

показателей стабильности цито-мембран почечных канальцев, уменьшении активности процесса камнеобразования в мочевых путях.

Ксидифон и цистон оказались высоко эффективными у большинства детей с доклинической стадией МКБ. У остальных больных имелось снижение активности процесса камнеобразования. Побочных эффектов при приеме указанных препаратов мы не отмечали.

Таким образом, наши наблюдения указывают на целесообразность использования ксидифона и цистона в педиатрической нефрологической практике. Эти препараты могут быть рекомендованы в качестве безопасного средства терапии больных с доклинической стадией мочекаменной болезни с целью профилактики формирования конкрементов в мочевых путях.

ЭФТИЛИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДЕВОЧЕК С СИНЕХИЯМИ

Аскерова М.Г., Чиркова Л.В., Ангсрчик С.В.

Синехии – это сращение малых и больших половых губ. Синехии выявляются в любом возрасте, но чаще они встречаются у девочек в возрасте от 1 года до 7 лет. Среди девочек, посетивших кабинет детского гинеколога ДГКМБ № 9, наибольшую часть составляют дети, страдающие воспалительными заболеваниями гениталий. Структура и частота заболеваемости женских половых органов за последние 3 года представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура и частота заболеваемости женских половых органов у детей

Нозология	1997г.	1998г.	1999г.	Всего за 3 года	
				Абс.	%
Неспецифический вульвовагинит	797	605	403	1805	40,0
Специфический вульвовагинит	89	89	96	274	6,1
Синехии	75	65	118	258	5,3
Другая патология женских половых органов	190	196	191	575	3,7
Всего	115	955	808	2914	65,1

В 1999 г. у 118 девочек были обнаружены синехии половых губ, что составило 14,6%. На консультацию к гинекологу эти дети были направлены нефрологом, урологом, участковым педиатром с патологическим анализом мочи в виде лейкоцитурии, кристаллурии. Иногда предъявлялись жалобы на затрудненное болезненное, малыми порциями мочеиспускание.

Обследование у 118 детей с синехиями было проведено по следующей схеме: опрос и осмотр больного; знакомство с анамнезом родителей (те-

чение беременности и родов, наличие генитальной и экстрагенитальной патологии у матери); бактериологическое и бактериоскопическое исследование при доступности его забора.

При осмотре наружных половых органов было обнаружено заращение половых губ размером от 2-3 мм до полного закрытия щели с точечным отверстием для оттока мочи. Наружные половые органы имели обычную окраску, а синехии были в виде белой прозрачной пленки. При далеко зашедших синехиях они были представлены прочной тканью. Выделений из влагалища не обнаруживалось. При наличии синехий во время первичного осмотра, как правило, не удавалось провести забор материала для проведения бактериоскопического исследования. Это удавалось сделать после лечения и разведения синехий. В 90% случаев мазки были I-II степени чистоты, в 7% были обнаружены неспецифические возбудители, например, грамположительные, грамотрицательные кокки, кишечная палочка. В 3% случаев были обнаружены хламидии, уреаплазма, цитомегаловирусы. При опросе родителей указаний на перенесенный вульвовагинит не отмечалось. Наряду с изложенным в ряде наблюдений были найдены лямблиоз (5 детей) и энтеробиоз (2 ребенка); дисбактериоз кишечника, гастродуоденальная патология и дискинезия желчевыводящей системы (17 больных); инфекции мочевыводящих путей и дисметаболическая нефропатия (16 больных); аллергический дерматит, нейродермит (15 девочек); хроническая ЛОР-патология и бронхиальная астма (10 детей).

В 1996-1997 гг. для лечения синехий были использованы местно мази (метилурациловая и фолликулиновая); масло аекол; гель актовегин с последующим разведением синехии тупым методом под местной анестезией 2% раствором лидокаина. С 1998 г. в практику было внедрено лечение мазями на основе эфтидерма или эфтилина в комплексе с эстрогенами (фолликулином и овестинном) и лидазой. Лечение проводилось по следующей методике: втирание мази в синехию 2-3 раза в день после мочеиспускания и упражнения по типу «лягушки», «пшагат» и т.п. Курс лечения составлял 12-15 дней, лечебный эффект после одного курса был достигнут у 73 девочек (61,3%). Два курса лечения было проведено у 36 девочек (30,5%), три курса – 6-ти больным (8%). Частота оперативного лечения синехий у девочек представлена в табл. 2.

Таким образом в 94,2% наблюдений положительный эффект разведения синехий был достигнут неоперативным путем. При этом количество оперативных разведений синехий сократилось до 4,8% и было использовано только при плотных, полных синехиях после предварительного лечения мазью на основе эфтидерма не менее 2-х курсов по 15 дней. В течение года ежеквартально девочки осматривались повторно. Для профилактики рецидива синехий мы рекомендовали местное применение пастеризованного растительного масла, аекол, детский крем. Это особенно важно в период эпидемических вспышек респираторных заболеваний. Рецидив слизистого вульвова-

гинита наблюдался в 0,5% случаев на фоне обострения кожных проявлений аллергии, острого воспалительного процесса верхних дыхательных путей, а также при нарушении методики лечения.

Таблица 2

Оперативное лечение синехий

Показатель	Годы наблюдения			
	1997	1998	1999	За 3 года
Число больных	41	16	6	63
% от общего числа больных с синехиями	53,3	24,5	4,8	24,4

Таким образом, наш опыт лечения синехий у девочек свидетельствует о его результативности в случаях применения эфтилина с эстрагенами и лидазой в комплексе с лечением экстрагенитальной патологии.

ФТОРХИНОЛОНЫ И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Пустынникова С.В., Кузнецова Г.И.

С 1999 г. в инфекционном отделении пролечено 65 детей, больных сальмонеллезом, и 200-больных шигеллезом. Этиотропное лечение, направленное на возбудителя, является одним из основных в терапии ОКИ и определяет сроки госпитализации больных.

Длительное время наблюдалась эффективность лечения дизентерии хлорамфениколом и гентамицином, но в последнее время отмечается резистентность шигелл к этим группам антибиотиков. В последние годы в терапии дизентерии подключены антибиотики группы фторхинолонов (ципрофлоксацин) и цефалоспорины III поколения (клафотрон, цефобид). Эти препараты обладают высоким бактерицидным действием и имеют парэнтеральный путь введения, что позволяет достичь более быстрого терапевтического эффекта. Учитывая побочные явления фторхинолонов, их назначение рекомендовано детям старше 5 лет в дозировке 5 мг/кг/сут.

В 2000 году пролечено 24 ребенка с шигеллезом, 2/3 из них – это дети старше 5 лет, которым назначен ципрофлоксацин. На 2-3 сутки лечения нормализовалась температура, на 4-5 сутки прекратилась диарея. Бактерицидный эффект был достигнут на 7 сутки, что подтверждалось отрицательными результатами бактериологического исследования кала. Наш опыт применения фторхинолонов у детей, больных шигеллезом, старше 5-ти лет сви-