

ВЕСТНИК
СМОЛЕНСКОЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ

5

1920-2003



СМОЛЕНСК 2003

Вестник Смоленской Государственной Медицинской Академии. Педиатрический выпуск.
Редакторы: Л. В. Козлова, Н. Ф. Фаращук.
Смоленск: Изд-во СГМА, 2003.– №5.– 150 с.

Электронная версия выпуска размещена в Интернете на web-сайте:
www//smolensk.ru/user/SGMA

Главный редактор
В.Г. Плешков

Редакционная коллегия:

Р.С. Богачев, А.И. Борохов, М.Н. Гомончук, Е.И. Зайцева, А.Н. Иванян,
С.А. Касумьян, С.Б. Козлов, Л.В. Козлова, В.А. Милягин, О.В. Молотков,
С.С. Никулина, В.А. Правдивцев, А.С. Соловьев, Н.Ф. Фаращук, А.Г. Шар-
городский, В.В. Бекезин (отв. секретарь)

Адрес редакции – 214019, Россия, Смоленск, ул. Крупской, 28, тел. (0812) 55-02-75
Факс: (0812) 52-01-51, E-mail: uusgma@sci.smolensk.ru

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

НЕОНАТОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

УДК 612.014..24 : 616

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА ЭДВАРДСА У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

А.Г. Ибатулин, Л.И. Туркова, Т.И. Кузнецова, М.Р. Каландия

Смоленская государственная медицинская академия, МЛПУ ДКБ г. Смоленска

Риск рождения ребенка с хромосомной патологией существует в любой семье. Из данных литературы известно, что популяционная частота рождения ребенка с синдромом Эдвардса составляет 1 случай на 7000 родов, соотношение полов- М:Ж =1:3 . Диагностическими признаками заболевания являются множественные пороки развития у ребенка, которые, как правило, диагностируются сразу же после рождения. В половине случаев дети рождаются преждевременно. Во время беременности характерны многоводие, задержка внутриутробного развития плода, слабая активность плода, маленьких размеров плацента; нередко при УЗ-диагностике определяют единственную артерию в пуповине.

В настоящем сообщении мы представляем редкий случай наследственного заболевания-синдрома Эдвардса (синдром трисомии 18 хромосомы). Ребенок родился от 1-й желанной беременности. Матери 20 лет, по профессии - программистка. Отцу 24 года, здоров. Мать ребенка страдает поликистозом яичников. Женщина своевременно и регулярно наблюдалась в женской консультации по поводу беременности. Из имеющей место патологии -многоводие. Роды при сроке беременности 36 недель. Масса при рождении 1600 граммов, длина тела - 42 см, окружность головы - 31 см, окружность грудной клетки - 25 см. Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте была 6 баллов, через 5 минут- 7 баллов. Состояние ребенка сразу после рождения расценили как тяжелое за счет врожденной патологии. Ребенок в возрасте 10 суток был переведен в отделение выхаживания и лечения недоношенных детей (ОВЛНД) МЛПУ ДКБ. При осмотре у ребенка были обнаружены следующие аномалии развития: деформация черепа, низко расположенные, аномальной формы ушные раковины, атрезия обоих слуховых проходов (подтвержденная ЛОР-врачом), высокое "готическое" небо, микрогнатия, антимонголоидный разрез глазных щелей, "сгибательная" деформация пальцев кистей рук, поперечная (обезьянья) борозда на ладони слева, короткая грудина с недоразвитием мечевидного отростка, выступающая (как шпора) пяточная кость, крипторхизм, частичная синдактилия пальцев стоп справа. Кроме того, у ребенка диагностированы как клинически, так и подтверждены при ЭХО-кардиографии врожденный порок развития сердца (ДМПП и ДМЖП), задержка внутриутробного развития - диспластический вариант. Была выражена общая мышечная гипотония. Со стороны ЦНС диагностировано внутрижелудочковое кровоизлияние.

Настоящий диагноз, кроме клинического подтверждения, был подтвержден цитогенетическим обследованием ребенка, определена трисомия по 18 паре хромосом. Цитогенетическое обследование родителей пока не проводилось.

Литература

1. Козлова С.И. и соавт. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. –М.: Медицина, 1987.-320 с.
2. Лазюк Г.И. Тератология человека.- М.: Медицина, 1991.-480 с.

УДК 616.127-053.32

КАРДИОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

А.Г. Ибатулин, М.Р. Каландия, М.Н. Филина

Смоленская государственная медицинская академия

Было продолжено обследование недоношенных детей в возрасте от 7 дней до 2-месячного возраста, находящихся на лечении и выхаживании в отделении недоношенных детей МЛПУ ДКБ. Выявлены изменения со стороны сердца у группы наблюдаемых детей при различных заболеваниях. Наибольшие отклонения со стороны сердца обнаружены при респираторном дистресс-синдроме и в меньшей степени - при гипербилирубинемии и анемии.

Патологические изменения со стороны сердца у недоношенных детей регистрируются при многих заболеваниях. Уже при рождении у части детей выявляется нарушение ритма сердечных сокращений, тахи- или брадикардия. Несомненно причиной таких нарушений является перинатальная гипоксия, которая может вызывать различные изменения в органах и тканях плода и новорожденного (1)

В литературе имеются немногочисленные сообщения о состоянии миокарда у новорожденных детей и практически отсутствуют такие сообщения у недоношенных детей. Исследование состояния сердца, с проведением корригирующей терапии, имеет важное значение в исходе заболевания.

Целью нашей работы было продолжение исследования изменений со стороны сердца при респираторном дистресс - синдроме (РДС), гипербилирубинемии и анемии, как наиболее часто встречающихся заболеваний у недоношенных детей.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 66 недоношенных детей, находящихся на лечении в отделении выхаживания и лечения недоношенных детей (ОВЛНД) МЛПУ ДКБ. Проведены общеклинические методы исследования, ЭКГ и эхокардиография.

Все наблюдаемые дети распределены на 3 группы, по имеющимся основным заболеваниям: дети с РДС, гипербилирубинемией различной этиологии и страдающие анемией.

Результаты и их обсуждение

1-я группа недоношенных детей представлена 26 детьми, имеющими РДС средней и тяжелой степени. 8 детей родились от 1-й беременности, 15 - от 2-й- и трое детей от 3-й беременности. Возраст матерей в среднем составил 26,8 лет, в том числе было 10 женщин «возрастных» первородящих (возраст более 30 лет). Из особенностей течения беременности преобладали: угроза прерывания (у 14 женщин), гестоз 1 половины беременности (у 8 женщин), пиелонефрит (у 4-х женщин). Кроме того, отмечались в анамнезе у беременных: анемия различной степени, нефроптоз справа, гипертоническая болезнь, ОРВИ, хронический бронхит, кольпит, эрозия шейки матки, киста правого яичника. Гестационный возраст (ГВ) родившихся в среднем составил 32,6 недели, в том числе у 15 детей- 32 недели, у 5 – 31-32 недели, у 6 детей - 34-35 недель. По шкале Апгар на 1-й минуте дети были оценены в среднем на 6,2 балла, в том числе 3 ребенка на 8 баллов, 2 ребенка родились в состоянии асфиксии тяжелой степени, 15 детей - в асфиксии легкой степени и 6 детей – в среднетяжелой асфиксии. Масса при рождении у большинства детей соответствовала недоношенности 2 степени ($M \pm m = 1854 \pm 164$ г.)- 14 детей, у 5 детей масса при рождении была более 2000 граммов ($M \pm m = 2222 \pm 254$ г.), а 7 детей родились глубоконедоношенными ($M \pm m = 1153 \pm 135$ г.),. Основными причинами РДС у наблюдаемых недоношенных детей были: ателектазы легких, отечно-геморрагическое состояние, аспирационный синдром, родовая травма и

внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК). Наряду с основной патологией, определяющей состояние ребенка (как правило, это тяжелобольные дети), у группы наблюдаемых детей были изменения со стороны сердца: аритмии, отклонение ЭОС вправо, снижение процессов реполяризации в миокарде задней стенки левого желудочка, снижение процессов восстановления в миокарде, замедление электрической систолы желудочков, увеличение вольтажа QRS во всех отведениях, ЭКГ-признаки гипертрофии миокарда правого желудочка, ишемии миокарда, электрического преобладания правого желудочка и замедление электрической систолы желудочков.

Вторая группа наблюдаемых недоношенных детей с гипербилирубинемией представлена 25 детьми. 10 детей родились от 1-й беременности, 8 - от 2-й, 7 детей - от 3-5. Возраст матерей в среднем составил 24,7 лет, в их числе 7 возрастных первородящих. Из особенностей течения беременности у матерей преобладали: анемия различной степени тяжести - у 12 женщин, у 6 - пиелонефрит, у 5 - ОРВИ в 1-й половине беременности, 6 женщин имели «вредные» бытовые привычки - злоупотребляли алкоголем и курили. У отдельных женщин выявлялись угроза прерывания беременности, болезнь Боткина, зоб, патология желудочно-кишечного тракта, хламидиоз, кольпит. ГВ родившихся в среднем составил 33,6 недель, в том числе 8 детей родились в 35-36 недель, у 16 детей ГВ составил 30-34 недели, у 1 ребенка - 27-28 недель. Оценки по шкале Апгар на 1-й минуте были таковы: в состоянии асфиксии тяжелой степени родился 1 ребенок, 4 детей - в среднетяжелой асфиксии, 14 детей в асфиксии легкой степени. 8 детей родились без признаков асфиксии и 2 детей не были оценены по шкале Апгар, так как родились вне родильного дома. Масса при рождении у 14 детей соответствовала недоношенности 1 степени ($M \pm m = 2026 \pm 148$ г.), у 11 детей составляла -1846 ± 133 г.

Основными причинами гипербилирубинемии у наблюдаемых недоношенных детей были: гемолитическая болезнь новорожденных, конъюгационная желтуха, лекарственная желтуха, кефалогематома, полицитемический синдром, сочетание причин. Наряду с основной патологией, выявляемой у детей, определялись изменения со стороны сердца. На ЭКГ выявлялись следующие изменения: ЭКГ-признаки умеренной гипертрофии миокарда правого желудочка, нарушение процессов реполяризации в миокарде желудочков, нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса

Третья группа недоношенных детей представлена 15 детьми, имеющими анемию 2-й степени. Пятеро детей родились от 1-й беременности, 6 - от 2-й и 4 ребенка от 3-й беременности. Возраст матерей в среднем составил 23 года, в том числе было 3 возрастных первородящих. Из особенностей течения беременности у матерей преобладали ОРВИ в 1-й половине у 5 женщин, 5 женщин употребляли алкоголь и курили, у 3 женщин диагностированы угроза прерывания беременности и анемия различной степени тяжести. У отдельных женщин выявляли вегето-сосудистую дистонию, зоб 1 степени, ожирение, сифилис, у 3-х женщин был хронический гастрит. Гестационный возраст родившихся в среднем составлял 32,2 недели, в том числе 4 ребенка родились с ГВ 35-36 недель, 10 детей - с ГВ 30-33 недели, 1 ребенок - с ГВ 28 недель. По шкале Апгар на 1-й минуте дети были оценены в среднем на 6,1 балла, в том числе 2 детей на 8 баллов, 3 детей родились в состоянии асфиксии средней степени тяжести, 7 - в состоянии асфиксии легкой степени, 3 - не были оценены по шкале Апгар, так как родились вне родильного стационара (домашние роды). Масса тела при рождении у 6 детей соответствовала недоношенности 1 степени ($M \pm m = 2134 \pm 152$ г.), у 7 - соответствовала недоношенности 2 степени ($M \pm m = 1728 \pm 234$ г.), 2 детей были глубоконедоношенными ($M \pm m = 1232 \pm 118$ г.).

Основными причинами анемии у наблюдаемых недоношенных детей были: дородовая кровопотеря (преждевременная отслойка плаценты, фето-плацентарная трансфузия), кровопотеря во время родов (родовая травма, оперативное родоразрешение) и после рождения - ВЖК, геморрагические состояния, кефалогематома, ятрогения. У данной группы наблюдаемых недоношенных детей отмечались изменения со стороны сердца: небольшое отклонение электрической оси сердца вправо, ЭКГ-признаки преобладания правого и левого желудочка, нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса, умеренное нарушение процессов реполяризации в миокарде желудочков, признаки гипертрофии миокарда правого желудочка.

Выводы

Таким образом, изменения со стороны сердца у недоношенных детей являются одним из самых частых состояний. Степень выраженности этих состояний связана с основным заболеванием ребенка. Наиболее выраженные изменения со стороны сердца обнаружены у недоношенных детей при респираторном дистресс-синдроме и меньшие - при гипербилирубинемии и анемии. Выявленные изменения сердца у недоношенных детей как при РДС, так и при других состояниях требуют назначения корригирующей терапии.

Литература

3. Неонатология /Под ред. Н.П. Шабалова.- С.-Петербург, 1998.
2. Симонова Л.В. и соавт. Постгипоксический синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы у новорожденных и детей раннего возраста // Педиатрия.- 2001.- № 3.
1. Черкасов Н.С. и соавт. Поражения миокарда у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию // Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2003.- № 2.- С.-50-51

УДК 616-053.32

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРИОД 2000-2002 гг.

А.Г. Ибатулин, Н.Н. Федотова

Смоленская государственная медицинская академия, МЛПУ ДКБ г. Смоленска

Отделение патологии новорожденных (ОПН) входит в состав МЛПУ ДКБ г. Смоленска, но, несмотря на это, обслуживает новорожденных детей не только городских, но и сельских. За 2000-2002 годы в ОПН поступил 1151 ребенок, в том числе в 2000 году - 376 детей, за 2001 год - 391 и в 2002 году - 384 ребенка. Почти 50 % из них были из различных районов Смоленской области. Как правило, состояние новорожденных детей при поступлении в ОПН было средней тяжести или тяжелым. Распределение детей по нозологическим формам представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение детей по нозологическим формам.

Нозологические формы	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Перинатальные повреждения ЦНС	166	174	179
Врожденные пороки развития (сердца, болезнь Дауна, пороки внутренних органов и др.)	56	52	65
Желтухи различной этиологии	34	50	40
Болезни органов дыхания (пневмонии, респираторный дистресс-синдром и пр.)	34	33	36
Гнойно-септические заболевания (сепсис, заболевания кожи, слизистых и пр.)	29	26	24

Следовательно, среди всех заболеваний у новорожденных, прошедших по ОПН, преобладают дети с поражениями ЦНС. На протяжении нескольких лет уровень заболеваемости мало изменяется, но среди поражений ЦНС уменьшается число новорожденных детей с травматическими поражениями. Более вероятно этот факт объясняется увеличением числа родоразрешений путем операции кесарева сечения. Большую часть детей с перинатальными поражениями ЦНС составляют дети с гипоксически - ишемическими поражениями в виде церебральной ишемии различных степеней. Для диагностики перинатальных поражений ЦНС в ОПН используются как клинические методы, так и инструментальные - R-графия шейного отдела позвоночника, нейросонография, офтальмоскопия и как исключение проводится люмбальная пункция.

