

вестно, что особенностью лечения АГ является пожизненный приём антигипертензивных лекарственных средств (АЛС). Причём только при степени I АГ возможна монотерапия [Снежицкий В.А., 2009]. При степенях II и III (или, соответственно, при II стадии АГ согласно классификации принятой в США) необходим приём сразу 2-4 АЛС. При этом если не первым, то вторым АЛС должен быть тиазидный диуретик [The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd ed. 2010]. Целью данной работы было изучение адекватности проводимой амбулаторной антигипертензивной терапии вышеуказанным рекомендациям. Материалом работы послужили данные амбулаторных карт 50 пациентов с АГ I III степеней, наблюдавшихся в поликлиниках г. Гродно в 2010-11 гг. Использовался фармакоэпидемиологический метод ретро-спективного изучения амбулаторных карт. Амбулаторные карты отбирались случайным способом. Результаты. Средний возраст больных составил 61.7 ± 1.1 лет (женщины 56%, мужчины 54%). Из них I степень диагностирована у 24% пациентов, у остальных пациентов – по 38% II и III степени. Пациенты с I степенью получали, в среднем, по 1 АЛС, II степени – 1.9 АЛС, III степени – 2.4 АЛС. Тиазидный диуретик не отмечен в назначениях при АГ I, при АГ II он назначался лишь 3 пациентам (15.8%), при АГ III – 6 больным (31.6%). Наиболее часто назначались ингибиторы АПФ (78%), затем – бета-адреноблокаторы (46%), антагонисты кальция (32%), диуретики (18%), блокаторы рецепторов ангиотензина II (6%). Средняя дневная доза пяти наиболее часто прописываемых больным АЛС (в скобках указана рекомендуемая средняя терапевтическая доза) составляла: эналаприл -18.2 мг (20 мг); лизиноприл -19.6 мг (20 мг); бисопролол -4.5 мг (10 мг); амлодипин – 8.2 мг (5 мг). Таким образом, только амлодипин применялся в субмаксимальных терапевтических дозах. Лизиноприл и эналаприл назначались в дневных дозировках, близких к средним терапевтическим. Однако дозировки обоих бета-адреноблокаторов были существенно ниже средних терапевтических. Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы: 1) существует тенденция занижения количества АЛС при II и, особенно, при III степени АГ; 2) при АГ врачи недостаточно широко используют тиазидные диуретики; 3) существует тенденция занижения суточной дозы ряда АЛС. Можно также предположить, что подобные особенности назначения АЛС могут быть причиной недостаточной эффективности лечения АГ.

Юрча С.А., Сергей О.А., Диско О.В.

ВРОЖДЕННАЯ МЫШЕЧНАЯ КРИВОШЕЯ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Аносов В.С.

Результаты обследования новорожденных показывают, что аномалии опорно-двигательного аппарата встречаются с частотой от 0,3% до 13%. Среди врожденных заболеваний опорно-двигательной системы доминируют дисплазия тазобедренного сустава и врожденный вывих бедра, затем следует врожденная косолапость и врожденная кривошея (врожденная мышечная кривошея – 12,4%). Цель работы – изучить особенности течения врожденной мышечной кривошеи у детей различного возраста. В работе применены ретроспективный и статистический методы. Материалом для данного исследования послужили результаты лечения 60 детей, в возрасте от 0 до 17 лет в клинике травматологии и ортопедии для детей больницы скорой медицинской помощи г.Гродно. Имеются различные взгляды на этиологию и патогенез заболевания. Предложено несколько теорий развития врожденной мышечной кривошеи: интранатальное повреждение; ишемический некроз мышцы; инфекционный миозит; онтогенетические нарушения; вынужденный наклон головы в полости матки. Одно из первых проявлений врожденной мышечной кривошеи – утолщение веретенообразной формы в средней или нижней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы. С возрастом у ребенка появляются деформации лица, черепа и позвоночника. Дети с врожденной мышечной кривошеей составляют группу риска по наличию дисплазии тазобедренных суставов. Среди 60 детей, из которых 34 женского пола, 26 – мужского, врожденная мышечная кривошея локализовалась чаще слева (45% справа, 55% слева). Из 60 детей, 48 (80%) впервые поступившие, 37 (77%) были рождены от первой беременности, первых родов, возраст 26 женщин (54%) на момент родов был более 25 лет. Среди исследуемых детей у 4

