



С целью разработки алгоритма диагностики ТИПП проведено комплексное клиничко-параклиническое обследование 420 больных в возрасте от 1 года до 17 лет: с уролитиазом (60 детей), пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР, 30 больных), аномалиями органов мочевой системы (ОМС, 90 детей), хроническим вторичным пиелонефритом (180 больных) в активную (95 детей) и неактивную стадии (85 детей) воспалительного процесса и 60 детей контрольной группы. Всем детям проводился мониторинг клинических и структурно-функциональных показателей почек.

Обоснованы этапы обследования больных направленные на дифференцированную диагностику патогенетических факторов первичных (гипоксия) или вторичных (обменные нарушения, рефлюкс-уропатии, нарушения почечной гемодинамики, иммунные комплексы, липиды и др.) повреждающих факторов ТИПП, а также этиологических факторов (инфекционные, токсические, ишемия и другие).

Выделены ключевые клиничко-параклинические признаки ТИПП (протеинурия, микроальбуминурия (МАУ), функциональный почечный резерв, показатели парциальных функций канальцев; органоспецифические ферменты, суточный мониторинг артериального давления (АД), эхографические параметры структурных изменений почек и состояние внутривисцеральной гемодинамики).

Обоснована оптимальная последовательность диагностического поиска для верификации диагноза и назначения патогенетической терапии с учетом механизмов повреждения интерстиция почек.

Прогностическими признаками неблагоприятного клинического течения заболевания с наслоением тубулоинтерстициального процесса являются снижение тубулярных функций, стойкая бета-лизинурия, стабильно-высокий уровень показателей перекисления липидов, угнетения ферментов антиоксидантной защиты, снижение факторов противоинфекционной резистентности в сочетании с персистенцией вирусов Коксаки и внутриклеточно паразитирующей кишечной палочкой, обладающей высокой способностью к инаktivации лизоцима.

В группу высокого риска по развитию ТИПП отнесены дети, перенесшие гипоксию в перинатальном периоде, при выявлении обменных нарушений, аномалий органов мочевой системы или нейровегетативной дисфункции с синдромом нейрогенного мочевого пузыря, хронического цистита, рожденных женщинами с патологией почек, имевшими контакт с профессиональными и другими средовыми вредностями, в т.ч. Коксаки-вирусной инфекцией.

Высокая частота формирования тубулоинтерстициального поражения почек у детей с предрасполагающими состояниями требует постоянного диспансерного наблюдения за ними с систематическим контролем за показателями функции почек, уровнем суточной протеинурии и микроальбуминурии, УЗИ-мониторингом почек, суточным мониторингом артериального давления, контролем показателей противоинфекционной защиты, обменных нарушений для их своевременной коррекции с целью профилактики возникновения и прогрессирования тубулоинтерстициального поражения почек.

Ортопедические осложнения у детей, перенесших острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит нижних конечностей

М. Р. ГИЛЬМУТДИНОВ, П. Н. ГРЕБНЕВ

ГОУ ВПО казанский государственный медицинский университет Росздрава РФ, г. Казань

УДК 616.71-018.46-002:617.3

Был проведен анализ лечения острого метаэпифизарного остеомиелита (ОГМЭО) нижних конечностей у 106 детей в возрасте от 11 дней до 2,7 года, проходивших лечение в ДРКБ МЗ РТ (1993-2007). Мальчиков 50 (47,2%), девочек 56 (52,8%), из них в период новорожденности поступило 37 (34,9%) детей.

Новорожденных 37 (34,9%), детей до 1 года 34 (32,1%), от 1 года до 2-х лет 19 (17,9%), 2 года и старше 16 (15,1%).

В первые три дня от начала заболевания поступило 52 (49%) детей, на 4-7-е сутки 38 (35,8%) детей и позднее 8 суток — 16 (15,2%).

Наиболее часто поражались проксимальный (29,2%) и дистальный (41,5%) эпиметафизы бедренной кости и проксимальный эпиметафиз большеберцовой кости (13,2%). Сочетанное поражение 2 костей выявлено у 15 (14,2%) детей.

Причины несвоевременного направления больных в стационар: ошибочная диагностика — 11,2%, запоздалая диагностика — 15,3%, отсутствие классической клинической картины — 39,4% (преобладание общих симптомов над местными, бессимптомное течение, превалирующее поражение других органов и систем).

При поступлении всем детям назначалась инфузионная и антибактериальная терапия.

У 60 (56,6%) было проведено хирургическое лечение: у 21 (35%) ребенка проведена остеоперфорация метафиза, в 15 (25%) случаях проведено вскрытие и дренирование флегмоны, у 13 (21,7%) детей проведена пункция коленного сустава которая у 5 (8,3%) детей закончилась дренированием сустава. Пункция тазобедренного сустава выполнено у 4 (6,7%) детей, дренирование у 1 (1,7%) ребенка.

У 46 (43,4%) проводилось консервативное лечение, которое заключалось в назначении физиотерапевтических процедур, наложения маевых повязок, иммобилизация конечностей.

На ряду с лечением острого процесса проводилось использование ортопедических пособий (гипсовая лангета, вытяжение по Мао, Шеде, шины Виленского, стремена Павликова, гипсовая иммобилизация конечностей).

Во всех случаях проводился бактериологический посев на определение флоры и чувствительности к антибиотикам. В 45% случаев высеивался золотистый стафилококк, в 22% случаев эпидермальный стрептококк, эшерихия коли в 7,4%,

энтеробактер клоаце в 3,8%, сапрофитный стафилококк в 2,3%, в 18% случаев не было роста. В 41,3% была обнаружена полифлора.