На 2-м месте в структуре заболеваемости поступивших в ОПН находятся новорожденные с врожденными пороками развития. Из них преобладают врожденные пороки развития сердца и хромосомные заболевания (болезнь Дауна). Каждый случай врожденного порока развития сердца и другой хромосомной патологии подтверждается как клинически, так и инструментальными (УЗИ сердца с доплероэхографией), и

лабораторными (кариотипирование при хромосомной патологии) методами диагностики.

Среди желтух у новорожденных детей преобладают конъюгационные желтухи, имеющие затяжное течение, особенно у незрелых и недоношенных детей. Все дети с желтухами обследованы для исключения наследственной патологии, а также на наличие инфекционных заболеваний (гепатиты), когда желтуха является лишь синдромом основного заболевания. Все поступившие дети выписаны с выздоровлением.

Заболеемость пневмонией у новорожденных детей в 2002 году, по сравнению с предыдущим 2001 годом, возросла в 1,5 раза. У 36 новорожденных (за 3 года) пневмония имела тяжелое течение, но, как правило, на фоне других патологических состояний - это ЗВУР, анемии, перинатального поражения ЦНС. Однако, следует подчеркнуть, что летальности от пневмонии у новорожденных детей по ОПН нет.

У новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями в структуре заболеваемости преобладали местные инфекции- поражения кожи (везикулопустулез, пузырчатка), слизистых (гнойный конъюнктивит) и у части детей (у 16 детей за 3 года) был диагностирован сепсис. Все наблюдаемые дети были обследованы согласно имеющимся "Стандартам (протоколам) диагностики и лечения", однако бактериологическое подтверждение этиологии септического процесса было получено менее чем у 1/3 детей, что связано как с рано назначаемой антибактериальной терапией новорожденным (еще в роддомах), так и техническими возможностями лабораторной службы. Все дети получили комплексное лечение (антибиотики широкого спектра, иммуноглобулины) и с выздоровлением были выписаны домой.

Говоря о летальности среди новорожденных детей, нужно подчеркнуть, что за 3 года в ОПН умерли всего 7 новорожденных детей, в том числе: 2000 г. - 1, 2001 г.- 3, 2002 г.- 3. В таблице 2 представлена структура летальности.

Таблица 2. Структура летальности за 2000-2002 г.г.

Нозологические формы	Число умерших
Врожденные пороки, несовместимые с жизнью	6 детей
Инфекционные поражения ЦНС (энцефалит)	1 ребенок

Заключение

Таким образом, изучая показатели работы ОПН за 3 года, следует отметить, что на 1-м месте преобладают заболевания ЦНС и пороки развития, количество которых в течение 2-х лет постепенно увеличивается. Число новорожденных детей с неонатальными желтухами. в 2001 году повысилось по сравнению с 2000 годом почти на 1/3, но в 2002 году снизилось на 25 %. Число новорожденных с гнойно-септическими заболеваниями постепенно сокращается (с 29 случаев в 2000 году до 24 в 2002 году).

Литература

1. Неонатология /Под ред.Н.П.Шабалова.- С.-Петербург, 1998.- Ч.1-2.

УДК 616.441-006.5-053.2:611.1+616.839

КАВЕРНОЗНАЯ ГЕМАНГИОМА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

О.Л. Мишутина, Н.Я. Молоканов, А.Е. Доросевич

Смоленская государственная медицинская академия

Приводится клиническое наблюдение ребенка с кавернозной гемангиомой верхней губы и синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. Описанный клинический случай свидетельствует о необходимости проведения эхокардиографии у больных с гемангиомами челюстно-лицевой области для выявления сопутствующей патологии.

Под термином «дисплазия соединительной ткани» подразумевается аномалия тканевой структуры, проявляющаяся в снижении содержания отдельных видов коллагена или нарушением их соотношения [2]. Э.М. Земцовский (1998) отдает предпочтение термину синдром соединительнотканной дисплазии полигенномультифакториальной природы, проявляющийся внешними фенотипическими признаками соединительнотканной дисплазии и клинически значимой дисфункцией одного или нескольких внутренних органов [1].

В 1990 году на симпозиуме в Омске, посвященном проблеме врожденной дисплазии соединительной ткани, была принята классификация, в которой выделяются 2 группы болезней соединительной ткани. В 1 группу входят системные наследственные синдромы Марфана, Элерса-Данлоса и др., во вторую – наследственные заболевания соединительной ткани с висцеральными проявлениями. К ним относят синдром дисплазии соединительной ткани сердца (митрального, трикуспидального, аортального, легочного), аневризмы межпредсердной перегородки, синусов Вальсавы [2]. В последние годы ряд авторов считают проявлением этого синдрома и аномально расположенные хорды [4].

По мнению Сухановой Г.А. (1993) у больных с мезенхимальными дисплазиями имеются скрытые нарушения в системе гемостаза, что позволяет отнести их к группе риска по кровоточивости и рекомендовать проведение этим больным развернутого исследования крови, особенно перед оперативными вмешательствами [3]. В связи с этим представляет интерес клиническое наблюдение ребенка с кавернозной гемангиомой верхней губы и синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. Приводим выписку из истории болезни.

Больная Б., 1992 года рождения, поступила 22.02. 1999 г. в отделение челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы с диагнозом: кавернозная гемангиома верхней губы. У родителей и близких родственников аналогичной патологии не выявлено. Находилась на диспансерном учете у врача-кардиолога с диагнозом: функциональная кардиопатия, у врача-ортопеда с диагнозом: левосторонний грудной сколиоз 1 степени.

Объективно: рост 125 см, масса 25 кг. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет наличия новообразования синюшного цвета на красной кайме верхней губы слева, размером 2,5 x 2 см. Кожа лица бледного цвета. В полости рта: мелкое преддверие рта – 3 мм, врожденное укорочение уздечки языка. Прикус перекрестный, сужение нижней челюсти, 31,32,41 повернуты по оси, 42 прорезается язычно, взаимоотношение первых моляров 2 класс по Энгля. Выявлена вредная привычка - при глотании прокладывает язык между зубами. Ребенок находится на ортодонтическом лечении. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной – 3,3, OHIS –1,3, папилло-маргинально-альвеолярный индекс 28%. Хронический генерализованный катаральный гингивит. Декомпенсированная форма кариеса, полость рта санирована.

При лабораторном исследовании общие анализы крови и мочи, данные ЭКГ в пределах возрастной нормы. При эхокардиографии установлено: признаки незаращения овального окна, незначительное расширение правого желудочка, пролапс трикуспидального клапана 2 степени с регургитацией 1 степени. Под местным обезболиванием была проведена склерозирование гемангиомы и френулэктомия уздечки языка.

Данные гистологического исследования уздечки языка: при окрашивании препарата по ван Гизону отмечается выраженный склероз соединительнотканых структур. При исследовании с помощью моноклональных антител к фибронектину выявлено полное отсутствие фибронектина под эпителием.

Как показали наши дальнейшие исследования, выявленные при гистологическом исследовании изменения в строении слизистой оболочки рта, являются типичными для детей с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца и характеризуются огрубением соединительной ткани вплоть до развития очагового склероза, под эпителием отмечается очаговое распределение фибронектина или его отсутствие.

Описанное клиническое наблюдение свидетельствует о необходимости проведения эхокардиографии у больных с гемангиомами с целью выявления возможной соматической патологии.

Литература

1. Земцовский Э.В. Соединительно-тканые дисплазии сердца. - СПб.: Политекс, 1998. – 96 с.
2. Мартынов А.И., Степура О.Б., Остроумова О.Д. Пролапс митрального клапана. Фенотипические особенности и клинические проявления // Терап. архив. – 1998. – Т.38, № 1. – С.73 – 78.
3. Суханова Г.А. Выявление и коррекция нарушений гемостаза при мезенхимальных дисплазиях: Автореф. дисс. ...д-ра мед. наук. – Барнаул, 1993. – 22 с.
4. Cocchiery M., Bardelli G. Le false corde tendinee // Minerva cardiangiolo. – 1992. - Vol. 40.- P. 525.

УДК 616.155.194-053.3

ОСОБЕННОСТИ ГИДРАТАЦИИ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ

Н. К. Тихонова, Н. Ф. Фаращук

Смоленская государственная медицинская академия, г. Смоленск

В работе представлены результаты исследования состояния процессов гидратации эритроцитов и плазмы крови у детей раннего возраста с дефицитными анемиями по сравнению со здоровыми детьми того же возраста. Гидратация компонентов крови оценивалась гравиметрическим методом (Фаращук Н.Ф., 2002). Установлено, что степень гидратации компонентов крови является объективным количественным критерием состояния процессов адаптации. Учитывая выявленные изменения степени гидратации компонентов крови, дети с дефицитными анемиями тяжелой степени и нелеченными более 3-х месяцев анемиями средней степени тяжести составляют группу риска по развитию дезадаптации.

Адаптация как способность приспосабливаться к стрессовой реакции является одним из самых замечательных свойств живой системы. Под влиянием чрезмерных или длительно действующих факторов стрессовая реакция способна превратиться из физиологической в патологическую. Чем выше приспособляемость организма, тем позднее наступает указанное превращение [1,2]. Поэтому проблемы формирования патологических состояний и их влияния на организм должны рассматриваться через призму адаптации как меру его здоровья. Дефицитные анемии (ДА) широко распространены среди детей раннего возраста, что обусловлено интенсификацией процессов роста и созревания, особенностями вскармливания в этот возрастной период. Однако для врача-педиатра нередко представляет определенные трудности установление степени выраженности гипоксического поражения организма и, следовательно, назначения индивидуального лечения, зависящего от состояния процессов адаптации у конкретного ребенка.

Одним из наиболее стабильных и универсальных критериев состояния организма является степень гидратации биополимеров тканей. В процессе адаптации стабилизация тканевых структур происходит не только за счет накопления стресс-белков, но и посредством структурного изменения биополимеров, соответствующего наибольшей степени гидратации последних [3,4]. Состояние процессов гидратации в крови у детей раннего возраста с ДА не изучено. В своей работе мы проследили изменения процессов гидратации эритроцитов и плазмы крови у детей с ДА в зависимости от степени тяжести и длительности заболевания.

Материалы и методы исследования

В исследование включены 62 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 2 лет с дефицитными анемиями. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей того же возраста и пола. Диагноз анемии основывался на комплексе традиционных клинико-лабораторных данных. В зависимости от степени тяжести заболевания были выделены 3 группы детей. Легкая степень анемии (n=20) диагностировалась при уровне гемоглобина менее 110 г/л, средняя (n=19) - менее 90 г/л, тяжелая (n=23) - менее 70 г/л. В группе детей с ДА средней степени тяжести были выделены подгруппы: А - с длительностью заболевания до 3-х месяцев (n=11), Б - более 3-х месяцев (n=8). Состояние процессов гидратации компонентов крови изучалось на основании исследования соотношения свободной и связанной воды в эритроцитах и плазме крови гравиметрическим методом (Фаращук Н.Ф., 2002). Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием статистических

функций программы Microsoft Excel: средняя, доверительный интервал, достоверность различий (p) при вероятности безошибочного прогноза 95%.

Результаты и их обсуждение

Из анамнеза жизни обследованных детей, выявлено, что большинство из них родились доношенными от 1-3-й беременности, протекавшей с осложнениями в 72,6% случаев. Анализ возможных причин заболевания выявил в подавляющем большинстве исследований (87,3%) алиментарный фактор как главенствующий в развитии заболевания. При этом, анемии одинаково часто встречались среди детей, получавших в качестве основного питания как адаптированные смеси, так и коровье молоко. Клинические проявления заболевания характеризовались симптомами гипоксического поражения центральной нервной, сердечно-сосудистой систем, бледностью кожных покровов, у трети больных - увеличением лимфатических узлов. Сидеропенические симптомы выявлялись только у детей старше 9 месяцев со средней и тяжелой анемией при подтвержденном дефиците железа.

Таблица . Содержание фракций воды в компонентах крови у детей с ДА

Степень тяжести анемии	Плазма [%]			эритроциты [%]		
	общая	Свободная	связанная	Общая	свободная	связанная
Легкая n=20	92,16 ±1,44	76,25 ± 3,54	17,15* ± 3,94	67,65 ± 3,37	48,37 ± 4,86	21,35 ±3,90
Средняя n=19	89,96 ±1,74	70,31 ±7,34	19,65* ±7,37	68,45 ±4,15	48,38 ±6,15	19,58 ±6,56
А (n=11)	89,99* ±2,41	72,99* ±14,44	16,99* ±8,56	70,18* ±4,37	40,98 ±3,14	29,13* ±5,85
Б (n=8)	89,75* ±0,06	48,28* ±4,71	39,31* ±6,77	70,97 ±7,37	58,78* ±9,77	12,19* ±5,29
Тяжелая N=23	91,01* ±0,75	79,18 ±2,37	11,49 ±2,73	70,77 ±3,35	52,76* ±5,19	12,88* ±5,23
Контроль N=25	92,34 ±0,31	77,58 ±2,90	13,50 ±0,96	66,87 ±3,59	42,55 ±4,07	24,77 ±1,83

Примечание: Результаты представлены в виде средней и доверительного интервала. * - достоверные различия с контролем.

Результаты исследования соотношения фракций воды в компонентах крови детей с ДА представлены в таблице. При анализе полученных результатов большее внимание нами уделялось динамике содержания связанной воды как критерия адаптивности организма. Установлены следующие различия в соотношении фракций воды в плазме и эритроцитах детей с ДА по сравнению с контролем. У детей с легкой ДА уровень связанной воды в плазме достоверно превышал контрольные значения (p<0,05), в то время как в эритроцитах не отличался от показателей здоровых детей (p>0,05). Выявленные изменения косвенно свидетельствуют о достаточной стабильности эритроцитов у детей с анемией легкой степени наряду с напряжением адаптивных процессов в плазме крови, подтвержденных повышением содержания в ней связанной воды.

