

# АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на [www.avicenna-idp.ru](http://www.avicenna-idp.ru)

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

[www.idpluton.ru](http://www.idpluton.ru)

**Выпуск №31**

КЕМЕРОВО 2019

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на [www.avicenna-idp.ru](http://www.avicenna-idp.ru)

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет».

Тахирова Рохатой - кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамудиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтюк Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельницина Евгения Александровна - ассистент кафедры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал «Авиценна», входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» [www.idpluton.ru](http://www.idpluton.ru) e-mail: [admin@idpluton.ru](mailto:admin@idpluton.ru)

Подписано в печать 18.02.2019 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

## Оглавление

1. НЕНАТЯЖНАЯ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.....	4
<b>Мельник И.В.</b>	
2. БРОНХИАЛНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ.....	6
<b>Балтаев Д.К., Курбанбоев Т.А., Отаназаров О.К., Аллаберганов О.С.</b>	
3. ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	8
<b>Абдиганиева С.А., Каримов Ф.М., Ташанова Б.М., Хамидова Г.С.</b>	
4. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ.....	11
<b>Генералова Л.Н., Степанян Л.В.</b>	
5. ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА.....	14
<b>Магомедова Н.Г.</b>	
6. ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ.....	18
<b>Киличева Т.А., Шарипова И.С., Рахманова И.И.</b>	

**Мельник Игорь Владимирович**  
**Melnyk Igor Vladimirovich**

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней Ташкентского педиатрического медицинского института, г. Ташкент, Республика Узбекистан

E-mail: [igor\\_melnyk71@mail.ru](mailto:igor_melnyk71@mail.ru)

УДК 617.55-089.845

**НЕНАТЯЖНАЯ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ****NON-TENSIONED ALLOGERNIOPLASTY IN INGUINAL HERNIA TREATMENT**

**Актуальность:** проанализированы результаты лечения 250 пациентов с паховыми грыжами, оперированные по методике Лихтенштейна. Основным методом обезболивания явилась местная инфильтративная анестезия (69,6%). Общая частота послеоперационных осложнений составила 15,6%. Строгое соблюдение операционной техники, качественный гемостаз, полноценная консервативная терапия позволяет избежать развития серьезных осложнений на различных этапах лечения.

**Abstract:** Results of treatment of 250 patients with inguinal hernias, operated using Liechtenstein technique are analyzed. The main method of anesthesia was local infiltration anesthesia(69,6%).Overall frequency of post-surgery complications was 15,6%.Strict compliance with the rules, high quality hemostasis ,full conservative therapy allows avoid development of serious complications on various stages of treatment

**Ключевые слова:** грыжесечение, раневые осложнения, аллопластика

**Key words:** hernia repair, wound complications, alloplasty

**Введение:** исторически предложено более 100 видов пластики при паховых грыжах. Однако, идеального вмешательства до настоящего времени не разработано. Рецидивирование грыж, послеоперационные осложнения, сохранение летальных случаев, несмотря на «кажущуюся» простоту вмешательства, делает эту проблему актуальной и нуждающуюся в дальнейшей разработке и изучении. По литературным данным частота развития послеоперационных осложнений при использовании грыжесечения по методике Лихтенштейна составляет в среднем 1,8-9,7% [3, 58; 1, 110]. Уровень послеоперационной летальности при плановых паховых грыжесечениях находится в пределах 0,2-0,3% [2,17].

**Цель исследования:** изучить непосредственные результаты лечения больных с паховыми грыжами по методу Лихтенштейна.

**Материал и методы:** проанализированы результаты лечения 250 пациентов с паховыми грыжами. Все прооперированные – мужчины. Возраст больных от 25 до 86 лет. Согласно классификации Leoyd M. Nyhus (1995): прямые грыжи (тип IIIa) имелись у 111 (44,4%) больных; большие косые грыжи (тип IIIб) – у 74 (29,6%); рецидивные грыжи (тип IV) диагностированы у 65(26%) больных. При обследовании у 163(%) пациентов имелись различные сопутствующие патологии: гипертоническая болезнь 72(44,2%), ишемическая болезнь сердца 33(20,2%), сахарный диабет 21(12,9%), бронхиальная астма, эмфизема легких, пневмосклероз 18 (11%), варикозное расширение вен нижних конечностей 12(7,4%), перенесенное в анамнезе ОНМК 7(4,3%). Из 74 больных с рецидивными грыжами в 23 случаях имелся второй, в 9- третий рецидив, в 7 случаях имелся рецидив грыжи после проведения операции грыжесечения с применением полипропиленовой сетки в других лечебных учреждениях.

**Результаты и обсуждение:** при выполнении операции с целью обезболивания у 174(69,6%) больных применялась местная инфильтративная анестезия, перидуральное обезболивание использовано в 60 (24%) случаях, общий наркоз имел место - у 16(6,4%) больных. Во время операции особое значение придаем минимальному травмированию тканей и гемостазу. Общая частота послеоперационных осложнений составила 15,6% (39). В 26 (10,4%) случаях наблюдался незначительный отек мошонки, который полностью проходил в течение 10-14 суток после операции. Возникновение данного осложнения связываем со сдавлением семенного канатика в отверстие, создаваемом в сетчатом имплантате; у 13 (5,2%) больных, оперированных по поводу рецидивных грыж, в послеоперационный период и в период проводимых контрольных осмотров в зоне операции имелись участки нарушения чувствительности, что связываем с травмой нервных стволов при рассечении рубцовых тканей. Таких осложнений, как нагноение ран, серомы, гематомы мы не наблюдали. Консервативное лечение после операции включало: антибактериальную терапию,

обезболивание, профилактику тромбоэмболических осложнений. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты путем телефонного опроса изучены в период до 5 лет после операции у 102 (40,8%) больных - рецидивов грыж не отмечено. У 18 (17,6%) пациентов имелся незначительный хронический болевой синдром в месте операции, купируемый периодическим приемом нестероидных противовоспалительных средств. В остальных случаях самочувствие пациентов хорошее.

**Выводы:** таким образом, грыжесечение по методике Лихтенштейна с применением полипропиленовой сетки является операцией выбора у пациентов с прямыми (тип IIIa), с большими косыми (тип IIIб), рецидивными грыжами (тип IV). Строгое соблюдение операционной техники, качественный гемостаз, полноценная консервативная терапия позволяет избежать развития серьезных осложнений на различных этапах лечения.

