

Цель

Провести анализ показателей метаболического контроля и эффективности схем инсулинотерапии до и после проведения суточного мониторинга глюкозы (CGMS) при сахарном диабете I типа (СД I) у детей.

Материалы и методы

Был выполнен ретроспективный анализ 49 амбулаторных карт детей в возрасте от 2 до 15 лет (средний возраст — $9,8 \pm 3,5$ лет) с диагнозом СД I (средний стаж заболевания — $3,1 \pm 2,42$ года), наблюдавшихся в городском детском эндокринологическом центре г. Минска, которым был проведен CGMS в 2011–2012 гг. Оценивались: антропометрические показатели, хронические осложнения СД I, значения гликированного гемоглобина, базальный и постпрандиальный уровни гликемии, гликемия в 22-00 и в 2-00 часа, инсулинотерапия до и после проведения CGMS. Статистический анализ проводился с использованием программы «Statistica» 6.0.

Результаты

Хронические осложнения СД I: диабетическая гиперлипидострофия зарегистрирована в 71,4 % случаев, дистальная полинейропатия — 2 %, гепатопатия — 4,1 %, ограничение подвижности суставов — 2 %, липоидный некробиоз — 2 %. По результатам самоконтроля (не менее 4 раз в сутки) ($p < 0,05$): гликемия натощак — $7,1 \pm 2,5$ ммоль/л, гликемия через 3 часа после еды — $9,71 \pm 2,78$ ммоль/л, гликемия в 22-00 — $7,72 \pm 3,82$ ммоль/л. По результатам CGMS ($p > 0,05$): гликемия натощак — $8,9 \pm 3,4$ ммоль/л, гликемия через 3 часа после еды — $11,57 \pm 4,35$ ммоль/л, гликемия в 22-00 — $9,19 \pm 3,4$ ммоль/л, гликемия в 2-00 — $8,19 \pm 2,62$ ммоль/л. Терапия до CGMS препаратами короткого и ультракороткого действия — $0,54 \pm 0,16$ ЕД/кг, после — $0,48 \pm 0,2$ ЕД/кг ($p < 0,05$). Терапия до CGMS препаратами длительного действия — $0,36 \pm 0,17$ ЕД/кг, после — $0,32 \pm 0,19$ ЕД/кг ($p < 0,05$). Уровень гликированного гемоглобина до исследования и коррекции терапии в среднем составил 8,24 %, после — 7,24 % ($p = 0,000128$).

Выводы

После коррекции инсулинотерапии по результатам CGMS отмечено снижение суточной дозы препаратов инсулина короткого и ультракороткого действия с $0,54 \pm 0,16$ ЕД/кг до $0,48 \pm 0,2$ ЕД/кг ($p < 0,05$), препаратами длительного действия с $0,36 \pm 0,17$ ЕД/кг до $0,32 \pm 0,19$ ЕД/кг ($p < 0,05$). Выявлено уменьшение показателей гликированного гемоглобина через 3 месяца на фоне проведенной коррекции лечения с 8,24 до 7,24 % ($p = 0,000128$).

УДК: 616.61-002.3-071-053.2

АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Тарикова О. А., Андрусевич С. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пиелонефрит — одно из наиболее частых заболеваний детского возраста, занимает второе место после заболеваний верхних дыхательных путей [2].

В организации лечебно-профилактической помощи детям большое значение имеет первичная диагностика патологии почек на ранних этапах, выявление факторов риска, проведение диспансеризации и реабилитации детей [1, 3].

Цель

Провести анализ диспансерного наблюдения детей с хроническим пиелонефритом на амбулаторном этапе.

Материалы и методы

Проведена оценка диспансерного наблюдения 44 детей с хроническим пиелонефритом, состоящих на диспансерном учете в детской поликлинике города Гомеля.

Были проанализированы истории развития ребенка (Ф-112/у) и карты диспансерного наблюдения (Ф-30/у) на педиатрических участках, взятые путем случайной выборки.

Результаты исследования и их обсуждение

Из проанализированных документов количество девочек составило 32 (72,7 %), мальчиков 12 (27,3 %). Дети-инвалиды составили 11,4 %.

Возрастной состав детей, возрастной диапазон при постановке на диспансерный учет отражен в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 — Возрастной состав детей

| | | | | | |
|--------------------------|-----|------|------|-------|-------|
| Возрастной диапазон, лет | 0–3 | 4–6 | 7–10 | 11–14 | 15–17 |
| Абсолютное количество | 2 | 5 | 12 | 16 | 9 |
| Количество, % | 4,4 | 11,4 | 27,3 | 36,4 | 20,5 |

Таблица 2 — Возраст детей при постановке на диспансерный учет

| | | | |
|--------------------------|------|------|------|
| Возрастной диапазон, лет | 0–3 | 4–7 | 8–11 |
| Абсолютное количество | 16 | 17 | 11 |
| Количество, % | 36,4 | 38,6 | 25 |

В ходе изучения медицинской документации нами было выявлено, что в 25 % случаев (11 человек) наблюдалась отягощенная наследственность по заболеваниям почек.