Концентрация связанной воды в плазме детей со средней степенью тяжести ДА также повышалась и почти в полтора раза превышала контрольные значения (p<0,05). Достоверных различий в соотношении фракций воды в эритроцитах детей с анемией средней степени тяжести не выявлено. Однако при детальном анализе установлено, что это было обусловлено высокой вариабельностью исследуемых показателей в данной группе. Распределив детей по подгруппам с длительностью заболевания до 3-х и более 3-х месяцев, были выявлены достоверные различия исследуемых показателей по

сравнению с контролем. Содержание связанной воды в плазме повышалось. При этом степень повышения зависела от длительности заболевания: с увеличением длительности заболевания в плазме крови концентрация связанной воды достоверно повышалась ($p < 0,05$). Изменения в соотношении фракций воды в эритроцитах имели разнонаправленный характер и зависели от длительности заболевания. У детей с ДА средней степени тяжести длительностью до 3-х месяцев увеличивалось содержание связанной фракций воды по сравнению с контролем ($P < 0,05$). С увеличением длительности болезни более 3-х месяцев уровень связанной воды значительно снижался. Выявленные изменения процессов гидратации в эритроцитах у детей с ДА средней степени тяжести, вероятно, являются отражением максимального напряжения механизмов адаптации при длительности заболевания до 3-х месяцев с последующим их срывом при отсутствии лечения.

У детей с ДА тяжелой степени в плазме концентрация связанной фракции снижалась по сравнению с контролем и была достоверно ниже, чем у детей с легкой и средней степенью ДА ($p < 0,05$). В эритроцитах процессы гидратации характеризовались снижением связанной воды наряду с достоверным увеличением ее свободной фракции. Соотношение фракций воды в эритроцитах у детей с тяжелой ДА соответствовало такому у детей при длительном течении анемии средней степени тяжести.

Таким образом, с увеличением тяжести и длительности ДА выявлены изменения процессов гидратации плазмы и эритроцитов. При этом в плазме соотношение фракций воды нарушается даже при легком течении ДА и характеризуется нарастанием содержания связанной воды. Гидратация эритроцитов отличается большей стабильностью. При анемии легкой степени соотношение фракций воды в эритроцитах достоверно не изменяется. С увеличением степени тяжести (до средней) и длительности заболевания до 3-х месяцев происходит напряжение механизмов адаптации, характеризующееся увеличением уровня связанной воды как в плазме, так и в эритроцитах. В случаях ДА средней степени, не леченных более 3-х месяцев, и тяжелом течении заболевания содержание связанной фракции воды в эритроцитах снижается, что свидетельствует о срыве адаптивных процессов.

Выводы

1. Степень гидратации компонентов крови является объективным количественным критерием состояния процессов адаптации у детей раннего возраста с ДА.
2. Процессы гидратации в эритроцитах отличаются большей стабильностью по сравнению с плазмой крови.
3. Изменения процессов гидратации в компонентах крови соответствуют стадийности течения адаптивных реакций: включение адаптивных механизмов при легком течении ДА, их напряжение при увеличении степени тяжести заболевания до средней степени и последующим адаптивным срывом в случаях длительного (более 3-х месяцев) или тяжелого течения заболевания.
4. Учитывая выявленные изменения степени гидратации компонентов крови, дети раннего возраста с тяжелыми ДА и не лечеными более 3-х месяцев анемиями средней степени тяжести составляют группу риска по развитию дезадаптации.

Литература

1. Новиков В.С., Горанчук В.В. Физиология экстремальных состояний. С.-Петербург: "Наука", 1998.
2. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: концепция долговременной адаптации. М., 1986.
3. Фаращук Н.Ф. Состояние процессов гидратации в жидких средах организма при воздействии внешних факторов и некоторых заболеваниях: Дис. ... д. м. н.- Смоленск, 1994.
4. Фаращук Н.Ф. Патент № 2195651.

УДК 616.155.194-053.3:612.015.6

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНОВ А, Е, С В КРОВИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ

Н. К. Тихонова, Л.В. Козлова, М.В. Мельникова

Смоленская государственная медицинская академия

Представлены результаты исследования обеспеченности витаминами А, Е, С и каротином 138 детей раннего возраста с дефицитными анемиями и 26 практически здоровых детей и оценки клинической эффективности их применения в комплексном лечении. Установлена роль витаминного дисбаланса в течении заболевания и эффективность его коррекции в комплексном лечении дефицитных анемий у детей раннего возраста.

Анемии детей раннего возраста являются одной из важнейших проблем педиатрии в силу их широкой распространенности. В России анемия выявляется у 16-47% детей, а преданемическое состояние - у 24-63% [1,3]. У детей первых трех лет жизни ситуация еще более тревожная в силу легкости возникновения анемии под влиянием различных факторов, связанных с особенностями питания и функционирования организма в этом возрастном периоде. Ведущей причиной возникновения дефицитных анемий является недостаток железа [4]. Однако широкое применение препаратов железа для лечения и профилактики дефицитных анемий (ДА) не привело к снижению заболеваемости детей раннего возраста [2]. Это, вероятно, обусловлено более сложным патогенетическим механизмом ДА у детей первых трех лет жизни. Неслучайно поэтому рядом авторов (Алексеев Г.А., 1970; Natan, Oski, 1998) ДА у новорожденных и детей раннего возраста выделены в отдельную группу, а причины и методы лечения их требуют дальнейших исследований.

Учитывая известную патогенетическую роль свободно-радикального окисления в патологических процессах и влияние на него витаминов с антиоксидантной активностью, представляет практический интерес исследование обеспеченности витаминами А, Е, С детей раннего возраста и эффективности их применения в комплексном лечении ДА.

Цель работы: исследовать содержание витаминов А, Е, С и провитамина А - каротина в крови детей раннего возраста с ДА и провести сравнительную оценку эффективности применения препаратов витаминов А, Е, С в комплексном лечении ДА и моноферротерапии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 138 детей в возрасте от 3 до 24 месяцев с ДА (мальчиков 70, девочек - 68) и 26 практически здоровых детей того же возраста, составивших контрольную группу.

Уровень ретинола в сыворотке крови оценивался по цветной реакции Карра-Прайса. Содержание токоферола в сыворотке крови определяли железодипиридиловым методом (Эпельбаум А.Г., Лукашевская Г.М., 1956). Концентрацию каротина и аскорбиновой кислоты - фотометрическим методом.

В качестве нормативных использовались данные Доскина В.А. с соавт. (1999).

Для оценки сравнительной эффективности монотерапии препаратом железа и комбинированного лечения статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью графической оценки Kaplan Meier и тестов программы STATISTICA: Survival Analysis. За полное наблюдение принимались случаи перехода заболевания в более легкую степень по результатам исследования содержания гемоглобина в периферической крови. Наблюдения, при которых улучшение не достигалось, являлись

цензурированными. Достоверность полученных результатов оценивалась при вероятности безошибочного прогноза 95% ($P < 0.05$).

Результаты и их обсуждение

При сравнении витаминной обеспеченности детей основной и контрольной групп не выявлено достоверных ($P > 0.05$) различий концентраций ретинола, токоферола, каротина и аскорбиновой кислоты, что, вероятно, было обусловлено высокой вариабельностью полученных результатов. Поэтому мы оценили зависимость обеспеченности исследуемыми витаминами от тяжести анемии. Результаты исследования содержания витаминов А, Е, С и каротина у 62 детей в зависимости от степени тяжести заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1. Содержание витаминов А, Е, С и каротина в крови у детей с ДА различной степени тяжести

	Здоровые дети	Дети с ДА		
		Легкая	Средняя	Тяжелая
Витамин А [мкг/мл]	0,08±0.12 n=26	0.28±0.12* n=15	1.14±0.26* n=10	0.58±0.46* n=14
Витамин С [мг%]	0.26±0.13 n=21	0.11±0.11 n=10	0.15±0.11* n=10	0.09±0.05 n=14
Витамин Е [мг%]	3.42±1.60 n=26	4.33±2.31 n=15	3.44±2.31 n=10	15.23±6.41* n=14
Каротин [мг/мл]	0.00041±0.0003 n=26	0.00053±0.00034 n=15	0.00027±0.00034 n=10	0.0026±0.0021* n=14

Примечание: * - достоверные различия с контролем ($p < 0.05$).

При детальном анализе полученных результатов и сравнении их с нормативными установлено снижение содержания витаминов А, Е, С и каротина у детей как основной, так и контрольной групп, что подтверждало наличие у них гиповитаминоза.

Степень снижения отдельных витаминов была различной. Так, уровень ретинола был снижен у всех детей не только основной, но и контрольной групп. У 49-68% детей с ДА и у 7,5-55,5% здоровых детей в сыворотке крови обнаружены лишь его следы. При этом, распространенность авитаминоза А (полное его отсутствие) в основной группе достоверно превышала таковую в 2,16 раза в контрольной (68% и 31,5%, соответственно).

Концентрация токоферола исследована у 39 детей основной группы и у 26 - контрольной. При этом нормальный уровень витамина Е был лишь у 4% детей основной и у 12,5% - контрольной групп. У большинства обследованных основной и контрольной групп (88% и 75,5%) установлено превышение концентраций токоферола относительно нормативных показателей. У 8% детей с ДА выявлено снижение концентрации витамина Е.

Наибольшие различия выявлены в содержании каротина у детей с ДА. Так, нормативным соответствовали уровни каротина у 0,9-28,7% детей основной группы, что достоверно превышало в 2,6 раза показатели контрольной группы (15,2-62,4%). При этом, снижение содержания каротина среди детей основной группы выявлялось достоверно реже, чем в контроле (5,9-38,5% и 37,6-84,8%, соответственно, $P < 0.05$). Для уточнения возможного генеза выявленного дисбаланса между концентрациями ретинола и каротина нами исследован показатель Ретинол/Каротин (Р/К). У детей контрольной группы показатель был нормальным (18,5%) или сниженным. В основной группе каждый четвертый ребенок имел высокие значения соотношения. Снижение Р/К выявлено у 73% детей с анемиями. При индивидуальном анализе установлено, что в контрольной группе снижение было обусловлено низким уровнем каротина наряду с нормальными концентрациями ретинола. У детей с ДА аналогичные изменения были

обусловлены гиперкаротинемией в сочетании с понижением уровня ретинола в крови, что указывает на возможное нарушение обмена каротина или снижение синтеза витамина А из каротина в кишечнике. При углубленном обследовании у всех детей с гиперкаротинемией выявлены патологические изменения со стороны пищеварительных органов, которые, вероятно, и послужили причиной выявленных нарушений.

Полученные нами данные о значительной распространенности гиповитаминоза А среди детей, не только страдающих дефицитными анемиями, но и в группе здоровых детей, при учете сложившейся социально-экономической обстановки, полностью согласуются с данными литературы о распространенности субклинических гиповитаминозов А даже в странах с высоким социально-экономическим уровнем развития [Marcus M., Coulston A.M., 1990]. Отклонения в функционировании пищеварительной системы могут выступать неблагоприятным фоном для возникновения дисбаланса этого витамина, замедляя синтез ретинола из каротина.

Для оценки клинической эффективности витаминотерапии проанализирована динамика прироста гемоглобина и время лечения до перехода заболевания в более легкую степень у 70 детей с ДА, получавших актиферрин в виде сиропа в дозе 5 мг/кг, и у 68 пациентов - сочетание актиферрина с витаминами: ретинола ацетат по 1000 ЕД/год жизни, масляный раствор токоферола по 1 мг/кг, аскорбиновая кислота по 50 мг.

На основании проведенного статистического анализа установлена достоверно более высокая эффективность ($p < 0,05$) комплексной терапии при лечении дефицитных анемий у детей раннего возраста. Средний прирост уровня гемоглобина от исходных величин у детей, получавших актиферрин с витаминными препаратами, к концу первой недели лечения составил 13,8%, к концу второй - 23,4%. У детей, получавших монотерапию препаратом железа, нормализация концентрации гемоглобина отмечалась в более отдаленные сроки. Прирост уровня гемоглобина в конце первой и второй недель терапии составил, соответственно, 4,5% и 13,6%.

Таким образом, использование наряду с препаратами железа витаминов А, Е и С в лечении ДА легкой и средней степени тяжести сокращает сроки нормализации гематологических показателей, уменьшая тем самым продолжительность лечебных курсов ферротерапии.

Выводы

1. У детей раннего возраста, страдающих дефицитными анемиями, выявлены значительные изменения витаминного гомеостаза, характеризующиеся снижением содержания витамина А и дисбалансом витаминов Е, С и провитамина каротина.
2. Учитывая полученные нами результаты, можно предположить, что на развитие дефицитных анемий у детей первого года жизни, наряду с дефицитом ионов железа, оказывают влияние гиповитаминоз А и витаминный дисбаланс.
3. Снижение витамина А в крови детей не только с ДА, но и практически здоровых диктует необходимость проведения профилактического лечения детей первых трех лет жизни.
4. Использование витаминов А, Е, и С в комплексном лечении дефицитных анемий у детей раннего возраста повышает его эффективность, сокращая длительность лечебных курсов ферротерапии.

Литература

1. Анемии у детей: диагностика и лечение: Практическое пособие для врачей/ Под ред. А.Г. Румянцева, Ю.В. Токарева.- М.: МАКС-пресс, 2000.
2. Казюкова Т.В., Калашникова Г.В., Фаллух А. и др. Новые возможности ферротерапии железодефицитных анемий// Клиническая фармакология и терапия.- 2000.- № 9.- С. 88-92.
3. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Железодефицитные анемии у детей.-М., 1983.
4. Block J., Halliday J. et al. Iron Metabolism in Health and Disease/W. B. Saunders Company, 1994.

УДК 616-053.31+616.441

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ.

В.Г. Хохлов, Л.В. Козлова

Смоленская государственная медицинская академия.

На протяжении двух последних десятилетий все большее внимание уделяется проблемам тиреоидной патологии, связанной с дефицитом йода. (1, 2). Рост частоты эндемического зоба у женщин фертильного возраста и беременных ухудшает состояние репродуктивного здоровья, увеличивает риск осложнений беременности, родов, нарушает тиреоидную функцию у матери, плода и новорожденного, неблагоприятно влияет на здоровье потомства. Статистические данные по г. Смоленску свидетельствуют о том, что более 7% женщин до наступления беременности имеют заболевания щитовидной железы. (5)

В йоддефицитных регионах нехватка йода начинает сказываться на здоровье организма, начиная с самых ранних стадий его развития. У новорожденных от матерей с патологией щитовидной железы более часто развиваются анемия, внутриутробная гипотрофия, часто происходит поражение ЦНС: гидроцефалия, микроцефалия, функциональные нарушения. Дефицит йода приводит к таким заболеваниям, как врожденный гипотиреоз, тиреотоксикоз (4, 6).

