

ценено как течение бронхита. Участки пневмонической инфильтрации описаны в 69% случаев, в сочетании с клинико-лабораторной картиной расценены как течение пневмонии. При этом реакция плевры и лимфатических узлов на уровне поражения определялись у 85% детей. Сегментарная протяженность отмечалась в 91% случаев, бисегментарная в 9% случаев. Двустороннее поражение описано в 4% случаев. Доля нижнедолевых процессов составила 68%, право- и левосторонние процессы распределились одинаково. При контрольном рентгенологическом исследовании отмечалось локальное усиление сосудистого рисунка у 32% детей, «подчеркнутость» междолевой плевры описана в 16% случаев.

Выводы: все случаи пневмонии сопровождалась рентгенологически пневмонической инфильтрацией, для постановки диагноза пневмонии обязательно проведение исследования в 2-х проекциях.

Жеваго Н.А.*; Самойлова К.А.*; Польшковская И.И.**

ФОТОТЕРАПИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: МЕХАНИЗМЫ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ПОЛИХРОМАТИЧЕСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Институт цитологии Российской Академии Наук, Санкт-Петербург,
ЛОГУЗ Детская клиническая больница, Санкт-Петербург***

Целительные свойства солнечной радиации известны тысячи лет. С начала XX века их связывают с ее микронной компонентой – УФ излучением, составляющим менее 4% общей энергии Солнца на Земле. Однако в связи с появлением работ, обосновывающих иммуносупрессивное и проканцерогенное действие УФ радиации, а также в связи с развитием лазерных фототерапевтических технологий, возрос интерес к терапевтическим потенциалам доминирующих видов солнечной радиации – видимого и ИК излучений. Это способствовало разработке аппаратуры нового поколения, генерирующей полихроматический свет (ПС), близкий по спектральному составу и интенсивности к естественной радиации Солнца без ее УФ компоненты, но сохраняющих при этом одно из важных свойств лазерного света – поляризованность. Разработка новых неинвазивных методик, базирующихся на использовании естественных факторов, привлекает особое внимание в силу «априорной» адаптированности к ним организма и возможности функционирования в нем эволюционно выработанных механизмов «утилизации» данного фактора для поддержания равновесия между всеми системами гомеостаза.

Согласно клиническим данным (Хан и др., 2001; Колесникова и др., 2004; Устинова, 2008; Яцык и др., 2008; Конова и др., 2010; Латыпова и др., 2012), ПС успешно применяется в педиатрии и неонатологии: для стимуляции процессов заживления ран и лечения кожных болезней (омфалиты, опрелости, дерматиты, ожоги, посттравматические и постоперационные раны и др.); с целью профилактики и лечения болезней ЛОР-органов и респираторного тракта, гипербилирубинемии новорожденных, перинатального поражения ЦНС, дискинезии желчевыводящих путей, нейрогенной дисфункции мочевого пузыря и др.; а также для лечения заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата. Метод зарегистрирован как «Новая медицинская технология» (2010 г., аппараты серии «Биоптрон», Швейцария; 12 Дж/см², 95% поляризации).

Согласно нашим данным, ПС на системном уровне индуцирует улучшение микроциркуляции и транспортных функций крови, обладает противовоспалительным, иммуномодулирующим и ранозаживляющим действием, что обосновывает его эффективность не только в сочетании с медикаментозной терапией, но и в ряде случаев - как монометода. Учитывая неинвазивность фототерапии ПС, безопасность для органов зрения, хорошее сочетание с другими лекарственными и физическими методиками, небольшое число противопоказаний, метод приобрел широкую популярность в детских оздоровительных, лечебно-профилактических и реабилитационных учреждениях.

Жумагулова К.Ж., Аралбекова А., Тулемырзаева А., Абдибеков Г.З., Тургунова К.А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ В ТЕЧЕНИИ КОРИ, ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ И ОРВИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, городская инфекционная больница,
ГССНП, г.Шымкент, Казахстан*

Иммунодепрессивное состояние ВИЧ-позитивных детей, сопровождается наложениями различных заболеваний, осложняющих течение основного заболевания, при отсутствии специфической АРВТ прогноз исходов неблагоприятный.

Цели исследования: выявить некоторые особенности клинических проявлений течения кори, ветряной оспы, ОРВИ у ВИЧ-позитивных детей на фоне АРВТ и без нее.

Материалы и методы. Нами было изучено 18 историй болезни ВИЧ-инфицированных детей, поступивших в ГИБ. Из них 16 детей находились на постоянной АРВТ и двое не получали специальное лечение. Проанализированы особенности клиники кори, ветряной оспы, ОРВИ на фоне АРВТ и без нее.