**Библиографический список:**

1. Александренков Н.В. Мухин А.С. Ребцовский В.А. Профилактика раневых осложнений при пластике паховых грыж по Лихтенштейну // Медицинский альманах №1 (20) 2012 С.110-112
2. Визганов С.А., Смотрин С.М. Паховые грыжи: современные аспекты этиопатогенеза и лечения // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. №4 2010. С.17-22.
3. Дженг Н., Добровольский С.Р., Смирнов Н.В. Анализ ранних осложнений после грыжесечения по Лихтенштейну и Шоулдайсу: ретроспективное сравнение // Вестник Российского университета дружбы народов №4 2014. С. 58-63

**Балтаев Давронбек Хикматович**  
**Курбанбоев Темурбек Алишерович**  
**Отаназаров Ойбек Кенжа угли**

студенты 6-курса Педиатрического факультета Ургенчского филиала Ташкентской  
медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан

**Baltayev Davronbek**  
**Kurbanboev Temurbek**  
**Otanazarov Oybek**

students 6-courses of Pediatric faculty of Urgench branch of the Tashkent medical academy  
Urgench city, Republic of Uzbekistan

**Аллаберганов Ойбек Собирович**  
**Allaberganov Oybek Sobirovich**

Научный руководитель

ассистент кафедры «Неврология и психиатрия» Ургенчского филиала Ташкентской  
медицинской академии г. Ургенч, Республики Узбекистан

УДК 616.248-053.2.

## **БРОНХИАЛНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ**

## **BRONCHIAL ASHTMA IN CHILDREN**

**Аннотация:** Эта статья курсовая работа студентов 622-Б группы Педиатрического факультета Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии по педиатрии. В ней мы освещаем все знания по данной теме. Бронхиальная астма (БА) является глобальной проблемой здравоохранения и одним из самых распространенных хронических заболеваний у детей. Эпидемиологические исследования свидетельствуют об отчетливом росте этой патологии во всем мире [1].

**Annotation:** Bronchial asthma is a global public health problem and one of the most common chronic diseases in children. Epidemiological studies indicate a distinct increase in this pathology throughout the world.

**Ключевые слова:** страна, вирус, ребенка, экзоген

**Key words:** country, virus, baby, exogenous

Бронхиальная астма (БА) – распространенное заболевание в детском возрасте. В разных странах показатели распространенности у детей колеблются от 0,9 до 22% [2]. В Узбекистане показатели распространенности БА у детей варьируют от 5 до 15%. За последние два десятилетия отмечено двукратное увеличение заболеваемости БА взрослых и детей в странах Азии, что связывается с ухудшением экологической ситуации, внедрением химических технологий в производство продуктов питания, бесконтрольным применением лекарственных средств, курением, снижением уровня здоровья и толерантности к экзогенным аллергенам.

БА у детей является гетерогенным хроническим воспалительным заболеванием дыхательных путей, вызывающим развитие респираторных симптомов и нередко возникновение ее обострений (приступов), которые могут потребовать неотложной терапии, а в крайне тяжелых случаях и реанимационных мероприятий. Возникновение симптомов БА и ее обострений может быть вызвано экспозицией к экзогенным аллергенам, приемом пищевых продуктов и лекарственных препаратов, воздействием химических поллютантов, физической нагрузкой, перенесенной вирусной инфекцией [2].

**Механизмы развития БА.** Современная концепция развития БА базируется на том, что в основе заболевания лежит хроническое воспаление ДП с участием различных клеток и медиаторов воспаления, бронхиальная гиперреактивность и ремоделирование ДП. В формировании воспаления участвуют иммунные/аллергические (IgE-опосредованные, не IgE-опосредованные) и неиммунные механизмы. У детей основным является IgE-опосредованный механизм, при котором синтез аллергенспецифических IgE может идти как на системном, так и на органном (слизистая оболочка бронхов) уровне. При связывании аллергена с IgE, фиксированном на мембране эффекторных клеток (тучных клеток, эозинофилов, базофилов) посредством высокоаффинных Fcε-рецепторов, а также под воздействием различных неспецифических факторов, происходит

активация этих клеток с высвобождением медиаторов воспаления и других активных веществ (гистамин, хемокины, цистеиниловые лейкотриены, цитокины, оксида азот и др.), которые вызывают развитие воспаления и индуцируют миграцию других клеток воспаления (натуральные киллеры, нейтрофилы, макрофаги) в бронхиальную стенку. Активированные структурные клетки ДП (фибробласты, эпителиоциты) также интенсивно продуцируют про-воспалительные цитокины и хемокины, усиливая воспалительный процесс.

### **Жалобы, анамнез, физикальное обследование**

Первичное обследование:

Диагностика БА основана на обнаружении характерных симптомов и признаков при отсутствии альтернативного объяснения их возникновения. Главным является получение точной клинической картины (истории). Проводя первичную диагностику, основывайтесь на тщательной оценке симптомов и степени обструкции дыхательных путей.

Клинические признаки, повышающие вероятность наличия БА:

- Наличие более одного из следующих симптомов: хрипы, удушье, чувство заложенности в грудной клетке и кашель, особенно в случаях:
  - ухудшения симптомов ночью и рано утром;
  - возникновения симптомов при физической нагрузке, воздействии аллергенов и холодного воздуха;
  - возникновения симптомов после приема аспирина или бета-блокаторов.
- Наличие атопических заболеваний в анамнезе;
- Наличие БА и/или атопических заболеваний у родственников;
- Распространенные сухие свистящие хрипы при выслушивании (аускультации) грудной клетки;
- Низкие показатели пиковой скорости выдоха или объема форсированного выдоха за 1 секунду (ретроспективно или в серии исследований), необъяснимые другими причинами;
- Эозинофилия периферической крови, необъяснимая другими причинами[3, 4].

### **Лечение обострений БА у детей и подростков**

Начальная терапия обострения БА у детей старше 2 лет

- Решение о госпитализации должно быть принято квалифицированным врачом после повторной оценки ответа на бронхолитики.
- Первая линия терапии: возрастные дозы сальбутамола через ДАИ со спейсером или небулайзер. Если симптомы не поддаются лечению  $\beta_2$ -агонистами, добавить ипратропия бромид (250 мкг/доза смешивается с раствором  $\beta_2$ -агониста через небулайзер). Комбинация  $\beta_2$ -агонист+ипратропия бромид обеспечивает большее улучшение функции легких и способствует уменьшению риска госпитализации.
- Повторные дозы ипратропия бромида используют для лечения детей, которые плохо отвечают на  $\beta_2$ -агонисты.

