

Факторы риска развития инфекционно-токсического шока у детей с пневмонией

М. Ж. АХМЕДОВ, В. И. ЛИМ

Самаркандский Государственный медицинский институт (ректор — профессор А. М. Шамсиев), Самаркандский Филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи (директор — д.м.н. Дж. Ахтамов).

УДК 616.24-002-053.2

Основным источником инвалидности детства (до 70%) является патология перинатального периода. Главной проблемой перинатальной медицины является здоровье женщин и их новорожденных детей, относящихся к категории высокого риска.

В последние годы намечается тенденция к учащению патологии беременности и течения родов, в связи с чем, у значительной части детей отмечаются гипоксические состояния, задержка внутриутробного развития и перинатальные поражения центральной нервной системы, действие которых может способствовать срыву адаптации всех органов и систем.

Обследовано 64 больных детей грудного возраста пневмонией, у которых выявлялись факторы риска по развитию с инфекционно-токсического шока.

У 20 (31,2%) наблюдаемых больных выявлены симптомы инфекционно-токсического шока I степени, у 32 (50%) больных — II степени и у 12 (18,8%) — III степени.

Проведенный анализ позволил выделить значимые факторы риска развития инфекционно-токсического шока I степени относившихся к антенатальному периоду: пограничный возраст матери (моложе 18 и старше 35 лет) у 4 (20%) детей, внутриутробные инфекции у 6 больных, обострения хронических заболеваний матери у 1 (5%) ребенка, токсикозы во время беременности у 3 (15%) детей; интранатальному: патологическое течение родов у 8 (40%) больных, длительный безводный период у 5 (25%) больных, преждевременные или поздние роды у 7 (35%) больных, кесарево сечение у 10 (50%) больных, острая и хроническая гипоксия плода у 6 (30%) больных, большая масса тела и размеры плода у 8 (40%) больных; постнатальному периоду: гипотрофия у 4

(20%) больных, рахит у 7 (35%) больных, анемия у 20 (100%) больных, иммунодефицитное состояние у 4 (20%) больных.

Во II степени инфекционно-токсического шока факторы риска относившихся к антенатальному периоду: пограничный возраст матери (моложе 18 и старше 35 лет) у 6 (18,7%) детей, внутриутробные инфекции у 10 (31,2%) больных, обострения хронических заболеваний матери у 5 (15,6%) больных, токсикозы во время беременности у 12 (37,5%) больных; интранатальному: патологическое течение родов у 8 (25%) больных, длительный безводный период у 10 (31,2%) больных, преждевременные или поздние роды у 10 (31,2%) больных, кесарево сечение у 3 (9,4%) больных, острая и хроническая гипоксия плода у 28 (87,5%) больных, большая масса тела и размеры плода у 15 (46,8%) больных; постнатальном периоде: гипотрофия у 17 (53,1%) больных, рахит у 21 (65,6%) больных, анемия у 30 (93,7%) больных, иммунодефицитное состояние у 12 (37,5%) больных.

При III степени инфекционно-токсического шока у всех больных отмечался гипотрофия 2-3 степени, рахит, анемия и иммунодефицитное состояние, кроме этого внутриутробные инфекции у 3 (25%) больных и острая и/или хроническая гипоксия плода у всех больных.

Полученные данные свидетельствует о том, что определенные нами факторы риска способствует развитию инфекционно-токсического шока, степень тяжести, которых обуславливают их суммарное воздействие.

Таким образом, выявление факторов риска развития инфекционно-токсического шока при пневмонии у детей раннего возраста в значительность степени определяют корректирующее лечение и прогноз заболевания.

Применение пантокальцина на постгоспитальном этапе лечения инфекционно-токсического шока при пневмонии у детей грудного возраста

М. Ж. АХМЕДОВ, Н. М. ШАВАЗИ

Самаркандский Государственный медицинский институт (ректор — профессор А. М. Шамсиев), Самаркандский Филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи (директор — д.м.н. Дж. Ахтамов).

УДК 616.24-003.661-053.3

Около трети больных, попадающих в отделения реанимационного профиля, составляют пациенты с инфекционно-токсическим шоком.

Токсический шок выражается комплексом патологических сдвигов в деятельности всех физиологических систем, главным образом центральной нервной системы, кровообраще-

ния, дыхания, метаболизма, эндокринной системы, которые сохраняются и после ликвидации самого заболевания, проявляясь отставанием дальнейшего психомоторного развития ребенка.

В настоящее время для устранения остаточных явления инфекционно-токсического шока со стороны ЦНС и при его реабилитации широко используются лекарственные препараты, улучшающие метаболизм головного мозга. Эти средства оказывают прямое активирующее влияние на структуры головного мозга, а также повышают устойчивость центральной нервной системы к повреждающим воздействиям.

Регуляция процессов метаболизма, нейропротекторные, седативные, адаптогенные, антидепрессивные, ноотропные и противосудорожные свойства пантокальцина позволили широко использовать его как в неврологии, нейрохирургии и педиатрии.

