

1. Наиболее часто аноректальные пороки встречаются у мальчиков.
2. Каждый порок уникален и требует индивидуального подхода в лечении.
3. С наибольшей частотой выявляются «низкие пороки», которые хорошо поддаются лечению.
4. Лучшие функциональные косметические результаты достигнуты при методе заднесагиттальной проктопластики.
5. Этапное лечение в большинстве случаев является наиболее выгодным, учитывая наличие тяжелых сопутствующих пороков развития.

#### **Литература:**

1. Каплан В.М. Восстановительные и реконструктивные операции в аноректальной области у детей. Автореф. дисс. докт. мед. наук, 1989
2. УМП «Аноректальные пороки у детей» (клиника, диагностика), Минск БелМАПО, 2009
3. Генри М. Свош М. Колопроктология и тазовое дно. (Пер. с англ.) М.: Медицина. 1988

## **ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В БУХАРСКОМ РЕГИОНЕ**

**Каримова Ф.Р., Нуритов А.И.**

*Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан.*

Симптомы острых аллергических состояний (ОАС) среди населения встречаются часто. Установлено, что 20-30% населения Земного шара в течение жизни перенесли те или иные острые аллергические реакции. Кроме того, подсчитано, что каждые 10 лет частота ОАС увеличивается в 2-3 раза [4].

**Цель.** Определить особенности этиологии острых аллергических состояний у детей, проживающих в экологически неблагоприятном регионе города Бухары.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явились 1500 больных детей, госпитализированных по поводу ОАС в Бухарский филиал Республиканского экстренного научного центра медицинской помощи (РЭНЦМП). Проанализированы 24420 карт - вызовов СМП г. Бухары по поводу ОАС у детей. Работа выполнена на базе Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП). Проанализированы материалы трех подстанций: центральной, 1 и 2 подстанции.

**Результаты и обсуждение.** Полученные результаты проведенных исследований среди детей - жителей г. Бухары показали, что в структуре причин пищевой аллергии существенное значение имели пищевые аллергены

(68,2%). Анамнестически непереносимость коровьего молока выявлена в 15,1%, яичного белка в 12,5% случаев. Наряду с этим обострение болезни связывали также и с другими пищевыми продуктами: мясом говядины, рыбой, лимонами, овощами, фруктами. У значительной части больных (31,8%) причины аллергических реакций остались неясными. Самая большая причина аллергии была на аллерген из коровьего молока. На этот фактор ссылались 1450 (15,1%) больных. На яичный белок указали 1201 (12,5%) больных. На мясо говядины указывали 1037 (10,8%) пациентов. На аллергию к рыбе указывали 950 (9,9%) больных. Фрукты и овощи считали причиной аллергии 778 (13,9%) и 230 (6%) пациентов, соответственно. Следует подчеркнуть, что причина болезни осталась не выясненной у 3053 пациентов, что составляет 31,8% случаев. При изучении причинных факторов аллергического дерматита у детей, госпитализированных с ОАС, анамнестически выяснилось, что в 35,3% случаев аллергического дерматита причиной являлись различные пищевые аллергены, имели и значение лекарственные аллергены - 27,4%, инсектные аллергены (яд жалящих и кусающих насекомых) в 11,0% случаев. У 26,3% больных детей причина аллергического дерматита осталась неясной. Основными причинами поражения кожи при лекарственной аллергии являются антибиотики всех групп, сульфаниламидные препараты, витамины. Аллергические реакции на ужаление насекомыми проявлялись как в виде местных, так и системных изменений. Необходимо указать, что кроме причинных, в развитии аллергического дерматита имели значение факторы отягощенного преморбидного фона. Так среди детей с аллергическими болезнями кожи, часто встречаются дети, находившиеся на раннем искусственном вскармливании (56%), имевшие дефекты вскармливания - ранний прикорм, введение в рацион продуктов, не соответствующих возрасту или обладающих высокоаллергенными свойствами (46%), с аномалиями конституции, в частности с экссудативно-катаральным диатезом (78%) и наследственной отягощенностью (72%). С целью уточнения наследственной отягощенности ОАС у детей жителей г.Бухары нами определен уровень в крови общего иммуноглобулина Е у 120 пациентов детского возраста и их матерей (всего 240 исследований). У 110 (91,6%) больных детей с ОАС содержание в крови реактинов-общего IgE было повышенным по сравнению со здоровыми (у последних концентрация общего иммуноглобулина Е в крови составляет  $50,0 \pm 2,9$  кЕ/л). При обследовании их матерей установлено, что у 95 (79,1%) из них показатель изучаемого маркера аллергических реакций так же был выше нормы (у здоровых женщин уровень общего IgE в крови составляет  $72,0 \pm 3,5$  кЕ/л). Полученные данные еще раз подтверждают о наследственной предрасположенности ОАС у детей, жителей г.Бухары. Лекарственная аллергия, обусловленная участием иммунных реакций гуморального или клеточного типа, характеризуется непереносимостью лекарственных препаратов. Она может развиваться на введение практически любого медикамента, но механизмы возникновения гиперчувствительности к

