

2. У пациентов с различными формами ИБС значения PLT, MPV и PDW статистически достоверно различаются, для PCT такие различия установлены не были.

3. Установлены статистически достоверные корреляционные связи различных ТИ друг с другом.

4. Дальнейшее изучение ТИ позволит уточнить роль тромбоцитов в атерогенезе, значение ТИ как показателей активности тромбоцитов, возможность использования показателей ТИ в клинической практике для уточнения диагноза, тактики ведения пациентов и прогноза при различных формах ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Packham, M. A. The role of platelets in the development and complications of atherosclerosis / M. A. Packham, J. F. Mustard // *Semin Haematol.* — 1986. — Vol. 23 (1). — P. 8–26.
2. Davi, G. Platelet Activation and Atherothrombosis / G. Davi, C. Patrono // *New Engl J. Med.* — 2007. — Vol. 357. — P. 2482–2494.
3. Ranjith, M. P. Significance of platelet volume indices and platelet count in ischaemic heart disease / M. P. Ranjith, R. Divya // *Clinical Pathology.* — 2009. — Vol. 62. — P. 830–833.
4. Jennings, L. K. Mechanisms of platelet activation: need for new strategies to protect against platelet-mediated atherothrombosis / L. K. Jennings // *J. Thromb Haemost.* — 2009. — Vol. 102 (2). — P. 248–257.
5. Mean platelet volume as a predictor of cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis / S. G. Chu [et al.] // *J. Thromb Haemost.* — 2010. — Vol. 8. — P. 148–156.

УДК 616.24-002-036.11-053.2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Пыrkova И. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Болезни органов дыхания остаются одной из наиболее важных проблем в педиатрии. Поскольку они, несмотря на достигнутые успехи, по данным официальной статистики занимают одно из первых мест в структуре детской заболеваемости.

Эпидемиологические исследования последнего десятилетия свидетельствуют о явной возрастной зависимости частоты встречаемости пневмонии в детском возрасте. Так, по данным зарубежных исследователей, пневмония диагностируется приблизительно у 20 из 1000 детей первого года жизни, у 34–40 из 1000 детей дошкольного возраста, а в школьном и подростковом возрасте ее частота снижается до 10 случаев на 1000 детей. Показатели заболеваемости детей пневмонией в странах СНГ колеблются от 4 до 20 случаев на 1000 детей в возрасте от месяца до 15 лет. Среди всех госпитализированных по поводу острой пневмонии новорожденные составляют менее 1 %, дети в возрасте от 1 до 12 месяцев — 29 %, от 1 года до 5 лет — 50 %, а старше 5 лет — 20 %. Актуальность данной проблемы обусловлена не только высоким уровнем заболеваемости, но и весомым уровнем летальности у детей. Группой экспертов ВОЗ установлено, что в настоящее время около 75 % всей зарегистрированной детской смертности приходится на шесть основных патологий, при этом 1/3 детей в возрасте до 5 лет умирают от острых респираторных заболеваний (ОРЗ) и связанных с ними пневмоний. Это, в меньшей степени, относится к внебольничным пневмониям — заболеваниям, возникающим в обычных условиях жизни ребенка, тем не менее, и они нередко приводят к смерти. По данным некоторых исследователей, частота смерти детей от внебольничных пневмоний (вместе с гриппом) составляет в среднем 13,1 на 100 тыс. детского населения. Причем погибают в основном дети раннего возраста (11,3 на 100 тыс. детей, родившихся живыми), а также дети и подростки с нарушениями противоинфекционной защиты [1, 2].

Цель работы

Изучение особенностей течения острой пневмонии у детей в возрасте от 1 года до 16 лет.

Материалы и методы исследования

Были проанализированы 43 медицинских карт стационарных больных детей в возрасте от 1 года до 16 лет, находившихся на лечении в инфекционном отделении № 2

Гомельской областной детской клинической больницы в декабре 2009 – октябре 2010 г., прошедших полный курс лечения в условиях стационара с достижением клинко-рентгенологического выздоровления по пневмонии.

Результаты исследования

Острая пневмония наиболее часто развивалась у детей в возрасте до 5 лет — 48,8 % (21 человек), в возрасте от 5 до 10 лет — 23,3 % (10 человек), в возрасте старше 10 лет — 27,9 % (12 человек). Большинство детей было госпитализировано в первые 4 дня заболевания — 65 % (28 человек), при чем госпитализация на 3–4 сутки составила 71,4 % от детей данной группы (20 человек). Часть детей госпитализировалась в сроке больше 2-х недель от появления первых клинических симптомов — 18,6 % (8 детей).

Основными жалобами, предъявляемыми родителями детей, были кашель и повышение температуры тела — в 93 % случаев, катаральные явления со стороны носоглотки — в 44,2 % случаев. Общая слабость отмечалась в 11,6 % случаев, головная боль — в 9,3 % случаев, боль в грудной клетке — в 7 % случаев. В 3 случаях (7 %) не было зарегистрировано температурной реакции в течение всего заболевания.

Правосторонняя пневмония была зафиксирована в 44,2 % случаев (19 больных), левосторонняя — в 23,3 % случаев (10 больных). У 3 больных (7 %) зафиксирована двусторонняя пневмония, в стадии формирования очага — у 6 человек (14 %), у 5 (11,6 %) — интерстициальная пневмония.

По размеру поражения основную долю составили очаговые и очагово-сливные пневмонии — 48,8 % случаев (21 больной), из них 81 % (17 пациентов) составляют очаговые пневмонии. У 17 детей (39,5 % случаев) отмечалась сегментарная пневмония. Из них у 8 детей (47 % детей данной группы) было поражено 2 сегмента и более. У 11 детей (25,6 % случаев) отмечалось сочетанное поражение тканей легких и бронхов, у 7 детей (16,3 % случаев) в процесс вовлекалась плевра.

