

Плацентарная недостаточность по данным гистологического исследования была диагностирована у 21 % беременных I основной и у 14 % — II основной, что достоверно чаще, чем в контрольной группе (2 %).

Выводы

1. Хроническая никотиновая интоксикация является фактором риска развития хронической плацентарной недостаточности, невынашиванием беременности.

2. Дети, рожденные от матерей, страдающих табакозависимостью, увеличивают в целом перинатальную заболеваемость.

3. Курение во время беременности и в период лактации также оказывает неблагоприятное влияние на последующее развитие новорожденных (снижение их индекса здоровья, ухудшение физического и психического развития).

4. Для улучшения исхода родов на фоне хронической никотиновой интоксикации необходимо рекомендовать пациентам отказ от курения или уменьшение количества выкуриваемых сигарет во время беременности.

5. Во время беременности данной категории пациенток требуется проведение профилактических курсов лечения фетоплацентарной недостаточности.

6. На этапе прегравидарной подготовки целесообразно посещение психолога с целью отказа от курения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гармашева, Н. Л. Проблема взаимосвязи матери и плода / Н. Л. Гармашева. — 1998. — С. 21–31.
2. Кирющенко, А. П. Влияние лекарственных средств, алкоголя и никотина на плод / А. П. Кирющенко, М. Л. Тараховский. — М.: Медицина, 1990. — 272 с.
3. Костерева, В. В., Тимошенко, О. В., Смирнова, В. И. // Табакокурение и осложнения перинатального периода // Профилактическая и клиническая медицина. Тез. докл. 5-го междуц. Росс. конгр. с междунар. участием «Человек и проблемы зависимостей: междисциплинарные аспекты». — 2011. — Т. I, № 2. — 226 с.

УДК: 616.24-002-036.11-053.2

ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Эпелева С. Я., Филончук Т. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Новорожденные дети и дети грудного возраста защищены от различных инфекционных и вирусных агентов материнскими и секреторными антителами, а также неспецифическими факторами, содержащимися в грудном молоке. Выявляемые в высоких концентрациях противопневмококковые антитела в молоке способствуют местной защите слизистых оболочек ребенка в области входных ворот инфекции, так как они могут длительно сохраняться на слизистой полости рта и глотки, препятствуя адгезии микроорганизмов. Грудное молоко, помимо антител, содержит и другие факторы: фагоцитирующие клетки, комплемент, лактоферрин, лизоцим, интерферон. Лактоза молока блокирует адгезины пневмококка, препятствуя колонизации им дыхательных путей. Однако к концу первого года жизни роль этих факторов снижается и увеличивается заболеваемость [1, 2].

Наиболее высокая частота пневмоний наблюдается на втором-третьем году жизни, что связано с минимальным количеством антител в крови детей и расширением контактов с источниками инфицирования [2].

Цель

Изучить особенности течения острых пневмоний у детей в различные периоды раннего детства.

Материалы и методы исследования

Было проанализировано 50 медицинских карт стационарного пациента детей в возрасте от 0 до 3-х лет с острыми пневмониями, находившихся на стационарном лечении в инфекционных отделениях № 1, 2, 3 УЗ «ГОДКБ» в период с сентября по ноябрь 2014 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируя данные медицинских карт стационарного пациента было выявлено, что у детей раннего возраста острая пневмония чаще встречается у мальчиков (56 %; 28 мальчиков) по сравнению с девочками (44 %; 22 девочки).

Для оценки особенностей течения пневмоний в зависимости от возраста все дети были распределены на 3 группы:

Дети в возрасте 0–6 месяцев (9 детей).

Дети в возрасте 6–12 месяцев (14 детей).

Дети в возрасте 1 год–3 года (27 детей).

У детей первой возрастной группы (0–6 месяцев) наиболее часто встречалась двусторонняя очагово-сливная пневмония (6 человек; 66,7 %), у 2 детей (22,2 %) — левосторонняя очаговая пневмония, у 1 ребенка (11,1 %) — правосторонняя очаговая пневмония.

У детей второй возрастной группы (6 месяцев–1 год) одинаково часто встречались: двусторонняя очагово-сливная пневмония (28,6 %; 4 человека) и правосторонняя очаговая пневмония (28,6 %; 4 человека), у 3 детей (21,4 %) — правосторонняя сегментарная S6 пневмония, по 1 случаю (7,1 %) — левосторонняя среднедолевая пневмония, левосторонняя очаговая, интерстициальная пневмония, двусторонняя сегментарная (справа S6, слева S8,9).

У детей третьей возрастной группы (1–3 года) наиболее часто процесс локализовался в правом легком: в 29,6 % (8 детей) наблюдалась правосторонняя полисегментарная пневмония, в 25,9 % (7 детей) — правосторонняя очагово-сливная пневмония, у 6 детей (22,2 %) — двусторонняя очагово-сливная пневмония, у 4 человек (14,9 %) — левосторонняя очаговая и 2 детей (7,4 %) — левосторонняя полисегментарная пневмония.