### **Библиографический список:**

1. Е. А. Баранаева «Бронхиальная астма у детей» учебно-методическое пособие, Минск БГМУ – 2017
2. И.И. Балаболкин «Современные подходы к терапии бронхиальной астмы у детей» статья Научный центр здоровья детей МЗ РФ, Москва-2016
3. «Бронхиальная астма» Клинические рекомендации, Профессиональные ассоциации: МОО Российское респираторное общество, ММО Педиатрическое респираторное общество
4. Шабалов Н.П. Учебник Детские болезни том 1 Москва 2008
5. Даминов Т.О. «Детские болезни» Тошкент 2012г

**Абдиганиева Садокат Абдимумин кизи**

студентка 6-курса Педиатрического факультета Ургенчского филиала Ташкентской  
медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан

**Abdiganiyeva Sadokat**

student 6-courses of pediatric faculty of Urgench branch of the Tashkent medical academy Urgench  
city, Republic of Uzbekistan

**Каримов Фаррух Мансурбек угли****Ташанова Бахринисо Мамиржонова**

студентки 5-курса Медико-педагогическое направление Ургенчского филиала Ташкентской  
медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан

**Karimov Farrukh****Tashanova Bakhriniso**

students 5-courses of pediatric faculty of Urgench branch of the Tashkent medical academy Urgench  
city, Republic of Uzbekistan

**Хамидова Гулноз Сайфидиновна****Khamidova Gulnoz Sayfidinovna**

Научный руководитель

ассистент кафедры «Факультет и госпиталь терапия» Ургенчского филиала Ташкентской  
медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан

УДК 611.81

**ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ****PERINATAL LESIONS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM**

**Аннотация:** Перинатальные поражения центральной нервной системы (ППЦНС) являются одной из ведущих причин заболеваемости детей периода новорожденности. В структуре перинатальных поражений нервной системы гипоксически, ишемические поражения головного мозга являются одной из главных причин смертности новорожденных.

**Annotation:** Perinatal lesions of the central nervous system (PLCNS) are one of the leading causes of morbidity in infants. In the structure of perinatal lesions of nervous system, hypoxic, ischemic brain lesions are one of the main causes of death in the newly-born.

**Ключевые слова:** регион, период, ребенок, гипоксия

**Key words:** region, period, baby, hypoxia

В последние годы в каждой стране, в регионах отмечается выраженный рост патологии новорожденных, а также нарушений здоровья детей раннего, дошкольного и школьного возраста, первопричиной которых во многих случаях служат неблагоприятные характеристики здоровья и образа жизни будущей матери, а также факторы, действующие на организм ребенка в период внутриутробного развития и во время родов. Всё больше детей рождается с явлениями внутриутробной гипоксии и гипотрофии, морфофункциональными нарушениями центральной нервной системы. Всё это ведёт к негативным последствиям в виде нарушения процессов физического развития и нервно-психического здоровья детей разных возрастных групп, ухудшению качества здоровья и интеллектуального потенциала населения в целом. Важнейшей составляющей медико-биологического статуса ребенка является нервнопсихическое развитие и здоровье [1].

В основе возникновения и роста вышеперечисленных нарушений нервно-психического здоровья детского населения могут лежать следующие причины. Большое число нервно-психических заболеваний и отклонений представляет собой пролонгированную патологию эмбриона и плода, которая, в свою очередь, как правило, обусловлена плохим состоянием соматического и репродуктивного здоровья матери. Так, ишемически-гипоксические поражения мозга плода и новорожденного являются причиной развития эн-цефалопатий и «минимальных мозговых дисфункций», занимающих ведущее место среди болезней нервно-психической сферы детей.

- необходимо перейти при оценке состояния здоровья детского населения к проспек-



тивному компьютерному мониторингу здоровья детей, особенно в экологически неблагоприятных регионах;

- при этом особое внимание должно быть обращено на состояние нервно-психического здоровья детей;

- вести территориальные регистры детей с хроническими заболеваниями;

- наметить перспективы расширения скрининга новорожденных.

Последняя из упомянутых задач имеет особое значение применительно к проведению скрининга нервно-психической патологии новорожденных, т.к. именно здесь все еще имеется множество сложных проблем и нерешенных вопросов [1].

**Этиология.** Среди этиологических факторов развития ППЦНС бесспорным является гипоксия, возникающая вследствие ХФПН, асфиксии в родах, постнатальной ДН, синдрома персистирующей фетальной коммуникации, стойким судорожным синдромом и т. д. Часть этиологических факторов гипоксии (принимаемая матерью алкоголь, наркотики, некоторые лекарства, профессиональные вредности, инфекции) влияет непосредственно на мозг плода. Это значит, что у части детей антенатальное поражение мозга приводит к гипоксии, а не гипоксия – к поражению мозга [1]. Геморрагические поражения ЦНС имеют отношение сразу к нескольким группам, так как основной причиной возникновения внутричерепных кровоизлияний является гипоксия, а как компонент травмы они всегда присутствуют и при травматических кровоизлияниях [3].

### **ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ**

1. Сосудистые миелопатии. Перинатальная транзиторная постгипоксически-ишемическая энцефалопатия.

2. Расстройство вегетативной автономной нервной системы (G90.0). Перинатальная транзиторная постгипоксически-ишемическая энцефалопатия

3. Спастическая параплегия. Последствия перинатальной церебральной ишемии-гипоксии III ст.

Исследования. Анализ заболеваемости новорожденных детей показал, что ведущей причиной являлось гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, в клинической картине основным являлся синдром угнетения. Инфекционные поражения нервной системы в группе доношенных новорожденных протекали в виде генерализованного поражения ЦНС (в 1 случае с развитием менингоэнцефалита), в виде внутриутробных инфекций, выявленных у 5 детей, вентрикулит выявлен у 5 доношенных как осложнение внутрижелудочкового кровоизлияния. У троих недоношенных инфекционное поражение центральной нервной системы протекало на фоне врожденного сифилиса, 2 случая – нейросифилис, подтвержденный серологическим исследованием ликвора. Врожденные anomalies развития головного мозга выявлены у 2 доношенных новорожденных, ангиоэпендиома правого бокового желудочка, осложнившаяся менингитом – у 1 доношенного. Среди доношенных и недоношенных новорожденных с одинаковой частотой выявлялись синдром угнетения и синдром внутричерепной гипертензии. Тяжелые церебральные ишемии протекали с судорожным синдромом в 13 случаях (8 %). При проведении нейросонографии в раннем неонатальном периоде ведущим эхокопическим признаком поражения головного мозга являлся перивентрикулярный отек у 30 доношенных новорожденных (23 %) и у 132 недоношенных (83 %) [2].

