

У всех пациентов рассчитывали тяжесть состояния по шкале APACHE II и определяли с-реактивный белок при поступлении.

Цитруллин определяли в плазме крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на аппарате «Agilent 1100» (Германия). Концентрацию измеряли при поступлении.

Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием программы «Statistica 5.5». Медианой (Me), верхней и нижней квартилями представлены величины, не имеющие приближенно нормальное распределение. Для принятия решения о виде распределения применялся критерий Шапиро-Уилка. Уровень значимости принят 5%.

Результаты. Концентрация цитрулина у доноров составила 34 (20,7;47,6) мкмоль/л.

Тяжесть состояния пациентов по шкале APACHE II при поступлении составила 14 (12;17) балла. Уровень С-реактивного белка у пациентов при сепсисе составил 151 (70,4;278,5) мг/л.

При поступлении у пациентов с сепсисом концентрация цитрулина составила 11,5 (3,1;15,7) мкмоль/л, что достоверно ниже чем у доноров крови. При проведении сравнительно анализа показателя С-реактивного белка с концентрацией цитрулина ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Содержание цитрулина у пациентов с сепсисом снижено.
2. Концентрация цитрулина обратно пропорциональна уровню С-реактивного белка.

Литература

1. Marshall, JC. The gastrointestinal tract: the 'undrained abscess' of multiple-organ failure/ JC Marshall, NV Christo, JL Meakins.// Ann Surg.-1993.- № 218.- P. 111
2. Bjarnason, I. Intestinal permeability: an overview./ I Bjarnason , A MacPherson , D Hollander // Gastroenterology.- 1995.-№108.-P. 1566-81
3. Bjarnason, I. Intestinal permeability./ I Bjarnason //Gut.-1994.- № 35.-P. S18-22
4. Liu, W. Excretion ratio of lactulose and mannitol as intestinal permeability index in healthy Chinese volunteers./ W Liu // Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao.- 1999 .- № 21.- P 407-11
5. Markers of intestinal injury are associated with endotoxemia in successfully resuscitated patients./ D. Grimaldi [et al.]// Resuscitation.- 2013.- №84.-P. 60-65.

ВРОЖДЕННЫЙ НЕСТАБИЛЬНЫЙ ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Лашковский В.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Врожденная патология тазобедренных суставов у детей первого года жизни занимает первое место среди всех ортопедических заболеваний этого возраста. Частота данной патологии в разных странах составляет от 1,6 до 43 случаев на 1000 новорожденных [1,4,5]. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в клинической и инструментальной диагностике, раннем функциональном лечении многие вопросы этой проблемы остаются не решенными. В

настоящее время данная патология в большинстве случаев диагностируется в первые месяцы жизни ребёнка и детям проводится раннее функциональное лечение. Однако, в 10,1% - 62,0% случаев в отдаленные периоды развития выявляются остаточные дефекты тазобедренного сустава [2,3]. Залог успешного решения данной проблемы – максимально ранняя диагностика патологии в ранний неонатальный период при совместной работе неонатологов и ортопедов.

Цель работы: проанализировать развитие тазобедренных суставов в первые 3 месяца жизни в группе детей, у которых в ранний неонатальный период была клинически диагностирована врожденная патология тазобедренных суставов.

Материалы и методы. Нами, в условиях родильного дома за 8-летний период, по методу массового скрининга осмотрено 41758 новорожденных в ранний неонатальный период. У 378 (0,91%) детей при клиническом обследовании выявлены признаки нестабильности тазобедренного сустава. Под нестабильностью тазобедренного сустава мы понимаем возможность при клиническом осмотре одномоментного вывихивания и последующего вправления головки бедренной кости в вертлужную впадину. Для выявления нестабильности сустава определяли следующие клинические признаки: симптомы Маркса – Ортолани, Барлоу и предложенный нами симптом ротационной нестабильности.

Методика определения симптомов. Маркса – Ортолани: у лежащего на спине ребенка ноги сгибают в коленных и тазобедренных суставах до прямого угла и бедра разводятся в стороны. Когда отведение бедра достигает угла $45-50^\circ$ головка бедра вправляется в вертлужную впадину, при обратном движении, приведении – она вывихивается.

Симптом Барлоу: положение ребенка на спине. Ноги в тазобедренных суставах сгибают до прямого угла, в коленных полностью. Средний палец располагают в области большого вертела, большой палец в проекции малого вертела. Попеременное давление на область малого и большого вертелов сопровождается вывихиванием и вправлением головки бедренной кости.

Симптом ротационной нестабильности: положение ребенка на спине, ноги в тазобедренных суставах сгибаются до прямого угла, в коленных полностью, разведение бедер доводят до $20-30^\circ$ с каждой стороны; совершают ротационные движения в тазобедренном суставе с одновременной нагрузкой по оси бедра. Если при внутренней ротации головка бедренной кости вывихивается, а при наружной вправляется – диагностируется врожденный нестабильный тазобедренный сустав.

