

в большинстве случаев (у 10 пациентов) использована схема «клафоран + амикацин внутривенно струйно + 0,5% раствор метрогила внутривенно капельно» в возрастных дозировках. У остальных в числе антибиотиков 1-го ряда использовались фортум, максипим, гентамицин, однако обязательным препаратом для лечения деструктивного аппендицита является раствор метронидазола в связи с его воздействием на анаэробную флору. В качестве 2-го курса антибиотикотерапии у 4 детей применен максипим, у 2 — фортум, у 5 пациентов — цефсон, в остальных случаях прибегали к тиенаму, цефобиду, цефсиду. Кроме этих наиболее часто упоминаемых препаратов в лечении осложненного аппендицита использовали сульперазон, зивокс. У 4 пациентов проведена УВЧ-терапия на область плотного инфильтрата. Кроме того, у девочек с тазовым расположением инфильтрата в комплексном лечении использованы ректальные свечи с левомецетином, лекарственные клизмы с отваром трав. В случае тяжелого состояния пациента в арсенал лечения подключали УФО крови, инфузии иммуноглобулина, озонированного физиологического раствора. После купирования воспалительного процесса в случае плотного инфильтрата пациенты выписывались домой и аппендэктомия выполнялась в плановом

порядке через 3-4 мес. Через месяц после выписки проводили курс противовоспалительной физиотерапии (фонофорез с лидазой, коллазином на переднюю брюшную стенку), что облегчает последующую аппендэктомию. При нагноении аппендикулярного инфильтрата полость абсцесса вскрывали и дренировали, при этом выбор оперативного доступа определяется локализацией инфильтрата: косой разрез в правой подвздошной области при типичном расположении отростка, надлобковый поперечный разрез или доступ через прямую кишку при тазовой локализации процесса. Через 1 мес. после плановой аппендэктомии пациентам также проводили противовоспалительную физиотерапию.

Таким образом, в большинстве случаев имеет место поздняя диагностика аппендикулярного инфильтрата, что приводит к его абсцедированию или развитию гнойного перитонита. Необходимо шире применять при болях в животе бимануальное ректальное и ультразвуковое обследование, в лечении инфильтратов — антибиотикотерапию (комбинацию цефалоспоринов, аминогликозидов и метронидазола, блокирующих развитие Грам-плюс, Грам-минус и анаэробной микрофлоры), а также активное использование физиотерапии для профилактики спаечных осложнений.

Зависимость минеральной плотности костной ткани у новорожденных от массы тела

Т. В. КОЛЕСНИЧЕНКО

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», г. Казань.

УДК 611.018.4:612.648

В настоящее время классическая, развернутая клиническая картина рахита встречается редко. Но у детей находят отдельные проявления недостаточности кальция и витамина D, что указывает на сохранение необходимости продолжения изучения проблемы остеопении у детей и ее профилактики.

Цель исследования. Выявить зависимость минеральной плотности костной ткани у новорожденных от массы тела на момент рождения.

Методы исследования. Для определения минеральной плотности костной ткани использовался метод рентгеноденситометрии. Предварительно отсканированные рентгенологические снимки анализировались с помощью компьютерной программы Xray Analysis, разработанной совместно с сотрудниками КГТУ им. А. Н. Туполева. Проведена рентгеноденситометрия рентгенограмм 92 детей в возрасте до одного месяца, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных. В группе исследования находились дети с массой тела при рождении от 1740 граммов до 3970 граммов. Исследование ми-

неральной плотности костной ткани проводилось в области тела четвертого грудного позвонка.

Результаты. При проведении исследования минимальный показатель минеральной плотности костной ткани в области тела четвертого грудного позвонка составил 4,7 мг/мм², максимальный — 8,9 мг/мм². Четкая зависимость минеральной плотности костной ткани (МПКТ) от массы тела к рождению прослеживается у детей с массой от 1740 грамм до, примерно, 2300 грамм, где максимальный уровень МПКТ составил 5,3 мг/мм². У детей с массой тела к рождению от 2300 до 4000 граммов такой зависимости не выявлено. У детей, родившихся в двойне или в тройне, прослеживается та же закономерность, у ребенка с наименьшей массой тела уровень МПКТ минимален.

Заключение. Таким образом, минеральная плотность костной ткани у новорожденных с массой менее 2300 граммов достоверно снижена и зависит от веса при рождении. Поэтому профилактика остеопении у этих детей с низкой массой тела должна быть обязательной частью программы их лечения и реабилитации.