

Прилуцкая В.А., <sup>1</sup>Пискун Т.А., <sup>1</sup>Сямичева М.М., <sup>2</sup>Богданович И.П.  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА  
С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС**

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет», <sup>2</sup>ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Беларусь

**Цель:** проанализировать особенности острых пневмоний у детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 37 детей с пневмонией (17 доношенных, 20 недоношенных), получавших лечение в ГУ РНПЦ «Мать и дитя» в 2011-2012 гг. Критерием включения в основную группу было наличие пневмонии и перинатального поражения ЦНС в анамнезе. Группу контроля составили 13 детей, получавших терапию в УЗ ДИКБ г. Минска, которые имели острую пневмонию и отсутствие в анамнезе перинатального поражения ЦНС. Возраст пациентов основной группы –  $6,0 \pm 3,7$  мес, группы контроля –  $9,5 \pm 3,1$  мес. Сопоставлялись результаты инструментальных методов и лабораторных исследований. Учитывались выраженность и тяжесть перинатальных поражений головного мозга. Полученные данные обработаны общепринятыми методами параметрической статистики.

**Результаты.** У детей основной группы структура острых пневмоний была представлена следующим образом: очаговые – 47,22%, очагово-сливные – 2,78%, моносегментарные – 5,56%, полисегментарные – 36,11%, интерстициальные – 8,33%. Клинико-рентгенологические формы у пациентов группы контроля представлены в основном очаговыми пневмониями (84,62%). В начале заболевания в основной группе детей течение было средней тяжести в 37,51%, тяжёлое в 40,63% и очень тяжёлое в 6,25% случаев, состояние пациентов группы контроля было средней тяжести в 100%. Тяжесть состояния младенцев основной группы обусловлена комбинацией основных заболеваний (перинатальной патологией ЦНС и пневмонией). Осложнения пневмонии в виде плевритов и ателектазов отмечались у 4 детей основной группы и лишь у одного из группы контроля. Часть младенцев основной группы нуждалась в респираторной поддержке (26,46%). Инфузионную терапию получало 71,88% пациентов основной группы и лишь 15,38% группы контроля.

**Заключение.** Острые пневмонии у детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС характеризовались особенностями клинического течения, что обосновывает необходимость и целесообразность разработки алгоритмов ранней диагностики пневмоний, оптимизации терапии неврологических проявлений перинатального поражения ЦНС.

Прилуцкая В.А., <sup>1</sup>Король Е.Л., <sup>2</sup>Свирская О.Я.  
**ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ  
С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ**

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет», <sup>2</sup>ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Беларусь

Недостаточное поступление питательных веществ в первые дни и недели жизни недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении приводят к задержке постнатального физического развития (ЗПФР) ребёнка и неблагоприятно сказывается на результатах выхаживания данной группы пациентов.

**Цель:** оценить антенатальное и постнатальное физическое развитие (ФР) детей с ЭНМТ при рождении с применением нормограмм, провести анализ нутритивного статуса (НС) пациентов в течение первого месяца жизни.

**Материалы и методы** Ретроспективно селективно оценивалось ФР и НС у 64 ребенка с ЭНМТ при рождении. Было сформировано 2 группы: группа 1 (Г1) – дети с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) (19) и группа 2 (Г2) – дети без ЗВУР (45). Для оценки ФР использованы нормограммы внутриутробного роста плода (Fenton TR. BMC Pediatr 2003;3:1). Все пациенты получали лечение в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в 2011-2012 гг.

**Результаты** Основные клинические показатели недоношенных новорожденных с ЭНМТ при рождении: гестационный возраст, нед. –  $29,74 \pm 2,28$  (Г1) и  $26,78 \pm 1,44$  (Г2); масса тела при рождении, г. –  $821,11 \pm 118,47$  (Г1),  $902,56 \pm 103,75$  (Г2); перцентиль массы тела при рождении – менее 3 – 57,89%, с 3 по 10 – 42,89% (Г1), с 10 по 50 – 77,78%, с 50 по 90 – 22,22% (Г2). Особенности динамики массы тела в группах: процент максимальной потери массы тела –  $9,31 \pm 4,53$  (Г1),  $9,24 \pm 4,48$  (Г2); возраст на момент максимальной потери массы тела, дни –  $5,69 \pm 1,26$  (Г1) и  $7,15 \pm 3,13$  (Г2); возраст на момент восстановления массы тела, дни –  $13,77 \pm 4,62$  (Г1),  $16,69 \pm 6,59$  (Г2). Возраст на момент начала ЭП, дни – (Г1)  $2,31 \pm 0,89$ , (Г2)  $2,84 \pm 1,78$ ; первоначальный объём ЭП, мл/кг –  $78,64 \pm 65,12$  в Г1 и  $45,52 \pm 39,84$  в Г2. Перцентиль массы тела к концу неонатального периода: менее 3 – 94,74% (Г1) и 11,11% (Г2), с 3 по 10 – 5,26% и 55,56% соответственно.

