

\*отсутствие активного рахитического процесса по данным лабораторных и рентгенологических исследований трубчатых костей.

Обязательным условием лечения заболевания является назначение больным внутрь неорганических фосфатов в дозах 70-100 мг/кг (по фосфору). Остеогенон с содержанием в 1 таблетке кальция 178 мг и фосфора 82 мг назначается по 1-3 таблетке в день. Показано применение витаминов.

При назначении лечебных доз препаратов кальция следует учитывать суточные потребности детей в соединениях кальция в зависимости от возраста ребенка.

Для стабилизации мембран и для уменьшения побочных явлений витамина D, а также улучшения процессов минерализации костной ткани используется 2% раствор ксидифона в дозе 10 мг на кг в сутки 3 раза в день в течение 2-3 недель.

Для улучшения процессов всасывания фосфора и кальция в кишечнике рекомендуется длительное (5-6 месяцев) применение цитратных смесей (лимонная кислота 24,0 цитрат натрия 48,0, дистиллированная вода 500,0) по 20-50 мл в сутки.

При применении высоких доз витамина D и его активных метаболитов, особенно длительном применении, иногда развивается клиническая картина гипervитаминоза D (отказ от еды, жажда, полиурия, повышенная экскреция кальция с мочой выше 4 ммоль сутки, гиперкальциемия - более 3.5 ммоль). В этих случаях на время отменяются препараты кальция и проводится интенсивная терапия, направленная на борьбу с гиперкальциемией, согласно стандартов лечения.

На педиатрическом участке наблюдается одна девочка 7 лет с диагнозом фосфат - диабет с типичными клиническими, лабораторными данными и рентгенологическими изменениями со стороны трубчатых костей. Проводится активное диспансерное наблюдение и лечение. В результате лечения улучшилось общее состояние ребенка; несколько ускорился рост; значительно улучшились показатели фосфорно-кальциевого обмена; отмечено снижение активности щелочной фосфатазы в плазме крови; положительная динамика структурных изменений костной системы по данным рентгенологического исследования костей. За ребенком продолжается активное наблюдение.

Таким образом, фосфат-диабет относится к моносимптомным наследственным проксимальным тубулопатиям

и является наиболее встречаемой среди всех тубулопатий. Для фосфат - диабета характерны: первичный дефект реабсорбции фосфатов в проксимальных почечных канальцах; вторичное нарушение процессов активации витамина D; сочетанный дефект реабсорбции кальция и фосфата в кишечнике и почках. Ведущими клиническими проявлениями фосфат - диабета являются рахитоподобные изменения скелета, дети имеют непропорциональный маленький рост, задерживается прорезывание зубов, эмаль гипоплазирована, быстро развивается кариес, общий остеопороз и задержка роста ребенка. В настоящее время разработаны и успешно применяются педиатрами методы диагностики и лечения фосфат - диабета.

#### ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е. *Детская нефрология, Руководство для врачей. Л.Медицина, 1989 г с.268-300.*
- 2.Таточенко В.К. *Педиатру на каждый день. Справочник по лекарственной терапии. Москва 2007. с. 24-26.*
- 3.Болезни детей раннего возраста. *Руководство для врачей. Москва, МЕДпресс информ, 2002, с. 82-83.*

#### ТҮЙІН

Тұқымқуалайтын тубулопатиялар деп –патологиялық үрдіске бүйрек түтікшелерінің әр-түрлі бөліктері мен олардың біреуі немесе бірнешеуінің зақымдануымен жүретін, генетикалық детерминацияға ұшыраған аурулар тобын атайды. Фосфат-диабет моносимптомды тұқымқуалайтын проксимальды тубулопатияларға жатады және барлық тубулопатиялардың ішіндегі ең жиі кездесетіні осы.

Өзекті сөздер: Фосфат диабет, диагностикасы, емі.

#### SUMMARY

Hereditary tubulopathy - a group of genetically determined diseases when the pathological process involve in different parts of the renal tubules in violation of one or more of their functions. Phosphate diabetes refers to monosymptomatic hereditary proximal tubulopathy and is among the most encountered tubulopathy.

Key words: Phosphate diabetes, diagnosis, treatment.

## ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

УДК 616.98:351.774.7-05

Бикбаева Ж.С.

Аққайынская Центральная районная больница, СКО

Вакцинация является самой надежной профилактикой тяжелых инфекционных заболеваний. Массовая вакцинация в Республике Казахстан осуществляется в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, проводится вакцинами с высокой степенью безопасности. Вакцинные препараты при соответствующем хранении и транспортировке, а также соблюдении техники их введения крайне редко вызывают серьезные расстройства здоровья. Это позволяет вакцинировать как здоровых детей, так и лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

В детских поликлиниках, дошкольных учреждениях и школах созданы специальные прививочные кабинеты, оснащенные необходимым медицинским оборудованием и

препаратами для неотложной и противошоковой терапии. Работу прививочного кабинета возглавляет врач педиатр, разрабатывает план профилактических прививок на год. На каждого ребенка заводится карта учета с указанием сроков проведения прививок.

Перед прививкой проводится медицинский осмотр ребенка, учитываются ранее перенесенные заболевания, реакция на предыдущие прививки, измеряется температура и, если ребенок здоров, проводится прививка.

Отсрочка плановой вакцинации после острых или обострения хронических заболеваний связано не опасностью вакцинации, а возможными осложнениями этих заболеваний. Но по эпидпоказаниям прививки проводятся при не-

тяжелых острых респираторных заболеваниях, острых кишечных инфекциях.