Цель данного исследования: оценить течение раннего неонатального периода новорожденных от матерей с эутиреоидным зобом.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленной задачи обследовано 90 новорожденных (48 девочек и 42 мальчика) от женщин, имеющих увеличение объема щитовидной железы, выявленное пальпаторно и подтвержденное при ультразвуковом обследовании (основная группа). Клинический и гормональный статус всех женщин расценивался как эутиреоз. В контрольную группу вошли 42 новорожденных (24 девочки и 18 мальчиков) от матерей без патологии щитовидной железы, с неосложненным течением беременности и родов. Гормональный статус этих женщин также соответствовал эутиреозу.

Помимо общеклинического обследования, у детей определялись содержание тиреоидных гормонов, ТТГ и кортизола в пуповинной крови, взятой в первые минуты после рождения.

Исследование гормонального статуса проводилось на базе ЦНИЛ СГМА (зав. ЦНИЛ - Федоров Г.Н.). Определялись свободные фракции Т₃, Т₄, ТТГ, кортизол в крови, взятой из вены пуповины при рождении ребенка.

Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS PLUS for WINDOWS 95 и Exel 97 фирмы Microsoft с использованием непараметрических и параметрических критериев.

27 женщин первой группы (30%) были родоразрешены путем операции кесарево сечение по медицинским показаниям. В контрольной группе оперативное родоразрешение проводилось у 11 женщин (26,19%).

Результаты и их обсуждение

При оценке антропометрических показателей между двумя группами достоверных различий не выявлено (таблица 1).

Таблица.1 Антропометрические показатели обследованных новорожденных

Группа (n)	Масса тела, гр.	Длина тела, см.
1 группа (n=90)	3452,81±491,944	52,45±2,56
2 группа (n=42)	3535,19±491,277	52,24±2,79

Таблица 2. Клинические особенности течения периода ранней адаптации у обследованных новорожденных

	1 группа (n=90) %	2 группа (n=42) %
МУМТ больше 8,0% 10%	15,56 3,3	14,28 2,4
Отечный синдром 1-2 ст	5,56	7,1
Морфофункциональная незрелость	14,4	7,1
Недоношенность 1 ст	6,66	7,14
Крупный новорожденный	12,2	11,9
ЗВУР и гипотрофия	13,3	2,38
Церебральная ишемия 1 – 2 степени	13,3	9,52
Неонатальная желтуха 1-2 степени	5,56	4,76
Врожденные пороки и аномалии развития	5,56	2,38
Кожно – геморрагический синдром	3,33	2,38
Токсическая эритема	6,67	7,1
Транзиторная лихорадка	3,33	-

Период ранней адаптации у 13,3% детей 1-й группы протекал на фоне гипотрофии и ЗВУР, у 13,3% на фоне перинатального поражения ЦНС. Наряду с этим, у 14,4% детей определялась морфофункциональная незрелость, а у 5,6% - выявлялись врожденные пороки и аномалии развития.

Особого внимания заслуживает тот факт, что морфофункциональная незрелость, ЗВУР, гипотрофия, церебральная ишемия у детей 1-й группы регистрировались значительно чаще (в 1,5 – 2 раза) в сравнении с детьми 2-й группы (таблица 2). При исследовании гормонального статуса у обследуемых детей выявился более высокий средний уровень содержания тиреотропного гормона в пуповинной крови, у 11 детей (22%) 1-й группы наблюдалось повышение уровня ТТГ выше 12 МЕ/л. В контрольной группе уровень ТТГ в пуповинной крови не превышал 12 МЕ/л.

Выводы

1. У матерей с зобом более высокий риск рождения детей с гипотрофией и ЗВУР, врожденными пороками и аномалиями, перинатальным поражением ЦНС.
2. У новорожденных от матерей с зобом период ранней неонатальной адаптации чаще протекает на фоне морфофункциональной незрелости.
3. Особенностью течения раннего неонатального периода у детей от матерей с зобом является большая частота и тяжесть течения переходных состояний.

Литература

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Российский педиатрический журнал – 1998. - № 1 – С. 5-9.
2. Герасимов Г.А. // Материалы Московской городской конференции эндокринологов. – М., 1997. – С. 8-12.

3. *Дедов И.И., Герасимов Г.А., Свириденко Н.Ю.* Йоддефицитные заболевания в Российской Федерации (эпидемиология, диагностика, профилактика). – М., -1999. – С. 3-15.
4. *Зельцер М.Е., Базарбекова Р.Б.* Мать и дитя в очаге йодного дефицита. — Алматы — 1999.-184 с.
5. *Никифоровский Н.К., Петрова В.Н., Петрова С.В. и соавт.* Особенности течения раннего неонатального периода у детей, матери которых имеют тиреоидную патологию. // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2002. - № 4 – С. 139-140.
6. *Щеплягина Л.А., Курмачева Н.А., Нестеренко О.С.* Пренатальная и постнатальная профилактика йодного дефицита у детей 1-го года жизни // Российский педиатрический журнал – 2001. - № 1 – С. 35-39.

УДК 616.194-053.3:612.015.6

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ С МОРФОФЕНОТИПИЧЕСКИМИ
ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А.А. Яйленко

Смоленская государственная медицинская академия

Одним из важнейших механизмов адаптации и мощным фактором, направленным на поддержание гомеостаза, является система гемопоза. Кровь не является системой, совершенно обособленной и функционирующей самостоятельно, независимо от других органов, так как она служит той внутренней средой, с помощью которой корригируется работа всех органов и систем, осуществляется общая нейрогуморальная регуляция адаптации организма, объединяющая его в функциональном отношении в единое целое.

На разных этапах онтогенеза меняется количество, функциональное состояние и соотношение полиморфноядерных и мононуклеарных лейкоцитов крови, отражая в определенной мере состояние клеточной кооперации в иммунологическом процессе, а, следовательно, уровень защиты организма.

Материал и методы исследования

Проанализированы особенности адаптационных реакций периферической крови у 110 детей 3-5 лет и у 100 - 6-7 лет с учетом их морфофенотипа. Все дети по результатам клинической оценки их здоровья были отнесены в первую группу здоровья. По характеру лейкограммы выделялись по Л.Х. Гаркави [1] реакции "стресса", тренировки, спокойной и повышенной активации, реакция переактивации. Оценка морфофенотипа (соматотипа) проведена по соматометрической схеме Р.Н. Дорохова [2] с выделением микросоматотипа (МиС), мезосоматотипа (МеС) и макросоматотипа (МаС).

Результаты исследования

В распределении основных типов общих неспецифических адаптационных реакций крови у детей различных морфофенотипов подтверждена их отчетливая морфококституциональная зависимость (таблица 1).

Таблица 1. Распределение детей различных морфофенотипов по характеру адаптационных реакций крови по Гаркави Л.Х. (1996 г.)

Возраст Морфофенотип Тип реакций	3-5 лет (n=110)			6-7 лет (n=100)		
	МиС (n=25)	МеС (n=64)	МаС (n=21)	МиС (n=22)	МеС (n=58)	МаС (n=20)
Реакция "стресса"	1 (4,0%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)	1 (4,05%)*	0 (0,0%)	1 (5,0%)*
Реакция тренировки	5 (20,0%)*	8 (12,5%)	2 (9,5%)	7 (31,8%)*	11 (19,0%)	2 (10,0%)*
Реакция спокойной активации	9 (36,0%)*	18 (28,1%)	5 (23,8%)*	8 (36,4%)*	12 (21,0%)	6 (30,0%)*
Реакция повышенной активации	8 (32,0%)*	38 (59,4%)	8 (38,1%)*	5 (22,7%)*	35 (60,0%)	7 (35,0%)*
Реакция переактивации	2 (8,0%)*	0 (0,0%)	4 (19,1%)*	1 (4,6%)*	0 (0,0%)	4 (20,0%)*

p<0,05 в сравнении с детьми МеС

Так, в первой возрастной группе (3-5 лет) у большинства детей МеС (59,4%) основным типом адаптационных реакций была реакция повышенной активации,

которая соответствует "полному" здоровью. Среди детей МиС и МаС вышеуказанная адаптационная реакция встречалась почти в два раза реже (соответственно, у 32,0% и 38,1%). Напряженные реакции тренировки и спокойной активации, соответствующие "средней норме" адаптации, чаще встречались среди детей МиС, в то время как у детей МаС в 2 раза чаще, чем у детей МиС отмечались реакция переактивации (19,1%) и даже стресса (9,5%), которые среди детей МеС отсутствовали. При этом у части детей МиС (18,3%) и МаС (21,9%) эти реакции сопровождалась и другими элементами напряжения лейкоцитарной формулы - изменением общего уровня лейкоцитов и эозинофилов или моноцитов. Чем глубже признаки напряженности, тем ниже, уровень реактивности, а, следовательно, и уровень здоровья.

С возрастом (в 6-7 лет) выявленные закономерности в распределении реакций адаптации сохранялись, но уменьшилось количество детей с реакциями напряжения со стороны других показателей лейкограммы.

По всей вероятности, выявленные особенности лейкограммы у детей различных морфофенотипов идут параллельно с изменениями в других компонентах системы крови и являются взаимообусловленными. Так, последующий анализ иммунологического статуса у детей различных морфотипов показал, что у детей МиС отмечалось снижение процентного и абсолютного содержания Е-РОК, Ттр - лимфоцитов при одновременном повышении Ттч - лимфоцитов. Среди детей МаС снижение Е-РОК и Ттр – лимфоцитов было недостоверным ($p > 0,05$) при достоверном повышении Ттч – лимфоцитов ($p < 0,05$) по сравнению с детьми МеС и МиС . Анализ внутрисистемных корреляционных связей по результатам иммунологического обследования данного контингента детей показал, что общее содержание лимфоцитов достоверно взаимосвязано с уровнем концентрации Т-клеток, функционально активных Т-лимфоцитов, в том числе, Т-хелперов. Следовательно, более высокую частоту лимфопении, выявленную нами в лейкограмме детей МиС, можно считать признаком общего функционального неблагополучия в иммунном статусе детей данного морфофенотипа.

Заключение

Таким образом, характер адаптационных реакций крови помимо того, что характеризует состояние общей резистентности, косвенно отражает уровень функциональной активности иммунокомпетентных клеток в данный момент. Несомненно, что разработка и более широкое использование более объективных и доступных для практических врачей диагностических технологий, позволит реально подойти к индивидуальной диагностике уровня здоровья и разработке превентивных мер по его сохранению у детей.

Литература

1. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Сигнальные показатели антистрессорных адаптационных реакций и стресса у детей // Педиатрия. –1996. - №5. - С. 107-109.
2. Дорохов Р.Н. Алгоритм оценки соматического типа детей и подростков. – Смоленск, 1976. –36 с.

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

УДК 616.248-053.2

ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ АСТМЫ В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ОПЫТ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ПО ДОСТИЖЕНИЮ КОНТРОЛЯ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Е.В. Плутенко, Ю.В. Рябухин, А.А. Пунин

Смоленская областная детская клиническая больница

Смоленская государственная медицинская академия

Изучена распространенность и заболеваемость бронхиальной астмой (БА) детей Смоленской области, проанализирована эффективность использования комбинированной терапии пролонгированными β_2 -агонистами и ингаляционными глюкокортикоидами в достижении контроля при нестабильном течении БА.

Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных заболеваний, которым в мире страдает 10-12 % детского населения. По данным МЗ РФ, в течение последних 5 лет число детей с БА увеличилось в России более чем на 30 %.

Распространенность БА среди детского населения Смоленской области характеризуется в течение последних 10 лет также значительным ростом. Так, если в 1992 году заболеваемость БА составляла 231,8 на 100 000, то в 2002 году – 1385,0, т.е. рост составил более чем в 5 раз.

В 1997 году в РФ была принята Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». Программа позволяет четко определить критерии постановки диагноза, показания к назначению медикаментозной терапии, принципы выбора лекарственных препаратов для долговременного лечения. Однако, несмотря на настоящую программу, в лечении детей с БА продолжают использоваться в районах Смоленской области препараты с недоказанной эффективностью, применяются низкие дозы глюкокортикостероидных препаратов, отмечается нерациональный их выбор в соответствии с тяжестью заболевания.

Вместе с тем неадекватное лечение БА у детей приводит к неконтролируемому течению с сохранением воспалительных изменений в бронхах и персистенцией бронхиальной обструкции и частому использованию бронхолитиков. Своевременное же начало адекватного лечения чрезвычайно важно для предотвращения формирования необратимых изменений в дыхательных путях и выхода на инвалидность.

С целью изучения сложившейся модели применения противоастматических препаратов у детей Смоленской области и оценки эффективности комбинированной терапии БА проведено настоящее исследование.

Цель работы: изучить сложившийся характер противоастматической терапии на территории Смоленской области у детей с бронхиальной астмой и оценить эффективность комбинированной терапии (ингаляционные глюкокортикостероиды и пролонгированные β_2 -агонисты) при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания.

Материалы и методы исследования

Методами исследования были:

- 1) анализ медицинской документации:
- истории болезни пациентов, госпитализированных в отделение № 1 областной детской клинической больницы (ОДКБ) с 1998 г. по 2002 г. по поводу бронхиальной астмы (n = 860);
 - амбулаторные карты больных астмой, обратившихся в поликлинику ОДКБ (n = 520);

- протоколы освидетельствования больных при оформлении на инвалидность (n =120), а также анализ статистической отчетности департамента Смоленской области по здравоохранению;
- 2) специальные методы исследования:
- оценка клинических симптомов заболевания, осуществляемая в баллах по E. Vateman;
- оценка функции внешнего дыхания (пикфлоуметрия, спирография, проба на обратимость бронхиальной обструкции, бронхопровокационная проба с физнагрузкой).

В настоящем исследовании участвовало 400 детей, больных БА. Средний возраст составил 10 лет. Среди больных астмой преобладали мальчики (67%).

Результаты и их обсуждение

При анализе потребления лекарственных средств при лечении БА у детей Смоленской области выявлены характерные стереотипы нерационального применения препаратов: использование короткодействующих теофиллинов вместо сальбутамола (75%); кетотифена при среднетяжелой астме (28%); использование кромогликата натрия при тяжелой форме астмы (25%); использование низких доз кромогликата натрия (32%); внутримышечное введение эуфиллина для купирований приступов астмы (5%); использование курсового принципа лечения, при котором длительность противовоспалительной терапии не превышает 3 месяцев в год (40%).