**Выводы:** Частота ЗПФР у детей с ЭНМТ к концу неонатального периода составила 100% в Г1 и 66,67% в Г2. ЗПФР менее 3 перцентили достоверно чаще отмечалась у пациентов с ЗВУР. Выявленные особенности антенатального и постнатального ФР детей с ЭНМТ обосновывают необходимость разработки индивидуальных программ нутритивной поддержки, терапии и реабилитации для данной категории пациентов.

Пятницкая С.А., Швыдченко Н.Ю., Орлова Л.Н., Семерник О.Е.  
**ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА  
У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПРОСТЫМ БРОНХИТОМ**

*Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону*

**Актуальность.** Острый простой бронхит является одним из наиболее частых проявлений респираторной вирусной инфекции. Анализ литературных данных свидетельствует о несомненной роли вегетативной нервной системы в патогенезе данного заболевания. Изучение особенностей вегетативного обеспечения поможет врачу найти ключ к пониманию процессов, протекающих в организме ребенка больного острым простым бронхитом и вовремя назначить адекватную терапию.

Целью исследования явилась оценка состояния вегетативного гомеостаза у детей с острым простым бронхитом.

**Материалы и методы.** Для реализации поставленной цели проведено обследование 24 больных поступивших в инфекционное отделение МБУЗ ДГБ №2 г. Ростова-на-Дону с диагнозом острый простой бронхит. Возраст детей варьировал от 5 до 12 лет. Протокол обследования включал в себя оценку анамнестических данных, результатов лабораторно-инструментальных методов исследований, кардиоинтервалографии (КИГ). Для интерпретации параметров КИГ использовался метод спектрального анализа вариабельности сердечного ритма. Статистическая обработка данных проводилась с помощью набора прикладных программ Statistika 6.0.

**Результаты.** При анализе КИГ выявлено, что более чем у половины обследованных детей (60%) в спектрограмме преобладают медленные дыхательные HF-волны, свидетельствующие об активации парасимпатического отдела ВНС, тогда как у 32% пациентов максимально часто встречались колебания в VLF-диапазоне, указывающие на влияние нейрогуморального звена регуляции витальных функций и лишь у 2 больных (8%) зарегистрировано преобладание медленных волн I порядка (LF), говорящих о централизации управления и смещении вегетативного гомеостаза в сторону преобладания симпатического отдела. По результатам проведенной клиноортостатической пробы у всех пациентов отмечалось увеличение процентного значения в спектрограмме медленных волн (I порядка - у 67% больных и II порядка – у 87,5% детей), что свидетельствует об активации симпатической нервной системы.

**Заключение.** По данным спектрального анализа КИГ у большинства больных с острым простым бронхитом отмечается увеличение активности парасимпатического звена ВНС, однако результаты проведенной ортоклиноортостатической пробы показали, что все пациенты на минимальную физическую нагрузку ответили активацией симпатической нервной системы, что свидетельствует о сохранении компенсаторных возможностей организма на фоне формирующейся острой патологии.

Рахматова Р.А., Фатхуллов З.К., Кодиров Х.Р.  
**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И СЕДАЦИЯ  
У ДЕТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии,  
г. Душанбе, Республика Таджикистан*

**Цель исследования.** Комплексная оценка послеоперационного обезболивания у детей.

**Материалы и методы.** У нас под наблюдением находились 63 пациента возрасте от 0 до 3 лет, поступивших в ОРИТ после плановых оперативных вмешательств с использованием пропофола (Дипривана- ЭДТА). Большинство пациентов поступали в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) восстановленным самостоятельным дыханием, 12 детей после торакальных операций – на ИВЛ. Для оценки седативного эффекта нами использовалась шкала Ramsay и визуально-аналоговая шкала (ВАШ) для измерения интенсивности боли и оценки анальгезии.

Также, применялся полный комплекс стандартных методов мониторинга, гемодинамики, дыхания, электролитного и газового состава плазмы. Седацию проводили постоянной инфузией пропофола со скоростью 0,5-1,0 мг/кг/час при помощи инфузионного насоса. Длительность седации составляла от 15 до 24 часов, в среднем 17,1±1,5 часов.