

2. РАДАР. Аллергический ринит у детей: рекомендации и алгоритм при детском аллергическом рините. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: РГ-Пресс, 2017. – 80 с.

УДК 616.6

Ткачева Е.В., Сафина Е.В.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Tkacheva E.V., Safina E.V.

ESTIMATION OF THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF EARLY AGE CHILDREN WITH THE URINARY PATIENT SYSTEM

Department of children's diseases of the faculty of preventive medicine
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: evg_tkacheva@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены основные внешние и внутренние факторы, которые непосредственно влияют на развитие детей с патологией мочевыделительной системы. Ретроспективным методом проведены оценка и сравнение факторов у групп детей с разным дебютом заболевания.

Annotation. The article deals the main external and internal factors that directly affect the development of children with pathology of the urinary system. The retrospective method was used to evaluate and compare factors in groups of children with different debut of the disease.

Ключевые слова: нефрология, дети раннего возраста, физическое развитие.

Key words: nephrology, young children, physical development.

Введение

Наиболее распространенной и одной из важных проблем среди детских болезней являются пороки развития мочевой системы у детей раннего возраста. В последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению частоты врожденной нефрологической патологии у детей. По данным Пугачева А. Г. аномалии почек составляют 35-40% среди всех пороков развития. Патологоанатомические исследования свидетельствуют о том, что 10-14% детей рождаются с пороками мочеполовой системы [1].

После рождения ребенок должен в короткое время приспособиться к новым условиям существования, что сопровождается значительным

напряжением функций мочевыделительной системы. В последние годы отмечается рост патологии органов мочевой системы у новорожденных, увеличение числа врожденных и наследственных болезней (аномалии развития, наследственные заболевания обмена веществ, врожденная хроническая почечная недостаточность)[2].

Поражение органов мочевой системы у детей часто способствует отставанию роста и физического развития. Физическое развитие, непрерывный процесс, является одним из информативных показателей уровня здоровья населения и своеобразным тестом благополучия внутриутробного развития плода. На каждом возрастном этапе оно характеризуется определенным комплексом связанных между собой и с внешней средой морфофункциональных свойств организма и запасом физических возможностей.

Практическое значение в определении физического развития заключается в том, что дети с патологией мочевыделительной системы отстают от своих сверстников в развитии. Поэтому важно как контролировать начало формирования болезни, так профилактировать ее.

Цель исследования – оценить и сравнить внешние и внутренние факторы и физическое развитие группы детей с патологией мочевыделительной системы с группой детей без патологии мочевыделительной системы.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на основе анализа первичной медицинской документации (форма 112/У). Ретроспективно были проанализированы 72 истории болезни. В основную группу было отобрано 37 детей раннего возраста с патологией мочевыделительной системы. Критериями включения в основную группу являлось: диагноз, связанный с патологией почек, возраст, дебют до 36 месяцев. Основную группу мы поделили на две подгруппы. В основе группирования лежит критерий «дебют заболевания». В первую подгруппу вошло 21 ребенка, из них 8 мальчиков и 13 девочек, у этих детей дебют заболевания был в первые 6 месяцев жизни (включительно). Во вторую подгруппу было включено 16 детей, из них 3 мальчиков и 13 девочек, дебют произошел уже после 7 месяцев жизни. В контрольную группу вошло 35 детей (21 девочек, 14 мальчиков) раннего возраста жизни без патологии почек. Анализ результатов проводился при помощи программы Microsoft Excel. Использовались методы описательной статистики. Анализ зависимостей осуществлялся с помощью t-критерия Стьюдента, результаты считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение исследования

Сравнение по морфофункциональному статусу и физическому развитию 1, 2 и контрольной групп показало, что показатели являются статистически значимыми. При сравнении двух основных групп с разными дебютами заболевания во все возрастные периоды по морфофункциональному статусу получились результаты, имеющие значение в статистике ($p < 0,05$). Дети из группы 1 имели показатели выше, чем дети из группы 2. Однако картина

изменилась на 1 году жизни в противоположную сторону (Рисунок 1). По показателям физического развития результаты оказались статистически не значимыми ($p > 0,05$) (Рисунок 2).

Сравнение группы 2 и контрольной группы имело статическое значение по показателям морфо - функционального статуса на момент рождение ($p = 0.014762$, $p < 0,05$) и по показателям физического развития на 3 месяце жизни ($p = 0.027859$, $p < 0,05$).

При сравнении всех остальных показателей 1, 2 и контрольной групп результаты не имели значимой разницы ($p > 0,05$).

