

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Дорохов Н.А., Пименова Д.В., Сероклинов В.Н.,
Колесникова О.И.

Алтайский государственный медицинский университет
Минздрава России, Барнаул

Актуальность. Воспалительные заболевания бронхолёгочной системы занимают одно из ведущих мест в структуре и смертности детей. Наличие воспалительного процесса при осложнённых пневмониях невозможно рассматривать изолированно, вне нарушенной системы гемостаза.

Цель: установить предрасполагающие преморбидные факторы у детей с осложнёнными внебольничными пневмониями и их влияние на тяжесть течения заболевания, выявить нарушения системы гемостаза при внебольничных пневмониях у детей.

Материалы и методы. Обследован 161 ребёнок (85 мальчиков и 76 девочек) с внебольничными пневмониями в возрасте от 6 мес до 17 лет (в среднем $3,90 \pm 0,62$ года). Диагноз неосложнённой пневмонии был установлен у 61 ребёнка, осложнённой пневмонии — у 100 больных. Эти пациенты составили две основные группы больных, у которых были изучены данные анамнеза и состояние системы гемостаза.

Результаты. Установлено, что осложнёнными пневмониями чаще болеют дети со сниженным иммунитетом, низким социальным статусом, от матерей, которые имели экстрагенитальную патологию или патологию беременности. Течение осложнённых пневмоний у детей характеризовалось состоянием опасной для жизни высокой тромботической готовности, которое обусловлено формированием у больных гиперкоагуляционного или гипоконцентрационного синдромов (по изменению активированного частичного тромбопластинового времени, которое определяет время образования сгустка крови и необходимо для контроля за процессом свёртывания (общим и внутренним) и в комплексе с протромбиновым временем является важным диагностическим показателем), наличием тромбинемии (по изменению содержания растворимых фибрин-мономерных комплексов и D-димера) с нарушениями кинетики конечного этапа свёртывания крови и угнетением Хагеман-зависимого фибринолиза, который представляет собой внутренний механизм активации фибринолиза.

Выводы. Наличие у детей предрасполагающих социальных и преморбидных факторов способствует тяжёлому течению внебольничной пневмонии с развитием лёгочно-плевральных осложнений. Течение осложнённых пневмоний у детей характеризуется состоянием высокой тромботической готовности, опасной для жизни больных.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Дюмин И.И., Балакирева Е.А., Синецкая Д.В.

Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, Белгород

Актуальность. Основными причинами смертности новорождённых считаются генерализованные внутриутробные инфекции (ВУИ) вирусной и бактериальной природы и асфиксия в родах. Дети, родившиеся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), умирают в 25–30 раз чаще, чем дети с нормальной массой тела, и составляют до 65% от числа умерших на 1-м году жизни.

Цель: провести медико-статистический анализ причин смерти детей с ЭНМТ при рождении по данным патологоанатомических заключений.

Материалы и методы. Проведён анализ динамики и структуры причин неонатальной смертности 128 детей с ЭНМТ при рождении по данным патологоанатомических протоколов за 2014–2020 гг.

Результаты. В исследуемой группе основной причиной смерти являлись внутриутробные инфекционно-воспалительные заболевания (сепсис, перитонит, пневмония и др.) — 61,7% (79 пациентов). Первичные посевы из 5 биотопов у 48,4% (62 пациента) показали преобладание бактериальной флоры, в основном грамположительной и сочетанной. Второе место среди основных причин смерти заняли внутрижелудочковые кровоизлияния — 21,9% (28 пациентов), третье — неинфекционное поражение дыхательной системы (респираторный дистресс-синдром и бронхолёгочная дисплазия) — 10,8% (14 пациентов), сопровождавшиеся дыхательной недостаточностью 3 степени. В отдельных случаях причиной смерти являлись некротический энтероколит — 3,2% (4 больных), врождённые пороки развития, несовместимые с жизнью, — 1,6% (2 пациента), неиммунная идиопатическая водянка плода — 0,8% (1 пациент). При этом в 100% случаев (128 детей) в истории заболевания присутствовало указание на ВУИ.

Выводы. Несмотря на то, что основной причиной смерти недоношенных детей с ЭНМТ могут быть как инфекционно-воспалительные, так и неинфекционные заболевания, указание на ВУИ присутствует в 100% случаев, что следует учитывать при прегравидарной подготовке, профилактике недоношенности и ведении детей с ЭНМТ при рождении.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ОБСЛЕДОВАННЫХ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ

Елизарьева Л.А.¹, Строзенко Л.А.¹,
Лобанов Ю.Ф.¹, Галактионова М.Ю.²

¹Алтайский государственный медицинский университет
Минздрава России, Барнаул

²Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России, Красноярск.

Актуальность. Определение качества жизни (КЖ) детей является надёжным и эффективным способом оценки состояния ребёнка, который дополняет данные клинического, лабораторного и инструментального обследования и позволяет получить комплексную информацию о его физическом, психологическом и социальном функционировании.

Цель: провести сравнительный анализ КЖ детей с факторами тромбогенного риска и без них при обследовании в Центре здоровья и спустя 6 мес.

Материалы и методы. Обследовано 396 детей на базе «Центра здоровья для детей» (ЦЗ) г. Барнаула, из них 169 (42,9%) мальчиков и 226 (57,1%) девочек. Средний возраст составил $15,2 \pm 2,3$ года. Для анализа КЖ использовали опросник PedsQL™ для детей в возрасте 13–18 лет. Оценивали показатели физического (ФФ), социального (СФ) и эмоционального функционирования (ЭФ), а также жизни в школе (ЖШ). Даны соответствующие рекомендации по режиму, питанию, соблюдению здорового образа жизни, профилактическому лечению.

Результаты. У детей с факторами тромбогенного риска установлено значимое ($p < 0,05$) увеличение показателей ЭФ (от 62 до 75 баллов) и в меньшей степени — ФФ (от 80 до 84 баллов) и ЖШ (61–74 баллов). Не выявлено улучшения показателя СФ. У детей группы сравнения показатели ФФ не изменялись (85 и 85 баллов), незначительно улучшилось ЭФ (от 70 до 73 баллов), существенно не различались показатели ЖШ после лечения от 72 до 74 баллов ($p > 0,05$). При этом показатели СФ также практи-