

Выводы. 1. Тромбоз ЦВС и ее ветвей при АГ сопровождается развитием макулярного отека и проявляется значительным снижением зрительных функций.

2. Проводимая консервативная терапия не привела к значительной резорбции отека макулярной зоны на ранних сроках лечения тромбоза ЦВС, что подтверждает необходимость выполнения лазеркоагуляции сетчатки на начальных этапах лечения.

3. Гемофтальм сочетался с грубой витреоретинальной патологией, что сопровождалось утратой предметного зрения у 26,0% пациентов, несмотря на выполненные хирургические вмешательства.

4. Данная патология опасна не только резким, но часто необратимым снижением остроты зрения и является началом развития таких осложнений, как посттромботическая ретинопатия, кистозная макулярная дегенерация, вторичная неоваскулярная глаукома и выраженный болевой синдром, что в дальнейшем приводит к утрате зрительных функций, несмотря на улучшение на начальных этапах лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Сосновский, В.В. Использование тромболитических препаратов при инвазивных методах лечения окклюзии ретинальных сосудов /В.В.Сосновский, С.В. Сдобникова// Вестник офтальмологии. – 2007. – № 5. – С. 51-54.

2. Окклюзии вен сетчатки (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение) / Тульцева С.Н., Астахов Ю.С. – СПб.: « Изд - во Н – Л», 2010. – 112С.

## ГЕНДЕРНАЯ И ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*Сорокопыт З.В., Новикова И.И., Сорокопыт Е.М.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

В экономически благополучных странах распространенность внебольничной пневмонии в педиатрической популяции составляет от 5 до 10 случаев на 1000 детей. Заболеваемость пневмонией в Республике Беларусь у детей сопоставима с уровнем анализируемых показателей ведущих мировых держав [2, 5]. Летальность при острых пневмониях, снизившаяся приблизи-

тельно в 100 раз после применения патогенетического, а затем и антибактериального лечения, остается высокой (0,1-0,4%) и, наряду с летальностью при перинатальной патологии, определяет показатель детской смертности [2, 3].

Недостаточная информативность и значительная продолжительность микробиологических исследований, распространенная практика приема антибактериальных препаратов до обращения за медицинской помощью являются причиной отсутствия этиологического диагноза у 50-70% пациентов. Ориентирование на клинические симптомы при этиологической диагностике малоинформативно, что делает невозможным широкое практическое использование этиологической классификации пневмонии в настоящее время [1, 4]. Диагностика пневмоний основывается на результатах детального и последовательного анализа клиничко-анамнестических данных и направлена на выявление характерного симптомокомплекса, а рентгенологическое подтверждение является обязательным критерием «золотого стандарта» диагностики [1].

**Цель:** анализ структуры острых внебольничных пневмоний у пациентов детского возраста Гродненской области.

**Методы исследования.** Работа проведена на базе пульмонологического отделения Гродненской областной детской клинической больницы путем изучения 184 медицинских карт стационарных пациентов (ф. 003у-07) с внегоспитальными пневмониями.

**Результаты и их обсуждение.** Обследованные пациенты были распределены в 2 репрезентативные группы: первую (I) составили 127 (69%) детей с очаговыми и вторую (II) – 57 (31%) с сегментарными пневмониями. Согласно результатам обследования, детей из Гродно было значительно больше – 150 (82%), чем из Гродненской области – 34 (18%),  $p < 0,001$ . Аналогичным было распределение детей по месту проживания в нозологических группах. Среди обследованных пациентов пульмонологического отделения статистически незначимо больше было девочек – 103 (56%), чем мальчиков – 81 (44%),  $p > 0,05$ . Мы также провели гендерный анализ в нозологических группах. Оказалось, что мальчиков среди детей с очаговыми пневмониями было несколько больше – 58%, чем девочек – 42%. Группа с сегментарными

пневмониями была представлена практически в равном соотношении пациентами мужского (51%) и женского (49%) пола (таблица 1).

Таблица 1 – Гендерная структура различных морфологических форм пневмоний у обследованных детей

Распределение пациентов по полу	Пневмонии очаговые n=127		Пневмонии сегментарные n=57		Всего пневмоний n=184	
	n	%	n	%	n	%
Девочки	74	58	29	51	103	56
Мальчики	53	42	28	49	81	44
Всего детей	127	100	57	100	184	100

По возрасту пациенты распределились следующим образом: грудной возраст (до 1 года) – 30 (16%), дошкольники (1-6 лет) – 41 (22%), младшие школьники (7-12 лет) – 55 (30%), и старшие школьники (более 12 лет) – 58 (32%). Согласно данным гендерного анализа, мальчиков грудного и дошкольного возраста в пульмонологическом отделении было недостоверно больше, чем девочек. В группе пациентов младшего школьного возраста было больше девочек, а среди госпитализированных старших школьников распределение по полу было равнозначным: 49% мальчиков и 51% девочек.

