

ведена через 48 часов. На месте укола имелась папула 1,5 мм, окружённая эритематозным венчиком (рис. 2).



Рис. 1. Язвы на слизистой оболочке полости рта



Рис. 2. Положительный тест на туберкулоз (папула на внутренней поверхности правого предплечья)

Пациентка была осмотрена ревматологом, который также предположил болезнь Бехчета. Окулистом выставлен диагноз подострый иридоциклит и деструкция стекловидного тела левого глаза. Осмотр невролога патологических симптомов не выявил. Основываясь на современных диагностических критериях, общая сумма баллов у пациентки при оценке всех признаков составила 5 баллов, на основании чего был выставлен окончательный диагноз болезни

Бехчета. Для дальнейшего обследования и лечения девочка была госпитализирована в детское ревматологическое отделение.

Описанный клинический случай представляет интерес как редко встречающаяся нозологическая форма с манифестацией в детском возрасте.

**Список литературы**

1. Sakane T., Takeno M., Suzuki N., Inaba G.. Behçet's disease. *N Engl J Med.* 1999; 341(17):1284–1291.
2. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 2. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика эндокринных заболеваний: – М.: Мед. лит., 2000. – 576 с.
3. Ohno S, et al. Close association of HLA-Bw51 with Behçet's disease. *Arch Ophthalmol.* 1982; 100(9):1455–1458.
4. Calamia K.T., Wilson F.C., Icen M., Crowson C.S., Gabriel S.E., Kremers H.M. Epidemiology and clinical characteristics of Behçet's disease in the US: a population-based study. *Arthritis Rheum.* 2009; 61: 600–604.
5. Menthon M., Lavalley M.P., Maldini C., Guillevin L., Mahr A. HLA-B51/B5 and the risk of Behçet's disease: a systematic review and meta-analysis of case-control genetic association studies. *Arthritis Rheum.* 2009; 61:1287–1296.
6. Koné-Paut I. Behçet's disease: pediatric features [in French]. *Ann Med Interne (Paris).* 1999; 150:571–575.
7. The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014 Mar; 28 (3):338–47.

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕОНАТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА**

Коноплева В.А.

*ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера»  
Минздрава России, Пермь, Россия,  
e-mail: konopleva.perm@gmail.com*

Аномалии мочевой системы составляют около 40% всех врожденных пороков развития; их роль в жизни и здоровье человека различна. Часть из них является причиной смерти в раннем детском возрасте, другие не вызывают сколько-нибудь заметных нарушений функции мочевой системы и ранее обнаруживались случайно, а в настоящее время с помощью ультразвукового скрининга. Большинство аномалий отличается медленным прогрессированием и клинически может проявиться лишь в пожилом возрасте, тем не менее некоторые даже незначительные аномалии могут быть предрасполагающими факторами возникновения почечнокаменной болезни, хронического пиелонефрита, артериальной гипертензии. В последние годы значительно увеличилось число детей, у которых даже на фоне относительно лёгких пороков развития мочевой системы, возникают нарушения уродинамики, присоединяется инфекция мочевых путей, развивается пиелонефрит, что с возрастом может привести к прогрессирующей потере функционирующей почечной паренхимы, развитию хронической почечной недостаточности.

Тяжелые пороки мочевой системы встречаются значительно реже и составляют 2-5% всех выявляемых пороков, они нуждаются в ранней оперативной коррекции, а в некоторых случаях дети вынуждены получать гемодиализ с последующей трансплантацией почки.

Ранняя диагностика и своевременное лечение имеют важное значение для прогноза врожденных пороков, поэтому все дети с выявленными аномалиями развития нуждаются в диспансерном наблюдении.

Целью работы явилось исследование частоты и структуры аномалий развития мочевой системы у детей по данным ультразвукового неонатального скрининга.

Проанализированы результаты неонатального ультразвукового скрининга детей первых месяцев жизни, проведённого в 2011-2013 годах в поликлиническом отделении городской детской клинической больницы № 9 имени П.И. Пичугина города Перми.

За три года ультразвуковое обследование мочевой системы проведено 2500 детям. Аномалии развития выявлены у 250, что составило 10%. По годам: в 2011 году обследовано 750 детей, аномалии развития выявлены у 86 детей (11,47%), в 2012 году обследовано 867 детей, аномалии выявлены у 80 (9,28%), в 2013 году обследовано 883 ребёнка, аномалии – у 84 (9,51%). Скринингом охвачено 98,7% новорожденных детей, до обследования все дети считались нефрологически здоровыми, жалоб родители не предъявляли.

