

3. Фокус – позитивное – «рентное» отношение к жизни и болезням (проблемам) ребенка. Здесь от специалиста требуется помощь семье в направлении обнаружения и развенчания ее «фиктивных целей» (как называл их А.Адлер), их ниспровержения и замены «реальными» целями.

4. Фокус – синдром хронической усталости. Требуется помощь в развитии позитивного самоотношения и принятия ситуации как «жизненного вызова», экзистенциальной задачи. Продуктивна и помощь в налаживании контактных форм взаимной поддержки супругов и детей, обнаружение и исследование потерь от неискренних отношений.

5. Фокус – осмысление родителями инвалидности, болезней и иных проблем в развитии и отношениях ребенка как «наказания», чувство вины. Родителям необходимо помочь в разработке их представлений о вине в направлении поиска иррациональных предубеждений, в некоторых случаях продуктивен психогенетический анализ, исследование семейных сценариев,

6. Фокус – проблемы частичного принятия ребенка и чувства вины по поводу непринятия ребенка. В этой ситуации продуктивна «терапия реальностью», помощь в осмыслении невозможности полного принятия, а также позитивных функций непринятия в развитии ребенка и семьи.

7. Фокус – «автономные» проблемы родителя(ей), например, проблемы пары, существовавшие до рождения или инвалидизации ребенка. Продуктивен анализ «развивающих возможностей» детского присутствия, возможно – выявление «неосознаваемой» родителями и ребенком взаимосвязи интенсивности проблем супругов и нарушений в поведении и состоянии ребенка.

Эффективность стартовой терапии при гемофильных инфекциях у детей

Астапов А.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Заболевания гемофильными нейроинфекциями начали регистрироваться в г. Минске с 1969 г., когда начался подъем заболеваемости генерализованными формами менингококковой инфекции с внедрением современных методов диагностики гнойных менингитов. С 1969 по 2014 гг. в г. Минске зарегистрировано 89 больных с нейроинфекциями гемофильной этиологии. Наибольшее количество пациентов зарегистрировано в 2000–2009 гг. (40 детей) и с 2002 г. начали встречаться пациенты с эпиглоттитом гемофильной инфекции (22 ребенка), которых не было все предыдущие годы.

В связи с трудностями клинической дифференциальной диагностики между гнойными менингитами менингококковой и гемофильной этиологии заболеваний в XX веке для лечения гнойных менингитов стартовым антибиотиком использовали пенициллин у 85,4% пациентов, в связи с преобладанием в этиологической структуре за-

болеваний менингококка. При анализе эффективности лечения пенициллином установлено, что эффект от монотерапии получен только у 3 (8,6%) детей. У 32 (91,4%) пациентов приходилось приводить замену антибактериальной терапии у 19 на левомицетина сукцинат, а у 15 детей использовали по 3 и даже 4 антибиотика. В эти годы (1991-2000) произошел подъем летальности от пневмококковых нейроинфекций до 23,8%, также леченных пенициллином и встал вопрос о замене стартовой антибактериальной терапии. С учетом чувствительности основных патогенов вызывающих гнойные менингиты в г. Минске (менингококк, пневмококк, гемофильная палочка) решено для стартового лечения применять цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, клафоран и др.). При использовании последних эффективность монотерапии повысилась до 45,5% и лишь 54,5% пациентам проводилась замена терапии с использованием левомицетина сукцината у 5 детей, меронема – у 4, тивомеда и ванкомицина по 2 пациента.

В г. Минске от нейроинфекций гемофильной этиологии умерло 2 (2,2%) ребенка, в одном случае возбудитель обладал промежуточной чувствительностью к роцефину.

Таким образом смена стартовой антибактериальной терапии позволила уменьшить затраты на лечение нейроинфекций гемофильной этиологии и предотвращать летальные исходы и тяжелые остаточные последствия после перенесенного заболевания.

Физическая нагрузка и некоторые показатели гормонального и иммунного статуса у детей

Ахмедова Д.И., Ахмедова Н.Р., Закирова Н.И.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан*

Несмотря на то, что интенсивная физическая нагрузка может вызывать кратковременные изменения уровня иммунных клеток в крови даже у тренированных спортсменов, не существует убедительных доказательств того, что эти изменения могут сохраняться в течение более продолжительного времени или как-то влиять на деятельность иммунной системы. При высоких спортивных нагрузках возрастает интенсивность стероидогенеза в коре надпочечников, усиливается адренкортикальная активность и повышается уровень кортикостероидов в крови.

Цель. Изучить состояние иммунной системы и уровень гормонов у детей в зависимости от физической активности.

Методы. Нами обследовано 200 детей в возрасте 13–14 лет (120 – детей, занимающихся спортом и 80 – учащихся, занимающихся физическим воспитанием в общеобразовательных школах). У обследованных изучены состояние иммунной системы и уровень гормонов (кортизол, саматотропного гормона).