмонии, например абсцесс легкого без пневмонии (код J85.2) [2].

В последние годы существенно изменился этиологический спектр пневмоний. Отмечается рост устойчивости пневмотропной флоры (пневмококков, гемофильных палочек и др.) к антибактериальной терапии. В этиологической структуре возросло число бета-лактамазопродуцирующих штаммов пневмококка, увеличился удельный вес атипичной флоры (микоплазмы, хламидии). Наличие большого арсенала антибактериальных препаратов, с одной стороны, расширяет возможности антибактериальной терапии различных инфекций, а с другой — требует от врача не только осведомленности о многочисленных антибактериальных препаратах, но и умения ориентироваться в вопросах микробиологии, клинической фармакологии и других смежных дисциплинах [1].

Осложненные пневмонии характеризуются серьезным прогнозом, который определяется возрастом пациентов, характером и тяжестью сопутствующей патологии. Несмотря на успехи в разработке и внедрении новых антибактериальных препаратов, проблема успешного лечения осложненных пнев-

моний остается нерешенной. До настоящего времени сохраняют актуальность слова проф. В. Д. Чеботаревой, что «... вопросы лечения осложненных пневмонии у детей нельзя считать разрешенными, так как летальность при данной патологии дает все еще высокие показатели, особенно среди новорожденных детей и детей первого года жизни». Поэтому, проблема антибактериальной терапии осложненных пневмоний по-прежнему актуальна, так как частые стратегические и тактические ошибки при лечении этого заболевания оказывают существенное влияние на его исход [3].

Цель

Изучить структуру, особенности течения и терапии осложненных пневмоний у детей.

Материал и методы исследования

Были проанализированы 121 медицинская карта стационарных больных с легочными осложнениями пневмоний, которые находились на стационарном лечении в Учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» с января 2011 г. по декабрь 2014 г.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования основными легочными осложнениями пневмоний у детей являются различные формы плевритов: реактивный — 32 (26,45 %) случая, экссудативно-фибринозный — 27 (22,34 %) случаев, экссудативный — 20 (16,53 %) случаев, паракостальный — 1 (0,83 %) случай, перисцистит — 4 (3,31 %) случая, парамедиастинальный — 2 (1,65 %) случая. В 15 (2,39 %) случаях пневмония осложнилась ателектазом, в 3 (2,48 %) случаях — абсцессом, в 2 (1,65 %) случаях — эмпиемой, в 1 (0,83 %) случае — пневмотораксом. Сочетанные осложнения встречались в 14 (11,57 %) случаях.

Среди обследованных детей преобладали жители города: 87 (71,9 %) случаев.

Соотношение между мальчиками и девочками составило 63 (52,07 %) и 58 (47,93 %) случаев соответственно.

Чаще пневмонии осложняются у организованных детей, чем у неорганизованных, 73 (60,33 %) и 48 (39,67 %) случаев соответственно.

Возрастной состав детей с осложненными пневмониями распределился следующим образом: от 0 до 3 лет — 69 (57,03 %) случаев, от 4 до 5 лет — 12 (9,92 %) случаев, от 6 до 9 лет — 16 (13,22 %) случаев и старше 10 лет — 24 (19,83 %) случая.

Наиболее часто у детей осложняются сегментарные пневмонии — 72 (59,5 %) случая, реже очагово-сливные — 26 (21,49 %) случаев, долевыми — 10 (8,26 %) случаев, очаговыми — 9 (7,44 %) случаев, интерстициальными — 3 (2,48 %) случая, крупозными — 1 (0,83 %) случай.

В результате проведенного исследования установлено, что чаще осложняются правосторонние пневмонии — в 60 (48,58 %) случаев, затем левосторонние — в 32 (26,45 %) случаях, двусторонние пневмонии осложнялись — в 29 (23,97 %) случаях.

Время поступления в ГОДКБ для стационарного лечения: 17 (14,05 %) случаев — в 1 день заболевания, 32 (26,45 %) случая — на 1–3 день, 39 (32,23 %) случаев — на 4–7 день, 33 (27,27 %) случая — после 7 дня.

Наиболее часто дети поступают в стационар в тяжелом состоянии — 63,64 % (77 детей), в 33,88 % (41 ребенок) — в состоянии средней степени тяжести, в крайне тяжелом состоянии поступило 3 ребенка (2,48 %).

Ведущими клиническими синдромами осложненных пневмоний являются: интоксикационный синдром — 120 (97,17 %) случаев, синдром дыхательной недостаточности: 1 степени — в 49 (40,5 %) случаев, 2 степени — в 32 (26,45 %) случаях; гипертермический синдром — 72 (59,5 %) случая, катаральный синдром — 23 (19,01 %) случая, обструктивный синдром — 18 (14,88 %) случаев.

Общий анализ крови детей с осложненными пневмониями характеризовался: анемией легкой степени — в 33 (27,27 %) случаях, нейтрофильным лейкоцитозом — в 74 (61,16 %) случаях, сдвигом лейкоцитарной формулы влево — в 75 (61,98 %) случаях, увеличением скорости оседания эритроцитов — в 101 (83,47 %) случае.