В результате сложившаяся структура потребления противовоспалительных средств (широкое применение кромогликата натрия при среднетяжелом и тяжелом течении БА) приводит к расходованию значительных ресурсов преимущественно на экстренную амбулаторную и частично стационарную помощь.

Вместе с тем количество детей, поступающих в стационары с БА с 1995 года, увеличилось на 51%. Отмечается также рост числа детей-инвалидов по БА: в 1996 г.- 82 случая (34,2 на 100 000), а в 2002 г. -163 (74,0 на 100 000) , т.е. увеличение детей-инвалидов по БА произошло за последние 6 лет по области более чем в 2 раза. Следует также отметить, что лечение БА с применением пролонгированных β -2-агонистов и ингаляционных глюкокортикостероидов у детей области до 2002 года вообще не проводилось, хотя именно эта терапия, с точки зрения доказательной медицины, является научно-обоснованной и клинически оправданной.

Нами проанализирована эффективность комбинированной терапии у 25 больных со среднетяжелым течением и 15 больных с тяжелым течением БА на режиме «step down» по следующей схеме лечения: пациенты с тяжелым течением астмы получали препарат Серетид 250/50 мкг 2 раза в сутки, пациенты со среднетяжелым течением БА получали Серетид 100/50 мкг 2 раза в сутки.

При оценке эффективности комбинированной терапии отмечено, что уровня «хорошего контроля» по E. Vateman пациенты достигали в течение первой недели лечения (отсутствовали дневные и ночные симптомы БА и потребность в В2-агонистах). Нормализация функциональных данных произошла в течение 2-х недель терапии. Отмечался также достаточно значимый прирост пиковой скорости выдоха, однако постнагрузочный бронхоспазм сохранялся у 55% больных, а проба с бронхолитиком оставалась положительной у 74,3%. При проведении контроля через 6 месяцев от начала комбинированной терапии постнагрузочный бронхоспазм сохранялся лишь у 17,5% больных (из них 2 – со среднетяжелой формой БА), проба с бронхолитиком оставалась положительной у 55% участвующих в исследовании детей с БА.

Выводы

1. Сложившийся характер противоастматической терапии БА у детей Смоленской области на амбулаторном этапе указывает на приверженность врачей к бронхорасширяющим препаратам, неадекватное противовоспалительное лечение.
2. Использование бронходилататоров на амбулаторном этапе в районах области сопровождается отрицательной динамикой в течении заболевания в виде роста инвалидности больных с астмой.
3. Комбинированная терапия БА позволяет обеспечить контроль над клиническими симптомами астмы в течение 1 месяца, обеспечивает нормализацию функциональных проб, которая происходит в течение 3-6 месяцев от начала лечения в зависимости от тяжести заболевания.

Литература

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Чучалина А.Г.- Атмосфера.- 2002.-160 с.
2. Геппе Н.А., Каганов С.Ю. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» и ее реализация// Пульмонология.- 1997.- №1.- С. 38-42.
3. ISAAC Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) // Eur. Respir. J. -1998.- Vol. 12.-№2.- P. 315-335.
4. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика».- М: Артинфо Пабблишинг.- 1997.
5. Огородова Л.М. Может ли лечение бронхиальной астмы у детей стать более эффективным, простым и безопасным// Лечащий врач.- 2002.- №9.- С. 50-52.

УДК 616.248-053.3

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Г.Н. Федоров, В.Н. Григорьева, Т.Г. Авдеева, Т.А. Петушкова, И.И. Ковгунова, И.Ю. Караваев, Н.М. Никонорова, Т.В. Дударева, О.М. Чаленкова, Н.А. Федянина, В.М. Олейникова

Смоленская государственная медицинская академия

Распространенность аллергических заболеваний респираторного тракта, в частности бронхиальной астмы (БА), у детей раннего и дошкольного возраста существенно повысилась за последние десятилетия [1,2,3,4]. Наряду с наследственной предрасположенностью и особенностями функционирования иммунной системы в виде гиперпродукции IgE существенную роль в формировании среднетяжелой и тяжелой БА у детей раннего и дошкольного возраста играют и другие клинико-анамнестические факторы риска, изучению которых посвящено наше исследование.

Материалы и методы исследования

Обследовали 112 детей в возрасте от 3 до 7 лет с различной степенью тяжести БА (из них 64 ребенка - с легкой, 34 - со среднетяжелой и 14 – с тяжелой) во внеприступном периоде до начала базисной терапии, а дети с тяжелой формой заболевания – на фоне терапии ингаляционными глюкокортикоидами (ИГК).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ STATGRAPHICS PLUS for WINDOWS 95 и Exel 97 фирмы Microsoft с использованием непараметрических и параметрических критериев. Для результатов, которые не поддаются непосредственному измерению и выражают альтернативу (есть заболевание - нет заболевания, хорошее самочувствие – плохое самочувствие, и т.д.) – коэффициент сопряженности. Доверительные интервалы для средних величин вычисляли с заданным уровнем достоверности 0,95.

Результаты и обсуждение

При анализе генеалогического анамнеза выявлено, что наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям отмечалась у 81% обследованных детей с одинаковой частотой как у родственников, так и у родителей, что повышает, как известно, риск возникновения БА в несколько раз. Следует отметить, что наследственная отягощенность по материнской линии, также как и заболеваемость матерей БА, регистрировалась чаще, чем по отцовской линии (в 1,5 и 3,5 раза соответственно).

Проведенный анализ течения беременности и родов у матерей, детей с БА, показал, что от 1 беременности родились 51%, от 2 - 27,2%, от 3 и 5 - 21,8%. Дети от первых родов составили 74,6%, от вторых – 22,8%, от третьих – 2,6%. У 79,3% женщин беременность протекала на фоне различных соматических заболеваний (табл. 1).

Таблица 1. Структура заболеваний матерей до и во время беременности.

Заболевания матерей (n=112)	Частота встречаемости (%)		
	Легкая БА	Среднетяжелая БА	Тяжелая БА
Гинекологические	73,4	43,5	7,1
Мочевыделительной системы	24	20,3	—
Дыхательной системы	6,4	17,4	—
ЖКТ	11,2	2,9	21,3
ЛОР-органов	3,2	—	—
Аутоиммунные	3,2	—	—
Острые инфекционные заболевания во время беременности	62,4	23,2	28,4

Обострение хронических заболеваний во время беременности	19,2	20,3	14,2
Сочетанная патология	35,2	81,2	71
Здоровые	24	11,6	21,3

Анализ заболеваемости показывает, что наиболее часто беременности предшествовали: гинекологическая патология и заболевания органов мочевыделительной системы, которые в 20% случаев обострялись на ее фоне.

Наличие заболеваний дыхательной системы и сочетанной патологии у матерей, как фактора относительного риска, с высокой степенью достоверности сочетается с формированием среднетяжелой и тяжелой формы БА у детей (критерий хи-квадрат равен 4,47 и 23,75 соответственно, $p < 0,05$).

У 23 (20,5%) матерей обследованных детей беременность и роды протекали без патологии, в то время как у 89 (79,5%) женщин встречались: токсикоз первой половины беременности (29,2%), угроза прерывания в первом - 10,1%, втором - 12,4% и в третьем триместрах – 23,7%, гестозы (17,9%).

Наличие одновременно гинекологической, соматической и инфекционной патологии у беременных способствовало патологическому течению родов у 28,6% женщин. Быстрые и стремительные роды отмечались у 2,6% матерей, затяжные - у 11,6%, осложненные роды (нефропатия, эклампсия) - у 9,1% матерей, послеродовые осложнения (плацентит, эндометрит, кровотечение, сниженный тонус матки) - у 5,2%. В 31,3% случаев родоразрешение проводили путем операции кесарева сечения.

Ретроспективный анализ состояния здоровья матерей до и во время беременности, особенностей течения беременности и родов показал, что фоновые заболевания стали причиной развития отклонений в состоянии здоровья у 79,5% новорожденных детей, структура которых представлена в таблице 2.

Таблица 2. Характеристика состояния здоровья детей с БА в периоде новорожденности.

Патологические состояния (n=112)	Частота встречаемости (%)		
	Легкая БА	Среднетяжелая БА	Тяжелая БА
Нарушение гемо-ликвородинамики	45,3	47	28,6
Конъюгационная желтуха	9,6	18,9	21,3
Морфофункциональная незрелость	16	18,9	42,6
Внутриутробная гипотрофия плода	14,4	5,4	21,3
Синдром дыхательных расстройств	6,4	8,1	7,1
Хроническая внутриутробная гипоксия	41,6	37,8	63,9
Сочетанные патологические состояния	28,8	37,8	63,9

Наиболее часто в период новорожденности встречались: нарушение гемоликвородинамики, конъюгационная желтуха, морфофункциональная незрелость, сочетающаяся с формированием тяжелой формы БА (критерий хи-квадрат равен 4,89, $p < 0,05$). 43,8% детей перенесли хроническую внутриутробную гипоксию, которая как фактор относительного риска, наряду с комбинированными патологическими состояниями, сочетается с формированием тяжелой БА с высокой степенью достоверности (критерий хи-квадрат равен 7,25 и 4,9 соответственно, $p < 0,05$).

На первом году жизни у детей с БА из фоновой патологии выявлялись анемия, рахит, перинатальное поражение ЦНС и дисбактериоз кишечника (55,3, 31,2, 12,5 и 12,5 % соответственно).

Необходимо подчеркнуть, что анемия служит фактором относительно высокого риска формирования среднетяжелой и тяжелой форм БА с высокой степенью

достоверности (критерий хи-квадрат равен 3,65, $p < 0,05$), а перинатальное поражение ЦНС, также как и сочетанные патологические состояния, сочетается с формированием тяжелой формы БА (критерий хи-квадрат равен 7,76 и 7,52 соответственно, $p < 0,05$).

Следует отметить, что 36,6 % детей находились на раннем искусственном вскармливании, что могло способствовать ранней аллергизации организма и формированию атопического дерматита (АД).

Действительно, симптомы АД регистрировались у 77,7 % обследованных детей, при этом половина (51,2 %) из них заболели в первом полугодии жизни (табл. 4). Ранняя (до 1 года) манифестация АД является неблагоприятным прогностическим признаком формирования тяжелой формы БА (критерий хи-квадрат равен 7,61, $p < 0,05$).

Все дети с БА (97,4%) перенесли на первом году жизни ОРВИ - в возрасте 2-3-х месяцев 76,6 % и во втором полугодии жизни - 23,3 %. Из них у половины детей одно или несколько заболеваний протекали со средней степенью тяжести или тяжело, что потребовало назначения антибактериальной терапии вследствие развития осложнений (гнойного отита, бронхита, пневмонии). Следует отметить, что 41,7 % детей перенесли первый бронхообструктивный синдром (БОС) в возрасте до 1 года. К особенностям течения бронхолегочного синдрома у детей с БА следует отнести стойкость и длительность обструктивного синдрома, медленное клиническое выздоровление. Длительность БОС (табл. 5) от 14 до 28 сут. свидетельствует о наличии среднетяжелой или тяжелой формы заболевания (критерий хи-квадрат равен 79, $p < 0,05$).

По количеству перенесенных острых инфекционных заболеваний дети распределились следующим образом – 57,1% детей переболели 1-3 раза, 42,9% детей – 4 и более раз (табл. 6). Таким образом, категория часто и длительно болеющих детей является фактором высокого риска формирования тяжелой формы БА с высокой степенью достоверности (критерий хи-квадрат равен 5,95, $p < 0,05$). Средние сроки продолжительности заболевания среди детей с БА составили $12,6 \pm 2,8$ дней, а заболеваемость на ребенка - $3,4 \pm 0,6$.

Заключение

Таким образом, приведенные данные позволяют сделать заключение, что дети с БА были рождены от матерей с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом, когда на плод действовал ряд неблагоприятных факторов, которые могли способствовать формированию нарушений развития иммунной системы, что после их рождения проявлялось в особенностях реактивности и резистентности, высокой чувствительности к ОРВИ, склонности к осложнениям при вирусно-бактериальных инфекциях, длительному течению заболеваний.

Такие факторы как: патология дыхательной системы и сочетанные ее формы у матери, морфофункциональная незрелость, перенесенная хроническая внутриутробная гипоксия и сочетанные патологические состояния в периоде новорожденности; фоновая патология на первом году жизни в виде анемии, перинатального поражения ЦНС, ранней манифестации АД, сочетанных форм патологии; частая и длительная заболеваемость, продолжительность БОС от 14 до 28 сут. – являются факторами относительно высокого риска, способствующими утяжелению течения БА.

Литература

1. Лусс Л.В. Аллергия – болезнь цивилизации: эпидемиология, факторы риска, этиология, классификация, механизмы развития// Консилиум медикум.- 2002.- Т.4., №4.
2. Паттерсон Рой и соавт. Аллергические заболевания. - М.: МИР, 2000.
3. Стефани Д.В., Вельтишев Ю.Е. Иммунология и иммунопатология детского возраста. - Москва: Медицина, 1996. – 384 с.
4. Федоскина Т.Г., Ильина Н.И., Лусс Л.В. Принципы диагностики аллергических заболеваний// Консилиум медикум.- 2002.- Т.4, №4.

УДК 616.248-0.53:612.017.1

ЗАВИСИМОСТЬ АКТИВНОСТИ В-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ОТ СПЕКТРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Г.Н. Федоров, В.Н. Григорьева, Т.Г. Авдеева, Т.А. Петушкова, И.И. Ковгунова, И.Ю. Караваев, Н.М. Никонорова, Т.В. Дударева, О.М. Чаленкова.

Смоленская государственная медицинская академия

Распространенность аллергических заболеваний респираторного тракта, в частности бронхиальной астмы (БА), у детей раннего и дошкольного возраста существенно повысилась за последние десятилетия [1,2]. Этиологическую роль при этом выполняют, как известно, аллергены, различающиеся не только по происхождению, но и путям поступления в организм и спектра сенсibilизации [3,4]. В аллергических реакциях, лежащих в основе патогенеза БА, ведущая роль принадлежит IgE на фоне гетерогенных нарушений иммунной системы, затрагивающих практически все ее звенья [5]. Поэтому целью исследования явилось изучение содержания общего и специфических IgE, а также оценка В-клеточного звена иммунитета у детей с различной степенью тяжести БА.

