

**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).

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}.