

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616 — 053. 2 — 08 : 362. 174

М.З. Мифтахова, Г.В. Мифтахова, М.К. Гизатуллина (Чистополь). Опыт оздоровления часто болеющих детей

Роль частой заболеваемости в раннем формировании хронической патологии у детей известна. Риск хронизации обусловлен воздействием комплекса факторов, дающих антигенные нагрузки, распространенностью контингента часто и длительно болеющих детей. При клиническом их обследовании максимальный сдвиг аллергического изменения реактивности приходится на возрастную период от 4 до 6 лет. Формирование очагов хронической инфекции наблюдается в основном в 7—10-летнем возрасте.

Наши наблюдения за динамикой общей заболеваемости детей всех возрастных категорий свидетельствуют о росте и формировании хронической патологии на фоне частой и длительной респираторной заболеваемости. Частоту заболеваний в дошкольном возрасте от 5 до 6 раз в год можно считать надежным критерием для зачисления ребенка в группу риска по формированию хронической патологии с целью проведе-

ния широких оздоровительных мероприятий в условиях детского санатория.

Лечебно-оздоровительный комплекс (восстановление и укрепление утраченных резервов здоровья) включает полноценное диетическое питание, водолечение (без грязи), в том числе бассейн и лечебные ванны, лечебную физкультуру и массаж, физиотерапевтические процедуры (фитотерапию, теплотечение в сауне, ингаляции с лечебными травами, санацию зубов).

Детский санаторий в г. Чистополе был открыт в декабре 1996 г. Ежегодно санаторное лечение получают здесь до 700 детей от 4 до 10 лет. Лечебно-оздоровительный комплекс проводится в течение 36—38 дней. На лечение принимаются часто болеющие дети с заболеваниями преимущественно (63—75%) органов дыхания по направлению санаторно-отборочных комиссий детских поликлиник (табл. 1).

Большая часть заболеваний органов дыхания у детей приходилась на патологию носоглотки (фарингиты, хронические тонзиллиты, гипертрофия миндалин, аденоид). Исходя из этого, мы разработали схему последовательной санации носоглотки (табл. 2).

Таблица 1

Распределение детей по группам заболеваний

Возраст, лет	Заболевания							
	органов дыхания		сердечно-сосудистой системы		желудочно-кишечного тракта		почек и мочевыводящих путей	
	1997 г.	1998 г.	1997 г.	1998 г.	1997 г.	1998 г.	1997 г.	1998 г.
4—6	448/85,3%	291/75%	32/6,0%	20/5,1%	—	32/8,2%	33/6,2%	18/4,6%
7—10	149/63%	150/3,2%	22/9,7%	14/5,9%	47/20,8%	45/18,9%	4/0,2%	7/2,9%

Таблица 2

Схема санации носоглотки в санатории

Нозология	Курс лечения	Действие	Длительность
Фарингит, хронический тонзиллит, гипертрофия миндалин	I		
	Ингаляции щелочные, с настоями трав (ромашка, эвкалипт, календула), УФО тубусом носа, зева	Очищение лакун, дезинфицирующее	10 дней одновременно № 5
	II		
	Ультразвук или озокерито-парафиновые аппликации шеи спереди и в проекции миндалин (38°C)	Восстановление слизистой оболочки	последующие 7—10 дней
III			
Полоскание горла настоями трав	Дезинфицирующее	утром, вечером с 15-го дня пребывания в течение 10 дней	
IV			
Массаж миндалин с раствором Люголя или йодно-солевые полоскания (36—37° С) Фитотерапия Теплотерапия в сауне	Закаливающее	№ 5—7 последующие 7—10 дней	

При поступлении в санаторий детей осматривают педиатр, эндокринолог, врач лечебной физкультуры и физиотерапии, стоматолог. Обследование включает анализы крови, мочи и кала. Согласно нашим данным, у детей часты нарушения осанки, функциональные сколиозы, плоскостопие (59,3% детей), патологии эндокринной системы — отставание в физическом развитии, эндемический диффузный зоб, крипторхизм (у 31,4%). У 16,7% детей с гастритами, дискинезиями желчевыводящих путей имели место гельминтозы в виде энтеробиоза и лямблиоза. Заболевания костной системы были выявлены у 230 (59,3%) детей 4—6 лет и у 146 (61,6%) детей 7—10 лет, заболевания эндокринной системы — соответственно у 122 (31,4%) и 75 (31,6%). Потребовалось одновременное лечение и этих заболеваний.

В результате оздоровления детей в условиях нашего санатория в 1997 г. со значительным улучшением были выписаны 192 (25,7%) ребенка, просто с улучшением — 549 (63,1%), без перемен в состоянии здоровья — 9 (1,2%), в 1998 г. — соответственно 220 (35,2%), 375 (60%), 5 (0,8%).