### **Библиографический список:**

1. “ИДЕНТИФИКАЦИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МОНИТОРИНГА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ” (Методические рекомендации) Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого Совета НИИ медицины труда и экологии человека – АФ НЦМЭ ВСНЦ СО РАМН - 2003 г.

2. “ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ Г. ТОМСКА” статья Михалев Е.В., Кривоногова Т.С., Тропова Т.Е., Быбченко Е.Г., Желев В.А., г. Томск

3. “СОВРЕМЕННЫЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНО-ВИСЦЕРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ” статья Н.В. Панова, О.Г. Степанов, И.А. Федоров, г. Челябинск 2015г

4. Шабалов Н.П. Учебник Детские болезни том 1 Москва 2008

5. Даминов Т.О. «Детские болезни» Тошкент 2012г

**Генералова Людмила Николаевна**

Заведующая родильным отделением ГБУЗ АО «Харабалинская районная больница им. Г.А.

Храповой». г. Астрахань

**Степанян Лусине Вардановна**

К.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, врач акушер гинеколог ОПЦ ГБУЗ АО АМОКБ, г. Астрахань

**Generalova Lyudmila Nikolaevna**

Head of the maternity ward of the hospital of Kharabalinsky district hospital named after G.A.

Hrapova, Astrakhan, E-mail: [lusjena2@rembler.ru](mailto:lusjena2@rembler.ru)**Stepanyan Lusine Vardanovna**

Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, medical Faculty, Astrakhan State Medical University, Ministry of Health of Russia, obstetrician gynecologist of Alexandro-Mariinsky regional clinical hospital, E-mail: [lus-s84@mail.ru](mailto:lus-s84@mail.ru)

УДК 616

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ****SOME ASPECTS OF EXTRAGENITAL DISEASES AND PATHOLOGY OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN THE CONDITIONS OF DISTRICT HOSPITAL**

**Аннотация.** Анализ состояния здоровья женщин фертильного возраста на уровне районной больницы показал наличие широкого спектра экстрагенитальных заболеваний, сопровождающихся снижением функции иммунной системы. На этом фоне создаются благоприятные условия для развития патологии репродуктивной системы.

**Abstract.** Analysis of the health status of women of fertile age at the level of the district hospital showed the presence of a wide range of extragenital diseases accompanied by a decrease in the function of the immune system. Against this background, favorable conditions are created for the development of the pathology of the reproductive system.

**Ключевые слова:** экстрагенитальная патология, фертильный возраст, скрининг, прогноз, патология репродуктивной системы.

**Key words:** extragenital pathology, fertile age, screening, prognosis, pathology of the reproductive system.

**Введение.** На уровне районной больницы женское население области получает первичную медико-санитарную помощь, которая является основой системы оказания медицинской помощи в районах области и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения [2].

От состояния амбулаторно-поликлинической помощи зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранения, а также решения большинства медико-социальных проблем, возникающих на уровне семьи. Амбулаторно-поликлиническая помощь — ведущее звено отечественного здравоохранения, в XXI в. должна развиваться и совершенствоваться [3].

В разных городах России проводятся профилактические медицинские осмотры населения, основанные на скрининговых исследованиях (совокупность приемов массового и селективного скрининга) и нацеленные на выявление заболевания на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения. Скрининговые осмотры проводятся ежегодно в рамках бесплатной медицинской помощи.

Цель исследования: представить сравнительную характеристику женщин фертильного возраста на уровне одной из районных больниц г. Астрахани (ГБУЗ АО «Харабалинская районная больница им. Г.А. Храповой»).

**Материалы и методы исследования.** Нами проведен сравнительный анализ отчетных данных за 2016-2018 гг. ГБУЗ АО «Харабалинская районная больница им. Г.А. Храповой». Статистическая

обработка данных выполнена на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Microsoft Excel, и пакета прикладных программ Statistica 7.0.

**Результаты и их обсуждение:** при анализе данных на примере ГБУЗ АО «Харабалинская районная больница им. Г.А. Храповой» по имеющимся заболеваниям женщин фертильного возраста выявлено следующее (табл.1).

Таблица 1

Структура женского населения

Численность, чел.	2016г		2017г		2018г	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Женское население	20958		21090		20986	
Женщины фертильного возраста	9573	45,7	8934	42,4	8952	42,7
Женщины фертильного возраста с ЭГП	261	2,7	212	2,3*	198	2,1*

*Примечание:* \* -  $p < 0,05$  по сравнению с показателями в 2016 г

В 2016 г. численность обслуживаемого женского населения Харабалинской районной больницы составила 20958 чел., из них женщин фертильного возраста — 9573 чел. (45,7 %). Среди женщин фертильного возраста у 2,7 % (261 чел.) была установлена различная экстрагенитальная патология (ЭГП).

В 2017 г. численность женского населения той же районной больницы составила 21090 чел., из них женщин фертильного возраста — 8934 чел. (42,4 %). Следует отметить тот факт, что численность женского населения уменьшилась на 3,3%. Среди женщин фертильного возраста у 2,3 % (212 чел.) была установлена различная ЭГП.

В 2018 г. численность женского населения уменьшилась на 104 чел. При этом численность женщин фертильного возраста осталась практически неизменной (8934 чел. — 42,4 % и 8952 чел. - 42,7 % соответственно). Число женщин с ЭГП в 2018 г. составило 198 чел. и было достоверно меньше числа женщин с ЭГП по сравнению с 2016 г. (261 чел.) и 2017 н. (212 чел.) ( $p < 0,05$ ).

На наш взгляд, это связано с тем, что повысилась диспансеризация населения, что привлекло за собой выявления экстрагенитальной патологии в целом, в том числе и у женщин, с последующим оздоровлением пациенток с ЭГП. Это и послужило причиной снижения из года в год числа женщин фертильного возраста с экстрагенитальными заболеваниями.

