

– купирование всех назальных симптомов, в том числе улучшение носового дыхания, а также аллергических симптомов со стороны глаз;

– эффективность применения у детей и пациентов молодого возраста.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. – Медицина, 2003. – 34 с.; 2. Новиков Д.К. Клиническая аллергология. Минск, 1991; 3. Сергеев Ю.В., Новиков П.Д. Опыт применения современных антигистаминных средств в дерматологической практике. Иммунопатология, аллергол., инфектол., 2001; 2:56-63; 4. По материалам 25-го ежегодного конгресса ЕААСI, Вена, Австрия, 10-14 июня 2006; 5. Гуцин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. – М.: Фармакус Принт, 1998. – 252 с.; 6. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М., Медицина. 1978.

ТҰЖЫРЫМ

КӨКСАУ ДЕМІКПЕСІ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РИНИТПЕН ҚОСЫЛҒАН ПАЦИЕНТТЕРДІ ЕМДЕУДІ ОҢТАЙЛАНДЫРУ МӘСЕЛЕСІ

Г.Е. Досанова

Облыстық қенестемелік-диагностикалық медицина орталық, Шымкент қ.

Эриус препаратының тиімділігі интермиттирлейтін және персистиялық АР емдеуде айқындалған, барлық таңау симптомдарын, соның ішінде мұрынмен тыныс алуды жақсарту, көздің аллергиялық симптомдарын жинақтау, сонымен бірге жас және балаларды емдеуде қолдану.

SUMMARY

IN RELATION TO OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS COMBINED WITH BRONCHIAL ASTHMA

G.E. Dosanova

Regional Consultative and Diagnostic Health Centre, Shymkent c.

Efficacy of erius in treatment of intermittent and persistent types of AR, relief of all nasal symptoms, including nasal breathing improvement, as well as eye allergic symptoms, and efficacy of administration in children and young patients, has been observed.

ПЕДИАТРИЯ

ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Р.А. НУРМАГАМБЕТОВА

Областная детская больница, г. Костанай

Гипоксия плода и новорожденного является основным фактором, обуславливающим нарушение кардиореспираторной адаптации к условиям внеутробной жизни. Так у детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию или асфиксию в родах, отмечается возникновение перекрестного шунта (персистирующее фетальное кровообращение [3].

Проанализировано 60 историй новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию и находившихся на II этапе в Областной детской больнице в возрасте от 3 дней до 2 месяцев.

Средний возраст матерей этих детей составил 20-35 лет. Патологическое течение беременности и родов отмечалось у большинства матерей. Наиболее часто встречались внутриутробная гипоксия плода, длительно текущие гестозы, хроническая фетоплацентарная недостаточность. Соматическую отягощенность имели 53% матерей. Из них заболевания сердца и сосудов – 35%, почек – 13%, эндокринологическую патологию – 5%. Анемия диагностирована у 40% матерей. Кроме того, 8 (13%) женщин в течение данной беременности болели ОРИ. Кольпиты отмечались у 15 (25%). Отягощенный акушерский анамнез выявлялся у 29 (48%) матерей (аборт, выкидыш, мертворождение), угроза прерывания беременности или преждевременных родов – у 18 (30%).

Патологическое течение родов наблюдалось у 25 (42%) женщин, чаще встречались слабость родовой деятельности и родостимуляция – 11 (19%); тугое и/или многократное обвитие пуповины вокруг шеи плода – 7

(12%); оперативные роды путем кесарева сечения по экстренным показаниям – 5 (8%), а также другая сочетанная патология – 2 (3%).

Патология последа установлена у 7 (12%) женщин.

Средняя оценка по шкале Апгар при рождении в конце 1 мин составила 7,3 балла.

Тяжесть состояния при рождении была обусловлена гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы в виде синдрома угнетения ЦНС – у 20 (33%) новорожденных, синдрома гипервозбудимости – у 30 (50%), судорожного синдрома – у 2 (3%).

В последующие часы после рождения у всех новорожденных отмечался цианоз кожных покровов, акроцианоз, дыхательные нарушения, а также изменения со стороны сердца (изменения ритма и тонов, аускультация шумов). Этим детям после перевода на II этап (отделение патологии новорожденных), помимо общего клинического осмотра были проведены базисные методы исследования сердечно-сосудистой системы, включающие электрокардиографию, рентгенографию органов грудной полости, эхокардиографию.

Клинические проявления нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы у новорожденных крайне неспецифичны и встречаются при различных заболеваниях данного периода, поэтому особое значение приобретают данные инструментальных исследований.

Специфическими признаками персистирующих фетальных коммуникаций при рентгенологическом исследовании являлись увеличение кардиоторакального индекса (КТИ) от умеренного (КТИ до 65%) до выраженного (КТИ до

72%), а также разной степени выраженности обеднение легочного рисунка.

На электрокардиограммах отмечались признаки перегрузки правого предсердия, гипертрофия миокарда правого желудочка, метаболические изменения, нарушение внутрижелудочковой проводимости по системе правой ножки пучка Гиса (ПНПГ) – от полной блокады ПНПГ до неспецифических нарушений проводимости.