(8,3%) вес при рождении составил от 4000 до 4750 гр. У 7 (14,6%) детей было ягодичное предлежание. Трое детей (6,25%) были рождены в результате проведения кесарева сечения. Одна из женщин на 6 недели беременности перенесла краснуху. Двое (4%) детей были рождены недоношенными. Платицефалия выявлена у 6 детей (0-13 лет), асимметрия лица – у 19 (3-16 лет), сколиотическая осанка – у 7 (7-13 лет), плоская спина – у 1 (8 лет), круглая спина – у 4 (9-13 лет). У 3 исследуемых детей была выявлена дисплазия тазобедренных суставов, а у одного ребенка – ограничение движений в локтевом, коленном суставах. Так же были выявлены у детей задержка психо-моторного развития, энцефалопатия новорожденного и косоглазие. Клинические исследования, проводимые в Южной Корее в 2008 году, показали, что у грудных детей с врожденной мышечной кривошеей возникает кашлевой рефлекс и изменение цвета лица при натяжении грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Всем больным проводилось консервативное лечение (анальгин, димедрол, антибиотик, кальция глюконат, поливитамины, настойка Валерианы, мазь Вишневского, ПМП, парафин, электрофорез, массаж, ЛФК, детям до года местно вводилась лидаза по 64ЕД). 24 пациентам из впервые поступивших (50%) было выполнено открытое пересечение головок измененной мышцы по Зацепину в нижней её части. Используя литературные данные и результаты собственных исследований установили, что врожденная мышечная кривошея чаще встречается у девочек, слева, изучили некоторые возможные факторы и механизмы возникновения данной патологии, рассмотрели характерные клинические проявления, а так же данные проводимого лечения.

Юрча С.А., Сергей О.А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ, СВЯЗАННОЙ С РАСШИРЕНИЕМ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Иодковский К.А., к.м.н., доцент

Гидронефроз – заболевание почки, характеризующееся расширением чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), прогрессирующей гипотрофией почечной паренхимы с ухудшением всех основных функций в результате нарушения оттока мочи из лоханки и чашечек и гемоциркуляции в паренхиме. Пиелозктазия – это расширение почечных лоханок. Цель нашей работы – детальное изучение некоторых особенностей диагностики врожденного гидронефроза у детей. Материалом для данного исследования послужили 116 историй болезни детей первых двух лет жизни, получавших соответствующее лечение на базе Гродненской Областной Клинической Детской больницы (ГОДКБ) с 2008 по 2011 года. Был использован ретроспективный метод исследования. 83 из 116 детей – впервые поступили в ГОДКБ (19 женского пола – 23%, 64 мужского – 77%). Основную группу составили дети в возрасте от 1 месяца до 1 года – 76 (65,5%) пациента, 29 (25%) – дети в возрасте до месяца, от 1 года до 2 лет – 11 (9,5%) пациентов. Исходя из анамнеза заболевания, патология почек была выявлена внутриутробно у 60 детей (72,3%), у 15 (18,1%) – сразу после рождения в роддоме, у 8 (9,6%) – при обследовании по поводу другого заболевания. Нами было установлено, что двустороннее поражение почек по основным заболеваниям встречалось у 24 человек (28,9%), у 39 (47%) – левостороннее поражение, 20 (24,1%) – правостороннее поражение. Из них гидронефроз был обнаружен у 42 (50,6%) детей, уретерогидронефроз – у 26 (31,3%), пиелозктазии – у 20 (24,1%) детей. При проведении лабораторных исследований в стационаре в общем анализе крови при поступлении отмечалось повышение лейкоцитов у 31 (37,3%) пациента, тромбоцитов у 11 (13,3%), эозинофилов у 18 (21,7%), СОЭ у 22 (26,5%), а у 28 (33,7%) наблюдалась анемия. В биохимическом анализе отмечалось повышение СРБ у 20 (24,1%) пациентов. В общем анализе мочи было выявлено повышение белка у 10 (12%) детей, лейкоцитов у 25 (30%), у 12 (14,5%) пациентов была обнаружена бактериурия. При проведении анализа мочи по Нечипоренко было выявлено повышение лейкоцитов у 46 (55,4%) больных, эритроцитов у 23 (27,7%) детей. Посев мочи дал рост семейства энтеробактерий у 11 (13,3%) детей, у 5 (6%) – рост грамположительных кокков. 11 больным была выполнена уретеропиелостомия по Хайнсу-Андерсону, из них 5 пациентам – при первичном поступлении, 8 пациентам, в связи с ухудшением УЗИ-