Анализ структуры ЭГП показал наличие широкого спектра заболеваний, диагностированных у женщин фертильного возраста (табл.2). Среди них обращает на себя внимание возрастание частоты таких заболеваний как сахарный диабет (с 1% (2016г.) до 1,6% (2017г.) и анемии (с 25,9% (2016 г.) до 35,4% (2017г.) ( $p < 0,05$ ). Но имеется и достоверная тенденция снижения таких заболеваний как болезни кровообращения с 9,9% (2016 г.) до 5,6% (2017 г.) и венозные осложнения в 2-3 раза по сравнению с предыдущими годами ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2

Структура ЭГП среди женщин фертильного возраста

Болезни	2016 г.		2017 г		2018г	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего женщин с ЭГП	261	2,7	212	2,3	198	2,2
Болезни МПС	75	18,5	43	11,9*	45	14*
Кровообращения	40	9,9	27	7,5	18	5,6*
Сахарный диабет	4	1	1	0,3	5	1,6*
Эндокрин. патология	10	2,5	11	3	5	1,6
Анемия	105	25,9	122	33,7*	114	35,4*
Венозные осложнения	27	6,7	8	2,2*	11	5,7

*Примечание:* \* $p < 0,05$  по сравнению с показателями в 2016 г.

Не вызывает сомнения то, что все выше перечисленные заболевания сопровождаются снижением функции иммунной системы и на этом фоне создаются благоприятные условия для развития патологии репродуктивной системы. Скрининговые осмотры целевых групп взрослого

населения в различные периоды жизни на уровне районной больницы осуществлялись в соответствии с периодичностью проведения профилактических осмотров.

Таблица 3

## Структура патологии репродуктивной системы среди женщин фертильного возраста

Структура патологии	2016 г.		2017 г.		2018г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Эрозия и эктропион ш/м	23	0,3	17	0,2	12	0,2*
Лейкоплакия	2	0,02	1	0,01	2	0,02
Онкопатология тела матки	4	0,04	4	0,04	7	0,07*
Cr in situ	-	-	3	0,03	1	0,01
Онкопатология придатков	2	0,02	3	0,03	2	0,02
Онкопатология молочных желез	19	0,2	13	0,15	18	0,2

*Примечание:* \* $p < 0,05$  по сравнению с показателями в 2016 г.

Анализ скринингового осмотра женщин фертильного возраста за изучаемый период показал (табл. 3) достоверное снижение частоты эрозии и эктропиона шейки матки в 2 раза ( $p < 0,05$ ). Обращает на себя внимание достоверное увеличение частоты онкопатологии тела матки в 1,8 раза ( $p < 0,05$ ), а также высокая частота выявляемости онкологических заболеваний молочных желез на протяжении всех годов. Полученные данные свидетельствуют об активизации работы по выявлению онкопатологии, в том числе в рамках скринингового обследования населения.

По оценкам экспертов ВОЗ, скрининговые программы будут необходимы как минимум в ближайшие 30-40 лет, несмотря на перспективы проведения первичной профилактики рака шейки матки — вакцинации [1, 4]. Рак шейки матки в отличие от других раков может быть предупрежден путём хорошо организованной диагностики и лечения выявленных предраковых заболеваний. При этом перспективен многопараметровый подход к ранней диагностике. Эти характеристики являются одними из приоритетных в глобальной борьбе против рака шейки матки.

#### Выводы.

Проведенный нами анализ состояния здоровья женщин фертильного возраста на уровне ГБУЗ АО «Харабалинская районная больница им. Г.А. Храповой» показал наличие широкого спектра экстрагенитальных заболеваний, сопровождающихся снижением функции иммунной системы. На этом фоне создаются благоприятные условия для развития патологии женской репродуктивной системы.

#### Библиографический список:

- 1 Вергейчик ГИ. Проблемы и перспективы вторичной профилактики рака шейки матки в Республике Беларусь // Медицинские новости. — 2007. — №4. - С. 49-52.
2. Кимаева А.Х. Структура экстрагенитальной и акушерско-гинекологической патологии женщин с истмико-цервикальной недостаточностью / А.Х. Кимаева, Л.В. Степанян, С.П. Синчихин // В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины Материалы Международной конференции Прикаспийских государств. - 2016. - С.120-121.
3. Приказ Минздрава РФ от 30.12.1999 № 463 "Об Отраслевой программе "Общая врачебная (семейная) практика"
4. Tsu V.D., Pollak A.E. Preventing cervical cancer in low-resource settings: How far have we come and what does the future hold? // Int. J. Gynecology and Obstetrics. – 2005. – Vol. 89. – Suppl. 2. – P. 55-59.

**Магомедова Наталья Григорьевна**  
кандидат медицинских наук  
ООО «Компания ФЕСФАРМ» г. Москва Россия

**Magomedova Natalya Grigoryevna**  
Candidate of Medical Sciences  
LLC «Company FECFARM» Moscow Russia

УДК 616-03

## **ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА**

### **THE PROBLEM OF DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS**

**Аннотация:** Заболевание хронический гломерулонефрит в последние годы характеризуется многовариантностью форм и широким распространением. В статье рассмотрены подходы к классификации хронического гломерулонефрита основывающиеся на результатах многолетних клинических наблюдений, лабораторных и иммунологических исследований.

**Abstract:** The disease of chronic glomerulonephritis in recent years is characterized by a variety of forms and widespread. The article discusses approaches to the classification of chronic glomerulonephritis based on the results of many years of clinical observations, laboratory and immunological studies.

**Ключевые слова:** почка, воспаление, хронический гломерулонефрит, классификация хронического гломерулонефрита, клинические наблюдения, иммунологические исследования.

**Key words:** kidney, inflammation, chronic glomerulonephritis, classification of chronic glomerulonephritis, clinical observations, immunological studies.

**Введение.** Одним из самых часто встречаемых заболеваний почек и мочевыводящих путей в настоящее время является пиелонефрит. Оно находится на втором месте, после инфекции верхних дыхательных путей. В соответствии с исследованиями пиелонефрит встречается чаще, чем гломерулонефрит и другие заболевания почек. Так исследование совокупности госпитализированных больных с патологией почек показало, что доля пациентов с диагнозом гломерулонефрит составляла 58 % от общего количества пациентов. Немаловажным фактором является то, что хронический гломерулонефрит может выступать как причина развития хронической почечной патологии.

**Цель исследования:** заключается в рассмотрении проблемы организации учета больных с диагнозом «хронического гломерулонефрита» на основе существующих классификационных подходов.

**Результаты и обсуждение.** Проблема ранней диагностики данного заболевания на основе проведения лабораторных исследований является актуальной в последнее время, так как своевременное выявление и формирование диагноза, подтверждающего наличие острой или хронической почечной недостаточности, дает возможность в наибольшей степени точно определить курс лечения и реабилитации пациентов.

