

пряжением нервно-регуляторных механизмов кровообращения. Это позволяет более точно оценивать резервы сердечно-сосудистой регуляции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнеев, В. Н. Функциональные нагрузочные пробы в диагностике ИБС / В. Н. Корнеев // Кардиология. — 2005. — № 9. — С. 43–48.
2. Аронов, Д. М. Функциональные пробы в кардиологии / Д. М. Аронов, В. П. Лупанов. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 295 с.
3. Тавровская, Т. В. Велоэргометрия / Т. В. Тавровская. — СПб.: ЗАО ИНКАРТ, 2007. — 208 с.
4. Сидоренко, Г. И. Обоснование стохастических нагрузочных тестов в электрокардиографической диагностике / Г. И. Сидоренко // Неинвазивное мониторирование состояния сердечно-сосудистой системы в клинической практике. — 2001. — № 2. — С. 169–173.

УДК:616.24-002-06-053.2

ОСЛОЖНЕННЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Кривицкая Л. В., Зарянкина А. И.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пневмонии, по-прежнему, остаются одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний у детей с серьезным прогнозом.

Пневмонии — это группа различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике острых инфекционно-воспалительных заболеваний, характеризующихся воспалением легочной паренхимы с обязательным наличием внутривнеочередной экссудации.

Заболеваемость пневмоний в Республике Беларусь составляет 15–20 случаев на 1 тыс. детей раннего возраста и 5–6 случаев на 1 тыс. детей старше 3-х лет [3].

Осложнением пневмонии следует считать развитие патологического процесса в бронхолегочной или других системах, не являющееся непосредственным проявлением легочного воспаления, но этиологически и патогенетически связанного с ним, характеризующегося специфическими (клиническими, морфологическими и функциональными) проявлениями, определяющими течение, прогноз, механизмы танатогенеза.

Выделяют легочные и внелегочные осложнения пневмонии. К легочным осложнениям пневмоний относятся: плевриты, эмпиема плевры, ателектаз, абсцесс и гангрена легкого, множественная деструкция легкого, бронхообструктивный синдром, острый респираторный дистресс-синдром в виде отека легких.

Цель исследования

Изучение факторов риска развития легочных осложнений у детей, особенностей их клинических проявлений, оценка результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ 38 медицинских карт стационарных больных с легочными осложнениями пневмоний, которые находились на стационарном лечении в ГОДКБ с января по сентябрь 2009 г.

Результаты и обсуждение

Наиболее частым легочным осложнением у детей являются плевриты. Этому способствует нарушение функции местной бронхопульмональной защиты и системы иммунитета в целом.

По литературным данным, наиболее частой причиной образования плеврального выпота у детей являются стафилококковые и пневмококковые пневмонии. Мальчики и девочки заболевают с одинаковой частотой, причем частота формирования плевритов у грудных детей несколько ниже, чем у детей более старшего возраста [2].

Проведенный нами анализ также показал, что основными легочными осложнениями пневмоний у детей являются различные формы плевритов: экссудативно-фибринозный — 12 (31,58 %) случаев; экссудативный — 10 (26,32 %) случаев; реактивный — 9 (23,68 %) случаев; перисциссурит — 2 (5,26 %) случая; парамедиастинальный — 1 (2,63 %) случай.

В 4-х случаях (10,53 %) пневмония осложнилась ателектазом, 1 (2,63 %) случай — абсцессом легкого.

Среди обследованных детей преобладали жители города — 29 (76,32 %) случаев. Соотношения между мальчиками и девочками составило 21 (55,26 %) и 17 (44,74 %) случаев соответственно.

Возрастной спектр формирования плевритов свидетельствует о преобладании детей раннего возраста. Так, у детей в возрасте до 3-х лет было выявлено 14 случаев плеврита (36,84 %), от 4 до 5 лет — 5 (13,16 %) случаев. В последующие возрастные периоды отмечалось увеличение частоты развития плевритов: в возрасте от 6 до 9 лет — 8 случаев (23,68 %) и старше 10 лет — 10 случаев (26,32 %).

Формирование осложнений пневмоний, в том числе и плевритов, во многом зависит от степени тяжести и обширности патологического процесса в легких, клинкорентгенологического варианта пневмонии, наличия фоновых заболеваний и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, а также от состояния общей иммунологической реактивности организма ребенка [2].