Материалы и методы исследования

Обследовали 112 детей в возрасте от 3 до 7 лет с различной степенью тяжести БА (из них 64 ребенка - с легкой, 34 - со среднетяжелой и 14 – с тяжелой) во внеприступном периоде до начала базисной терапии, а дети с тяжелой формой заболевания – на фоне терапии ингаляционными глюкокортикоидами (ИГК). Уровень общего и специфических IgE в сыворотке крови изучали методом ИФА; определяли антитела к пищевым, бытовым, пыльцевым и эпидермальным аллергенам. Субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови оценивали методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью панели моноклональных антител к маркерам CD19, CD20, CD23, CD25. Методом радиальной иммунодиффузии по Манчини определяли содержание иммуноглобулинов основных классов в сыворотке крови.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ STATGRAPHICS PLUS for WINDOWS 95 и Exel 97 фирмы Microsoft с использованием непараметрических и параметрических критериев. Доверительные интервалы для средних величин вычисляли с заданным уровнем достоверности 0,95.

Результаты и обсуждение

Действие выявленных нами в предыдущем исследовании клинико-анамнестических факторов риска не могло не повлиять на состояние иммунной системы и спектр сенсibilизации у детей.

При изучении субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови установлено, что параллельно нарастанию тяжести заболевания от легкой к среднетяжелой и тяжелой происходило увеличение содержания В-клеток и активированных В-клеток (CD19, CD20, CD23, CD25), что, возможно, отражало избыточную стимуляцию В-клеточного звена нарастающим количеством аллергенов (табл. 1, $p < 0,05$).

Таблица 1. Изменение субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови у детей с БА.

БА	Определяемые с помощью МАТ маркеры лимфоцитов			
	CD19	CD20	CD23	CD25
Легкая (n=38)	8,76±1,09*(**)	14,52±1,28*(**)	5,48±0,67	4,86±0,32
Среднетяжелая (N=34)	13,73±1,08	17,0±1,39	6,39±0,42*	6,32±0,51

Тяжелая (n=12)	11,77±1,02	18,33±1,55	5,88±0,54	3,47±0,43***
----------------	------------	------------	-----------	--------------

Примечание: * - различия достоверны в группах 1 и 2, p<0,05.

** - различия достоверны в группах 1 и 3, p<0,05.

*** - различия в группах 1, 2, 3 достоверны, p<0,05.

Действительно, выявлено, что у детей с БА происходило увеличение количества групп причинно-значимых аллергенов (от 1-2 при легкой до 3-4 при среднетяжелой и тяжелой) и степени сенсибилизации соответственно тяжести заболевания.

Анализ спектра сенсибилизации при легкой степени БА выявил, что сенсибилизация к пищевым и пыльцевым аллергенам встречалась у 70,5% обследованных. Среди пищевых аллергенов преобладали аллергены куриного яйца, пшеничной муки и коровьего молока (31,9 31,9 и 27,3% соответственно), среди пыльцевых – амброзия, ежа, овсяница, подсолнечник (27,3; 13,7; 13,7 и 9,1% соответственно). У 24,6% детей с легкой БА регистрировалась бытовая сенсибилизация (к клещу домашней пыли – 40,95%, к библиотечной пыли - 22,75%), у 5,1% - эпидермальная (перхоть лошади, шерсть морской свинки). Преобладала низкая и умеренная степень выраженности сенсибилизации (55,9 и 35,6% соответственно).

При БА средней степени тяжести чаще регистрировалась пищевая и бытовая сенсибилизация (80,3 и 19,7% соответственно), тогда как пыльцевая и эпидермальная – всего в 4,12 и 1,4% случаев соответственно. При этом среди пищевых аллергенов преобладали аллергены куриного яйца (44%), рыбы и пшеничной муки (по 32% соответственно), коровьего молока и кукурузы (по 24% соответственно), мяса утки и курицы (16 и 8% соответственно). Среди бытовых аллергенов – библиотечная пыль и клещи домашней пыли (24 и 20% соответственно). У половины больных со среднетяжелой БА степень выраженности сенсибилизации была умеренной и высокой. Это, а также наличие среди больных с легкой БА в 8,5% случаев высокой степени сенсибилизации можно, вероятно, объяснить поздней постановкой диагноза БА, а также индивидуальными особенностями функционального состояния иммунной системы.

У 72% больных с тяжелой формой БА имелось сочетание пищевой, пыльцевой и бытовой аллергии. Следует отметить, что у 21,3% детей данной группы специфических IgE не определялось. Среди пищевых аллергенов наиболее значимыми были пшеничная мука, коровье молоко, куриное яйцо и кукуруза (55, 44, 33 и 33% соответственно), среди бытовых - библиотечная пыль (33%). Среди пыльцевых аллергенов чаще встречались ежа, тимopheевка и овсяница (по 22% соответственно). Преобладала низкая и умеренная степень сенсибилизации (50 и 44,1% соответственно).

Полученные данные свидетельствуют о нарастании степени выраженности сенсибилизации по мере утяжеления заболевания от легкой к среднетяжелой форме, что подтверждалось и содержанием общего IgE в сыворотке (табл. 2, p<0,05).

Таблица 2. Содержание иммуноглобулинов основных классов у детей с БА.

БА	Содержание иммуноглобулинов, мг%			Уровень общего IgE, МЕ/мл
	IgG	IgA	IgM	
Легкая (n=38)	1150,40±85,30	98,35±16,04	186,83±44,75**	152,53±27,74
Среднетяжелая (n=34)	1164,04±84,72	99,33±10,59	160,02±22,99	271,12±42,90***(**)
Тяжелая (n=12)	768,40±95,62*	80,45±13,54	173,30±45,71	180,02±39,99

Примечание: * - различия в группах 3 и 1,2 достоверны, p<0,05.

** - различия в группах 1 и 2 достоверны, p<0,05.

*** - различия в группах 2 и 3 достоверны, p<0,05.

Снижение степени выраженности сенсибилизации при тяжелой форме БА параллельно уровню общего IgE, а также отсутствие в 21,3% случаев специфических IgE можно объяснить возможной элиминацией причинно-значимых аллергенов или наличием специфических IgG, о чем имеются литературные данные [2,3,4]. По нашему мнению, более вероятно супрессивное действие ИГК на системный иммунитет при длительном применении, что совпадает с литературными данными по применению ИГК у взрослых [5,6,7]. Действительно, это подтверждается снижением содержания CD23 и CD25, а также IgG при тяжелой форме заболевания, когда длительность применения ИГК составляла от 6 месяцев до 2-3-х лет.

Известно, что ИГК, наряду с достаточно быстрой стабилизацией клинической картины, приводят при длительном применении к нормализации иммунных показателей (уменьшению уровня общего IgE и рецептора к ИЛ-2 - CD25) за счет снижения миграции эозинофилов, лимфоцитов и других клеток воспалительной реакции, а также уменьшения активности медиаторов воспаления [6,7].

Дисбаланс соотношения иммуноглобулинов с высоким содержанием IgM при легкой форме БА связан, вероятно, с впервые поставленным диагнозом. При этом в большинстве случаев, наряду с аллергенами, триггерными факторами приступов БА служили ОРВИ.

Выводы

Таким образом, установлено, что параллельно нарастанию тяжести заболевания нарастает активность В-клеточного звена, что подтверждается увеличением содержания CD19, CD20, CD23, CD25 и количества групп причинно-значимых аллергенов, а также степени сенсибилизации и уровня IgE в сыворотке крови от легкой к среднетяжелой форме. Независимо от степени тяжести, преобладает поливалентная сенсибилизация. Ведущими в спектре сенсибилизации являются пищевые аллергены. При тяжелой форме БА происходит существенное снижение содержания общего IgE, IgG в сыворотке крови и активационных маркеров (CD23, CD25), что свидетельствует о супрессии иммунного ответа и истощении функциональных резервов В-клеток.

Литература

1. Лусс Л.В. Аллергия – болезнь цивилизации: эпидемиология, факторы риска, этиология, классификация, механизмы развития. //Консилиум медикум, 2002 г. - т 4, №4,
2. Паттерсон Рой и соавт. Аллергические заболевания. - М.: МИР, 2000.
3. Стефани Д.В., Вельтищев Ю.Е. Иммунология и иммунопатология детского возраста. – М Медицина, 1996. – 384 с.
4. Федоскина Т.Г., Ильина Н.И., Лусс Л.В. Принципы диагностики аллергических заболеваний. //Консилиум медикум, 2002 г. т 4, №4,
5. Ярилин А.А. Основы иммунологии. – Москва: Медицина, 1999. – 608 с.
6. Чередеев А.Н., Горлина Н.К., Козлов И.Г. CD-маркеры в практике клинико-диагностических лабораторий // Клин. и лаб. диагностика. – 1999. - № 6. – С. 25-32.
7. Кислова Н.Е., Пунин А.А., Федоров Г.Н., Григорьева В.Н. Динамика клинико-функциональных, иммунологических показателей и качества жизни у больных бронхиальной астмой на фоне ингаляционных глюкокортикоидной терапии//. – Вестник СГМА. – 2002. - №2. – С. 52-55.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.935-053.2 (470.332)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ШИГЕЛЛЁЗОВ У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.И. Грекова, А.Ф. Яснецова, О.Е. Борисова, К.Э. Никуленкова, С.А. Титова, Т.В. Медведева, С.С. Шевченко, А.С. Егоров, Н.Н. Смолянкин.

Смоленская государственная медицинская академия

Шигеллёзы занимают ведущее место среди острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей. Однако в последние годы произошли некоторые изменения в структуре ОКИ. Так, если в 1996 – 1999 гг. шигеллёзы были на первом месте среди всех ОКИ у детей и составляли 15 – 22% (2), то в 2000 – 2002 гг. заболеваемость шигеллёзами снизилась до 10,7% и они занимают второе место в структуре ОКИ после ротавирусной инфекции.

В Смоленской области среди расшифрованных шигеллёзов в настоящее время преобладает тип Флекснери – 71%; Зонне составляет 20% и Ньюкастл - 9%.

Среди заболевших детей преобладают дети от 3-х лет и старше. В 2002 году эта группа составила 61% против 72,3% в 1996 – 2000 гг. В то же время отмечается рост заболеваемости шигеллёзом у детей раннего возраста (39%), а среди этой группы – 11% больных составляют дети первого года жизни, что является одной из особенностей современных шигеллёзов у детей. Этим фактом можно объяснить рост тяжёлых форм заболевания.

При анализе тяжести шигеллёзов выявлено, что в 2002 г. лёгкие формы составили 6%, среднетяжёлые – 74%, а тяжёлые 20%, в то время как в 1996 – 2000 гг. – лёгкие формы составляли 8%, среднетяжёлые 81%, а тяжёлые – 11%, т.е. в настоящее время отмечается рост тяжёлых форм шигеллёза почти в 2 раза (2)]. При сопоставлении возраста детей и тяжести заболевания выявлено, что лёгкие формы преобладали у детей от 5 лет и старше, а тяжёлые, наоборот, у детей раннего возраста.

Клинически заболевание протекает в 90% случаев типично, с кратковременным (2-3 дня) инфекционным токсикозом и преобладанием инвазивного типа диареи. Однако у детей первого года жизни в клинике преобладали явления гастроэнтероколита и эксикоза различной степени.

В последние годы произошли существенные изменения в вопросе этиотропной терапии шигеллёзов, что связано с лекарственной устойчивостью шигелл к антибактериальным препаратам. Отмечается высокая резистентность шигелл (95–97 %) к таким препаратам, как хлорамфеникол, ампициллин, ко – тримоксазол, гентамицин (3,4)]. Развитие резистентности связано с рядом факторов: снижением активности естественных механизмов защиты организма; хроническими заболеваниями желудочно – кишечного тракта; высокой частотой дисбактериозов у детей; изменением свойств возбудителей и др.

Выделяемые штаммы шигелл обладают в настоящее время высокой чувствительностью к таким группам антибиотиков, как фторхинолонам, цефалоспорином 3 поколения, карбипинемам (1,5)].

Нами проведена оценка эффективности этиотропной терапии в различных возрастных группах (до 1 года, с 1 до 3 лет и старше 3-х лет). Оценка эффективности проводилась на основании длительности диарейного и колитического синдромов, симптомов инфекционного токсикоза, а также длительности госпитализации и санации возбудителя. В зависимости от получаемого препарата дети были разделены на группы: 1 группа получала ципрофлоксацин per os; 2 группа - ципрофлоксацин с

фуразолидоном per os; 3 группа - цефотаксим в/м + фуразолидон per os; IV группа - канамицин + фуразолидон per os. 1 и 2 группы составили дети старшего возраста (с 3 лет и старше), 3 и 4 группы – дети раннего возраста. Препараты назначались в возрастной дозировке, согласно инструктивно – методическим рекомендациям МЗ России (3,4)].

При анализе эффективности лечения положительный клинический и бактериологический эффект отмечен практически у 100% детей 1 и 2 группы, причём существенной разницы между I и II группой не выявлено. У детей 3 группы положительный клинический эффект выявлен у 78% больных (в основном дети до 2-х лет), а у 22% больных (дети с 2-х до 3-х лет) приходилось менять лечение на фторхинолоны, т.к. клинического эффекта от применения в/м цефатоксима не было. Самой неэффективной оказалась терапия у детей 4 группы, где отсутствовал клинический эффект у большинства больных.

Таким образом, на основании проведённого анализа можно сделать следующие

ВЫВОДЫ:

1. В структуре ОКИ у детей Смоленской области шигеллезы занимают 2-е место после ротавирусной инфекции;
 2. В этиологии шигеллёзов преобладает шигелла Флекснера;
 3. В настоящее время отмечается рост шигеллёзов у детей первого года жизни (11%);
 4. Отмечается рост тяжёлых форм шигеллёзов.
 5. Препаратом выбора для этиотропной терапии шигеллёзов у детей с 3-х лет является ципрофлоксацин, а у детей раннего возраста - цефалоспорины 3 поколения.
- Выявленные особенности будут способствовать улучшению диагностики шигеллёзов у детей и назначению адекватной терапии.