Необходимо учитывать, что повышение медико-социальной значимости нефрологической патологии обуславливается увеличением распространенности заболеваний почек. Так для индустриально развитых стран характерно распространение данного заболевания до 10 % трудоспособного населения. При этом среди больных гломерулонефритом более 60 % больных составляют лица моложе 40 лет. Протекание у данной группы больных характеризуется затяжным течением и резистентностью к терапии. В результате чего для таких пациентов необходимо получение первичной инвалидности по причине почечной патологии, которая равняется 5 % от общей суммарной первичной инвалидности.

Хронический гломерулонефрит может развиваться сразу после перенесения острого воспалительного процесса или через длительное время при случайном обследовании. Данное заболевание является тяжелым, так как характеризуется увеличивающимся диффузным иммуновоспалительным поражением клубочкового аппарата почек, в результате чего возникает почечная недостаточность. Основной опасностью гломерулонефрита является то, что оно протекает при симптомах, характерных для многих заболеваний: повышении артериального давления, возникновении отеков, нарушения общего состояния.

Хронический гломерулонефрит относится к заболеваниям с неуклонно прогрессирующим течением, особенно у пациентов с высокоактивными протеинурическими его формами. Наряду с необходимостью решения целого ряда медицинских задач данная проблема имеет важное экономическое и социальное значение, которое определяется заболеваемостью преимущественно молодого, трудоспособного населения и потребностью в дорогостоящей заместительной почечной терапии на стадии развития терминальной почечной недостаточности. В этой связи особую актуальность приобретает изучение механизмов прогрессирования хронического гломерулонефрита, в том числе индуцированных протеинурией, и разработка новых методов нефропротекции с целью пролонгирования диализного этапа течения хронического гломерулонефрита.

В настоящее время диагностика данного заболевания происходит по результатам на основе клинического и биохимического исследования мочи, проведении ультразвукового исследования почек, морфологического исследования почечной ткани, анализа экскреторной урографии, ренографии.

В соответствии с исследованиями В. В. Серова, исследование развития и прогрессирования гломерулонефрита необходимо проводить на основе контроля реакции мезангиальных клеток, которые выполняют роль макрофагов в отношении иммунных комплексов, и фибробластов, которые продуцируют тропоколлаген поврежденной базальной мембраны. Что может говорить о верности предположения о главенствующей роли реакции гиперчувствительности замедленного типа в развитии и прогрессировании хронического гломерулонефрита.

Исследование проблемы диагностики хронического гломерулонефрита показало, что целесообразно придерживаться классификации по Е.М. Тарееву, в соответствии с которой хронический гломерулонефрит может соответствовать четырем основным клиническим формам: латентной, нефротической, гипертензивной, смешанной. Каждая из этих форм предполагает два периода: компенсации и декомпенсации.

По мнению М.Н. Ратнера, В.В. Серова и Н.А. Томилина необходимо латентную форму разделять на 3 направления: умеренно протеинурический (выделение белка до 2 г в сутки); умеренно протеинурически-гематурический, гематурический.

В период с 1996-1998 гг. в соответствии с требованиями МКБ-9 учет заболеваний почек и мочевых путей производился по следующим направлениям:

1. Нефриты и нефрозы.
2. Инфекции почек.
3. Мочекаменная болезнь.

В результате был получен информационный массив об уровне заболеваемости и распространенности по первому направлению, которое учитывало не только гломерулярные, но и интерстициальные заболевания почек. Заболеваемость по данному направлению, в которой учитывались и пациенты болеющие гломерулонефритом, равнялась 2,4-2,1 случая на 10 тыс. населения, болезненность - 17,2- 14,5. Но накопленная информация не дает возможности оценивать распространенность только гломерулонефрита вследствие учета в данной группе и пациентов по направлению «нефрозы».

С 1999 г. учет заболеваемости регламентируется МКБ-10. При этом произошли классификационные изменения. В частности заболевания почек были распределены на 3 группы учета: гломерулярные и тубулоинтерстициальные заболевания, почечная недостаточность, мочекаменная болезнь [4].

Необходимо отметить, что заболевания клубочков в соответствии с данной классификацией, как и в МКБ-9, были объединены в одну группу с заболеваниями интерстиция, причем в нее также были включены инфекции мочевых путей, в связи с чем показатель характеризующий уровень заболеваемости по аналогичной группе, в которую вошли больные гломерулонефритом, повысился в 10 раз, по сравнению с аналогичным показателем в течение с 1996 г. по 1998 г. по МКБ-9. При этом накопленные данные оказались несопоставимы с аналогичными по МКБ-10 и не дали возможности формирования достоверных выводов об уровне заболеваемости хроническим гломерулонефритом. Вследствие чего позже были сформированы дополнительные формы отчетности по направлению «заболевания почек и мочевыводящих путей», в которых, кроме других заболеваний почек и мочевых путей, учитывался первичный гломерулонефрит, быстро прогрессирующий гломерулонефрит и некоторые вторичные формы данного заболевания [4].

Ученым Л.А. Пыриг на основе в течение длительного времени проводимых клинических наблюдений, лабораторных и иммунологических исследований сформировал классификацию хронического гломерулонефрита, которая, с одной стороны, учитывала его эволюцию, а с другой

принимала во внимание факт относительной стабильности отдельных вариантов (рис.).