Существуют «ложные противопоказания», которые говорят о медицинской неграмотности медицинских работников и населения. К таким «ложным противопоказаниям» относятся такие заболевания как бронхиальная астма, атопический дерматит, врожденные пороки развития, перинатальное поражение ЦНС, гипертрофия тимуса, длительное лечение стероидами, перенесенные ранее сепсис, гемолитическая желтуха, пневмония, наличие в семье эпилепсии, синдром вегето-сосудистой дистонии, реакции на предыдущую прививку.

Врач прививочного кабинета следит за состоянием ребенка после прививки в течение 30 минут, чтобы не пропустить анафилактические реакции. Медицинская сестра наблюдает за привитым ребенком в течение 3 дней после инактивированной вакцины, а после живых вакцин - на 5-6 и 10-11 дни.

Прививки проводятся вакцинами отечественного и зарубежного производства, лицензированными в Республике Казахстан в соответствии с инструкциями по их применению.

Все вакцины, положенные ребенку по возрасту, вводят одномоментно внутримышечно в разные участки тела. БЦЖ во избежание контаминации шприцев и игл вводят до или после других вакцин в отдельном помещении.

Если у ребенка была сильная реакция: Т 40 градусов, или местная реакция в виде уплотнения более 8 см в диаметре – введение этой же вакцины противопоказано. Если эта реакция была на АКДС, то вводят АДС без коклюшного компонента или бесклеточную вакцину Инфанрикс. Живые вакцины ОПВ, ЖКВ, ЖПВ детям с реакцией на АКДС вводят как обычно. Местная реакция на БЦЖ 10 мм и более в виде инфильтрата или язвочки не препятствует введению других вакцин. Недоношенные дети прививаются согласно календаря прививок в обычных дозах после стабилизации состояния при адекватной прибавке веса. Дети от ВИЧ-инфицированных матерей прививаются согласно Календаря прививок с заменой ОПВ на ИПВ. Если ребенок получил препараты крови, плазмы или иммуноглобулин требуется отсрочка вакцинации живыми вакцинами на 3-6 месяцев.

К медицинским противопоказаниям к проведению профилактических прививок относятся: на все вакцины: если была сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины; на все живые вакцины - первичное иммунодефицитное состояние, иммуносупрессия, злокачественные болезни; для БЦЖ – вес ребенка при рождении менее 2000 грамм, келоидный рубец; для АКДС – прогрессирующее заболевание нервной системы, афебрильные судороги в анамнезе; для живых вакцин против кори, паротита, краснухи, комбинированными ди и тривакцинами (корь-паротит,

корь-краснуха-паротит) – тяжелые аллергические реакции на аминокгликозиды; корьевая и паротитная вакцины, приготовленные на куриных эмбрионах, противопоказаны при анафилактической реакции на белок куриного яйца; вакцина гепатита В – если была аллергическая реакция на пеккарские дрожжи; грипп – если аллергическая реакция на белок куриного яйца, аминокгликозиды, сильная реакция на предыдущую вакцинацию.

Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострения хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. прививки можно проводить сразу после нормализации температуры.

У детей с аллергией вакцинацию проводят в ремиссии под прикрытием антигистаминным препаратом за 1-2 дня до и 3-5 дней после прививки. У больных бронхиальной астмой, получающих ингаляционные ГКС, вакцинация проводится в фазе ремиссии.

Таким образом, если детям не проводить положенные по прививочному календарю прививки, с учетом временных и постоянных противопоказаний, будет увеличиваться не иммунная прослойка детей, которые могут заболеть тяжелыми инфекционными заболеваниями, такими как корь, паротит, дифтерия, полиомиелит и др. Вакцинация является наиболее эффективным методом борьбы с инфекционной патологией, которому в настоящее время нет альтернативы.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день. Издание 5 дополненное. Москва 2007.с. 57-63.
2. Профилактика и мониторинг поствакцинальных осложнений. Пособие для врачей. Москва 2004, с4-45.
3. Аллергология и иммунология. Под общей редакцией А.А.Баранова и Р.М.Хаитова. Москва 2008 – 2009. с. 234-240.

#### ТҮЙІН

Қазіргі уақытта альтеративасы жоқ, инфекциялық патологиямен күресуде ең тиімді қарсы тұру тәсілі егу болып табылады. Сондықтан денсаулығында ауытқулары «жалған қарсы көрсеткіштері» бар балаларды егу жолында дәрігер педиатрдың ең негізгі міндеті болып табылады.

Өзекті сөздер: балалар, егу, қарсы көрсеткіштері.

#### SUMMARY

Anaphylactic shock - sharply paced, life-threatening disease process caused by an allergic reaction of immediate type, characterized by severe circulatory disorders, respiratory and central nervous system activity.

Children have the most common abdominal variant of anaphylactic shock. Timely diagnosis, emergency care and treatment contribute to full recovery of the child.

Key words: anaphylaxis, Analgin, emergency care.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

УДК 616.61+616.4:612.466.21

Т.Н. Бойчук, М.И. Грицюк

Буковинский государственный медицинский университет, г.Черновцы

Сахарный диабет (СД) – одно из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний, которое характеризуется постепенным развитием микро- и макроваскулярных осложнений, ведущих к инвалидности [5, 7].

Диабетическая нефропатия (ДН) – тяжелое и прогностически неблагоприятное осложнение сахарного диабета. Она развивается у примерно третьей части больных СД ти-

па 1 и на завершающих стадиях приводит к хронической почечной недостаточности (ХПН) и смерти от уремии [15, 18, 25].

Значимость диабетической нефропатии подтверждается проведением 11 марта 2010 года Всемирного Дня Почки под эгидой Международного Общества Нефрологов (ISN)/ Международной Федерации Почечных Фондов (IFKF) сов-