Посев мокроты на патогенную флору проводился в 71 (58,68 %) случае. Поскольку большинство пневмоний у детей вызывается возбудителями, обычно вегетирующими в дыхательных путях, обнаружение этих возбудителей в мокроте не говорит об их этиологической роли.

Анализ проводимой антибактериальной терапии показал, что все дети (100 %) с легочными осложнениями пневмонии получали этиологическую терапию.

При антибактериальной монотерапии препаратами выбора в 63 (52,07 %) случаях являются цефалоспорины II и III поколения (цефосин, цефотаксим, цефтриаксон), в 26 (21,49 %) случаях — защищенные пенициллины (амоксиклав, рапиклав, амписульбин, сультасин), в 4 (3,03 %) случаях — макролиды (суммамед, кларитромицин). В 26 (21,48 %) случаях в качестве стартовой использовалась комбинированная антибактериальная терапия: в 12 (9,92 %) случаях — комбинация цефалоспоринов

с аминогликозидами; в равных долях использовались комбинации защищенных пенициллинов с аминогликозидами и макролидов с цефалоспоридами — по 5 (4,31 %) случаев; реже макролиды с защищенными пенициллинами — 2 (1,65 %) случая, и цефалоспорины с фторхинолонами и защищенные пенициллины с фторхинолонами по 1 (0,83 %) случаю.

Особенности течения осложненных пневмоний определяют количество курсов антибактериальной терапии. 1 курс получили 20 (16,53 %) детей, 2 курса — 54 (44,63 %) ребенка, 3 курса — 31 (25,62 %) ребенок, 4 курса и более — 16 (13,22 %) детей.

Выводы

Среди легочных осложнений пневмоний у детей наиболее часто встречаются реактивный, экссудативно-фибринозный и экссудативный плевриты.

При правосторонних сегментарных пневмониях воспалительный процесс захватывает значительные участки легочной ткани, и это, наряду с выраженными проявлениями интоксикации, обуславливает значительную частоту осложнений у детей раннего и школьного возраста, преимущественно у мальчиков.

Своевременная диагностика пневмонии основывается на результатах детального и последовательного анализа анамнеза, клинико-лабораторных и рентгенологических данных.

Клинически осложненные пневмонии начинаются, как правило, остро и проявляются синдромом дыхательной недостаточности 1 степени, интоксикационным и гипертермическим синдромами. Перкуторные и аускультативные данные скудные, особенно в первые дни болезни, а у 25 % больных заболевание протекает без физикальных изменений в легких. В этих случаях диагноз осложненной пневмонии ставится на основании данных рентгенологического исследования.

Картина крови характеризуется анемией легкой степени, нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличением СОЭ.

Своевременно назначенная рациональная антибактериальная терапия пневмонии дает возможность добиться позитивного результата лечения и существенно улучшает прогноз заболевания в целом [2].

Использование в качестве стартовых антибактериальных препаратов цефалоспоринов 2–3 поколения как монотерапию, так и комбинированной антибактериальной терапии (с учетом тяжести процесса) цефалоспоринов с аминогликозидами позволило добиться положительного результата. Чаще для выздоровления необходимо проведение 2 курсов этиологической терапии.

В комплексном лечении пневмонии нельзя забывать о дезинтоксикационной и антиоксидантной терапии, использовании отхаркивающих средств и муколитиков.

Все дети с осложненными пневмониями должны получать лечение в условиях стационара.

Наличие осложнений пневмонии требует проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на улучшение физического, нервно-психического развития ребенка, а также повышение устойчивости организма к инфекциям [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко, Д. В. Особенности сегментарной пневмонии у детей / Д. В. Бойко // Новости лучевой диагностики. — 2000. — № 2. — С. 16–17.
2. Самсыгина, Г. А. Тяжелые внебольничные пневмонии у детей: особенности клиники и терапии / Г. А. Самсыгина, Т. А. Дудина // Consilium Medicum. — 2002. — Приложение № 2. — С. 12–16.
3. Коровина, Н. А. Принципы антибактериальной терапии тяжелых и осложненных пневмоний у детей раннего возраста / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников // Лечащий врач. — 2005. — № 1. — С. 268.

УДК 616.5-002.2-616.351-008.6-612.1/8

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА И СЛИЗИСТОГО БАРЬЕРА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Сивопляс-Романова А. С.

«Харьковский национальный медицинский университет»

г. Харьков, Украина

Введение

В настоящее время сохраняется высокий уровень увеличения количества аллергических заболеваний у детей, у маленьких детей самым частым проявлением аллергии является атопический дерматит (АД). Считается, что нормальная микрофлора толстого кишечника способствует становлению иммунной системы ребенка. Известно, что на первом году жизни проницаемость слизистой кишечника снижена и это способствует проникновению аллергенов во внутреннюю среду организма [1].

Цель

Изучить состав микробиоценоза и слизистого барьера толстого кишечника у детей младшего возраста с АД.