

Выводы: Частота ЗПФР у детей с ЭНМТ к концу неонатального периода составила 100% в Г1 и 66,67% в Г2. ЗПФР менее 3 перцентили достоверно чаще отмечалась у пациентов с ЗВУР. Выявленные особенности антенатального и постнатального ФР детей с ЭНМТ обосновывают необходимость разработки индивидуальных программ нутритивной поддержки, терапии и реабилитации для данной категории пациентов.

Пятницкая С.А., Швыдченко Н.Ю., Орлова Л.Н., Семерник О.Е.
**ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА
У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПРОСТЫМ БРОНХИТОМ**

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Острый простой бронхит является одним из наиболее частых проявлений респираторной вирусной инфекции. Анализ литературных данных свидетельствует о несомненной роли вегетативной нервной системы в патогенезе данного заболевания. Изучение особенностей вегетативного обеспечения поможет врачу найти ключ к пониманию процессов, протекающих в организме ребенка больного острым простым бронхитом и вовремя назначить адекватную терапию.

Целью исследования явилась оценка состояния вегетативного гомеостаза у детей с острым простым бронхитом.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели проведено обследование 24 больных поступивших в инфекционное отделение МБУЗ ДГБ №2 г. Ростова-на-Дону с диагнозом острый простой бронхит. Возраст детей варьировал от 5 до 12 лет. Протокол обследования включал в себя оценку анамнестических данных, результатов лабораторно-инструментальных методов исследований, кардиоинтервалографии (КИГ). Для интерпретации параметров КИГ использовался метод спектрального анализа вариабельности сердечного ритма. Статистическая обработка данных проводилась с помощью набора прикладных программ Statistika 6.0.

Результаты. При анализе КИГ выявлено, что более чем у половины обследованных детей (60%) в спектрограмме преобладают медленные дыхательные HF-волны, свидетельствующие об активации парасимпатического отдела ВНС, тогда как у 32% пациентов максимально часто встречались колебания в VLF-диапазоне, указывающие на влияние нейрогуморального звена регуляции витальных функций и лишь у 2 больных (8%) зарегистрировано преобладание медленных волн I порядка (LF), говорящих о централизации управления и смещении вегетативного гомеостаза в сторону преобладания симпатического отдела. По результатам проведенной клиноортостатической пробы у всех пациентов отмечалось увеличение процентного значения в спектрограмме медленных волн (I порядка - у 67% больных и II порядка – у 87,5% детей), что свидетельствует об активации симпатической нервной системы.

Заключение. По данным спектрального анализа КИГ у большинства больных с острым простым бронхитом отмечается увеличение активности парасимпатического звена ВНС, однако результаты проведенной ортоклиноортостатической пробы показали, что все пациенты на минимальную физическую нагрузку ответили активацией симпатической нервной системы, что свидетельствует о сохранении компенсаторных возможностей организма на фоне формирующейся острой патологии.

Рахматова Р.А., Фатхулов З.К., Кодиров Х.Р.
**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И СЕДАЦИЯ
У ДЕТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии,
г. Душанбе, Республика Таджикистан*

Цель исследования. Комплексная оценка послеоперационного обезболивания у детей.

Материалы и методы. У нас под наблюдением находились 63 пациента возрасте от 0 до 3 лет, поступивших в ОРИТ после плановых оперативных вмешательств с использованием пропофола (Дипривана- ЭДТА). Большинство пациентов поступали в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) восстановленным самостоятельным дыханием, 12 детей после торакальных операций – на ИВЛ. Для оценки седативного эффекта нами использовалась шкала Ramsay и визуально-аналоговая шкала (ВАШ) для измерения интенсивности боли и оценки аналгезии.

Также, применялся полный комплекс стандартных методов мониторинга, гемодинамики, дыхания, электролитного и газового состава плазмы. Седацию проводили постоянной инфузией пропофола со скоростью 0,5-1,0 мг/кг/час при помощи инфузионного насоса. Длительность седации составляла от 15 до 24 часов, в среднем 17,1±1,5 часов.