Выявлены достоверные гендерные различия в частоте встречаемости аномалий, которые обнаружены у 161 мальчика (64,4%) и у 84 девочек (33,6%) девочек, это свидетельствует о том, что аномалии развития мочевой системы у мальчиков встречаются почти в два раза чаще, чем у девочек.

Анализ структуры выявленных отклонений показал, что чаще всего выявлялись малые пороки развития – увеличение размеров чашечно-лоханочной системы. Пиелоектазии обнаружены у 179 (71,6%) детей, из них преобладали односторонние (60,4%). Каликоэктазии выявлены у 20 детей (8,0%), из них 6,8% – односторонние, каликопиелоектазии – у 22 детей (8,8%), преобладали односторонние. Каликопиелоектазия одной почки и пиелоектазия другой обнаружены у 4 детей (1,6%). Увеличение размеров почек выявлено у 8 детей (3,2%), удвоение почки – у 6 (2,4%), у 3 детей (1,2%) обнаружена тазовая дистопия почки.

Грубые пороки развития выявлены у 8 (3,2%) детей: у 4 детей (1,6%) диагностирован односторонний гидронефроз, у одного (0,4%) – уретерогидронефроз. По одному ребёнку имели одностороннюю агенезию, гипоплазию и образование в почке.

Все дети с выявленными аномалиями развития взяты на диспансерное наблюдение нефрологом, по показаниям проведена хирургическая коррекция.

## Выводы

1. Ежегодно неонатальный скрининг выявляет аномалии развития мочевой системы в среднем у 10% обследованных детей.

2. Пороки в 2 раза чаще выявляются у мальчиков.

3. В структуре преобладают аномалии, характеризующиеся увеличением чашечно-лоханочной системы, грубые пороки развития выявлены у 3,2 % обследованных детей.

## АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА ТУРКЕСТАН НА 2014 ГОД

Куандыкова А.К., Мамраимова Д.Н.,  
Саруаров Е., Сауранбаев Е.

*Международный Казахско-Турецкий университет  
им. Х.А.Ясави, Туркестан, Казахстан,  
e-mail: kvet\_2013@mail.ru*

В данной статье рассматривается анализ хирургической заболеваемости в Туркестанском регионе. На сегодняшний день из за оказываемой прогрессивной хирургической деятельности, внедрение инновационных технологий в повседневную практику и увеличение количества проводимых различных операций, ставит системе здравоохранения следующие требования: минимальная интраоперационная травма и выздоровление пациента за короткий промежуток времени.

Анализ хирургической заболеваемости в РФ свидетельствует о ее росте в целом на 11,3% и по отдельным классам и нозологическим формам. Первое место 35,3% занимает травмы и отравления (прирост – 11%), также отмечается увеличение заболеваний органов брюшной полости 38,8%. Остаются стабильными показатели острой гнойной инфекции 23,3% [1].

В данной таблице приведены показатели оперативных вмешательств в областях, за последние 4 года по Республике Казахстан.

В диаграмме приведены показатели уровня госпитальной смертности по областям Республики Казахстан (рис. 1).

Таблица 1

Показатели оперативных вмешательств в областях, за последние 4 года по Республике Казахстан

Область	2010	2011	2012	2013
Респ. Казахстан	3782,9	3935,4	3930,1	3926,3
Акмолинская	4537,3	4114,7	3877,5	3470,8
Актюбинская	1869,2	3132,8	2988,6	2816,6
Алматинская	2341,3	2543,3	2454,0	2570,3
Атырауская	2646,8	2764,5	2764,9	2522,0
В-Казахстанская	4021,1	4087,8	4022,2	3774,0
Жамбылская	3349,3	3428,6	3000,8	3316,8
Жезказганская	0,0	0,0	0,0	0,0
З-Казахстанская	3382,8	3675,6	3430,7	3323,8
Карагандинская	4062,8	3949,0	3977,3	4031,3
Кзыл-Ординская	2850,3	2993,3	3517,2	4097,9
Кокшетауская	0,0	0,0	0,0	0,0
Костанайская	4257,8	4197,3	4157,1	4206,7
Мангистауская	3094,2	3276,3	3534,5	2872,2
Павлодарская	4983,1	5214,1	4919,8	5180,5
С-Казахстанская	5101,2	4863,9	4691,3	4539,3
Семипалатинская	0,0	0,0	0,0	0,0
Талдыкорганская	0,0	0,0	0,0	0,0
Торгайская	0,0	0,0	0,0	0,0
Ю-Казахстанская	2830,5	2972,3	3062,8	3146,8
г. Алматы	5729,5	5747,3	5894,9	5581,1
г. Астана	7903,6	8671,8	9098,0	9400,3