Из других клинических признаков патологии в ранний неонатальный период изучены: ограничение отведения бедра и асимметрии кожных складок. Ограничение пассивного отведения бедер по нашим данным встречается у 7,1% новорожденных в первые 5 - 7 дней после рождения и в большей степени указывает на возможную неврологическую патологию. Асимметрия кожных складок отмечена у 41% детей, и данный признак не имеет большого диагностического значения, если не сочетается с другими симптомами.

Таким образом, основные клинические признаки, на которых проводилась диагностика – это симптомы Маркса - Ортолани, Барлоу и ротационной нестабильности.

Детям, у которых выявлена патология в ранний неонатальный период, в течение первых 3-х месяцев жизни проводилось ортопедическое лечение с использованием широкого пеленания с поперечным валиком (типа подушки Фрейка) и ежемесячным осмотром ортопеда. В 3-х месячном возрасте выполнено рентгенологическое обследование тазобедренных суставов в 0-положении с рентгенометрическим анализом по схеме Хильгенрейнера.

Результаты и их обсуждение. У 93 детей (28,9%) к трехмесячному возрасту после лечения методом широкого пеленания с поперечным валиком наступило выздоровление, подтвержденное рентгенологически. 18 детей (4,8 %) выбыли из-под наблюдения в связи с изменением места жительства.

37 пациентам (9,8%) с врожденным нестабильным тазобедренным суставом по независящим от нас социально-бытовым причинам лечение до 3-х месячного возраста не проводилось, но всем им в 3 месяца выполнено рентгенологическое обследование. В этой группе пациентов двусторонний врожденный вывих бедра диагностирован у 12 (32,43%) детей, односторонний вывих бедра в сочетании с дисплазией противоположного тазобедренного сустава – у 7 (18,91%), подвывих бедра у 2 (5,4%), дисплазия тазобедренных суставов у 13 (35,13%), выздоровление наступило только у 3 (8,1%) детей. Низкий процент самопроизвольного излечения в группе пациентов с врожденным нестабильным тазобедренным суставом, которым не проводилось лечение, указывает на необходимость обязательного ортопедического лечения.

В группе детей, которым проводилось широкое пеленание с поперечным валиком (типа подушки Фрейка) в 3-х месячном возрасте выздоровление наступило у 93 пациентов (28,9 %), врожденный вывих бедра отмечен у 159 (51,4%), подвывих бедра у 12 (3,7%), у 59 (18,3%) пациентов диагностирована дисплазия тазобедренных суставов. С 3-х месячного лечение продолжено с использованием ортопедической шины, физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры, массажа.

Таким образом, из 378 детей с врожденным нестабильным тазобедренным суставом у 28,9% пациентов к 3-х месячному возрасту при проведении простейших ортопедических лечебных мероприятий наступило выздоровление и только у 8,1% выздоровление наступило без лечения. Полученные данные указывают на значимость морфофункциональных изменений сустава в ранний неонатальный период, клинически проявляющийся нестабильностью, для его последующего развития.

Выводы

1. Термин «врожденный нестабильный тазобедренный сустав» может быть использован в практическом здравоохранении как предварительный диагноз для обозначения морфофункциональных отклонений в развитии тазобедренных суставов у детей в период новорожденности.

2. Наличие у пациента в раннем неонатальном периоде признаков нестабильного тазобедренного сустава требует обязательно-го лечения, динамического ортопедического наблюдения и сонографического или рентгенологического контроля в возрасте от 1 до 3 месяцев для установления окончательного диагноза и принятия решения о дальнейшем рациональном лечении.

Литература

1. Малахов, О.А., Кралина, С.Э. Врожденный вывих бедра. - М.: Медицина, 2006. - 128 с.
2. Отдаленные результаты консервативного лечения врожденного вывиха бедра, осложнившегося развитием асептического некроза головки у детей /С.С. Наумович, И.Э. Шпилевский, Р.В. Косталес, В.Г. Крючок // Материалы 5 съезда травматологов-ортопедов Белорусской ССР. - Гродно, 1991. - С. 63-64.
3. Соколовский, А.М. Хирургическая профилактика и лечение диспластического коксартроза // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.22. - Минск, 1984. - 34 с.
4. Roposch, A., Protopapa, E. Weighted diagnostic criteria for developmental dysplasia of the hip / A. Roposch // J. Pediatr. - 2014. - 165(6). - P.1236-1240.
5. Wicart, P., Bocquet, A., Beley, G., Congenital dislocation of the hip: optimal screening strategies in 2014 / P. Wicart // Orthop. Traumatol. Surg. Res. - 2014 - Oct., 100 (6 Suppl) - P.339-347.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕРЫВИСТОЙ МОРФИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Лелевич В.В.

Гродненский государственный медицинский университет.

Рост распространения потребления наркотиков и зависимости от них является одной из острых медико-социальных проблем современного общества. На сегодняшний день наркомания представляет собой серьезную угрозу для здоровья населения во многих странах. Вполне понятно, что наркомания является не только важной медико-социальной проблемой, но это еще и недостаточно изученный общебиологический феномен, затрагивающий процессы, лежащие в основе формирования поведенческих реакций и мотиваций.