лекарственным препаратам различны. По нашим данным аллергические реакции на антибиотики регистрировались в 35,6% случаев, сульфаниламидные препараты в 15,9%, лечебные сыворотки и вакцины – 10,1%, витамины – 2,9%, местные анестетики – 2,4%. Причина не была выяснена у 33,1% больных. Изучение анамнеза больных детей с бронхиальной астмой показало, что причиной приступов бронхиальной астмы являлись неинфекционные аллергены: домашняя пыль (60,1%), эпидермальные (14,7%); шерсть домашних животных (кошек, собак) – 12,0%, пыльцевые (0,1%). У значительной части пациентов (13,1%) причина оставалась не ясной. Причиной пыльцевой и пылевой аллергии являлись следующие аллергены: пыльца хлопчатника, лебеды, кокона, пшеницы, кукуруза и домашняя пыль в разном соотношении. Пыльцевые аллергены в 49,1% случаев вызывали сенсибилизацию организма с последующим развитием ОАС у детей, пылевые - 17,5%. Следует указать, что в значительной степени 33,4% наблюдаемых случаев ОАС, которые проявлялись как пыльцевая и пылевая аллергия, причина осталась невыясненной.

Аллергические реакции, возникающие в результате контактов с насекомыми и их метаболитами: при соприкосновении с ними, вдыхании частиц тела насекомых или продуктов их жизнедеятельности, укусах, ужалениях проявлялись как инсектная аллергия. В нашем примере в этиологии инсектной аллергии решающее значение (60,8%) имели яд жалящих насекомых: ос, пчел, шмелей и комаров. Причину выяснить не удалось у 39,2% пациентов.

**Выводы.** Острые аллергические состояния клинически проявлялись в виде тяжелой и средней степени тяжести течения пищевой аллергии - 39,3%, аллергического дерматита - 18,1%, лекарственной аллергии - 12,5%, бронхиальной астмы - 10,2%, пыльцевой и пылевой аллергии - 10,1% и инсектной аллергии - 9,8%. В формировании и развитии острых аллергических состояний, кроме причинных факторов, существенное значение имели такие факторы риска, как наследственная отягощенность - 70,3%, аллергический диатез - 60,5%, искусственное вскармливание - 55,3%. Повышенный уровень в крови общего Ig E - маркеров атопических, аллергических реакций (1 типа) у детей больных ОАС и у их матерей свидетельствует о наследственной предрасположенности с указанными заболеваниями. Проявление ОАС у детей жителей г. Бухары в весенний период года наблюдалось чаще, чем в летний, что подтверждается повышенным уровнем в крови общего Ig E и увеличение положительных случаев эозинофилии при исследовании крови и слизи из носа. Среди детей в возрасте 6-10 лет с острыми аллергическими состояниями, проживающих в г. Бухаре почти в 2,2 раза больше встречались тяжелые острые аллергические состояния, требующие госпитализации в реанимационное отделение, чем острые аллергические состояния со средней степенью тяжести.

## Литература

1. Лусс Л.В., Бхардварж Л.А., Бхардварж А. Роль иммунокоррекции в общеклинической практике // International Journal of Immunorehabilitation, -2000, - Vol.2. - №3. - С.138-145.
2. Омельницкая И.П. Инсектная аллергия у детей // Педиатрия.-1990.-№7.-С.88-92.
3. Назаров А.А. Аллергология. - Ташкент, 2001 – 326 с.
4. Давыкина А.В. Догоспитальная помощь при острых аллергических заболеваниях: теория и практика // Российский медицинский журнал.- 2002. -Том 9 - №20. – С. 874-886.

## ФАКТОРЫ РИСКА РЕНАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Карнацевич И.П., Карпович Ю.И., Карпович Ю.Л.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Диабетическая нефропатия - осложнение сахарного диабета, обусловленное поражением сосудов в почках. На ранних стадиях ее развитие никак нельзя почувствовать. Самым ранним маркером развивающейся диабетической нефропатии является микроальбуминурия - экскреция альбумина с мочой в небольших количествах, не определяемое обычными методами исследования белка в моче. При прогрессировании нефропатии содержание белка в моче выявляется обычными методами диагностики (общий анализ мочи, суточная протеинурия). Появление протеинурии свидетельствует о потере функциональной способности (склерозе) 50-70% почечных клубочков, при этом отмечается повышение артериального давления (АД) и снижение скорости клубочковой фильтрации.

Цель исследования: выявить распространенность хронической болезни почек (ХБП) и оценить основные факторы риска кардиоренального повреждения у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа.

Материалы и методы. На базе эндокринологического отделения УЗ «ГОКБ» обследованы 15 пациентов с сахарным диабетом 1 типа (6 мужчин и 9 женщин) и 15 практически здоровых пациентов (7 мужчин и 8 женщин). Длительность сахарного диабета 1 типа составила 9,8 лет. Лабораторно оценивались биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, общий холестерин, триглицериды, калий), микроальбуминурия, протеинурия, СКФ, удельный вес мочи, анализ мочи по Нечипоренко, общий анализ крови (гемоглобин).

Результаты исследования

Все пациенты с СД 1 типа получали инсулинотерапию, из них стадия компенсации СД (согласно таким показателям как гликозилированный гемоглобин, фруктозамин) определялась у 67% пациентов (6 женщин и 4 мужчины). К ранним признакам нарушения функции почек при ДН относится микроальбуминурия (МАУ) более 20 мг/сут (таблица 1). МАУ выявлена у 100% обследованных с СД 1 типа. Гипергликемия вызывает нарушения внутрпочечной гемодинамики. Длительная гипергликемия