Результаты и их обсуждение. Глубина седации поддерживалась в пределах 3-4 баллов по Ramsay или 12-14 баллов по Cook and Palma, что соответствует умеренному седативному эффекту. Также наблюдалось частичная амнезия. Для обезболивания использовались как опиоидные препараты: промедол в средней дозе $0,25 \pm 0,2$ мг/кг по требованию пациента, в среднем каждые $5,4 \pm 0,8$ часа, а также и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): кеторалок или диклофенак в стандартной дозе. Интенсивность болевого синдрома в среднем соответствовала $2,5 \pm 0,3$ балла по ВАШ, показанием к назначению анальгетика было превышение уровня боли выше 3-4 баллов. На вторые сутки после оперативного вмешательства 58 больных (92,1%) были переведены из ОРИТ, причем для адекватной анальгезии у этих пациентов в профильном отделении было достаточно одно или двукратно использовать НПВП или трамал.

Для сравнения были взяты дети (60 пациентов группа 2), получивших в качестве седации диазепам, а для обезболивания промедол и анальгин. Отмечено, что общая суточная доза промедола в данной группе было почти в 2 раза больше, чем в группе 1, а на вторые сутки после операции оценка боли по ВАШ составила 4-6 баллов, что требовало назначения у этих пациентов кроме НПВП также и наркотических анальгетиков. Оценка по шкале Ramsay показала, что дети в данной группе находились в состоянии напряжения, бодрствования или легкой седации (1-2 балла).

Вывод. Таким образом, управляемая седация пропофолом (Диприван-ЭДТА) в послеоперационном периоде позволяет купировать болевой синдром с использованием меньших доз опиоидов, на вторые сутки после операции достаточно назначения НПВП. Не требуются наркотические препараты, отсутствует посленаркозная депрессия ЦНС, опасность угнетения дыхания, нивелируется эмоциональное восприятие боли.

Ревенко Н., Бениш С., Чунту А., Яворская Э., Калмыш В., Бабов С., Шаповал Н.
**ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИЙ
МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

Государственный университет медицины и фармации «Н.Тестемицану»

Введение.

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты нефропатий у новорожденных и грудничковых детей, факт обусловленный увеличению случаев аномалий развития мочевыводящих путей у детей и в тоже время рост соматических заболеваний у матерей.

Цель работы.

Выяснение факторов риска в распространении ИМП, клиничко-эволюционные и диагностические особенности у детей грудного возраста

Материалы и методы.

Было проведено исследование у 44 детей в возрасте до 1 года с диагнозом ИМП, которые находились на лечении в отделение нефрологии института педиатрии г. Кишинева. Из них 25 девочек и 19 мальчиков. Для обследования использовались данные анамнеза, клинические симптомы, течение заболевания, УЗИ почек и реносцинтиграфия, общий анализ мочи, анализ мочи по Ничипоренко.

Результаты.

Дети были распределены на 2 группы. Первая группа - 22 ребёнка, рожденных от матерей без почечной патологии, вторая группа - 22 ребёнка, рожденных от матерей с хроническим ПН. Факторы риска у матерей детей первой группы были: гестозы 18, нефропатия 6 матерей, анемия - 6 случаев, угроза выкидыша - 8 случая. Нефропатия и анемия были у 6 матерей. У 5 сопутствовали ОРВИ. Угроза выкидыша была у 8 матерей. Период беременности матерей детей из 2 группы сопровождался гестозом почти во всех случаях. Было установлено, что у детей, рожденных от матерей с хронической патологией почек, при рождении масса тела была ниже, по сравнению, с теми что без почечной патологии.

Сопутствующие заболевания у исследуемых детей были следующими:

фоновые состояния : рахит - 2, анемия - 3 случая, аллергический дерматит - 13 случаев, поражение ЦНС - 5 случаев.

Анализ показал, что ИМП часто связаны с другими заболеваниями. Такие как, ОРВИ, рахит, анемия.

Из клинических симптомов, наиболее часто у детей из первой группы встречались: общая интоксикация, лихорадка или немотивированные субфебрильные состояния.

Проведённые исследования позволили разработать причинные факторы, предрасполагающие к началу ИМП у детей. Было выявлено влияние вредных факторов как в период пренатального развития (наследственность, хронический ПН матери во время беременности, гестозы, нефропатии, угроза выкидыша), так и в послеродовом периоде ребенка (фоновые состояния, гнойные воспалительные процессы, ОРВИ).