Эхокардиография проводилась с использованием ультразвукового аппарата «НІТАСНІ ЕUB-525» по общепринятой методике.

Результаты исследования показали, что у 27 (45%) детей с перинатальной гипоксией на сканограммах визуализировался дефект до 3 мм в средней части межпредсердной перегородки, соответствующий функционирующему клапану овального окна. У 1 (1,6%) ребенка диагностирован ОАП (открытый артериальный проток), у 17 (28,3%) – кардиомиопатия и транзиторная дисфункция миокарда, у 1 (1,6%) – перикардит. Малые аномалии сердца в виде дополнительных трабекул в полости того или иного желудочка диагностированы у 14 (23,5%) детей.

В первые дни жизни у детей при обследовании выявлено повышение фракции выброса до 83%, имеющее транзиторный характер. Повышенная сократительная способность миокарда способствует тому, что в систоле происходит чрезмерное пережатие коронарных сосудов и метаболические изменения могут существовать длительно, имея тенденцию к самоподдержанию [1]. В дальнейшем среднее значение фракции выброса снизилось до 57%, что подтверждает снижение сократительной способности миокарда. Отмечалось увеличение диастолического диаметра правого желудочка до 14 мм, при норме до 10 мм.

Изменения сократительной способности миокарда, иногда за относительно короткий промежуток времени, свидетельствуют о транзиторной дисфункции миокарда.

Таким образом, результаты проведенного анализа свидетельствуют о существенных изменениях морфо-

функционального состояния сердца у детей, перенесших перинатальную гипоксию. Эти изменения носят в основном транзиторный характер, но могут иметь остаточные явления.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Затикиан Е.П. Кардиология плода и новорожденного. М, 1996, – С.8-14, 47-49;
2. Симонова Л.В., Котлукова Н.П., Ерофеева М.Е. и др. Педиатрия, № 3, 2001. – С.17-21;
3. Лукина Л.И., Котлукова Н.П. Педиатрия, №4, 1994. – С. 94, 95.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

ТУҒАН, ӨТКЕРГЕН ПЕРИНАТАЛЬ ГИПОКСИЯСЫНЫҢ ЖҮЙЕНІҢ ЖҮРЕК-ҚОЛҚАСЫНЫҢ ӨЗГЕРІСТЕРІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

Р.А. Нурмагамбетова

Облыстық бала ауруханасы, Қостанай қ.

Осы мақаланың авторы 60 туылған нәреселердің Қостанай облыстық балалар ауруханасында емделген тарихын зерттеген. Жүргізілген эхокардиографиялық зертеулерден анықталғаны: ұрықтың қан айналым түрінің сақталғаны, миокардтың транзиторлы ишемиясы және кардиомиопатия.

Негізгі сөздер: перинаталдық гипоксия, кардиомиопатия, эхокардиография.

SUMMARY

DIAGNOSTICS OF CHANGES OF SERDECHNOSOSUDISTOY SYSTEM NEW-BORN, CARRYING PERINATAL'NUYU GIPOKSIY

R.A. Nurmagambetova

The Regional child's hospital, Kostanay c.

60 (medical) histories of newborns with perinatal hypoxia hospitalized for treatment in the Children's Regional Hospital have been considered by the author. The performed echocardiography revealed the preservation of a fetal type, blood circulation, the transit ischemia of myocardium and cardiomyopathy.

Key words: perinatal hypoxia, cardiomyopathy, echocardiography.

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ В ДОМАХ РЕБЕНКА

М.С. ЖОМАРТОВА

Дом ребенка, г. Есик, Алматинская область

Вакцинация является самой надежной профилактикой тяжелых инфекционных заболеваний. Массовая вакцинация в Республике Казахстан осуществляется в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, проводится вакцинами с высокой степенью безопасности. Вакцинные препараты при соответствующем хранении и транспортировке, а также соблюдении техники их введения крайне редко вызывают серьезные расстройства здоровья. Это позволяет вакцинировать как здоровых детей, так и лиц с отклонениями в состоянии здоровья [1].

В домах ребенка, так же как и детских поликлиниках, дошкольных учреждениях и школах, созданы специальные прививочные кабинеты, оснащенные необходимым медицинским оборудованием и препаратами для неотложной и противошоковой терапии. Работу прививочного кабинета в Доме ребенка возглавляет врач-педиатр, разрабатывает план профилактических прививок на год.

На каждого ребенка заводится карта учета с указанием сроков проведения прививок [2].

Перед прививкой проводится медицинский осмотр ребенка, учитываются ранее перенесенные заболевания, реакция на предыдущие прививки, измеряется температура и, если ребенок здоров, проводится прививка.

Отсрочка плановой вакцинации после острых или обострения хронических заболеваний связана не с опасностью вакцинации, а возможными осложнениями этих заболеваний. Но по эпидпоказаниям прививки проводятся при нетяжелых острых респираторных заболеваниях, острых кишечных инфекциях.

Существуют «ложные противопоказания», которые говорят о медицинской неграмотности медицинских работников. К таким «ложным противопоказаниям» относятся такие заболевания, как бронхиальная астма, atopический дерматит, врожденные пороки развития, перинатальное поражение ЦНС, гипертрофия тимуса,