

Изучение клинических симптомов позволило установить, что ИМП на первом году жизни у детей часто протекает асимптоматично, с общими признаками интоксикации, что наиболее характерно для этого возраста: бледность кожных покровов, снижение аппетита, субфебрилитет, дизурия, нарушения свободной дефекации, беспокойство перед мочеиспусканием, симптомы которые наблюдаются при других патологиях.

Пренатальные факторы риска (гестозы, нефропатии, угроза выкидыша, железодефицитная анемия, ОРЗ) и послеродовые факторы риска (искусственное вскармливание, фоновые состояния и т.д.)- определяют развитие ИМП у детей раннего возраста.

Ревенко Н.Е., Романчук Л.В., Гурдуза О., Нистор Л.
**КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ
С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**
Государственный медицинский и фармацевтический университет имени "
Николая Тестемицану", Кишинев, Молдова

Цель исследования: изучение клинических и параклинических особенностей у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы: в группу исследования были включены 41 детей, 17 мальчиков и 24 девочек, в возрасте от 6 до 18 лет с синдромом дисплазии соединительной ткани. Были проанализированы клинические признаки и результаты инструментального исследования (ЭКГ, эхокардиография с цветным доплером и Холтер ЭКГ мониторинг 24 часа).

Результаты: среди клинических симптомов преобладали боли в сердце (87,80%), колющего характера (82,92%), сердцебиение (82,92%), нерегулярность ритма сердца (39,02%) и приступы пароксизмальной тахикардии (41,46%). Доминирующими признаками дисплазии соединительной ткани были гипермобильность суставов (60,94%), астеническое телосложение (53,65%), высокорослость (46,34%), слабое развитие мышечной системы (31,70%), нарушение осанки (24,39%) и сколиоз (24,39%). Результаты нашего исследования выявили в 60,97% случаях наличие мажорных критериев дисплазии соединительной ткани и минорных критериев в 41,46% случаях. Данные ЭКГ показали присутствие синусовой тахикардии (17,07%), синдрома ранней реполяризации в миокарде левого желудочка (21,95%), наджелудочковых экстрасистол (19,51%) и желудочковых экстрасистол (7,3%). Анализ эхокардиографии выявил: пролапс митрального клапана I степени (68,29%), дополнительные хорды в полости левого желудочка в 58,53% случаях и утолщение створок митрального клапана в (4,87%) случаях. Холтер ЭКГ мониторинг 24 часа выявила наличие синусовой тахикардии у 46,34% детей, наджелудочковых экстрасистол (34,14%), □ 1000/24 часа в 14,63%, изолированного характера (21,95%), бигеминия (7,3%) и тригеминия (9,75%). Желудочковые экстрасистолы были определены в 34,14% случаях из которых I степени по В. Lown (17,07%), II степени (14,63%), наджелудочковых тахикардий (4,87%).

Выводы: Частыми клиническими симптомами у наших пациентов были боли в сердце и сердцебиение. Результаты нашего исследования определили наличие положительных мажорных критериев (60,97%) для диагностики синдрома дисплазии соединительной ткани и минорных критериев у 41,46% детей. Данные ЭКГ выявили у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани гетеротопные нарушения ритма сердца: наджелудочковые экстрасистолы и желудочковые экстрасистолы. Анализ результатов Холтер ЭКГ мониторинга 24 часа определил наличие наджелудочковых экстрасистол изолированного характера и желудочковых экстрасистол I и II степени по В. Lown.

*Ревенко Н., Яворская Э., Гросу В., Бениш С., Горбунова Г., Бабов С., Кучер И.
**НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ
В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.**

*Республика Молдова, Государственный университет медицины и фармации «Н.Тестемицану»
Департамент педиатрии*

*(*заведующая департаментом – доктор медицинских наук, профессор Ревенко Н.)*

Введение

По статистике, процент детей с низкой массой тела при рождении составляет 16-29% {1}. В течение первого года жизни эта группа детей характеризуется высоким уровнем заболеваемости и смертности {2}. Данная работа представляет собой ретроспективный анализ развития маловесных детей от 0-12 месяцев, уровень их заболеваемости, физическое и нейропсихическое развитие {3}.