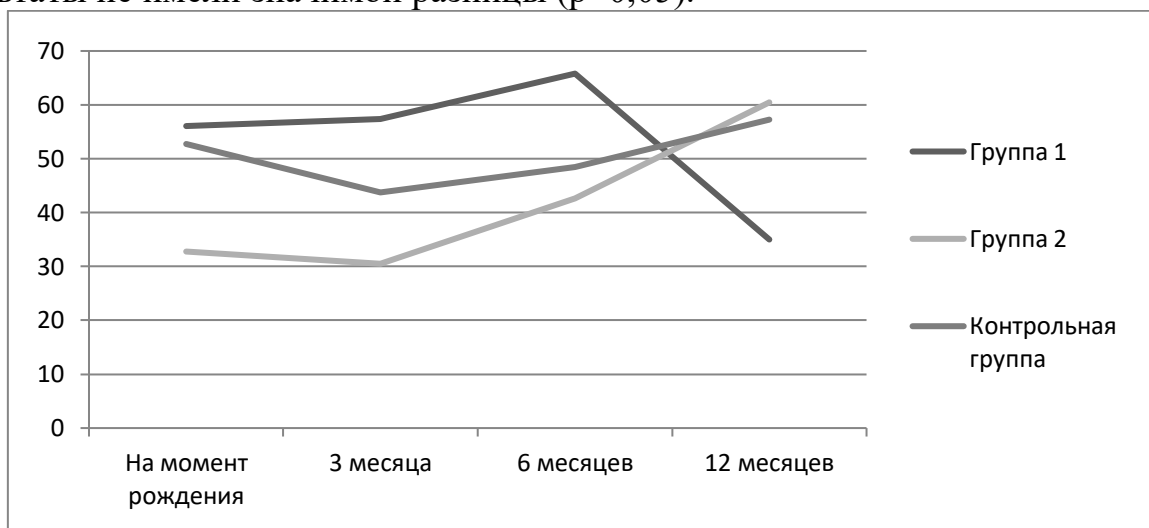


Рис. 1. Морфофункциональный статус у детей

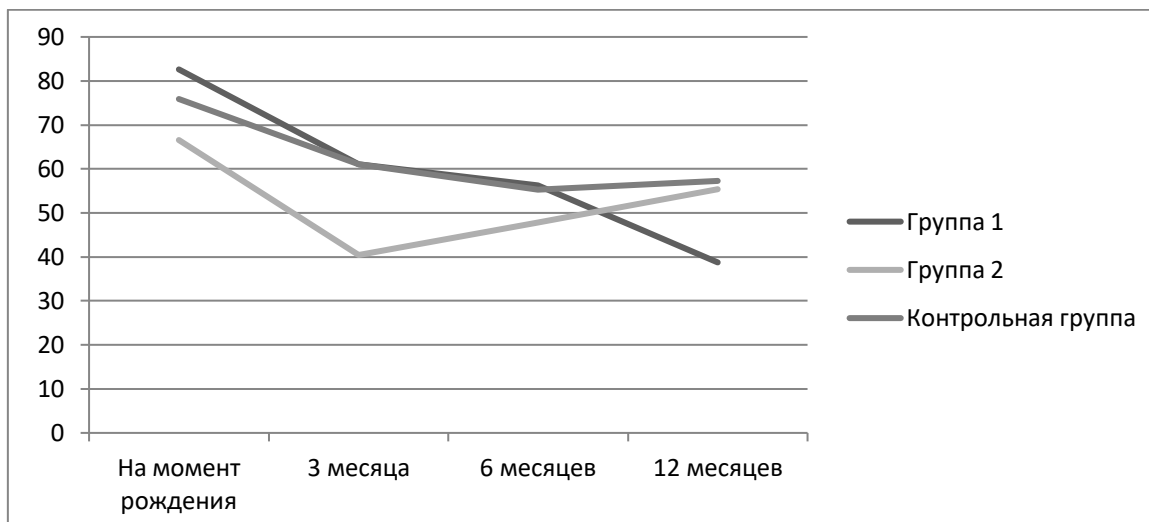


Рис. 2. Физическое развитие у детей

При анализе историй болезней были оценены также такие показатели, как возраст родителей, роды, беременность, заболевания матери, показатели по шкале Апгар, вскармливание и наличие диагноза ОРВИ на первом году жизни.

Возраст матери, возраст отца, роды, беременность и показатели по шкале Апгар на 1 и 5 минуте не имели статистической разницы.

