



с ретракцией яичек обусловленное возрастными физиологическими особенностями мальчиков и главным образом обусловленными повышением тонуса мышцы, поднимающей яичко. Это потребовало упорного и тщательного анализа в изменениях локации яичка, которые оценивались как клинически, так и с использованием УЗИ-контроля положения яичка и динамики его развития. В ходе работы сформированы показания к хирургической коррекции, т.е. орхиопексии у детей, имеющих подобные состояния. В случаях использования орхиопексии достигнут положительный косметический эффект. Известным фактом является положение, что пик ретракции яичек приходится на 5–6-летний возраст. В дальнейшем идет угасание степени и высоты кремастерного рефлекса. Таким образом, к 10-летнему возрасту угасание составляет до 50% от изначального. Наши наблюдения подтверждают эту позицию и в большинстве случаев не требуется проведение хирургических вмешательств по фиксации яичка в мошонке.

Выводы. Таким образом, показаниями к оперативному лечению ретракции яичек у детей является стойкая ретракция, сохраняющаяся у детей старше 9 лет, двухсторонняя ретракция и ее присутствие в пре- и пубертатном возрасте, а также сочетание с признаками необлитерации вагинального отростка брюшины подтвержденной УЗИ-исследованием, ретракция после выполнения грыжесечения или операции Росса, независимо от возраста ребенка.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Вязова Л. И., Шенец С. Г., Мороз Е. А., Башлакова А., Долидович Е. Ю.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

В структуре болезней мочевой системы у детей около 80% приходится на долю микробно-воспалительных заболеваний. Среди них особую серьезность представляет пиелонефрит, своевременная диагностика и лечение которого может предотвратить тяжелые последствия для здоровья ребенка в дальнейшем.

Цель и задачи исследования. Изучить частоту встречаемости, клинико-лабораторные и инструментальные данные. Оценить эффективность и среднюю продолжительность антибактериальной терапии острого пиелонефрита у детей.

Материалы и методы. Проанализированы и обобщены данные, полученные путем выборки из 167 стационарных карт детей, находившихся на лечении в нефрологическом отделении детской больницы.

Результаты и обсуждение. В группу изучения вошли дети, у которых острый пиелонефрит был диагностирован впервые. Пациенты с врожденными пороками развития мочевой системы были исключены из выборки. Большую часть (75%) составили девочки. Чаще болели дети раннего возраста — 117 (70,1%) человек, реже дошкольники (13,2%), а также дети младшего и старшего школьного возраста (7,8% и 8,9% соответственно). При поступлении в стационар у заболевших преобладали общие симптомы интоксикации над местными. Фебрильная температура была у 163 (97,6%) детей, жалобы на боль в животе предъявляли 49 (29,3%) ребенка, на боль в пояснице — 32 (19,2%) человека. Из сопутствующей патологии у 28 (16,8%) детей наблюдалась анемия, у 15 (9%) человек — атопический дерматит, у 11 (6,6%) пациентов — хронический тонзиллит. У всех детей в гемограмме отмечались воспалительные изменения в виде лейкоцитоза, нейтрофилии с палочкоядерным сдвигом влево и ускоренной СОЭ. Мочевой синдром характеризовался нейтрофильной лейкоцитурией, у 7,2% детей отмечалась микрогематурия, у 71 ребенка (42%) — протеинурия (у 91,2% в виде микропротеинурии). Бактериурия выявлена у 161 (96,4%) ребенка и в подавляющем большинстве случаев была

диагностически значимой. При бактериологическом исследовании мочи в 87% случаев высевалась *E. coli*, у 11 (6,6%) детей — *Enterococcus spp.*, у 6 (3,6%) человек — *Klebsiella*, у 3 (1,7%) пациентов — *Staphylococcus aureus*, у 2 (1,2%) детей — *Ps. aeruginosa*. Всем детям было выполнено ультразвуковое исследование почек с выявлением характерных признаков воспалительного процесса в них. Все пациенты получили антибактериальную терапию в течение $12 \pm 1,75$ дней. Чаще (60,3% случаев) в лечении использовались цефалоспорины II–III поколений. Защищенные аминопенициллины были назначены каждому третьему пациенту (28,7%), меропенем — в 4% случаев, амикацин получили 4 (2,3%) ребенка. У 12 (7,2%) пациентов была произведена смена антибиотика из-за отсутствия положительной динамики с учетом чувствительности. У всех обследуемых пациентов на фоне проведенной терапии была достигнута клинико-лабораторная ремиссия.

Выводы.

1. Наиболее часто (71,1%) острый пиелонефрит встречался у детей раннего возраста и чаще (75%) у девочек.
2. В клинической картине преобладали общие симптомы интоксикации над местными.
3. Мочевой синдром в большинстве случаев характеризовался нейтрофильной лейкоцитурией, микрогематурией, микропротеинурией, диагностически значимой бактериурией.
4. При бактериологическом исследовании мочи в 87% случаев высевалась *E. coli*.
5. В терапии чаще использовались цефалоспорины II–III поколений.
6. Средняя продолжительность лечения составила $12 \pm 1,75$ дней.

ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНА

Гончарова Е. В., Музыченко Н. А., Борисова Е. В.

Гомельская областная клиническая больница, Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Одной из основных задач современной перинатологии является повышение качества оказания лечебной помощи новорожденным детям. Из года в год на ведущих местах среди заболеваемости новорожденных детей стоит проблема анемии. Некоторые формы анемий могут представлять непосредственную угрозу для жизни новорожденного ребенка. От своевременной профилактики, диагностики и правильной тактики ведения ребенка зависит результат исходов случаев анемии.

Цель. Повышение качества оказания лечебной помощи новорожденным детям с анемией недоношенных.

Задачи. Изучить распространенность и анемии у недоношенных детей и описать опыт применения эритропоэтина для профилактики тяжелых форм анемии.

Материалы и методы. Нами были ретроспективно проанализированы медицинские карты 46 детей, находившихся на лечении в отделении выхаживания недоношенных детей с января по декабрь 2023 г. В исследование были включены дети, соответствовавшие следующим критериям: масса тела при рождении менее 1500 г, срок гестации менее 34 недель. Производилась оценка определенных данных: вес ребенка при рождении: до 1000 г и до 1500 г; наличие или отсутствие ранней анемии недоношенного; сроки возникновения анемии; наличие или отсутствие гемотрансфузий в анамнезе; использование эритропоэтина для профилактики и лечения ранней анемии недоношенного. Оценивалась медикаментозная коррекция анемии: использование препаратов железа, фолиевой кислоты, эритропоэтина.

Результаты. У недоношенных новорожденных выделяют два варианта анемии — раннюю и позднюю. Частота возникновения ранней анемии недоношенных (РАН) имеет обратную зависимость от срока гестации и массы тела при рождении. Анемия недоношенных чаще всего встречается



www.pediatr-mos.ru

Х Юбилейный Московский Городской Съезд педиатров с межрегиональным и международным участием

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В ПЕДИАТРИИ

8–9 октября 2024 года | Москва, «Цифровое деловое пространство», ул. Покровка, 47
с трансляцией избранных заседаний на сайте www.pediatr-mos.ru
10 октября 2024 года | Онлайн на сайте: www.pediatr-mos.ru

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

