

Несмотря на успехи в лечении и диагностике, достигнутые в последние годы, проблема острой пневмонии остается актуальной.

Осложнением пневмонии принято считать развитие в бронхопульмональной и других системах патологических процессов, не являющихся симптомокомплексом воспаления в легочной ткани, но этиопатогенетически связанных с ним.

Цель исследования – анализ причин осложнений пневмоний у детей раннего возраста

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни детей раннего возраста, находившихся на стационарном лечении в отделение экстренной педиатрии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи по поводу внебольничных пневмоний с января по май 2012 г. Девочек была 14, мальчиков – 21 в возрасте от 5 мес. до 3 лет.

Основными жалобами родителей при поступлении детей в стационар были повышение температуры тела, беспокойство, наличие катаральных явлений, кашель, выраженная слабость, одышка, судороги, рвоту, нарушение сна, снижение аппетита, диспепсические явления. Дети поступали в стационар в различные сроки заболевания: 29,3% больных госпитализированы в первые дни заболевания, 48,9% - на 5-7-й дни от начала болезни, на 7-12-е сутки – 25%, свыше 12 суток 10%.

Результаты исследования. Анализ историй болезни показал, что в 77% пневмония у детей осложнилась острой дыхательной недостаточностью; в 4% - вторичным менингоэнцефалитом; в 9% случаев – токсическим кардитом; в 10% - токсическим гепатитом.

Анализ причин историй болезни показал, что, основными причинами осложнений являлись поздняя диагностика (34%), поздняя госпитализация больных (35%), несвоевременность назначения антибиотиков и неадекватное их применение (21%). Одним из факторов, способствующих развитию осложнений, являлась многократная смена антибиотиков при положительной рентгенологической и клинической динамике (37%).

Выводы. Таким образом, пневмония остается серьезным заболеванием, которое может протекать не только в виде легких форм, но и как тяжелое, угрожающее жизни заболевание, особенно в раннем детском возрасте. Исход пневмонии зависит от ранней диагностики и стартовой эмпирической антибактериальной терапии. Длительность проведения антибиотикотерапии должна определяться клинической эффективностью назначаемых препаратов, наличием осложнений и сопутствующих заболеваний.

Джубатова Р.С., Шарипова К.М.
КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДЦП У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.
Республиканская детская психоневрологическая больница имени У.К. Курбанова – Е.Карпинская

Актуальность Республиканской психоневрологической больницы имени Курбанова была создана программа коррекции развития и раннего вмешательства в лечении, ранней диагностики и профилактики детского церебрального паралича (ДЦП) у недоношенных детей, родившихся с низкой и очень низкой массой тела. Основной целью этой программы является разработка единой, комплексной программы наблюдения, оценки динамики развития, методов и сроков реабилитационного лечения недоношенного ребенка. ДЦП является основным фактором детской инвалидности, и его предупреждение наряду с ранней диагностикой поможет снизить уровень тяжелой инвалидизации детей.

Цель исследования: Разработать критерии ранней диагностики ДЦП у недоношенных детей и оценить их эффективность.

Материалы и методы: Было обследовано 240 больных, находящихся на учете и получающих стационарное и амбулаторное лечение в Республиканской психоневрологической больнице им. Курбанова.

Результаты и их обсуждение: В результате данного обследования были разработаны критерии ранней диагностики ДЦП у детей родившихся с низкой и очень низкой массой тела:

Критерии ранней диагностики ДЦП у детей в поздний восстановительный период (от 6 мес до 2х лет)

1. Наличие факторов риска:

- Срок гестации ниже 32 недель
- Роды преждевременные через естественные родовые пути, Экстренное кесарево сечение
- МТР от 2000 и ниже
- Асфиксия
- Судорги