Мы также проанализировали возрастной состав детей в отдельных нозологических группах (таблица 2).

Таблица 2 – Возрастная структура заболеваний органов дыхания у детей

Возрастные группы	Пневмонии очаговые n=127		Пневмонии сегментарные n=57		Всего пневмоний n=184	
	n	%	n	%	n	%
Грудной возраст	20	16	10	18	30	16
Дошкольный возраст	29	23	12	21	41	22
Младший школьный возраст	33	26	22	38	55	30
Старший школьный возраст	45	35	13	23	58	32
Всего детей / %	127	100	57	100	184	100

Как видно из таблицы, среди пациентов с очаговыми пневмониями больше было старших школьников и меньше – детей грудного возраста. Младшим школьникам с сегментарными пневмониями чаще потребовалась госпитализация в стационар, чем детям других возрастных групп. Сегментарная пневмония была диагностирована реже, чем в других группах, у пациентов грудного возраста.

Продолжительность лечения (койко-дни) в I группе составила  $11,8 \pm 6,2$  и во II –  $15,9 \pm 4,3$ , без достоверной разницы между группами,  $p > 0,05$ . В течение 48 часов поступления в стационар для верификации диагноза рентгенологическое обследование проводилось 106 (58%) пациентам, 78 (42%) из них диагноз был выставлен в амбулаторных условиях. Контрольная рентгенография грудной клетки выполнялась при очаговых пневмониях в 28 (22%) случаев, что почти в 4 раза реже, чем при сегментарных – 43 (75%),  $p < 0,001$ .

Таким образом, данные, полученные путем анализа 184 карт стационарных пациентов пульмонологического отделения Гродненской областной детской клинической больницы с внебольничными пневмониями позволяют сделать следующие выводы:

1. С диагнозом пневмония чаще госпитализированы дети школьного возраста из г. Гродно и реже – дети первого года жизни из Гродненской области.

2. Пациентами пульмонологического отделения чаще были лица мужского пола независимо от нозологической патологии.

3. У пациентов грудного возраста реже, чем в других группах, была диагностирована сегментарная пневмония.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бова, А.А. Внебольничная пневмония: современное состояние проблемы / А.А. Бова // Медицинские новости, 2010. – №1. – С.37 – 43.

2. Внебольничная пневмония у детей. Распространенность, диагностика, лечение и профилактика. – Москва, 2011. – 68 с.

3. Жерносек, В.Ф. Острые пневмонии у детей / В.Ф. Жерносек. – Белорусская медицинская академия последипломного образования. – Минск, 2005. – 36 стр.

4. Жерносек, В.Ф. Возможности улучшения результатов лечения внебольничной инфекции дыхательных путей у подростков / В. Ф. Жерносек // Здоровоохранение. – 2008. – № 3. – С. 61- 63.

5. Чучалин, А. Г. Внебольничная пневмония у детей. Распространенность, диагностика, лечение и профилактика / А. Г. Чучалин [и др.] //

Российское респираторное общество, Федерация педиатров стран СНГ, Московское общество детских врачей: научно-практическая программа. – Москва, 2011. – 68 с.

## **УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТЕРЕСС СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.**

*Сорочан А.П., Вороньжев И.А.*

*Харьковская медицинская академия последипломного  
образования*

**Актуальность.** Ультразвуковое исследование в неонатологической практике является основным диагностическим инструментом для подтверждения либо исключения патологии разных органов и систем, в большинстве стран. Традиционная рентгенография уступила ей место практически во всех областях исследования, за исключением органов грудной клетки. Последние исследования зарубежных авторов показывают, что УЗИ органов грудной клетки местами может дополнить, а иногда и заменить обзорную рентгенографию.

**Целью** нашего исследования стало определение места УЗИ в диагностике и динамическом наблюдении у недоношенных новорожденных с РДС.

**Материалы и методы.** Нами были обследованы 38 недоношенных новорожденных с различным сроком гестации и массой тела при рождении, находившихся в стационаре Харьковского городского родильного дома с перинатальным стационаром с различной патологией, выявленной при рентгенологическом обследовании. По данным клинико-лабораторного и рентгенологического исследований диагноз РДС имел место у 36 детей.

**Результаты и их обсуждение.** При ультразвуковом исследовании основным паттерном, для выявления патологии были В-линии, переходящие при тяжелых степенях в консолидацию легочной ткани. На основании исследования было выделено четыре степени тяжести по количеству В-линий на исследуемом участке: 0-1 линия – 1 степень, 1-2 линии – 2 степени, 2-3 линии – 3 степень, 3-4 линии вплоть до консолидации – 4 степень.

Четкое разделение на количество линий в данном случае не-