Наиболее часто легочные осложнения пневмоний развивались у детей на фоне железодефицитной анемии различной степени тяжести (преимущественно — легкой степени) — 16 (41,11 %) случаев, патологии сердечно-сосудистой системы (миокардиодистрофия, малые аномалии развития сердца) — 5 (13,16 %) случаев, задержка психомоторного развития — 3 (7,89 %) случая; реже — на фоне другой патологии (аллергические заболевания, пиелонефрит, хронический тонзиллит, хронический гепатит, органическое поражение головного мозга).

По литературным данным, у половины детей с сегментарной пневмонией развиваются плевральные поражения, кроме того, отмечается высокая склонность к формированию ателектазов, к абсцедированию, деструкции и затяжному течению воспалительного процесса в легких [1].

Проведенный нами анализ также показал, что наиболее часто плевритами осложнялись сегментарные пневмонии — 25 (65,79 %) случаев, реже — очагово-сливные — 6 (15,79 %) случаев, долевыми — 4 (10,53 %) случая, очаговыми — 3 (7,89 %) случая.

Наиболее часто легочные осложнения в виде плеврита отмечались при правосторонних пневмониях — в 18 (43,38 %) случаях. Это обусловлено анатомофизиологическими особенностями строения правого легкого и расположения правого бронха, что создает условия для недостаточной аэрации и дренирования некоторых сегментов правого легкого.

Левосторонние и двусторонние пневмонии осложнялись одинаково часто — в 10 случаях, что составило по 26,31 %.

Проведенный анализ сроков поступления больных в стационар свидетельствует о позднем поступлении в стационар более половины больных (68,42 %). Это, возможно, обусловлено неадекватной антибактериальной терапией, которая проводилась в амбулаторных условиях (ампиокс, цефазолин), в результате чего, не было получено положительной динамики в течении заболевания.

Так, в 1-е сутки заболевания в стационар поступило 7 (18,42 %) больных, на 2-й — 3-й день — 5 (13,16 %) больных; на 4–7 день заболевания поступило 14 (36,84 %) больных, позднее 1-й недели — 12 (31,58 %) больных.

Подавляющее число детей — (30 случаев; 78,94 %) поступило в стационар в тяжелом состоянии, 8 (21,06 %) детей — в состоянии средней тяжести.

Тяжесть состояния больных в значительной степени определяется выраженностью дыхательной недостаточности, наличием гипертермического синдрома, сердечно-сосудистой недостаточности, а также обширностью инфильтрации в легких, массивным плевральным выпотом, гиперлейкоцитозом [2].

По результатам наших исследований, из всех клинических синдромов наиболее часто встречался интоксикационный синдром — 35 (92,11 %) случаев; ДН I-й степени была отмечена у 21 (55,26 %) больного, ДН II-й степени — у 8 (21,06 %) больных. Реже встречался гипертермический синдром — 10 (26,32 %) случаев и обструктивный синдром — 3 (7,89 %) случая.

Анализируя результаты гемограмм у детей с плевритами, было установлено, что нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево отмечался более чем у половины больных — 22 (57,89 %) случая, причем гиперлейкоцитоз ($> 20 \times 10^9/\text{л}$) был отмечен в 4 случаях. Уровень содержания лейкоцитов оставался без изменений у 16 (42,11 %) пациентов. У 29 (76,32 %) больных отмечалось увеличение скорости оседания эритроцитов ($> 15\text{мм/час}$), у 16 (42,11 %) больных наблюдалась гипохромная анемия легкой степени тяжести.

Биохимический анализ крови был проведен 8 (21,05 %) пациентам, среди них в 2-х случаях было выявлено повышение содержания серомукоида (более 0,2 ЕД/л), в 1 случае — увеличение содержания С-реактивного белка ($> 6\text{ мг/л}$).

Диагностическая бронхоскопия в связи с затяжным течением сегментарных пневмоний была проведена 2 детям с осложненными пневмониями, что составило 5,26 % от общего количества обследованных; в обоих случаях были найдены явления катарального эндобронхита. УЗИ плевральных полостей проводилось 21 (55,26 %) пациенту, из них в динамике — 14 (66,67 %) больным.

Полноценное этиотропное лечение пневмоний предопределяет знание ее этиологии, однако выявление возбудителя экспресс-методами возможно лишь в отношении немногих из них, да и методы эти — малодоступны в повседневной практике [4].