Литература

1. А.И. Грекова, А.Ф. Яснецова, А.С. Егоров, Т.В. Медведева, С.С. Шевченко. Эффективность антибактериальной терапии при шигеллёзах у детей. //В сб. Первый конгресс педиатров – инфекционистов в России. “Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей”/ - М., 2002, с. 39 – 40.
2. А.И. Грекова, Т.И. Барыкина, А.Ф. Яснецова, Н.И. Белякова, И.С. Хряпченкова. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в Смоленской области за 1996 – 2000 гг. – //Вестник СГМА, - 2001, №4, С. 45 – 46.
3. Диагностика и комплексная терапия острых кишечных инфекций у детей: Пособие для врачей /Милютин Л.Н., Горелов А.В., Воротынцева Н.В./ - М., 1998.
4. Лечение острых кишечных инфекций у детей: Пособие для врачей /А.В. Горелов, Л.Н. Милютин, Д.В. Усенко/ - М. 2002.
5. М.З. Шахмарданов, В.И. Лучшев, И.И. Корнилова и др. Фторхинолоны в лечении больных шигеллёзом Флекснера; - //Эпидемиология и инфекционные болезни, 2002, №5, С. 40 – 43.

УДК 616.9+613.4-053.2

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (обзор)

С.Д. Егоричева, А.В. Авчинников.

Смоленская государственная медицинская академия

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) вошла в число приоритетных для здравоохранения в силу широкого их распространения, значительного медицинского и социально-экономического ущерба, создаваемого этой группой заболеваний. По данным официальной статистики, в России ежегодно регистрируется 40-50 тыс. случаев внутрибольничных инфекций, в то же время данные выборочных исследований свидетельствуют о том, что истинная частота их в 30-50 раз выше. По данным ряда ведущих эпидемиологов, ежегодно в России ВБИ развиваются у 7-8% госпитализированных пациентов, что составляет более 2-2,5 млн. человек [13, 15]. Развитие этой группы инфекций увеличивает продолжительность пребывания пациентов в стационаре в среднем на 6-8 дней, а экономические потери, связанные с ВБИ, достигают 5 млрд. рублей [13, 15, 16].

Частота внутрибольничных инфекций в детских стационарах в стационарах для взрослых. Однако риск инфицирования госпитальными штаммами микроорганизмов остается высоким в отделениях новорожденных и недоношенных детей, отделениях реанимации и интенсивной терапии. Так, по данным зарубежных источников, частота внутрибольничных инфекций у детей, находящихся на лечении в соматических отделениях, в среднем варьирует от 2 до 13% [24]. Тогда как в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных частота ВБИ может достигать 25% [24]. В родовспомогательных учреждениях РФ, согласно официальной статистике, частота ВБИ у новорожденных составляет 0,6-1,0%. Однако, по результатам выборочных исследований, внутрибольничные инфекции регистрируются у 15-18% новорожденных [8]. В последнее время уровень заболеваемости ВБИ в России имеет тенденцию к ежегодному снижению, главным образом, за счет уменьшения частоты гнойно-септических инфекций среди новорожденных (21355 случаев в 1990 г., 6215 случаев - в 2001 г.). Однако это снижение заболеваемости объясняется значительным недоучетом случаев ВБИ среди новорожденных [9], что объясняется отсутствием национальной системы мониторинга за этими инфекциями [12].

В настоящее время в этиологической структуре гнойно-воспалительных заболеваний новорожденных преобладают инфекции, вызванные внутрибольничными штаммами *Staphylococcus aureus*, обладающими множественной устойчивостью к антибиотикам; на их долю приходится более 50% случаев госпитальной инфекции новорожденных [8, 5, 7]. В то же время, вспышки внутрибольничных инфекций, как правило, обусловлены грамотрицательными бактериями (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* spp., *Proteus* spp.), доля которых в структуре гнойно-воспалительных заболеваний составляет не более 25% [5, 14]. На протяжении 1990-х гг. выявлялся неуклонный рост частоты инфекций, вызванных стрептококками группы А, В и D, главным образом сепсиса, менингита и энтероколита [3, 4, 5, 10, 11]. По мере увеличения длительности пребывания в стационаре возрастает число детей с патологией, обусловленной дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Кандидоз регистрируется приблизительно у 16% новорожденных [2, 6]. Вирусные внутрибольничные инфекции встречаются нечасто, однако с середины 1990-х годов наблюдается увеличение частоты клинически манифестных форм ротавирусной инфекции у новорожденных [8].

Основной нозологической формой гнойно-септических инфекций новорожденных является конъюнктивит, на его долю приходится 30-50,5%. Инфекции кожи и мягких тканей составляют 21-23,6%, омфалит - 14-26%. Удельный вес системных инфекций составляет 3,5%, при этом ассоциированная с ними частота летальных исходов достигает 12,1% [9, 11].

По мнению ряда исследователей [8, 18, 24], к группам риска развития ВБИ среди новорожденных относятся: недоношенные; перенесенные; дети от матерей, имеющих острые и хронические соматические и инфекционные заболевания, а также от матерей, перенесших во время беременности острые инфекции; родившиеся путем операции кесарева сечения; с врожденными аномалиями развития; с родовой травмой; с синдромом дыхательных расстройств; перенесшие хроническую внутриутробную гипоксию или асфиксию в родах. Также необходимо учитывать незрелость иммунной системы новорожденных и детей раннего возраста в целом, что делает их особенно восприимчивыми к инфекциям, особенно вызванным полирезистентными внутрибольничными штаммами микроорганизмов.

Факторами риска развития ВБИ у новорожденных являются инвазивные лечебно-диагностические вмешательства (инъекции, трансфузии, катетеризация сосудов и мочевыводящих путей, забор крови, пункции, искусственная вентиляция легких, и т.д.), нерациональная антибактериальная терапия, а также несоблюдение и нарушение правил гигиены рук медицинским персоналом.

Вопросы гигиены рук в лечебных учреждениях в настоящее время широко обсуждаются в зарубежной и в меньшей степени отечественной литературе [18, 19, 22, 25]. Многочисленными исследованиями доказано, что улучшение практики гигиены рук медицинским персоналом коррелирует со снижением частоты госпитальных инфекций. Несмотря на это, уровень соблюдения гигиены рук (мытьё рук до и после контакта с пациентами) в детских и родовспомогательных учреждениях остается крайне низким и, по данным различных авторов составляет от 10 до 52% (в среднем 40%) [19, 20, 21, 25]. При этом длительность мытья рук в большинстве случаев составляет менее 15 сек. (минимально необходимое время, установленное существующими международными рекомендациями). В то же время гигиена рук (мытьё/дезинфекция, использование перчаток) медицинского персонала является самым простым, но в то же время наиболее важным мероприятием, позволяющим предотвратить возникновение и распространение ВБИ.

Больничная среда также оказывает существенное влияние на интенсивность распространения ряда ВБИ. В связи с этим осложнение эпидемиологической обстановки в родовспомогательных учреждениях может быть связано с двумя группами факторов. Одни имеют отношение к санитарно-техническому состоянию стационара, другие - к организации работы среди рожениц, родильниц и новорожденных.

К первой группе гигиенических факторов, способствующих развитию ВБИ в родовспомогательных учреждениях, относятся: недостаточное материально-техническое оснащение оборудованием, инструментарием, перевязочным материалом; недостаточный набор и площади помещений; перекрест технологических потоков, особенно в период переполненности стационара; нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции; аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, нарушения в тепло- и энергоснабжении; перебои в поставке белья, современных дезинфицирующих средств.

Вторая группа факторов включает: переполненность стационара и возникающий при этом дефицит врачей и среднего медперсонала; нарушение цикличности

заполнения палат; несвоевременный перевод новорожденных в соответствующие лечебные учреждения [1, 17, 18, 21, 22, 23].

В заключение следует отметить, что актуальность проблемы внутрибольничных инфекций диктует необходимость совместной комплексной и многоплановой работы гигиенистов и врачей лечебного профиля по организации и проведению мер профилактики госпитальных инфекций.

Литература

1. Агапова Е.Д. Гигиенические аспекты профилактики гнойно-воспалительных заболеваний у детей после хирургического вмешательства: Дис.... канд. мед. наук. – Иркутск, 1998. – 138 с.
2. Амирова В.Р. Характеристика кандидозной инфекции у новорожденных групп высокого перинатального риска // Российский педиатрический журнал. – 2002. – № 1. – С. 12-13.
3. Белокрысенко С.С. Этиологическая структура гнойно-септических инфекций с летальным исходом у детей первого года жизни // Актуальные вопросы клинической микробиологии в неинфекционной клинике: Сб. научн. трудов. - М., 1998. - С. 87-88.
4. Бочков И.А., Семина Н.А., Шевчук М.С. Эпидемиологические особенности распространения стрептококков группы В в родовспомогательных учреждениях различного типа // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1997. - № 2. – С. 13-16.
5. Владимиров Н.Н., Лысенко Н.А. Этиологическая структура госпитальных инфекций в отделениях недоношенных // Восточно-сибирский журнал инфекционной патологии. - 1995. - № 1. - С. 26-28.
6. Володин Н.Н., Дегтярева М.В., Бахтиян К.К., и др. Особенности кандидозов у новорожденных в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии // Педиатрия. – 1999. - № 5. – С. 16-23.
7. Григорьев В.Е. Внутрибольничные стафилококковые инфекции и меры их профилактики // Казанский медицинский журнал. – 1995. - № 2. – С. 176-179.
8. Ковалева Е.П., Семина Н.А. Внутрибольничные инфекции в педиатрии // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2002. - № 5. – С. 4-6.
9. Коршунова Г.С. Эпидемиологическая ситуация по внутрибольничным инфекциям в РФ в 1997-2001 гг // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2002. - № 6. – С. 22-24.
10. Мусина Л.Т., Семина Н.А., Гладкова К.К. Микробиологический мониторинг за внутрибольничными гнойно-септическими заболеваниями новорожденных и новорожденных и родильниц // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1996. - № 2. – С. 91-94.
11. Мусина Л.Т., Семина Н.А., Гладкова К.К. Этиология и нозология внутрибольничных гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1995. - № 1. – С. 39-42.
12. Покровский В.И., Семина Н.А., Ковалева Е.П. Национальная система надзора за внутрибольничными инфекциями // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. - № 3. – С. 4-5.
13. Прямухина Н.С., Семина Н.А., Коршунова Г.С. Внутрибольничные инфекции новорожденных // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1996. - № 2. – С. 15-18.
14. Самсыгина Г.А., Герасимова Н.В., Першина Г.Д. Этиология гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных // Международный журнал медицинской практики. – 2000. - № 4. – С. 28-30.
15. Семина Н.А. Внутрибольничные инфекции как проблема биобезопасности // Вестник РАМН. – 2002. - №10. – С 48-50.
16. Семина Н.А., Ковалева Е.П., Генчиков Л.А. Внутрибольничные инфекции: проблемы и пути решения // Педиатрия. – 1995. - № 4. – С. 74-76.
17. Храпунова И.А. Значение гигиенических аспектов в проблеме профилактики внутрибольничных инфекций // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. - № 5. – С. 45-50.
18. Щербо А.П. Больничная гигиена. - СПб.: СПбМАПО, 2000. – С. 484.
19. Avila-Aguero M.L., Umaza M.A., Jimenez A.L., et al. Handwashing practices in a tertiary-care, paediatric hospital and the effect on an educational program // Clin. Perform. Qual. Health Care. – 1998. – Vol. 6. – P. 70-72.
20. Brown S.M., Lubimova A.V., Khurstalyeva N.M., et al. Use of an Alcohol-Based Hand Rub and Quality Improvement Interventions to Improve Hand Hygiene in a Russian Neonatal Intensive Care Unit // Infect. Control Hosp. Epidemiol. – 2003. – Vol. 24. – P. 172-179.
21. Cohen B., Saiman L., Cimiotti J., Larson L. Factors associated with hand hygiene practices in two neonatal intensive care units // Pediatr. Infect. Dis. J. – 2003. – Vol. 22. – P. 494-498.
22. Harbarth S., Sudre P., Dharan S., et al. Outbreak of Enterobacter cloacae related to understaffing, overcrowding, and poor hygiene practices // Infect. Control Hosp. Epidemiol. – 1999. – Vol. 20, - P. 598-603.

23. Herve R. L'environnement hospitalier facteurs d'infection // *Amenag. et nature.* – 1995. – Vol. 118. – P. 19-25.
24. Jarvis W.R., Edwards J.R., Culver D.H., et al. Nosocomial infection rates in adult and pediatric intensive care units in the United States. National Nosocomial Infections Surveillance System // *Am. J. Med.* – 1991. – Vol. 91, Suppl. 3B. – P. 185S-191S.
25. Tibballs J. Teaching hospital medical staff to handwash // *Med. J. Aust.* – 1996. – Vol. 164. – P. 395-398.

УДК 616-470.332

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫХ
РЕГИОНОВ СТРАНЫ

В.К. Леонтьев, Н.А. Веремеенко

г. Москва

В современном мире здравоохранение представляет собой сложную иерархическую систему, основной целью которой является укрепление, восстановление и поддержание здоровья человека. Здравоохранение сегодня самая затратная отрасль, одна из наиболее крупных секторов всемирной экономики. Глобальные расходы на медицинскую помощь составляют 2985 млрд. долларов (1997г.) или почти 80 % от всемирного внутреннего валового продукта. Общая численность занятых лиц в сфере служб здравоохранения составляет около 40 млн., в России более 3 млн. человек. К сожалению, ресурсы, выделяемые системам здравоохранения, распределяются крайне непропорционально распространению самих проблем здравоохранения. Страны с низким и средним уровнем дохода дают лишь 18,0% глобальных доходов и 11,0% глобальных расходов на здравоохранение, хотя в них проживает 84,0% населения мира и на их долю приходится 93,0% общей заболеваемости. Вместе с тем с низким уровнем дохода, где оказание медицинской помощи в большей части своей находится в частном секторе, но, к сожалению, значительная часть населения в них до сих пор не имеют доступа к основным и эффективным видам медицинской помощи. Даже в экономически благополучных странах мира уровень стоматологической заболеваемости прямо связан с доходами семьи. Так, в Норвегии при низком доходе семьи собственные зубы в среднем возрасте сохранились в 44,0%, при высоком – 86,0% случаев (почти в два раза больше).

Таким образом, различия в доходах могут служить лучшим объяснением различного состояния здоровья в странах, чем различия в расходах на здравоохранение. Поэтому все системы здравоохранения должны нести ответственность не только за улучшение здоровья людей, но и за защиту их от финансовых расходов, связанных с болезнью, и сохранение их достоинства и прав при оказании медицинской помощи.