Критериями эффективности были улучшение психоэмоционального тонуса детей, отсутствие жалоб, положительная динамика антропометрических, гематологических показателей и функциональных проб. Эффективность данного оздоровительного комплекса у часто болеющих детей проанализирована по частоте зарегистрированной заболеваемости за 1998—1999 гг. (форма 112): она снизилась в 2 раза.

УДК 616.344—007.64—002—007.2.56 + 616.61 + 616.007.21

О.Ю. Карпунин, С.Н. Коломенский, Ю.В. Ажанов, А.А. Гильмутдинов, Е.В. Черенков, А.В. Абдуллин (Казань). Сочетание болезни Хиршsprунга, мальротации, дивертикула ободочной кишки и аплазии почки

Болезнь Хиршsprунга относят к порокам развития наследственной этиологии. Это довольно распространенное заболевание, его частота определяется как 1:5000 родившихся. Сопутствующая патология, в том числе синдром Дауна, врожденные аномалии мочевыводящих путей и сердца встречаются в 2—11% всех случаев болезни Хиршsprунга. О единичных наблюдениях сочетания болезни Хиршsprунга с атрезией ануса и мальротацией упоминается в зарубежной литературе.

Мы наблюдали пациента, у которого болезнь Хиршsprунга сочеталась с мальротацией, дивертикулумом ободочной кишки и аплазией почки. Кроме того, пациент в детстве был оперирован по поводу атрезии анального канала, стриктуры шейки мочевого пузыря и нейрогенного мочевого пузыря. Такое сочетание разнообразных пороков развития у одного пациента заслуживает, на наш взгляд, особого внимания.

З., 17 лет, поступил в отделение колопроктологии РКБ МЗ РТ 26.09.1997 г. с жалобами на отсутствие самостоятельного стула, боли в животе, нарастающие по мере увеличения продолжительности задержки стула, метеоризм. Нарушения дефекации, со слов матери, отмечались с рожде-

ния, причем запоры в детстве были очень упорными и стул вызывали только с помощью очистительных клизм. Однако с возраста 7—16 лет отмечается улучшение эвакуаторной функции толстой кишки. В последние 6 месяцев опорожнение кишечника было возможно только с помощью очистительных клизм. При рождении (1980) выполнена колостомия по Ленюшкину по поводу атрезии анального канала, в 1981 г. — промежуточная проктопластика. В 1982 г. произведены закрытие колостомы, цистокутанеопластика по поводу нейрогенного мочевого пузыря, стриктуры шейки мочевого пузыря, вторичного уретрогидронефроза единственной почки, осложненного хроническим пиелонефритом. В 1996 г. проведена антирефлексная операция (дубликатура мышечной стенки мочевого пузыря) с закрытием цистокутанеостомы.

Общее состояние удовлетворительное, больной пониженной упитанности. Частота пульса — 70 уд/мин, АД — 16,0/9,3 кПа (120/70 мм Hg). Язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме, асимметричен за счет выбухания левой половины, в акте дыхания участвует, мягкий, умеренно болезненный в левой половине, где пальпируется увеличенная в объеме, плотная, подвижная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный.

Осмотр в гинекологическом кресле: периаанальная кожа без признаков воспаления. Мышечная структура сфинктера отчетливо пальпируется только по правой боковой полуокружности, его тонус резко ослаблен. Ампула прямой кишки заполнена копролитами, расширена. Заднепроходное отверстие зияет после извлечения пальца.

Ирригография: определяются резкое расширение прямой и сигмовидной кишок (их диаметр достигает 10—12 см), а также удлинение последней. Большая часть толстой кишки располагается в левом боковом отделе живота.

Тотальная колоноскопия: ампула прямой кишки и сигмовидная кишка резко расширены. В восходящем отделе ободочной кишки обнаружена деформация стенки с образованием слепого кармана.

УЗИ: правая почка не визуализируется, отмечена гидронефротическая трансформация левой почки. Ее размеры — 135 × 69 см, паренхима — 20 мм, отечная, лоханка — 38 мм, чашечки до 8,5 см, проксимальный отдел мочеточника — 15 мм. Мочеточник визуализируется не на всем протяжении, расширен до 8 мм, мочевого пузыря без особенностей.

Экскреторная урограмма: через 10 минут после введения контрастного вещества заполнило чашечки, лоханку и мочеточник до мочевого пузыря. Определяется расширение чашечек, лоханки и верхних отделов мочеточника. Правая почка и мочеточник не визуализируются.

Сфинктерометрия: отмечено резкое ослабление тонуса сфинктера в покое и при волевом усилии. Анализ крови: эр.—3,8 · 10¹²/л, Hb — 7,2 ммоль/л, л.—7,5 · 10⁹/л, эоз.—6%, п.—2%, с.—57%, лимф.—35%, СОЭ — 25 мм/ч. Уровень общего белка крови — 67,4 г/л, общего билирубина — 10,7 мкмоль/л, прямого — 2,6 мкмоль/л, глюкозы крови —