Анализируя время поступления в стационар от начала заболевания выявлено, что наиболее часто дети с пневмонией поступали в стационар к концу 1-й недели от начала заболевания. В первый день госпитализировано 9 детей (18 %), на 2–3-й день — 11 детей (22 %); на 4–7-й день — 18 детей (36 %); после 8 дня — 12 детей (24 %).

В тяжелом состоянии госпитализировано 19 детей (38 %). Тяжесть состояния определялась выраженностью симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности (ДН). 31 ребенок (62 %) госпитализирован в состоянии средней степени тяжести.

Ведущими клиническими синдромами при поступлении были: катаральный (100 %), бронхообструктивный (6 детей; 12 %), ДН1 (13 детей; 26 %).

Одним из главных симптомов пневмонии является повышение температуры тела. Анализируя температурную реакцию у детей с пневмонией было выявлено: субфебрильная температура — у 14 детей (28 %), фебрильная — у 30 детей (60 %), температура тела в пределах нормы была у 6 детей (12 %).

Классическая аускультативная картина при пневмонии характеризуется локальной симптоматикой: локальными мелкопузырчатыми хрипами, крепитацией, ослаблением дыхания [1, 2].

Анализ медицинской документации показал большое разнообразие аускультативной картины в легких у детей разных возрастных групп с пневмонией.

Для детей первой возрастной группы (0–6 месяцев) наиболее характерно (55,5 %; 5 детей) жесткое дыхание с сухими хрипами (в том числе свистящими), в 33,4 % случаях (3 детей) — жесткое дыхание с влажными разнокалиберными хрипами, в 1 случае (11,1 %) — жесткое дыхание, проводные хрипы.

У детей второй возрастной группы (6 месяцев–1 год) аускультативная картина в легких характеризовалась преимущественно влажными разнокалиберными хрипами (71,4 %; 10 детей), у 3 детей (21,5 %) отмечалось жесткое дыхание, в 1 случае (7,1 %) — жесткое дыхание с сухими свистящим хрипами.

У детей третьей возрастной группы (1–3 года) одинаково часто встречалось жесткое дыхание (33,3 %; 9 детей), жесткое дыхание с влажными разнокалиберными хрипами (33,3 %; 9 детей), жесткое дыхание с сухими (в том числе свистящим) хрипами (33,3 %; 9 детей).

У большинства детей изменения в общем анализе крови характеризовались воспалительными изменениями. Лейкоцитоз отмечался у 26 детей (52 %), нейтрофилез — у 35 (70 %), сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 13 детей (26 %). СОЭ выше 15 мм/час — у 22 детей (44 %). Лейкопения наблюдалась у 2 детей (4 %), лимфоцитоз — у 3 детей (6 %).

Выводы

Таким образом, острые пневмонии у детей раннего возраста характеризуются большим разнообразием рентгенологических форм, нетипичной аускультативной картиной, что затрудняет раннюю диагностику заболевания. Выраженность симптомов интоксикации, воспалительные изменения в общем анализе крови диктуют необходимость проведения рентгенологического исследования органов грудной клетки, что является определяющим в постановке диагноза острая пневмония у детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко, В. К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М., 2006. — 250 с.
2. Таточенко, В. К. Болезни органов дыхания у детей / В. К. Таточенко. — М.: Медицина, 1987. — 496 с.

УДК 618.3-06:616.98

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБОЦЕНОЗОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Юдина Д. О., Бихтимиров Х. Ж.

Научные руководители: Н. Н. Митрофанова, д.м.н. В. Л. Мельников

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Пензенский государственный университет»
г. Пенза, Российская Федерация**

Введение

Среднемировой уровень внутрибольничных инфекций (ВБИ) составляет 6-7% от числа больных, получающих медицинскую помощь. К сожалению, Россия не является исключением, если не считать, что положение более критическое [1].

Пациенты больниц особо восприимчивы к инфекционным заболеваниям как вследствие ослабленности организма в результате общего заболевания или травмы, так и вследствие пониженной сопротивляемости организма. Увеличение числа антибиотикоустойчивых микроорганизмов, затруднения при очистке, дезинфекции и стерилизации современного сложного оборудования также являются факторами, которые способствуют развитию и распространению инфекций в больницах. Среди различных путей передачи ВБИ, особое место занимает искусственный механизм передачи, связанный с различными инвазивными вмешательствами, проводимыми недостаточно простерилизованными инструментами [2].

Развитие нозокомиальных инфекций связано с экологией внешней среды стационара и определяет возможность инфицирования пациентов различными представителями УПМФ [3].