Результаты и обсуждение. Диагностированы случаи: корь-9 (50%), ветряная оспа – 6 (33,3%); ОРВИ – 3 (16,6%). У исследуемых корь протекала в тяжелой форме с осложнением у 8-х больных (88,8%), без осложнения у одного (11,1%), средняя температура 37,5-39°C в течении 2-3 дней, высыпания типичные на 3-4 день, пятна Бельского-Филатова-Коплика были у 4-х детей. Средние значения в анализах: умеренная анемия, лейкоциты от 1,6 до 14,2 x10⁹, лимфоциты от 14 до 74%, СОЭ – 23,1 мм/ч., ИФА на вирус кори у 7-х детей IgM – отрицательный. Количество койкодней - 9,2. Без АРВТ - течение кори протекало тяжелее, осложнилось 2-х сторонней пневмонией, вышло 12 койкодней. При ветряной оспой течение болезни было в средне-тяжелой форме у 2-х больных (33,3%), а в тяжелой форме у 4-х (66,6%) детей, все без осложнений. У детей с тяжелой формой сыпь везикулезная, обильная, высыпала 4-5 дней. В гемограмме: анемия, лейкоциты от 3,8 до 8,3x10⁹, лимфоциты от 22 до 59%, СОЭ – 9,6 мм/ч. Количество койкодней, на фоне АРВТ составило 6,6 дней. У ребенка, не получавшего АРВТ течение протекало тяжелее, койкодней вышло -8. Дети с диагнозом ОРВИ, все трое получали АРВТ. Течение ОРВИ осложнилось в двух случаях пневмонией, без осложнений у одного ребенка. Количество койкодней, у этих детей составило 6 дней.

Выводы:

1. У ВИЧ-позитивных детей, находившихся на АРВТ по сравнению с детьми, не получавшими АРВТ, наблюдалось более легкое течение кори и ветряной оспы и выздоровление наступало быстрее.

2. В целом у всех ВИЧ позитивных детей, находившихся на АРВТ при наложении вирусных инфекций состояние иммуносупрессии усугублялось, вследствие чего в иммунологических реакциях ИФА отмечалось отсутствие антител.

Жумалиева Э.К.

ОПЫТ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ВТОРОГО ЭТАПА ВЫХАЖИВАНИЕ.

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства.

Актуальность: В последние годы частота рождения недоношенных детей, в первую очередь маловесных, не имеет выраженной тенденции к снижению, в связи, с чем актуальным становится совершенствование методов выхаживания данной категории новорожденных.

Цель исследования: провести анализ результатов выхаживания недоношенных и маловесных детей в условиях отделения второго этапа выхаживания патологии новорожденных.

Пациенты и методы: Под нашим наблюдением находилось 135 недоношенных детей в возрасте от 5 дней до 2,5 мес. В отделение второго этапа выхаживания за период 2009–2010 гг. Срок гестации на момент рождения составлял 26–37 нед. Среди факторов рождения недоношенных имело место сочетание осложненного соматического и акушерско-гинекологического анамнеза у 57,7%, соматического и акушерского у 42,3% беременных. Все дети имели тяжелую сочетанную патологию (в частности, поражение ЦНС, гипербилирубинемия, ВУИ).

Результаты: При комплексном клиничко-неврологическом обследовании у 97,2% новорожденных выявлены изменения со стороны ЦНС, в структуре неврологической патологии преобладали симптомы гипоксически-ишемического поражения с преобладанием синдрома депрессии ЦНС, у детей ОНМТ и ЭНМТ степени недоношенности отмечена в 10% – ателектазы легких, в 20% – пневмония, в 80% случаев – некротизирующий энтероколит. Анемия отмечена у 100% недоношенных с ЭНМТ и ОНМТ.

Недоношенные дети с ЭНМТ (94,5%) нуждались в полном или частичном парентеральном питании, недоношенные ОНМТ (51,2%). При сбалансированном парентеральном питании дети стабильно прибавляли в массе, имели адекватный диурез, постепенно усваивали нормальные объемы энтерального питания грудное молоко, смеси-гидролизаты, специализированные смеси для недоношенных.

Заключение. Эффективность проводимой терапии зависела от гестационного возраста недоношенных новорожденных, степени поражения ЦНС. При выхаживании недоношенных новорожденных, особенно с очень низкой и экстремально низкой массой тела наиболее важным являются снижение повреждающего действия факторов внешней среды, адекватный температурный режим, респираторная терапия, рациональное вскармливание, назначение минимума лекарственных препаратов.