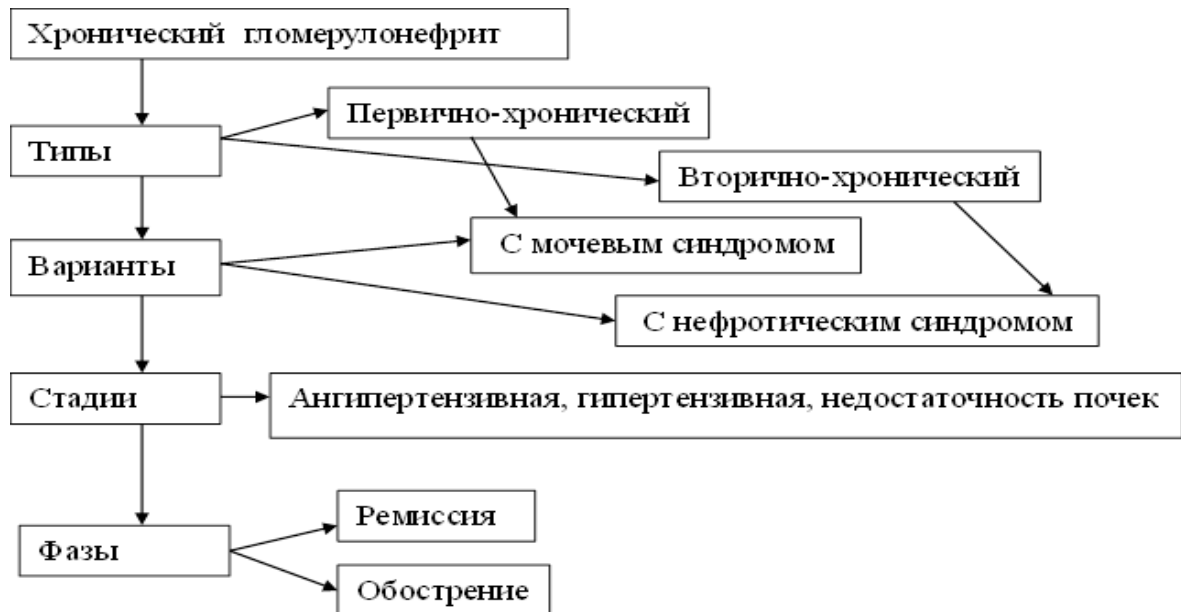


Рисунок. Классификация хронического гломерулонефрита [3].

Была получена достаточно достоверная информация, свидетельствующая о том, что в процессе заболевания артериальная гипертензия может развиваться при любом типе и варианте гломерулонефрита, поэтому ее нельзя воспринимать в качестве самостоятельной формы, а как стадию данного заболевания, характеризующейся значительным ухудшением функции почек и снижением иммунологической реактивности [1].

Латентная форма хронического гломерулонефрита обычно проявляется как моносимптомная. Проявление заболевания представляет собой скудный мочевой синдром, при этом протеинурия, незначительная цилиндрурия и эритроцитурия, иногда обнаруживаются лишь при осуществлении количественного исследования осадка мочи. При осуществлении длительного наблюдения у отдельных пациентов могут быть не обнаружены патологические изменения мочи, но результаты повторного исследования показывают их проявление. Величина артериального давления у таких пациентов нормальная. Другие изменения в области глазного дна, отеков, гиперазотемии, нарушения концентрационной функции почек не фиксируются. Значение показателя клиренса эндогенного креатинина, мочевины, клубочковой фильтрации и реабсорбции воды находится в пределах нормальных.

**Заключение.** Таким образом, можно заключить, что анализ диагностики и классификации хронического гломерулонефрита показал рост заболеваемости и наличие спорных моментов в учете данного заболевания. Широкий спектр классификационных признаков, позволяет составить более точную классификацию форм, стадий и фаз хронического гломерулонефрита, но для правильного учета изменений в области уровня заболеваемости необходима унификация в классификации болезни.

#### Библиографический список:

1. Коагуляционные механизмы прогрессирования нефрита. Глава в руководстве для врачей «Нефрология» под редакцией И.Е. Тареевой, Москва, Издательство Медицина, 2000. - С. 234-239
2. Лагонская В.Н. Особенности анемии у больных хроническим гломерулонефритом / В.Н. Лагонская // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского, 2011. - №. 2-2. - С. 273-276.
3. Мухин И.В. Сравнительная эффективность лечения хронического гломерулонефрита / И.В. Мухин // Нефрология, 2001. - вып. 5, №. 1. - С. 35-38.
4. Сигитова О.Н. Эпидемиология хронического гломерулонефрита у взрослого населения / Сигитова О.Н., Архипов Е.В. // Вестник современной клинической медицины, 2012. - вып. 5, №. 4. - С. 19-22.

**Киличева Тухтагул Абдуллаевна  
Шарипова Инобат Сапарбаевна  
Рахманова Индира Икрамовна**

ассистенты кафедры «Пропедевтики детских болезней, педиатрии и высшего сестринского дела»  
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Республика Узбекистан

**Kilicheva Tukhtagul  
Sharipova Inobat  
Raxmanova Indira**

Assistants of the chair "Propaedeutics childhood diseases, pediatrics and senior nurses duty" Urgench  
branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК 616.61

## **ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ**

### **ANTI-RELAPSE THERAPY AND PREVENTION OF ACUTE AND CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN**

**Аннотация.** Профилактика заболеваний является одним из главных проблем сохранения здоровья детей, однако, несмотря на проводимые профилактические мероприятия они всё же остаются недостаточными. Всё ещё недостаточно разработаны мероприятия по снижению частоты рецидивов и хронизации заболеваний.

**Annotation.** Disease prevention is one of the main problem in preserving children's health, however, despite ongoing preventive measures, they remain insufficient.

**Ключевые слова:** хронический пиелонефрит, проблема, лимфа, кровь

**Key words:** chronic glomerulonephritis, problem, lymph, blood

**Цель исследования** - клиническое наблюдение за больными с острыми и хроническими пиелонефритами у детей, лечение и разработка профилактических мероприятий у детей, находившихся в нефрологическом отделении 1 детской городской больницы за период с января по декабрь 2013года.

**Материалы и методы исследований.** Проведено наблюдение больных в нефрологическом отделении первой детской городской больницы за период с января по декабрь 2013 года. Было изучено клиническое течение у больных с острыми и хроническими пиелонефритами у детей, а также противорецидивная терапия и её эффективность препаратом фурамаг. Было изучено клиническое течение за больными острыми и хроническими пиелонефритами у детей проведены мероприятия противорецидивной терапии и её эффективность препаратом фурамаг.

**Результаты и обсуждение.** Всего за период с января по декабрь в отделении находилось 442 ребенка с инфекцией мочевыводящих путей, из них 204 мальчиков, 238 девочек. Наибольшее количество поступивших больных составили сельские жители. Всего 354 больных. Основную массу больных составили дети с острым пиелонефритом в количестве 75 больных, из них сельских жителей 46 детей и с хроническим пиелонефритом 36 детей, 20 детей составили сельские жители. Большинство заболевших детей составили дети от 5 до 14 лет. Остальные дети поступили с другой нозологией. Клиническая картина заболевания зависела от возраста ребенка. Общими симптомами острого пиелонефрита явились слабость, повышение температуры тела, снижение аппетита, иногда рвота. Местными признаками были боль в пояснице. При вовлечении в процесс мочевого пузыря (цистит) и мочеиспускательного канала (уретрит) на первый план выступали симптомы- учащенное болезненное мочеиспускание, боли в животе. У детей младшего возраста пиелонефрит сопровождался беспокойством перед и во время мочеиспускания. Чаще всего встречался у мальчиков. У детей старшего возраста преимущественно острый пиелонефрит встречается у девочек. Хронический пиелонефрит наблюдался у детей преимущественно недолеченных, с различными врожденными аномалиями развития мочевыводящих путей, у детей не соблюдавших санитарно-гигиенический режим.

