

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 ЕВВ-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. Затицян 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.

ТҰЖЫРЫМ

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,

длительное лечение стероидами, перенесенные ранее сепсис, гемолитическая желтуха, пневмония, наличие в семье эпилепсии, синдром вегетососудистой дистонии, реакции на предыдущую прививку [3].

Врач Дома ребенка следит за состоянием ребенка после прививки в течение 30 минут, чтобы не пропустить анафилактической реакции. Медицинская сестра наблюдает за привитым ребенком в течение 3 дней после инактивированной вакцины, а после живых вакцин – на 5-6 и 10-11 дни. Прививки проводятся вакцинами отечественного и зарубежного производства, лицензированными в Республике Казахстан в соответствии с инструкциями по их применению. Все вакцины, положенные ребенку по возрасту, вводят одномоментно внутримышечно в разные участки тела. БЦЖ во избежание контаминации шприцев и игл вводят до или после других вакцин в отдельном помещении. Если у ребенка была сильная реакция: $t \geq 40$ градусов или местная реакция в виде уплотнения более 8 см в диаметре – введение этой же вакцины противопоказано. Если эта реакция была на АКДС, то вводят АДС без коклюшного компонента или бесклеточную вакцину Инфанрикс. Живые вакцины ОПВ, ЖКВ, ЖПВ детям с реакцией на АКДС вводят как обычно. Местная реакция на БЦЖ 10 мм и более в виде инфильтрата или язвочки не препятствует введению других вакцин. Недоношенные дети прививаются согласно календарю прививок в обычных дозах после стабилизации состояния при адекватной прибавке веса. Дети от ВИЧ-инфицированных матерей прививаются согласно Календарю прививок с заменой ОПВ на ИПВ. Если ребенок получил препараты крови, плазмы или иммуноглобулин, требуется отсрочка вакцинации живыми вакцинами на 3-6 месяцев.

К медицинским противопоказаниям к проведению профилактических прививок относятся на все вакцины: если была сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины; на все живые вакцины – первичное иммунодефицитное состояние, иммуносупрессия, злокачественные болезни; для БЦЖ – вес ребенка при рождении менее 2000 г, келоидный рубец. Для АКДС – прогрессирующее заболевание нервной системы, фебрильные судороги в анамнезе; для живых вакцин против кори, паротита, краснухи, комбинированными ди- и тривакцинами (корь-паротит, корь-краснуха-паротит) – тяжелые аллергические реакции на аминогликозиды; корьевая и паротитная вакцины, приготовленные на куриных эмбрионах, противопоказаны при анафилактической реакции на белок куриного яйца; вакцина гепатита В – если была аллергическая реакция на пекарские дрожжи; грипп – если аллергическая реакция на белок куриного

яйца, аминогликозиды, сильная реакция на предыдущую вакцинацию. Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострения хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. прививки можно проводить сразу после нормализации температуры [1]. У детей с аллергией вакцинацию проводят в ремиссии под прикрытием антигистаминным препаратом за 1-2 дня до и 3-5 дней после прививки. У больных бронхиальной астмой, получающих ингаляционные ГКС и β -агонисты, вакцинация проводится в фазе ремиссии. Если детям в домах ребенка не проводить положенные по прививочному календарю прививки, конечно, с учетом временных и постоянных противопоказаний, будет увеличиваться неиммунная прослойка детей, которые могут заболеть тяжелыми инфекционными заболеваниями, такими как корь, паротит, дифтерия, полиомиелит и т.д.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день. Издание 5, дополненное. Москва, 2007. – С. 57-63;
2. Профилактика и мониторинг поствакцинальных осложнений. Пособие для врачей. Москва, 2004;
3. Аллергология и иммунология. Под общей редакцией А.А. Баранова и Р.М. Хаитова. Москва, 2008 – 2009. – С. 234-240.

Т Ж Ы Р Ы М

БАЛАЛАР ҮЙІНДЕГІ ДЕНСАУЛЫҒЫНДА АҚАУ БАР БАЛАЛАРҒА ВАКЦИНА САЛУ

М.С. Жомартова

Балалар үйі, Есік қ., Алматы облысы

Вакцина салу жұқпалы патологиямен күресудің ең тиімді жолы болып табылады. Сондықтан «жалған кері әсерді» ескере отырып, денсаулығы нашар балаларға вакцина салу кезінде балаға дұрыс қарау Балалар үйіндегі педиатр дәрігерлердің басты міндеті болып табылады.

S U M M A R Y

VACCINATION OF CHILDREN WITH HEALTH DEVIATIONS IN CHILDREN HOMES

M.S. Zhomartova

Children Home, Esik c., Almaty Region

Vaccination is the most effective method against infective pathology, which nowadays has no alternative. Therefore appropriate practice of vaccination of children with health deviations, taking into account the so-called “false contraindications”, is the foremost objective of the doctors of the pediatrician of the Children homes.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ТУБУЛОПАТИИ: ФОСФАТ-ДИАБЕТ

М.С. ЖОМАРТОВА

Дом ребенка, г. Есик, Алматинская область

Наследственные тубулопатии – группа генетически детерминированных заболеваний, при которых в патологический процесс вовлекаются различные отделы почечных канальцев с нарушением одной или нескольких их функций [1].

Выделяют первичные (ренальные) и вторичные (перенальные) тубулопатии. В основе первичных тубулопатий лежит генетический дефект канальцевого транспорта, связанный со структурно-функциональными изменениями фермента, структурных или транспортных белков канальцевых клеток. По локализации первичные (наследствен-

ные) тубулопатии делятся на проксимальные, дистальные и смешанные тубулопатии, а по количеству нарушенных функций – на изолированные (моносимптомные) и комбинированные (полисимптомные) тубулопатии.

Фосфат-диабет относится к моносимптомным наследственным проксимальным тубулопатиям и является наиболее встречаемой среди всех тубулопатий.

Витамин D-резистентный рахит (фосфат-диабет)

[2] наследуется по классическому доминантному типу, сцепленному с X-хромосомой. Ген фосфат-диабета локализован на X-хромосоме в локусе – X22.