В 8 случаях (18,6 %) течение заболевания осложнялось развитием бронхообструктивного синдрома. У 9 детей (20,1 %) отмечалось развитие дыхательной недостаточности, причем у 5 детей это сочеталось с появлением бронхообструкции.

Отягощенный аллергоанамнез был выявлен у 9 детей (20,1 % случаев). У 7 детей (16,3 %) отмечались ранее перенесенные острые пневмонии. Другие бактериальные инфекции (ангина, хронический пиелонефрит) отмечались у 4 детей (9,3 % случаев).

Из 35 детей, поступивших в стационар в первые дни заболевания, локальные изменения в легких (хрипы) отмечались у 29 (82,9 % случаев в данной группе). Длительность физикальных изменений составляла до 2 недель — 74,3 % случаев (26 больных), из них 50 % — до 10 дней и 50 % — 11–14 дней. У 6 пациентов (17,1 % случаев) хрипы отсутствовали на протяжении всего времени пребывания в стационаре.

В общем анализе крови отмечались лейкоцитоз, сдвиг формулы влево и увеличение СОЭ. Таких пациентов было 13, что составило 30,2 % от всех детей. Только лейкоцитоз более 15×10^9 /л отмечался у 2 пациентов (4,7 %), ускорение СОЭ более 20 мм/ч — у 12 пациентов (27,9 %). У 3 детей (7 %) отмечался только сдвиг лейкоцитарной формулы влево. У 5 пациентов (11,6 % случаев) отсутствовали какие-либо изменения в общем анализе крови.

Посев мокроты на микрофлору и вирусологическое исследование проводились с целью уточнения этиологии заболевания. Положительные результаты были получены у лишь 7 детей (вирусологическое исследование), из них у 1 ребенка был получен положительный результат посева мокроты на микрофлору. У остальных детей выявить возбудителя не удалось в силу объективных и субъективных причин.

В лечении пневмоний основную роль играют антибиотики. В большинстве случаев (55,8 %) детям потребовалось назначение 2 антибиотиков, чаще всего в виде ступенчатой терапии. У 13 детей (30,2 % случаев) в лечении использовались 3 антибиотика.

У большинства детей выздоровление наступало на 16–22 день заболевания — 25 случаев (58,1 %), из них на 20–22 день заболевания — 12 случаев (27,9 %), на 16–19 день — 13 случаев (30,2 %). Для 8 случаев установить точную длительность заболевания не представлялось возможным вследствие позднего поступления пациентов в стационар. Средний срок пребывания детей в условиях стационара 15,7 койко-дня, что соответствует 30 случаям (69,7 %) пребывания с длительностью 13–18 дней.

Таким образом, острая пневмония встречается, чаще всего, у детей в возрасте до 5 лет (48,8 % случаев). Дети госпитализируются, преимущественно, в первые 4 дня от начала заболевания (65 % случаев). Основными жалобами, предъявляемыми родителями детей, являются кашель, повышение температуры тела. Катаральные явления со стороны носоглотки не должны исключать диагноза пневмонии при первичном осмотре ребенка. Основными проявлениями заболевания являются локальные изменения в легких, умеренные воспалительные изменения в общем анализе крови. Однако, в 7–17 % случаев отмечалось отсутствие температурной реакции на заболевание, физикальных изменений в легких и воспалительных изменений в общем анализе крови. Посев мокроты на микрофлору и вирусологическое обследование с целью уточнения этиологической причины заболевания в реальных условиях не информативно. В лечении большинства детей требуется использование 2 и более антибиотиков широкого спектра действия (93 % случаев). В большинстве случаев, выздоровление наступает к концу 3-й недели заболевания (91,4 % случаев). Средний срок пребывания в стационаре 15,7 койко-дня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипкин, Ю. Г. Принципы диагностики и лечения негоспитальных пневмоний у детей / Ю. Г. Антипкин, В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманец // Здоров'я України. — 2008. — 24/1 декабрь. — С. 11–13.
2. Практическая пульмонология детского возраста / под ред. В. К. Таточенко. — М., 2006. — 250 с.

УДК 616.89–008.441.44

ОСТРАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ КАК ПРОКСИМАЛЬНЫЙ ФАКТОР РИСКА СУИЦИДА

Разводовский Ю. Е., Дукорский В. В.

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
Государственное учреждение
«Государственная служба медицинских судебных экспертиз»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

В последние десятилетия во многих странах мира отмечается рост уровня самоубийств [1]. Существует несколько возможных причин этой тенденции, включая снижение уровня социальной интеграции, распространенность психических расстройств (в первую очередь, депрессии), а также тенденцию злоупотребления алкоголем [1, 3]. Рост уровня суицидального поведения в современном обществе обуславливает необходимость изучения этого феномена с целью разработки стратегии профилактики. Существование взаимосвязи между суицидом и алкоголизмом предполагается а priori поскольку оба эти феномена являются моделями саморазрушительного поведения. Как острая, так и хроническая алкогольная интоксикация является основным поведенчески модифицируемым фактором, ассоциирующимся с суицидальной активностью [3,4]. Острая алкогольная интоксикация может являться триггером суицидального поведения, провоцируя депрессивные мысли, с одной стороны, и, снижая антисуицидальный барьер, с другой [1, 5]. Кроме того, в критической ситуации злоупотребление спиртными напитками нарушает когнитивные функции, сужая фокус внимания и ингибируя генерацию и применение эффективных