

мЕд/мл) у маловесных детей курящих матерей по сравнению с контрольной группой (8,804 мЕд/мл), указывали на недостаточную активность гормонов щитовидной железы в этой группе детей, как регулятора процессов неонатальной адаптации. Низкий уровень ДГЭА-С (3,053 мкмоль/л) и эстрадиола (2464,500 pg/ml) у детей из этой же группы свидетельствует о недостаточной активности надпочечников. Интенсивность хемолюминесценции в группе детей от курящих матерей значительно выше (6,8 mV), чем в группе контроля (5,8 mV), что свидетельствует о повышении процессов ПОЛ. Уровни общего холестерина (M=78,58 мг/дл) и триглицеридов (M=44,99 мг/дл) были достоверно выше, чем у детей некурящих матерей (67,32 мг/дл и 31,91 мг/дл).

Выводы:

1. Для детей курящих матерей характерна специфическая эмбриофетопатия, которую можно назвать «табачным синдромом новорожденного».
2. Пассивное «курение» плода приводит к расстройству неонатальной адаптации, что является угрозой для последующего формирования здоровья человека.
3. Курение беременной и кормящей женщины можно рассматривать как одну из причин детской инвалидизации и младенческой смертности.

Фармакоэпидемиология антибактериальной терапии пиелонефрита у детей

Е. В. ЮДИНА, А. И. САФИНА, Л. Е. ЗИГАНШИНА

Казанская государственная медицинская академия, г. Казань.

УДК 616.61-002.3:615.1-053.2

Инфекции мочевой системы у детей занимают ведущее место среди инфекций детского возраста, из которых наиболее серьезный прогноз имеет микробно-воспалительный процесс в интерстиции и чашечно-лоханочной системе почек (пиелонефрит). Основной задачей при лечении детей с активной фазой пиелонефрита становится ликвидация или уменьшение микробно-воспалительного процесса в почечной ткани и мочевыводящих путях, при этом успех лечения во многом зависит от выбора антибактериальной терапии. Нерациональное применение антибактериальных препаратов является важным фактором для формирования и распространения антибиотикорезистентности. Фармакоэпидемиологические исследования позволяют проводить анализ и оценку качества антибактериальной терапии, потребления антибактериальных препаратов в реальной клинической практике и прогнозировать формирование резистентности патогенных микроорганизмов в каждом регионе. Фармакоэпидемиологические исследования в педиатрии особенно актуальны, т. к. проведение рандомизированных клинических исследований у детей не всегда возможно по этическим причинам.

Целью нашего исследования было изучение существующей практики антибактериальной терапии пиелонефрита у детей в условиях стационара и оценка рациональности с позиций клинической фармакологии и «доказательной медицины».

Пациенты и методы: в ретроспективный фармакоэпидемиологический анализ включили 561 случай стационарного лечения пиелонефрита у детей (222 случая острого пиелонефрита и 339 случаев хронического пиелонефрита в стадии обострения) за 2005-2008 гг. Оценивали адекватность выбора стартовой терапии, пути введения, режима дозирования и длительности антибактериальной терапии. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Revman 5.00.11 (Cochrane collaboration) и специализированного пакета прикладных программ для обработки статистических данных SPSS 11.5.

Результаты и обсуждение: Проанализировано 1110 назначений антибактериальных препаратов при остром

и хроническом пиелонефрите, 493 (44,4%) из которых назначали в качестве стартовой терапии, 97 (8,7%) — в качестве последующих курсов при неэффективности стартового режима и 520 (46,9%) — в качестве продолжения лечения при эффективности стартового антибиотика. В качестве стартовой терапии активной фазы пиелонефрита в большинстве случаев использовали цефалоспорины III поколения (73%, n=408, p<0,05), реже — ингибитор-защищенные пенициллины (5,9%, n=33) и аминогликозиды (2,2%, n=12). При этом следует отметить, что анализ результатов бактериологического исследования мочи показал отсутствие статистически значимых различий в показателях резистентности E.coli — основного уropатогена, к цефалоспорином III поколения и ингибитор-защищенным пенициллинам. В 10% случаев (n=56) в качестве стартовой терапии использовали уросептики (нитрофураны, нитроксалин, нефторированные хинолоны, фосфомицин).