Всем детям проводилось исследование клинического анализа мочи (или по Нечипоренко) и крови, посева мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. УЗИ почек и мочевого пузыря, биохимического анализа мочи и крови, анализа мочи по Зимницкому.



Диагноз устанавливали при наличии изменений в моче, выявленных с помощью лабораторных методов диагностики: в общем анализе мочи отмечалась лейкоцитурия, бактериурия.

При бактериологическом исследовании мочи - выявляли бактерии в моче, при проведении пробы Зимницкого наблюдалось изменение относительной плотности мочи.

В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ. При проведении УЗИ почек - выявляли увеличение размеров почек при остром пиелонефрите.

Основными условиями для постановки диагноза явились лихорадка, боли в пояснице, дизурия, лабораторные данные (лейкоцитурия, бактериурия), инструментальные данные (УЗИ почек и мочевого пузыря).

Проводилось бактериологическое исследование мочи. У основной группы детей при бактериологическом посеве у 80% выделено *E.coli*, у остальных у 20% выделено *Enterocolica*, у 3,5% выделены *Clebsiella*, у 1-2% грибки. У девочек посещавших детский сад по мазку из вульвы выделены гарднерелла, хламидии, грибки.

При лечении острого и хронического пиелонефрита у детей придерживались 225 приказа Министерства Здравоохранения Узбекистана. Больные придерживались диетотерапии чередовали растительную (подшелачивающую) и белковую (подкисляющую) пищу каждые 3-5 дней, создавая неблагоприятные условия для размножения и роста бактерий. Из рациона исключали острые, соленые, аллергизирующие блюда.

В остром периоде пиелонефрита проводилось эмпирическое подключение аминогликозидов гентамицина, меркоцина (амикоцина) 5-6 мг/кг с последующим высевом по чувствительности.

При хронизации процесса антибактериальная терапия продолжалась прерывистыми курсами на протяжении нескольких месяцев или лет под контролем общего состояния и показателей анализов мочи.

Противорецидивирующая терапия при остром пиелонефрите проводилась фурамагом по 2.5-3мг/кг однократно в течение одного месяца или бисептолом 1-2мг/кг 1 раз в день в течении одного месяца после стационара.

При хроническом пиелонефрите мы непрерывно назначали антибиотикотерапию уросептиками, чередуя препараты по 10-14 дней от 3 до 6 месяцев под контролем лабораторных данных.

В периоде ремиссии проводилась фитотерапия- чередовались травы ромашки, кукурузных рыльцев с применением лекарственных форм травяных настоев канефрона, фитолизина, реналки, тутукона.

Лечение острого и хронического пиелонефрита у детей проводили антибиотиками с предварительным анализом мочи на чувствительность к антибиотикам. При лечении хронического пиелонефрита использовали аминогликозиды: амикацин 15-20 мл/кг, меркоцил, гентамицин, цефтриаксон III поколения, защищенные пенициллины, ампицид 5-7 дней, фурамаг 5 мл/кг, неграм, бисептол 10-15 дне, широко использовали канефрон. урваксон 6 недель натошак 1 месяц.

Больные с острым пиелонефритом поступали в основном в конце 1 недели от начала заболевания. Предшественниками заболевания явились чаще всего простудные заболевания, обострение хронических очагов инфекции. Пребывание койко-дней составило от 10-18 дней в зависимости от нормализации лабораторных данных.

Больные с хроническим пиелонефритом поступали в различные периоды от начала заболевания после обострения хронических заболеваний

Сроки пребывания в стационаре зависели от нормализации биохимических и лабораторных данных крови и мочи. Пребывание больных в стационаре составило в среднем 30 дней.

### **Выводы.**

1.Целесообразно продолжить сравнительное изучение эффективности различных лекарственных средств для противорецидивной терапии.

2.В целом антибиотикотерапия и терапия нитрофурановыми препаратами имело хорошую переносимость у 80% детей, получавших длительную противорецидивную терапию. Отмечено снижение количества рецидивов и увеличение длительности межрецидивных периодов.

3.Высокоэффективное применение фитопрепаратов, фитолизина, травяных настоев канефрона, реналки, тутукона и других, урлесана, почечного сбора позволили снизить рецидивы заболевания. У больных после отмены препарата сохранилась клинко-лабораторная ремиссия в течение 6 месяцев.

4.Учитывая высокий процент поступивших больных из сельской местности, необходимо усилить профилактические мероприятия, санпросвет работу в сельской местности, проводить диспансерное наблюдение за детьми перенесшими острый пиелонефрит.

5. У детей, поступивших с острым и хроническим пиелонефритом, как правило имели место хронические очаги инфекции, поэтому важен систематический контроль за состоянием ребенка педиатром и урологом, что позволит вовремя провести коррекцию терапии и избежать развития отдаленных последствий хронизации процесса и других осложнений.

**Библиографический список:**

1. Синякова Л. А. Антибактериальная терапия острого цистита в эру растущей резистентности возбудителей.-2014.- Том 86.- №4.
2. Иванов Д.Д., Кушниренко С.В. Противорецидивная терапия инфекций мочевыводящих путей у детей // Педиатр., акуш. и гинекол.-2009.- №2.- С. 1-4.
3. Мальцев С. В., Сафина А.И., Юдина Е.В. Антибактериальная терапия пиелонефрита у детей// Педиатр. -2008.-№ 87(4).-С. 130-135.
4. Раменская Г. В. Изучение сравнительной фармакокинетики препарата фурамаг и фурагин// Инфекц. и антимикроб. тер.- 2004.- №1.
5. Пасечников С. П., Митченко М. В. Применение фурамага при лечении острого пиелонефрита // Урол. (Киев).- 2002.- №4.- с. 16-20.
6. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Страгунский Л.С. и др. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекций мочевой системы внебольничного происхождения у детей// Клин.микробиол. и антимикроб. химиотер.- 2002.-N 4(4).- с. 337-346.



Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X