Из всех заболеваний, отмеченных у матери нами, были оценены такие диагнозы, как анемия и отягощенный акушерский анамнез.

Диагноз «анемия» был поставлен группе 1 (67%) больше раз, чем группе 2 (56%) и контрольной группе (61%). Однако показатели, связанные с анемией, не сильно отличаются друг от друга. Когда диагноз «осложненный акушерский анамнез» был поставлен в группе 1 (43%) и группе 2 (44%) намного чаще, чем в контрольной группе (34%).

Также мы оценили насколько часто, встречаются заболевания, связанные с мочевыделительной системой, ведь существует связь между патологией одноименных органов матери и плода. В группе 1 этот показатель оказался самым высоким – 43%. При этом процент у группы 2 (19%) и контрольной группы (23%) несильно отличаются.

Естественное вскармливание в группе 1 и группе 2 отмечено только у 67% и 62% детей соответственно, когда в контрольной группе 86% детей кормили грудным молоком. При этом в среднем в группе 1 кормили только грудным молоком до 4,7 месяцев, когда в группе 2 и контрольной группе кормили до 7 месяцев.

На первом году жизни показатель заболеваемости ОРВИ оказался значимым. Так как дети, у которых дебют заболевания мочевыделительной системы настал после 7 месяцев, болели в первые 12 месяцев чаще (56%), чем дети из группы 1(38%) и контрольной группы (29%).

Выводы:

1. Показатели морфофункционального статуса у детей с дебютом заболеванием до 6 месяцев и у детей с дебютом после 7 месяцев имеют статистическое различие. При этом до 12 месяцев у первой упомянутой группы значения были ниже, чем показатели второй группы. Однако при измерении на 12 месяце жизни картина поменялась в противоположную сторону.

2. Анемия и отягощенный акушерский анамнез в группе 1 наблюдались чаще, чем в группе 2 и контрольной группе - показатель предрасположенности детей с дебютом до 6 месяцев к болезням.

3. Встречаемость заболеваний мочевыделительной системы у матерей в большем количестве раз в группе 1 и группе 2 доказывает связь между патологией одноименных органов матери и плода.

4. Естественное вскармливание в группах 1 и 2, по сравнению с контрольной группой, выявлено меньше раз. И в группе 1 ввели прикорм намного раньше - на 4 месяце, когда в группе 2 и контрольной группе прикорм введен только на 7 месяце жизни. Следовательно, вскармливание, как фактор развития, в определенной степени способствовал формированию патологии мочевыделительной системы.

5. Частота заболеваемости ОРВИ у детей из группы 2 выше, поэтому можно предположить, что перенесшее на первом году болезнь способствовало развитию патологии мочевыделительной системы.

Список литературы:

1. Пугачев А.Г. Современные технологии в оценке отдаленных результатов лечения урологической патологии // Урология. -2010. -№4. С. 3-12.

2. Баранова А. А. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге/А. А. Баранова, В. Р. Кучмы: рук. для врачей// - М. -1999. - 225 с.

УДК 616-08-039.32

Харлова А.П., Вахлова И.В., Власова А.А.
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТОКСИЧНОСТЬ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ 6-МЕРКАПТОПУРИНА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Кафедра госпитальной педиатрии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Kharlova A.P., Vakhlova I.V., Vlasova A.A.
HEMATOLOGICAL TOXICITY USING 6-MERCAPTOPYRIN IN CHILDREN WITH ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA

Department of Hospital Pediatrics
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: nice.harlova@mail.ru

Аннотация. В статье представлен анализ развития цитотоксического эффекта на показатели крови при применении 6-меркаптопурина в составе терапии второго этапа лечения острого лимфобластного лейкоза у детей – консолидации.

Annotation. The article presents analysis of the development of the cytotoxic effect on blood counts when 6-mercaptopurine is used as part of the second stage treatment of acute lymphoblastic leukemia in children - consolidation.

Ключевые слова: гематологическая токсичность, 6-меркаптопурин, фазы консолидации, дети.

Key words: hematologic toxicity, 6-mercaptopurine, consolidation phases, children.

Введение

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) - наиболее частое злокачественное заболевание кроветворной системы у детей до 18 лет [1]. Пик заболеваемости ОЛЛ у детей приходится на дошкольный возраст. Современное лечение ОЛЛ состоит из нескольких основных фаз: 1) индукция ремиссии – проводится с помощью 3 и более медикаментозных агентов в течение 4-6 недель; 2) мультиагентная консолидация - «закрепление» ремиссии; 3) поддерживающая терапия, как правило, антиметаболитами в течение 2 - 3 лет.