Изучены отдаленные результаты лечения на сроках 1-15 лет.

Всем детям проводилось клинко-рентгенологическое обследование. У 65 (61,3%) детей ортопедической патологии не выявлено.

Дистензионный вывих бедра — 4 (9,7%), деформация шейки бедренной кости (соха varae, соха valgra simptomaticus) — 4 (9,7%), частичный дефект эпифиза головки бедренной кости — 2 (4,9%), полный дефект эпифиза головки бедренной кости (повреждение зоны роста эпифиза головки бедренной кости) — 2 (4,9%).

Выявлены вальгусные деформации у 8 (19,5%) больных, варусные — у 6 (14,6%) детей. Вальгусные деформации за счет бедренной кости отмечались у 5 (12,2%), варусные — у 3 (7,3%) больных. Вальгусные деформации коленного сустава за счет большеберцовой кости наблюдались у 3 (7,3%) пациента, варусные — у 3 (7,3%).

Контрактура коленного сустава у 5 (4,9%) детей.

У 4 детей отмечена вальгусная деформация, у 3-х варусная деформация области голеностопного сустава. Контрактура голеностопного сустава у 3-х детей (7,3%).

Выводы:

1) По нашим данным 38,7% детей с острым метаэпифизарным остеомиелитом длинных трубчатых костей нижних конечностей развиваются различные ортопедические осложнения.

2) В 51,5% случаев ортопедические последствия формируются у детей перенесших острый метаэпифизарный остеомиелит в период новорожденности и первого года жизни.

3) В настоящее время наблюдается омоложение общего контингента больных (34,9%) на фоне стертости клинической картины увеличения разнообразия возбудителей, что в свою очередь, приводит к запоздалой диагностике ОГО и возникновению высокого процента ортопедических последствий после лечения острого процесса у детей.

4) Выраженность ортопедического осложнения напрямую зависит от своевременности оказания хирургического лечения проводимого одновременно с оказанием ортопедического пособия и динамически проводимой антибактериальной терапии.

Структура потребления антигистаминных препаратов в детской практике

Л. Р. ГИНИЯТОВА, О. И. ПИКУЗА, Л. Е. ЗИГАНШИНА

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань.

УДК 615.453-053.2

Цель: изучить структуру потребления антигистаминных препаратов (АГП) при различной патологии детского возраста в условиях детских поликлиник и стационаров г. Казани.

Методы: анкетирование родителей, приобретающих антигистаминный препарат для ребенка в аптеках г. Казани по специально разработанному опроснику. Вопросы анкеты включали паспортные данные ребенка, его диагноз, жалобы, длительность заболевания, выбранный АГП, форма его выпуска, побочные эффекты, кем был назначен препарат. Было проанализировано 84 анкеты. В группу вошли дети от 1 до 8 лет с диагнозами обструктивный бронхит — 42,85%, атопический дерматит — 28,57%, острая крапивница — 21,42%, реакция на вакцинацию — 7,14%. Также были изучены амбулаторные карты детей (учетная форма 112-у «История развития ребенка») в возрасте от 1 месяца до 10 лет, получавших АГП на базе одной из центральных поликлиник города. Проанализировано 40 амбулаторных карт с последующей разработкой индивидуальных регистрационных карт. В картах учитывали анамнез, наследственность, заболевание, при котором были назначены АГП, дозы и длительность курса лечения, комбинация с другими лекарственными средствами. Третьим этапом работы явился анализ медицинских карт стационарных больных. Было изучено 105 историй болезни детей с острым обструктивным бронхитом и острой пневмонией, которым наряду с антибактериальной, муколитической, бронхолитической терапией был назначен АГП. 70 карт составили контрольную группу. При этом была поставлена задача изучить эффективность АГП в терапии бронхолегочных заболеваний и их влияние на общее состояние ребенка, продолжительность обструктивного синдрома, кашля, динамику физикальных и лабораторных данных.

Результаты: Среди выбранных родителями АГП в аптечных учреждениях лидирующее место занял хлоропирамин (Супрастин). Он был приобретен в 58,62% случаев. Препарат цетиризин (Зиртек, Парлазин) приобретался в 12,06%, лоратадин (Кларитин, Ломилан) в 10,34%, дезлоратадин (Эриус) в 8,62%, клемастин (Тавегил) в 5,17%, кетотифен в 3,44% и демитинден (Фенистил) в 1,72% случаев. В результате исследования было отмечено, что врачи-педиатры амбулаторной сети при выборе АГП также отдают предпочтение хлоропирамину (71,43%), и в меньшей степени лоратадину (14,28%), клемастину (9,52%), демитиндену (4,77%). Указанный спектр АГП был назначен при ОРВИ, атопическом дерматите, крапивнице, лекарственной и вакцинальной аллергии, обструктивном бронхите, пневмонии, катаральном отите, как правило, в комплексной терапии с противовирусными, жаропонижающими, бронхолитическими и отхаркивающими лекарственными средствами. Анализ историй болезни позволил установить, что включение в терапию обструктивного бронхита АГП не выявило достоверного различия в клиническом течении болезни по всем изучаемым показателям, а при острой пневмонии, напротив даже отмечалось более продолжительное сохранение респираторных симптомов.

Выводы: Как показали исследования, назначения АГП не всегда было обоснованным. В частности, хлоропирамин использовался больными с острой инфекцией респираторного тракта при наличии непродуктивного частого кашля. Использование АГП при пневмонии и заболеваниях ЛОР-органов в комбинации с антибиотиками и деконгестантами, по данным доказательной медицины, не является эффективным. Столь популярное и не всегда обоснованное применение хлоропирамина, по-видимому, обусловлено широкой