Посев мокроты на патогенную флору был проведен у 10 (26,32 %) больных, и лишь в 2-х случаях был выявлен рост в диагностическом титре ($> 10^5\text{ КОЕ/л}$) *Staph. aureus*, в 2-х случаях — *Streptococcus pneumoniae*. Результативность исследования составила 40 %; альтернативой бактериологическому исследованию является суждение о наиболее вероятном возбудителе, основанное на клинической симптоматике, при учете возраста больного, времени и места развития заболевания [4].

В ходе проведенного нами анализа было установлено, что препаратами стартовой терапии в 30 (78,59 %) случаях были цефалоспорины II и III-го поколения (биофуросим, цефотаксим, цефтриаксон), в 8 (21,41 %) случаях — защищенные полусинтетические пенициллины (амписульбин, амоксиклав).

В зависимости от тяжести состояния и обширности воспалительного инфильтрата в легких больные получали от 1 до 3-х курсов антибактериальной терапии. Так, 9 (23,68 %) больным был проведен 1 курс антибиотиков широкого спектра действия, 22 (57,89 %) больным — 2 курса, 4 (10,53 %) детям — 3 курса антибактериальной терапии. Комбинированная антибактериальная терапия была проведена 3 (7,9 %) детям.

32 (84,21 %) пациентам в связи с выраженностью интоксикационного синдрома проводилась инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами длительностью от 1 до 5 дней.

Во всех случаях при лечении детей с осложненными пневмониями проводилась иммунокорректирующая терапия. Чаще всего, назначались циклоферон (18 больных, 47,37 %) и гроприносин (17 больных, 44,74 %), реже — ликопад, интерферон, кипферон.

Средняя длительность пребывания в стационаре у детей с пневмониями, осложненными плевритами составила 21,63 дня.

Длительность лечения таких больных в стационаре определялась возрастом больного и степенью тяжести пневмонии.

Продолжительность пребывания детей в стационаре в зависимости от возраста распределилась следующим образом: 0–3 лет — 22,66 койко-дня; 4–5 лет — 18,6; 6–9 лет — 25; старше 10 лет — 18,4 койко-дня.

При тяжелых формах пневмоний средняя длительность пребывания в стационаре составила 22,86 койко-дня, при средней степени тяжести заболевания — 17 койко-дней.

Выводы

1. Основным легочным осложнением пневмоний у детей являются экссудативно-фибринозный и экссудативный плевриты.

2. Легочные осложнения пневмоний чаще развиваются у детей раннего и школьного возраста; предрасполагающим фактором является наличие сопутствующей патологии в виде анемии, заболеваний сердечно-сосудистой и нервной системы.

3. Наиболее часто осложняются плевритами правосторонние сегментарные пневмонии, что обусловлено особенностями строения и аэрации сегментов правого легкого.

4. Ведущими клиническими синдромами пневмоний, осложненных плевритами, являются синдром дыхательной недостаточности, интоксикационный и гипертермический синдромы.

5. Неэффективность амбулаторной антибактериальной терапии (ампиокс, цефазолин, амоксициллин), поздние сроки поступления в стационар в тяжелом состоянии обусловили необходимость проведения в дальнейшем 2–3 курсов антибактериальной терапии (в том числе и комбинированной), а также достаточно длительное пребывание в стационаре (в среднем — 21,6 койко-дня).

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. Таточенко, В. К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М. — 2001. — 268 с.
4. Яковлев, С. В. Антибактериальная терапия осложненной пневмонии / С. В. Яковлев. — Consilium Medicum. — 2006. — Т. 8. — № 1.

УДК: 616.89/008/071[1]

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОТЕРПЕВШИХ

Кринчик Т. Ю.

**Государственное учреждение образования
«Белорусская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

В литературе по судебной психиатрии, преимущественно, рассматриваются вопросы о потерпевших, страдающих определенными психическими расстройствами, рассматриваются проблемы возникновения психогенных психических расстройств у них. Исследуются способности лиц с психическими расстройствами давать показания, правильно понимать характер и значение совершенных в отношении них противоправных действий, участвовать в судебно-следственных действиях. Однако исследования, посвященные изучению личностных и социально-демографических характеристик потерпевших, характера криминальной ситуации с их участием в Республике Беларусь не проводились. Не