Особенности течения беременности, наличие соматической и острой респираторной патологии у матерей во время беременности представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Особенности течения беременности

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|--------|--------|--|-------------------------------|
| Патология во время беременности | Угроза прерывания | Гестоз | Анемия | Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез | Острые респираторные инфекции |
| Абсолютное количество | 17 | 11 | 14 | 15 | 20 |
| Количество, % | 38,6 | 25 | 31,8 | 34,1 | 45,5 |

Случаи первичного хронического пиелонефрита составили 43,2 % (19 детей), вторичного хронического пиелонефрита — 56,8 % (25 детей).

В существующей системе организации специализированной нефрологической помощи детям амбулаторному этапу уделяется особое внимание. Именно в детской поликлинике осуществляется первичная диагностика нефропатий, выявляются факторы риска их возникновения и прогрессирования, проводится диспансеризация и реабилитация детей с почечной патологией. Однако бурное развитие нефрологии в последние десятилетия, принятие концепции хронической болезни почек в педиатрии, новые технологии нефропротекции привели к дисбалансу между знаниями и умениями участкового педиатра и современными требованиями к ведению пациента, что приводит к формальному подходу к диспансеризации, следованию старым трафаретам и снижению эффективности реабилитации детей на амбулаторном этапе [1, 3].

Анализ первичных записей в амбулаторной карте при постановке на диспансерный учет выявил, что в 12,2 % случаев не выявлены причины и факторы риска заболевания, в 30,4 % случаев анамнез заболевания был собран неполно, в 25,6 % случаев данные осмотра не отражали объективный статус и носили формальный характер.

Установлено, что в 70,3 % случаев ежегодный индивидуальный план реабилитации детей с хроническим пиелонефритом был полным, в 29,7 % — недостаточным. Аналогичные данные получены при анализе этапных эпикризов. В 75,8 % случаев при диспансерном наблюдении дети осматривались врачами регулярно, в 24,2 % — частота осмотров была нерегулярной по разным причинам. Участковые педиатры во время приема не всегда проводили контроль артериального давления и определяли динамику физического развития детей.

Клинические исследования крови (ОАК) проводились детям в 87,4 % случаев, мочи (ОАМ) — в 86,7 %. Бактериологическое исследование мочи назначалось очень редко. Исследование сывороточного креатинина и мочевины проводилось только в 46,9 % случаев.

УЗИ почек не реже 1 раза в год проводилось 39 (88,7 %) детям. Контроль почечных функций — 24 (54,5 %) детям при госпитализации в нефрологическое отделение.

В большинстве индивидуальных планов наблюдения рекомендации по диетотерапии и питьевому режиму, образу жизни и физической нагрузке скудны и однообразны. Регулярная противорецидивная антимикробная химиотерапия назначалась 20 (45,8 %) детям. 29 (67,7 %) детей получали реабилитационное лечение в условиях дневного стационара, включавшего физиолечение, фитотерапию, ЛФК. Санаторно-курортное лечение в среднем за 1 год наблюдения получили 9 (20,5 %) детей.

При обострении хронического пиелонефрита своевременно было госпитализировано 30 (61,7 %) детей, получали амбулаторное лечение 6 (13,2 %) детей.

В результате проводимых реабилитационных мероприятий стойкая ремиссия была достигнута в 30,8 % случаев, редкие обострения отмечены в 61,7%, частые обострения или непрерывно-рецидивирующее течение наблюдалось у 4 (8,9 %) детей.

Выводы

Анализ качества диспансерного наблюдения детей с хроническим пиелонефритом выявил определенные недостатки. Для повышения эффективности амбулаторно-поликлинической помощи детям с нефрологической патологией целесообразным является внедрение в практическую деятельность участковых педиатров карты диспансерного наблюдения, в которой должны быть отражены все необходимые исследования для определения функции мочевыводящей системы и противорецидивная терапия. Важным моментом является постоянное повышение квалификации участковых врачей по вопросам амбулаторной нефрологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А. А. Амбулаторная нефрология / А. А. Баранов, Т. В. Сергеева. — М.: Союз педиатров России, 2009. — Т. 1. — С. 273–329.
2. Игнатова, М. С. Диагностика и лечение нефропатий у детей / М. С. Игнатова, Н. А. Коровина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 336 с.
3. Маковецкая, Г. А. Актуальные вопросы амбулаторной нефрологии / Г. А. Маковецкая, Л. И. Мазур // Педиатрия. — 2007. — № 3. — С. 6–12.

УДК 618.145-007.61-036.1

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ГИПЕРПАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Теребей В. И.

Научный руководитель: ассистент Е. Л. Лашкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гиперплазия эндометрия — процесс, характеризующийся пролиферацией желез эндометрия с различным качеством подлежащей стромы. В последнее время большое значение в развитии данного процесса придается неадекватному избыточному росту