- Приступы апноэ
 - Желтушность кожных покровов, которая держалась больше 14 дней после рождения
 - Отягощенный акушерский анамнез матери, многоплодная беременность
2. Задержка психомоторного развития (не удерживает голову, не сидит, не ходит, не говорит соответственно нормам развития). Оценка по шкале психомоторного развития Журбы-Мастерковой ниже 19-17 баллов.
 3. Нарушение мышечного тонуса: по типу спастичности, дистонии, ригидности или гипотонии
 4. Сухожильные рефлексы: повышение, коллатерально-аддукторные рефлексы, расширение рефлексогенных зон
 5. Патологические рефлексы: Бабинского, Чураева, клонусы
 6. Не редуцированные физиологические рефлексы новорожденных: ЛТР-лабиринтно-тонический рефлекс, СШТР-симметричный шейно-тонический рефлекс, АШТР-асимметрично шейно-тонический рефлекс
 7. Микроцефалия или гидроцефалия
 8. На УЗИ- головного мозга: расширение межполушарной щели $<0,4$, ветрикуломегалия, гидроцефалия, перивентрикулярная лейкомаляция, атрофия подкорковых ядер, субкортикальная лейкомаляция, селективный некроз ствола, парасагитальный некроз.
 9. На МРТ: атрофия и субатрофия мозга, ветрикуломегалия, гидроцефалия, ПВЛ, anomalies развития головного мозга

Выводы:

1. Применяя критерии ранней диагностики, можно на ранних этапах выделить группу по формированию ДЦП.
2. Дети группы по формированию ДЦП должны получать своевременную и адекватную восстановительную терапию, что позволит улучшить исход их психомоторного развития.
3. Дети, не относящиеся к группе по формированию ДЦП, могут избежать необоснованной терапии.
4. Раннее включение ребенка в группу по формированию ДЦП позволяет своевременно информировать родителей о развитии заболевания.

Диканбаева С.А., Нугманова А.М., Чингаева Г.Н.
**СУТОЧНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ГИПЕРТРОФИЕЙ
 ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.**

КРМУ, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

Вариабельность артериального давления играет важную роль в формировании сердечно-сосудистых нарушений. Выраженная вариабельность АД наблюдается у пациентов уже на ранних стадиях ХБП.

Цель. Изучить связь межсуточной вариабельности АД с гипертрофией левого желудочка у детей с хронической болезнью почек.

Методы. Проведено исследование по связи межсуточной вариабельности АД с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) у 57 додиализных больных и у 80 пациентов с терминальной почечной недостаточностью. Рассчитывали Δ САД (САД_{max}-САД_{min}) – межсуточная вариабельность (нет ≤ 30 , есть ≥ 30). При анализе показателей АД больные как с додиализной, так и диализной стадиями ХБП вследствие гломерулярных заболеваний имели АД.

Результаты. У 35 детей с додиализной стадией ХБП при Δ САД ≤ 30 имеет место нормальная геометрия левого желудочка (ОТС < 45 при N ИММЛЖ), у 22 при Δ САД ≥ 30 - концентрическое ремоделирование (ОТС > 45 при N ИММЛЖ). В группе детей с терминальной стадией хронической почечной недостаточности у 26 при Δ САД ≤ 30 имеет место концентрическое ремоделирование (ОТС < 45 при N ИММЛЖ), у 32 детей при Δ САД ≥ 30 - концентрическая гипертрофия (ОТС > 45 при \uparrow ИММЛЖ), и у 22 больных при Δ САД ≤ 30 - экцентрическая гипертрофия (ОТС < 45 при \uparrow ИММЛЖ).

Полученные результаты исследования показывают, что у больных на додиализной стадии ХБП, имевших АД, межсуточная вариабельность оказывает влияние на развитие концентрического ремоделирования, что согласуется с мнением A. Cohen-Solar (1998) доказавших, что артериальная гипертензия и концентрическая гипертрофия левого желудочка, выявленные у диализных больных, являются факторами, определяющими нарушение диастолической функции.

Таким образом, показатель Δ САД ≥ 30 мм.рт.ст. ассоциирован с увеличением ОТС и влияет на развитие концентрической гипертрофии левого желудочка, и требует ранней коррекции артериальной гипертензии.