



лечившиеся ранее традиционными методами (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, противокашлевые, бронхолитики, кортикостероиды, иммуностимуляторы или сочетание медикаментозной и физиотерапии), — для сравнительного анализа результатов лечения. Группы были сопоставимы по возрасту, диагнозам, длительности заболевания.

Оценка клинических проявлений заболевания позволила нам распределить детей основной группы по фазам патологического процесса (фазы гомотоксикоза) с целью дифференцированного подхода к назначению антигематоксической терапии (Эхинацея композитум, Галиум-Хель, Траумель С, Лимфомиозот, Мукоза композитум, Убихинон композитум, Козэнзим композитум, дренажные средства).

Длительность антигематоксической терапии в основном составляла 4–6 недель. Анализ полученных данных показал, что у 90% пациентов основной группы первые положительные сдвиги в состоянии были отмечены через 3–4 недели от начала терапии — значительно уменьшились симптомы иммунной недостаточности, тогда как в контрольной группе за указанный срок выраженность клинических проявлений практически не изменилась. В течение последующих двух месяцев у 87% детей основной группы уменьшились размеры печени и лимфатических узлов; в контрольной группе размеры печени уменьшились у 52% пациентов, лимфоузлов — у 12%. Наблюдение в течение года после лечения показало снижение числа ОРВИ до двух — трех раз и отсутствие длительного субфебрилитета после болезни только в основной группе.

616.61-002.3-053.2

О.А. СЕДАШКИНА

Оренбургская государственная медицинская академия

Клинические особенности пиелонефрита у детей с дисплазией соединительной ткани

Хронический пиелонефрит — наиболее распространенное заболевание почек у детей, характеризующееся полиморфностью клинических симптомов, трудностью ранней диагностики с формированием хронической почечной недостаточности и инвалидизацией больных уже в детском возрасте (Вялькова А.А., 1978, 2005; Папаян А.В., 1995; Игнатова М.С., 1998, 2000; Коровина Н.А., 2001; Дементьева Т.Г., 2001, 2006; Зверев Д.В., 2007).

С целью определения клинических особенностей хронического пиелонефрита (Хр.ПН) у детей с недифференцированным синдромом соединительно-тканной дисплазии (НССТД) проведено комплексное нефро-урологическое обследование и анализ клинико-параклинических показателей у 154 детей с НССТД, больных Хр.ПН. Дети распределены по нозологическим формам болезни на группы, сопоставимые по возрасту и признакам НССТД: 90 больных с пиелонефритом на фоне НССТД; 64 ребенка с пиелонефритом без органических признаков НССТД.

Результаты исследования: У детей с Хр.ПН, развившемся на фоне дисплазии, выявлены различные фенотипические

признаки НССТД: гипермобильность суставов (63,3%), сандалевидная щель (89,12%), готическое небо (69,2%), сколиоз (60,4%), эпикант (43%), плоскостопие (35%), патология зрения (31%), spina bifida (30%), оттопыренные уши (29%), приросшие мочки (20%), широкое переносье (19,7%), килевидная грудная клетка (9,13%), повышенная растяжимость кожи (24%), выраженность венозной сети кожи (17,5%), расширенные капилляры (43%), астеническое телосложение (26,7%), грыжи передней брюшной стенки (2,6%). У 75% детей с Хр.ПН фенотипические признаки сочетались с пороками развития ОМС.

Доказана взаимосвязь тяжести соединительно-тканной дисплазии с частотой аномалий ОМС и выраженностью клинических симптомов заболевания. Научно обосновано, что пациентам с высокой степенью соединительно-тканной дисплазии показано целенаправленное обследование для исключения органических признаков НССТД и клинически значимых изменений мочевой системы.