

3. С целью снижения риска возникновения инфекционных осложнений в предоперационном периоде и возможном отказе от проведения антимикробной терапии, необходимо сократить сроки пребывания таких детей в условиях стационара до оперативного лечения.
4. При наличии показаний к проведению антибактериальной терапии до операции в качестве стартового препарата использовать ампициллин. В дальнейшем возможен переход на защищенные аминопенициллины и присоединение аминогликозида.
5. При назначении любого лекарственного средства кардиохирургическим больным с ВПС, необходимо учитывать функциональное состояние всех органов и систем. Для оптимизации медикаментозного сопровождения, особенно – антимикробной терапии (каждый пациент получает от 5–7 антибактериальных препаратов и более) рекомендуется привлекать клинического фармаколога.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ

Сафронова Л.Е., Вахлова И.В., Новожилова Е.П.

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ,
ОДКБ № 1, г. Екатеринбург

По распространенности и социальной значимости язвенный колит занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов пищеварения у детей.

Пациенты и методы. В исследование включены все дети с установленным диагнозом «язвенный колит» (до 2012 г – «Неспецифический язвенный колит»), находившиеся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ОДКБ № 1 г. Екатеринбурга с 2008 по 2011 год. Группу наблюдения составили 15 пациентов в возрасте от 3 до 16 лет, средний возраст – $11,4 \pm 2,9$ лет.

Результаты. Средний возраст дебюта заболевания составил $10,1 \pm 3,9$ лет. Получено три возрастных пика заболеваемости: 7–8 лет, 11 лет и 14 лет. Соотношение мальчиков и девочек – 1:1,1. Жители городов существенно преобладали над жителями сельской местности: 87% и 13%, соответственно ($p=0,002$). У всех детей имело место постепенное начало заболевания. Средний срок от момента появления первых симптомов заболевания до постановки диагноза составил $3,2 \pm 5,8$ месяца. У 1/3 детей отмечалось острое течение заболевания (менее 6 месяцев от начала болезни), у 54% – течение было рецидивирующее, а у 13% – непрерывно рецидивирующее. По локализации процесса дистальный колит выявлялся у 20% больных, с равной частотой встречался левосторонний и тотальный колит (40%). У детей преобладала средне-тяжелая форма заболевания (53%), тяжелая форма отмечалась у 40% больных язвенным колитом и легкая форма – лишь у 7%. Обращает внимание редкое развитие местных осложнений у наблюдаемых детей: у одного ребенка (7%) был диагностирован токсический мегаколон. Такие осложнения как кровотечение, перфорация и пенетрация не регистрировались. Анализ проведенной терапии ЯК выявил, что в дебюте заболевания 7% больных с дистальным язвенным колитом легкой степени тяжести получали только препараты 5-аминоса-

лициловой кислоты (5-АСК). Большинство пациентов (79%) в дебюте заболевания получали комплексное лечение: глюкокортикостероиды (ГКС) и 5-АСК, а 14% пациентов только ГКС. Причинами рецидивов заболевания выступали следующие факторы: ОРВИ, нарушение диеты, несоблюдение базисной терапии, самостоятельная отмена базисной терапии или снижение поддерживающей дозы, чрезмерные физические и/или психические нагрузки.

Заключение. Эпидемиологические и клинические характеристики язвенного колита у наблюдаемых детей существенно не отличаются от данных отечественной и мировой литературы.

ВЛИЯНИЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Сафронова Л.Е., Хрущева Н.А., Вахлова И.В., Миронова Н.В.

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ,
г. Екатеринбург

Актуальность. Последние десятилетия увеличивается распространенность синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в детской популяции. НДСТ способствует манифестации патологии органов мочевой системы (ОМС), влияет на течение заболевания.

Цель работы – оценить влияние НДСТ на течение заболеваний ОМС у детей.

Пациенты и методы. В исследовании принимали участие 866 детей с патологией ОМС: хроническим пиелонефритом (349 человек), хроническим гломерулонефритом (257 детей), обменными нефропатиями (220 пациентов). Диагностика синдрома НДСТ проводилась по карте M.J. Glesby (1989г.), шкале Л.Н. Фоминой (2000 г). Для оценки ассоциации между патогенным воздействием и эффектом вычислялось отношение шансов (ОР).

Результаты. Наличие НДСТ у ребенка с заболеванием ОМС увеличивает риск развития тяжелого течения болезни в 4,6 раза ($OR=4,6 [1,94\div 10,95]$). Легкая степень НДСТ диагностирована у 19%, умеренная степень выявлена у 46%, тяжелая – у 35% пациентов. У детей с тяжелой степенью НДСТ зарегистрированы следующие достоверные отличия ($p<0,05$): более раннее начало заболевания, часто рецидивирующее течение (4–6 обострений в год), более выраженная активность воспалительного процесса при обострении. Синдром НДСТ II и III степени тяжести повышает вероятность раннего дебюта заболевания в 3 раза ($OR=3,1 [1,79\div 12,42]$). При нарастании степени тяжести НДСТ наблюдается достоверное увеличение активности камнеобразования в мочевых путях, возрастание экскреции кристаллов мочевой кислоты и уратов, липидов и двулучепреломляющих кристаллов патологии ($p<0,05$), что может свидетельствовать о нарастании нарушений на уровне цитомембран почек. При оценке функционального состояния почек по мере утяжеления НДСТ выявлено нарастание нарушений тубулярных функций в виде снижения концентрационной функции, никтурии и удлинения времени секреции тубулотропного радиофармпрепарата. Наличие НДСТ II степени