Цель работы

Усиление наблюдения за здоровьем детей с низкой массой тела при рождении заслуживает особого внимания, цель которого снизить заболеваемость и смертность {4}.

Методы и материалы

Проанализированы истории болезней 60 детей в возрасте от 0-12 месяцев, рожденных в 2008-2011 годах, с низкими показателями массы тела, в одном из центров семейных врачей г. Кишинева. Дети были разделены на 2 группы. Первая группа включала детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), вторая группа включала недоношенных детей с гестационным возрастом от 31 до 33 недели (38 детей), и от 34 до 37 недели (22 детей). У обеих групп детей были выявлены факторы риска в перинатальном и постнатальном периодах. Была сделана оценка качества наблюдения этих детей в условиях поликлиники.

Результаты и обсуждения:

Из всех наблюдаемых детей: 45 регулярно проходили контроль в поликлинике (75%), а 15 детей (25%) обращались в лечебное учреждение по мере необходимости. Средний возраст матерей, как первой, так и второй групп составил от 26 до 33 лет. В анамнезе детей 2-й группы чаще присутствовал ранний токсикоз, угрожавший прерыванию беременности, анемия и обострения хронического пиелонефрита.

Анализ неонатальной заболеваемости установил доминирование во 2-й группе гипоксически-ишемических расстройств ЦНС, а в 1-й группе преобладали внутриутробные инфекции.

Анализ детского питания на первом году жизни обнаружил, что 1/3 детей до одного года из обеих групп были на естественном вскармливании. В обеих группах были выделены фоновые состояния: рахитизм, анемия, аллергический диатез, но с частой преобладания случаев во 2-ой группе (недоношенные). Профилактика рахитизма была проведена только 40 детям (66,4%) в обеих группах, лечение - 25 детям (90%). Профилактика анемии проводилась только 12 детям (40%).

Необходимо отметить, что не уделяется должного внимания лечению и профилактике фоновых состояний, а также параคลินิกским исследованиям. Тем не менее, положительным показателем в работе семейных медицинских центрах является своевременная массовая иммунизация детей.

Выводы:

Дети с низкой массой тела при рождении входят в группу повышенного риска. Эти дети должны быть под строгим наблюдением, как со стороны семейного врача, так и со стороны врачей-специалистов, в целях обеспечения нормального психо-моторного развития.

Для улучшения качества контроля за состоянием детей первого года жизни с низкой массой тела при рождении необходимо обеспечить высокий уровень консультаций в центрах семейной медицины.

Ревенко Н., Яворская Э., Калкый К., Хаджиу С., Бабов С., Антохий А., Гоцоноагэ М., Горбунова Г.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭНОЛАЗЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

*Республика Молдова, Государственный университет медицины и фармации «Н. Тестемицану»
Департамент педиатрии*

Введение

В педиатрии и неврологии детского возраста все больше внимания уделяется актуальным проблемам периода новорожденности.

Довольно часто неврологические симптомы у новорожденных детей при церебральных нарушениях требуют использования дополнительных диагностических методов исследования. В последние годы особое значение приобретают исследования спинно-мозговой жидкости NSE, в качестве маркера повреждения клеток мозга.

Цель работы

Установить диагностическое и прогностическое значение изменений уровня NSE в СМЖ при перинатальных поражениях ЦНС у новорожденных детей.

Материалы и методы

Исследование было проведено в Институте педиатрии г. Кишинева в отделениях неврологии. Было обследовано 60 новорожденных детей, среди которых 30 недоношенных со сроком гестации от 31 до 37 недель, и 30 доношенных детей с тяжелыми повреждениями ЦНС. При клинической оценке течения пренатальных гипоксических травматических повреждений ЦНС учитывались поведения состояния двигательной сферы черепных нервов и физиологических рефлексов у данных групп детей. Каждая группа была разделена на 2 подгруппы, с учетом длительности влияния гипоксии на плод и новорожденного ребенка. При этом принимались во внимание анамнестические данные (состояния здоровья матерей, особенности течения беременности и родов). Спинно-мозговую пункцию (СМП) проводили по строгим клиническим показаниям: наличие неврологических