

Основные показания для установки внутреннего стента в процессе операции: изменение стенки мочеточника видимые при оперативном вмешательстве, значительное расширение ЧЛС после удаления конкремента, коленообразные изгибы мочеточника.

При локализации конкрементов в нескольких отделах или множественных камнях, либо камней верхней трети мочеточника, ЧЛС также необходимо выполнение внутреннего стентирования мочеточника в 79 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Газимиев М.-С.А. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и выбора метода лечения- Москва: Триада, 2006, 236 с.
2. Бутин П.С. Применение дистанционной и контактной литотрипсии в лечении камней мочеточника: Автореф. дис.. канд.мед.- М., 2005-29с.
3. Чепуров А.К., Зенков С.С., Пронкин Е.А. Результаты исследования влияния длительного дренирования верхних мочевых путей мочеточниковыми стентами на функциональные способности почек // Материалы Российского пленума урологов. Нижний Новгород; 2009. 450-451.

ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕЙТРОПЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Тихон Н.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) представляют собой полиэтиологичную группу заболеваний инфекционной природы. Этим термином принято объединять все острые неспецифические инфекционные заболевания респираторного тракта вне зависимости от их локализации – от ринита до пневмонии. Острые респираторные инфекции остаются самыми распространёнными заболеваниями у детей и составляют 60 – 70% регистрируемой инфекционной патологии, а поэтому и в настоящее время являются важной социальной проблемой, решение которой представляет собой одну из основных задач детского здравоохранения. Как известно, большинство (85–

90%) ОРЗ вызывают респираторные вирусы, а не бактериальные агенты. И естественно, преимущественно небактериальная этиология заболеваний указывает на ненужность назначения антибиотиков по поводу данных заболеваний. С другой стороны, важность своевременной диагностики бактериального ОРЗ очевидна – назначение антибиотика при нем является надежной гарантией неосложненного течения ОРЗ и быстрого выздоровления [1, 3]. Хорошо известно, что как сама вирусная инфекция, так и используемые антибактериальные препараты из группы пенициллинов, цефалоспоринов и др. может провоцировать развитие нейтропений, особенно у детей раннего возраста. Лекарственные препараты, выступая в роли гаптен, опосредуют разрушение нейтрофилов или их предшественников иммунной системой. В этом случае нейтропения развивается примерно на 7-е сутки после начала приема препарата. Эту форму лекарственной нейтропении может вызвать практически любой препарат, но главной причиной служат такие широко используемые антимикробные средства как пенициллины и цефалоспорины [2]. Нейтропения - снижение содержания в крови нейтрофилов, часто повышающее восприимчивость к бактериальным и грибковым инфекциям. Критерием нейтропении у детей старше года и взрослых является снижение абсолютного числа нейтрофилов (палочкоядерных и сегментоядерных) в периферической крови ниже 1500 на 1 мкл. Нейтропения у детей до года характеризуется уменьшением уровня нейтрофилов ниже 1000 в 1 мкл крови [2].

Цель работы выявить частоту встречаемости нейтропений у детей раннего возраста с различными нозологическими формами ОРЗ, находящихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении.

Для анализа было отобрано 212 историй болезни детей (от 1 месяца до 3 лет), находящихся в апреле и мае 2011 года на лечении в пульмонологическом отделении УЗ «ДОКБ» г. Гродно. Обследованные были разбиты на 2 группы: в 1 группу вошли дети в возрасте от 1 месяца до 1 года (103 человека), во 2 группу – дети от 1 года до 3 лет (109 человек). Статистическая обработка данных проводилась с помощью Statistica 6.0.

В общем анализе крови на момент поступления нейтропения была выявлена у 17 человек из 212 обследованных, что составило 8,0%. При анализе частоты встречаемости нейтропений у детей разного пола и возраста не было выявлено достоверной разницы. Так из 17 детей поступивших в стационар 9 человек (53%) с нейтропенией были в возрасте до 1 года и 8 человек (47%) - в возрасте старше года. Среди этих же детей лиц женского пола было 41% (7 девочек), мужского пола - 59 % (10 мальчиков).

Среди детей, поступивших на лечение в стационар по поводу острой респираторной инфекции, получали антибактериальный препарат уже на догоспитальном этапе 20,8% детей. Из 44 человек, получавших антибиотик на догоспитальном этапе у 11 детей (25%) в первом анализе крови отмечалась нейтропения. Среди детей не получавших на догоспитальном этапе антибактериальный препарат (168 человек) нейтропения в первом анализе крови отмечалась достоверно реже ($p < 0,001$), только у 6 человек, что составило 3,6%.

Повторный анализ крови был выполнен 134 детям не ранее чем через 5 дней от начала лечения. Следует отметить тот факт, что в стационаре имел место 100% обхват детей с ОРЗ антибактериальной терапией с первого дня заболевания. Оказалось, что на фоне проводимого в стационаре лечения количество детей с нейтропенией достоверно ($p = 0,003$) увеличилось с 8,0% до 21,6%, что составило 29 человек. Однако следует отметить, что у 26 детей из 29 на момент поступления нейтропении не было. А из 17 человек, имеющих нейтропению при поступлении, только у 3 она сохранилась на фоне лечения в стационаре. Кроме того из этих 29 человек с нейтропенией во втором анализе крови получали антибактериальный препарат на догоспитальном этапе только 6 человек, что, конечно, не имело статистически значимого влияния на частоту нейтропений выявляемую при повторном обследовании. Среди 29 детей, имеющих нейтропению во втором анализе крови, дети до года составили 38% (11 человек), старше года - 62% (18 человек). Распределение по полу среди этих 29 человек было следующим: 9 девочек (31%) и 20 мальчиков (69%). Не было выявлено достоверного влияния на частоту возникновения нейтропений пола,

возраста, грудного вскармливания, группы используемого антибактериального препарата.

Таким образом, назначение антибактериального препарата детям раннего возраста на фоне острой респираторной инфекции тесно связано с риском развития нейтропении. Достоверный ($p < 0,001$) рост частоты нейтропений у детей на фоне проводимого лечения свидетельствует о необходимости более взвешенного подхода к решению вопроса о необходимости назначения антибактериального препарата для лечения ОРЗ с первых дней заболевания у детей раннего возраста, выборе пути его введения, а также длительности использования антибиотика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко, В.К. Практическая пульмонология детского возраста / В.К. Таточенко. - 3-е издание – Москва, 2006. – С. 75-83.
2. Козарезова, Т.И. Болезни крови у детей: учеб. пособие / Т.И. Козарезова, Н.Н. Климкович. – Мн.: Белорусская наука, 2001. – С. 163-174.
3. Парамонова, Н.С. Лечение и профилактика острых респираторных вирусных инфекций у часто болеющих детей: учебное пособие / Н.С. Парамонова, З.В. Сорокопыт. – Минск: «Зималетто», 2011. – 24 с.

АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Тихон Н.М., Шиманчик Т.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

По данным ВОЗ ежегодно острыми респираторными инфекционными заболеваниями болеет каждый третий житель планеты. У детей до 3 лет они составляют 65% всех регистрируемых заболеваний, что определяет их высокую медико-социальную значимость и на современном этапе [1]. Большинство (85–90%) острых респираторных заболеваний (ОРЗ) вызывают вирусы, а не бактериальные агенты. Однако с учетом трудности постановки этиологического диагноза при первом контакте с больным, имеющим симптомы ОРЗ (часто мало отличающиеся при вирусных и бактериальных формах), врач склонен переоценивать роль микробной флоры и назначать си-