Нами изучена эффективность пантокальцина в реабилитации детей грудного возраста перенесших пневмонию осложненной инфекционно-токсическим шоком.

Под нашим наблюдением находились 26 детей (I группа), которым назначали пантокальцин по 0,25 г 3 раза в день внутрь через 15-30 минут после еды в течение 1 месяца сразу после выписки из стационара и 22 детей (II группа) которым не проводилось реабилитационное лечение.

Протокольная оценка состояния детей проводилась в динамике, с учетом возрастной динамики психомоторного развития.

Результаты исследования показали, что у детей I группы после проведенного лечения пантокальцином полное восстановление двигательной активности (симметричность дви-

жения, тремора в покое, вздрагивания) наблюдалось у 9 (34,6%) детей; по мышечному тону (дистония, гипертонус, гипотония) и очаговой глазной симптоматике (нистагм глазных яблок, симптом «Грефе») наблюдалось соответственно у 5 (19,2%) и у 3 (11,5%) детей; неполное восстановление двигательной активности наблюдалось у 3 (11,5%) детей; по мышечному тону и очаговой глазной симптоматике наблюдалось соответственно у 2 (7,5%) и у 1 (3,8%) детей; отсутствие динамики сохранялось двигательной активности наблюдалось у 1 (3,8%) детей; по мышечному тону и очаговой глазной симптоматике наблюдалось соответственно у 1 (3,8%) и у 1 (3,8%) детей.

Во II группе полное восстановление двигательной активности наблюдалось у 3 (13,8%) детей; по мышечному тону и очаговой глазной симптоматике наблюдалось соответственно у 2 (9,0%) и у 1 (4,5%) детей; неполное восстановление двигательной активности наблюдалось у 3 (13,8%) детей; по мышечному тону и очаговой глазной симптоматике наблюдалось соответственно у 3 (13,8%) и у 4 (18,2%) детей; отсутствие динамики сохранялось двигательной активности наблюдалось у 2 (9,0%) детей; по мышечному тону и очаговой глазной симптоматике наблюдалось соответственно у 2 (9,0%) и у 2 (9,0%) детей.

Данные клинического наблюдения подтверждены результатами ЭЭГ исследования.

Результаты наблюдения показали несомненную эффективность пантокальцина в реабилитации больных перенесших инфекционно-токсический шок осложнивших течение пневмонии, особенно хорошие результаты получены у детей с сопутствующей перинатальной энцефалопатией.

К истории изучения инфравезикальной обструкции у детей

А. А. АХУНЗЯНОВ, Р. С. БАЙБИКОВ

Кафедра детской хирургии с курсом ФПК ППС КГМУ, ДРКБ МЗ РТ, г. Казань.

УДК 616.053.2

Сохраняющаяся высокая актуальность изучения этиопатогенетики, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения аномалий мочевыделительной системы у детей объясняется заметным увеличением удельного веса врожденных заболеваний (Greenfield S., 1990; Разин М. П. и соавт., 2007). Обструкция чаще встречается на уровне пузырно-уретрального сегмента (Ахунзянов А. А., 1994). Несмотря на богатую историю, многие вопросы диагностики и лечения нарушений мочеиспускания до сих пор являются дискуссионными.

Врожденные клапаны задней уретры были впервые описаны Morgani в 1717 году. В дальнейшем о них упоминали Langenbek (1802), Velrean (1832), не придавая им клинического значения. Детальное описание врожденных «заслонок» мочеиспускательного канала мы встречаем в протоколе вскрытия трупа мальчика жившего 12 дней доктора Беднара (1846). Профессор Люшке в 1865 году по результатам вскрытия мертворожденного ребенка установил, что врожденные заслонки мочеиспускательного канала вызывают патологические изменения со стороны почек и верхних мочевых путей вследствие хронической задержки мочи.

Арнольд в 1867 году у мертворожденного плода наряду с врожденными «заслонками» обнаружил дивертикул задней уретры.

Нормальные параметры мочевых органов новорожденных детей были представлены в 1861 году в диссертации доктора Фрейденштейна.

В 1870 году, выпускник медицинского факультета Императорского Казанского Университета, профессор Николай Александрович Толмачев опубликовал результаты своего исследования полулунных клапанов мочеиспускательного канала у детей. Им же, впервые в России, в 1875 году успешно защищена диссертация на степень доктора медицины «О врожденных заслонках уретры, как одной из причин разстройств мочеиспускания у детей». Он впервые обратил внимание педиатров к порокам развития плода как одной из частых причин смертности в периоде новорожденности. Привел примеры нахождения врожденных заслонок в различных отделах уретры: наружное отверстие, область ладьевидной ямки, луковичном, мембранозном и простатическом отделах. Он также четко провел дифференциальную диагностику приобретенных стриктур и врожденных сужений уретры. Наряду