В 7% (n=79) случаев назначения антибактериальных препаратов путь введения (в/м) был не адекватен вводимой дозе (превышение предельно допустимой дозы цефтриаксона и амикацина для внутримышечного введения). В 26,5% (n=294) случаев путь введения был не адекватен состоянию пациента (парентеральное введение антибиотиков при нетяжелом состоянии больного и отсутствии противопоказаний для приема внутрь). Анализ режима дозирования показал, что в 8% случаев (n=90) антибактериальные препараты назначали в неадекватной дозе. Длительность системной антибактериальной терапии активной фазы пиелонефрита в 53% случаев (n=275) составила 10-14 дней и более, в 8% случаев (n=42) — менее 7 дней, в 38,8% случаев (n=201) — 7-9 дней. Длительность парентеральной антибактериальной терапии в большинстве случаев была избыточна (7-14 дней).

Заключение: Существующая практика лечения пиелонефрита у детей в условиях стационара не всегда рациональна с позиций клинической фармакологии и «доказательной медицины». Основными проблемами в тактике антибактериальной терапии пиелонефрита у детей являются: отсутствие дифференцированного подхода к лечению (в большинстве



случаев «шаблонное» назначение цефалоспоринов III поколения); приверженность к парентеральному назначению антибактериальных препаратов при нетяжелом течении пиелонефрита и отсутствии противопоказаний для приема внутрь; избыточная длительность парентерального назначения антибиотиков; назначение уросептиков в активной фазе

пиелонефрита; короткие курсы антибактериальной терапии (менее 10 дней). Высокая частота назначения цефалоспоринов III поколения не всегда микробиологически и клинически оправдана и увеличивает риск селекции устойчивых штаммов микроорганизмов.

Структура колопроктологической патологии у детей

Р. Я. ЯФЯСОВ, А. П. БАИМОВ, М. С. ПОСПЕЛОВ

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань,
Детская республиканская клиническая больница, г. Казань.

УДК 616-092.18-053.2

Целью работы было изучение структуры колопроктологической патологии у детей в возрасте до 15 лет. Данные о заболеваниях изучены по данным хирургического кабинета консультативной поликлиники и хирургических отделений ДРКБ за 2000-2007 гг.

Колопроктологические заболевания диагностированы у 662 больных, что составило 3% от количества хирургических больных. Пороки развития толстой кишки диагностированы у 138 (20,8%) больных. Наиболее распространенными пороками были аноректальные атрезии (42 пациента), болезнь Гиршспрунга (39) и долихосигма (35). Реже диагностированы другие аномалии развития: аномалия фиксации толстой кишки (*saecum mobile*) у 4 детей, тератома крестцово-копчиковой области — у 4, врожденные ректовагинальный и ректовестибулярный свищи — у 3, эпителиально-копчиковый ход — у 3, врожденный стеноз анального канала — у 2, удвоение толстой кишки — у 2, врожденная клоака — у 1, атрезия толстой кишки — у 1, хвостоподобный придаток промежности — у 1, врожденный стеноз прямой кишки — у 1. Приобретенная патология диагностирована у 524 (79,2%) больных. Наиболее частыми заболеваниями были функциональные нарушения ректоанальной области (хронические запоры и недержание кала) 51,5% пациентов, воспалительные заболевания — 8,8%, трещины слизистой анального канала — 5,6%, опухолевые заболевания — 4,5%. Функциональные нарушения ректоанальной области диагностированы у 341 больных. Хронические запоры отмечены у 295 детей, из них функционального характера — у 172, ор-

ганического — у 123. Недержание кала наблюдали у 46 больных, из них функционального характера — у 22, смешанной этиологии (после коррекции аноректальных атрезий) — у 12, нейрогенного генеза (тканевая и органная форма миелодисплазии) — у 11, посттравматического характера — у 1. Воспалительные заболевания встретились у 58 больных, из них неспецифические воспалительные заболевания (язвенный колит, болезнь Крона) составили 12 наблюдений, острый парапроктит — 25, хронический парапроктит (параректальные свищи) — 21. Опухолевые заболевания диагностированы у 30 больных. Все носили доброкачественный характер и были представлены одиночными полипами у 27 пациентов, диффузным полипозом — у 1 и фибромой промежности — у 2. Острая и хроническая анальная трещины диагностированы у 37 больных. Частота остальных нозологических форм составила 7,4%. Геморрой диагностирован у 17 детей, выпадение прямой кишки — у 13, колоноптоз — у 11, травматические повреждения ректоанальной области — у 11, перианальные кондиломы — у 3, сформированные свищи толстой кишки — у 2, гемангиома прямой кишки — у 1.

Таким образом, по материалам клиники, колопроктологическая патология детского возраста составляет 3% от хирургических заболеваний. Структура заболеваний разнообразна и включает как врожденную, так и приобретенную патологию с преобладанием последней группы. Для диагностики и лечения большинства колопроктологических заболеваний необходимы специализация врачей детских хирургов и наличие соответствующего оснащения.