Одной из характерных черт социально-гигиенических и экономических проблем, присущих современной эпохе является устойчивая тенденция роста и изменения характера патологии. Это проявляется в появлении новых болезней и исчезновении некоторых старых, в изменении распространенности заболеваний, а также в соотношении между инфекционной и неинфекционной патологией. Значительные кризисные изменения демографической и социальной сферах произошли в последние десятилетия в России. Только за 1992 – 2000 годы численность жителей в стране сократилась в 65 из 89 субъектов РФ. В некоторых из них количество жителей сократилось более чем вдвое (Чукотский автономный округ). Общая убыль населения за этот период составила 6-8 млн. человек. Темп снижения численности россиян равен примерно 0,3%. В 27 субъектах РФ число умерших в 2-3 раза и более превышает число родившихся. Естественный прирост населения прослеживается лишь в 15 регионах. Депопуляция в РФ переросла из региональной и этнической проблемы в национальную.

Уровень рождаемости, смертности, состояния здоровья населения РФ прямо отражаются на показателях ожидаемой продолжительности жизни населения каждого региона и страны в целом. В настоящее время в РФ она составляет 66 лет (1988г – 70 лет), в том числе среди мужчин - 59 лет, женщин – 72 года. Разница в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами составляет 13 лет. Если в

1955 г. разница в продолжительности жизни развитых и развивающихся стран составила 25 лет, то в конце века сократилась до 13 лет.

Особое внимание привлекает демографов проблема соотношения мужчин и женщин в стране. На протяжении многих лет прослеживается превышение числа женщин над числом мужчин в РФ. Если в 1897 году женщин было больше, чем мужчин на 0,6 млн., то в 2000 году на 8,8 млн.

При последовании демографических процессов особого внимания заслуживает изучение проблемы рождаемости, являющейся определяющим компонентом в системе воспроизводства населения. Так, общий коэффициент рождаемости в ретроспективе в среднем за последние 250 лет снизился в 2,5 раза в экономических развитых странах, и в 1,3 раза в развивающихся странах. Таким образом, темпы снижения рождаемости в экономически развитых странах почти в 2 раза выше, чем в развивающихся. Особое место в этом процессе занимает Россия. В 2000 году родилось в 1,6 раза меньше, чем в 1990 году. Рождаемость составила в 2001 году 9,1%. В среднем на 1 женщину приходился 1,2 рождения при необходимом уровне воспроизводства 2,15.

Важную роль в формировании и трансформации демографических процессов в новых экономических условиях играет изменение характера смертности. Уровень и тенденции ее в известной степени характеризуют состояние здоровья населения. Эволюция общей смертности в мировом масштабе характеризует четкая тенденция к её снижению. Однако уровень смертности весьма различен по отдельным странам и континентам. Он наиболее высок в развивающихся странах. В РФ смертность населения является основной проблемой современного демографического развития страны. Уровень смертности в 2001 году составил 15,6 %. Только от сердечно-сосудистых заболеваний умерло 1 млн. 300 тысяч человек. Рост числа умерших среди населения прослеживается в 79 регионах России из 89. Увеличение уровня смертности особенно характерно для мужчин средних и старших возрастных групп. Среди умерших в трудоспособном возрасте мужчины составляют 80,0 %. Уровень смертности мужчин в 4 раза выше, чем среди женщин и в 3-4 раза выше, чем в экономически развитых странах. При сохранении такого уровня смертности лица мужского пола из числа достигших сейчас 76 лет доживут до 66 лет лишь 58,0%. Продолжительность жизни мужчин на 10-15 лет, женщин на 6-8 лет меньше в развивающихся странах, чем в экономически развитых. Согласно данным ВОЗ, за последние 30 лет доля населения в возрасте 60 лет и старше возросла с 11,5 до 15,0%. Известно, что 50-60 лет тому назад только 28% женщин доживали до возраста менопаузы. В настоящее время 30,0% из них переступают этот рубеж.

Проблема здоровья населения приобрела в XXI веке исключительно важное значение. Общими условиями, способствующими росту заболеваемости среди населения страны считается старение населения, ускорение темпов жизни, эмоциональная напряженность, тяжелые последствия социально-экономического характера, характерные для современной эпохи. В течение последних лет прослеживается значительный дисбаланс в структуре питания населения РФ – высокое потребление сахара, хлебопродуктов, картофеля при дефиците многих других продуктов, что оказывает негативное влияние на здоровье населения, в том числе и на уровень стоматологических заболеваний.

Уровень общей заболеваемости в РФ достигает 1198 случаев на 1,000 взрослого населения, 1594,2 – среди подростков и 1871,4 – среди детского населения. Стоматологическое здоровье среди взрослого населения и пожилых людей ухудшается. Примерно 50,0% населения в год обращается за стоматологической помощью. С ростом стоматологической заболеваемостью увеличивается потребность в стоматологических материалах, новых технологиях, оборудовании, растут затраты на стоматологическую

помощь населению. Появился альтернативный государственному сектор стоматологии: частные клиники, кабинеты, зуботехнические лаборатории, арендные предприятия, приватизированные стоматологические поликлиники. Возникший стоматологический частный сектор в РФ обслуживает сегодня каждого 4-5 пациентов.

В целом по всем службам здравоохранения России отмечается рост негосударственного сектора. В 2001 году стационарная помощь оказывалась в 10,6 тысяч государственных учреждений и в 105 (1,1%) негосударственных. Амбулаторно-поликлиническая помощь соответственно в 21,3 тысяч и 2,4 тысяч (13,6%). За три года (1999-2001гг.) число негосударственных медицинских учреждений выросло в 2 раза.

Длительное сохранение дисбаланса между государственными обязательствами и реальными финансовыми потоками оказывают разрушительное влияние на всю систему здравоохранения. Существующий дефицит финансирования здравоохранения, невысокий уровень оплаты труда его сотрудников, а также низкая социальная защищенность медицинских кадров, отрицательно сказываются на закреплении квалифицированных специалистов в медицинском профиля учреждений и способствуют их оттоку в другие отрасли.

Сегодня в учреждениях системы МЗ РФ работает более 608 тысяч врачей, из них более 40 тысяч врачей – стоматологов и 1,3 млн. работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием. Вместе с тем, за последние годы увеличилось количество территорий, в которых прослеживается тенденция убыли врачебного и среднего медицинского персонала более чем в 70 регионах страны. Причем в сельской местности убыль врачей в 2 раза больше, чем в городе (2,9% и 1,4%), убыль средних медицинских работников примерно одинаковая (5,5% и 5,8%). Число вакантных должностей, как врачей, так и средних медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях с каждым годом увеличивается и составляет 56.610, в том числе на селе – 8305; средних медицинских работников – 47704, в том числе на селе – 4150. Полностью врачами не укомплектовано 13,7% сельских участковых больниц и врачебных амбулаторий. Обеспеченность врачами – стоматологами учреждений здравоохранения РФ (1999г.) составляет 3,2 на 10 тыс. населения. Доля их в структуре всех врачей – 7,6%. Из них 69,8% составляют стоматологи-терапевты, 8,7% - челюстно-лицевые хирурги, 17,9% - стоматологи-ортопеды и 3,6% - стоматологи-ортодонты. Обеспеченность врачами по регионам РФ различная: от 1,07 (Ивановская, курганская области) до 5,97 (Москва) – 6,04 (Тверская область на 10 тысяч населения).

Стоматология одна из важных отраслей здравоохранения, в которой международными экспертами разработаны критерии здоровья, поддающиеся объективной оценке. Разработаны мероприятия по мониторингу стоматологической заболеваемости, наблюдению за условиями и образом жизни людей, демографической и медико-социальной ситуацией в стране, что является важнейшей предпосылкой для определения приоритетных направлений в стоматологии.

В 1969 году в штаб-квартире ВОЗ (Женева) был создан Глобальный Банк данных стоматологического здоровья (GODB) для изучения тенденций заболеваемости кариесом и другими стоматологическими болезнями во всем мире. В мае 1981 года Всемирная Ассамблея ВОЗ совместно с Международной Федерацией стоматологов разработали глобальную Программу здоровья.

В Пекине 24-27 апреля 2001 года состоялся Международный Конгресс «Профилактика в XXI веке», посвященный вопросам профилактической стоматологии. Исходя из основных целей и результатов упомянутых международных саммитов, изменился взгляд на проблему стоматологического здоровья населения. На глобальном и государственном уровнях разработаны стратегические направления на изучение причин и распространенности стоматологических болезней при одновременном

исследовании тенденций общей заболеваемости, её причин и структуры с использованием методики системной групповой выборки.

В России число самостоятельных стоматологических бюджетных и хозрасчетных поликлиник (1999 г.) составляет 936, число лечебно-профилактических учреждений, имеющих стоматологические отделения (кабинеты) – 10354.

Дефицит средств бюджетов всех уровней и обязательного медицинского страхования не позволяет сегодня в достаточной степени гарантировать выполнение федеральных законов, что ведет прежде всего к нарастанию теневой платности медицинской помощи, неуправляемому процессу и скрытой общепризнанной коммерциализации государственных и муниципальных медицинских учреждений, что может привести к дальнейшему и реальному ограничению доступности и снижению качества медицинской помощи для широких слоев населения. В настоящее время погоня за высокой прибылью в стоматологических негосударственных учреждениях, пациент не может реализовать свое право на свободный выбор врача-стоматолога, стоматологического учреждения из-за высокой оплаты лечения при низкой материальной возможности населения.

По данным Минэкономразвития РФ доля платных медицинских услуг по темпам своего развития опережает рост объема платных услуг по сравнению с темпами общего платных услуг. Объем платных медицинских услуг в 2000 году составил 27,5 млрд., в 2001 – 37,8 млрд. рублей. Доля платных услуг населению в общем объеме финансирования социальной сферы в стране увеличилась до 30,0% в 2001 году. В 1995 году они составляли 0,5%.

Несмотря на реальную тенденцию увеличения финансирования системы здравоохранения за последние годы (бюджет здравоохранения 2002 года почти в 3 раза больше бюджета 1999г.), отмечается бурное развитие рынка платных медицинских услуг.

Потребители медицинских услуг зачастую не располагаются достоверной информацией о рыночных взаимоотношениях обращаются даже в ущерб собственному бюджету в платные стоматологические клиники (кабинеты). Побудительными мотивами этому чаще всего являются небольшие сроки лечения, удобное время приема, отсутствие очередей, более высокая комфортность и качество лечения, хорошие отдаленные результаты. Более половины пациентов считают, что в частных стоматологических клиниках используется современное оборудование и качественные пломбировочные и другие материалы, работают более квалифицированные специалисты. Однако в последнее время появились публикации о дефиците высокопрофессиональных специалистов и о низком качестве медицинской помощи в стоматологических кабинетах, кроме стоматологических клиник и центров.

В настоящее время с целью рационального использования финансовых ресурсов и повышения качества стоматологической помощи населению в условиях сложившихся сложных рыночных взаимоотношений требуются новые информационные содержательные технологии с учетом большей ориентации стоматологов на фактические финансовые и организационные возможности в условиях внедрения с 2004 года семейной диспансеризации, электронной паспортизации пациентов, единой системы телемедицины и к 2010 году системы врача общей практики. В связи с этим необходимо пересмотреть потребности в содержательной части обучения в соответствии с непосредственным содержанием работы и с акцентом на рыночные механизмы врачей-стоматологов, а именно: способность проведения ими экономического анализа показателей деятельности клиники (кабинета), возможность выявления потенциальных потребителей услуг, выбора целевого рынка, направленного выбора альтернативных услуг, а также необходимо привести общее число штатных

медицинских сотрудников в соответствии с реальными потребностями с акцентом индивидуального выбора и ответственности.

В настоящее время в мире намечается тенденция корпоративной практики врачей-стоматологов. В новых экономических условиях быстро сформировать частную практику в одиночку довольно трудно, не имея накопленной «критической массы» средств. Поэтому коллективная практика особенно для молодых врачей-стоматологов более приемлема. Такая практика выгодна и в социальном плане. Каждый работающий врач-стоматолог может использовать гибкий график работы, иметь более высокую оплату своего труда за счет снижения текущих расходов клиники, уделять больше времени своей семье и отдыху. Каждый из врачей, работающих в корпоративных структурах имеет возможность получить необходимую консультацию своих более опытных сотрудников. Поэтому традиционно часто практикующая деятельность врачей-стоматологов в индивидуальном порядке, как модель XXI века считается не перспективной. Этому способствует жесткая конкуренция на стоматологическом рынке. Основным критерием выступает в этом качестве стоматологических услуг, которые выше оцениваются в корпоративных структурах.

Таким образом, анализ произошедших изменений в структуре и функционировании системы здравоохранения, в том числе и стоматологии, показал, что необходимо дальнейшее изучение проблем происходящих в субъектах РФ.

Нами проведен анализ некоторых показателей деятельности ортопедической помощи населению отдельных регионов страны, обеспеченность врачами-стоматологами представлена в таблице 1.

Таблица 1. Обеспеченность врачами-стоматологами на 10.000 населения

Специальности	Калужская область		Тульская область	
	физ.лиц	%	физ.лиц	%
Стоматологи	127	1,3	51	0,3
Стом.детские	23	0,2	10	0,1
Стом.терапевты	109	1,0	88	0,5
Стом.хирурги	23	0,2	32	0,2
Стом.ортопеды	56	0,5	50	0,3
Всего	338	3,2	231	1,4

Данные таблицы свидетельствуют, что обеспеченность врачами-стоматологами двух географически рядом расположенных областей неодинакова. В Калужской области она выше в 2,3 раза, за исключением стоматологов-хирургов. Их показатели равнозначны. В структуре врачей-стоматологов по специальностям двух областей прослеживается существенная разница. В Калужской области в два раза меньше стоматологов-хирургов, в 1,3 раза стоматологов-ортопедов и в 1,2 раза стоматологов-терапевтов. В тоже время больше в 1,6 раза детских стоматологов и стоматологов, ведущих общий прием в 1,7 раза по сравнению с Тульской областью.

Анализ показателей принятых больных в день на одного врача-ортопеда в Калужской области (табл.2) показывает, что за последние три года (1999-2001гг.) отмечается незначительный рост (1162,8 по сравнению с 1133,4). Количество больных в 2001 году на одного врача-ортопеда выросло по сравнению с 2000 годом в 2,6 раза и составило 588,1 против 230,5.

В Тульской области, наоборот, показатель принятых больных в день на одного врача-ортопеда снизился в 1,2 раза (441,2 против 542,5), то так же снижение прослеживается и в Краснодарском крае в 1,2 раза (1188,7 против 1461,6).

Анализ в мостовидных протезах соотношения количества коронок и межзубных зубов показатели в Краснодарском крае по всем изучаемым годам при сравнении с

Тульской областью выше и в целом по области в 8,8 раза. Показатели эстетического протезирования (табл.2,3,4) в целом в Калужской области ниже в 1,6 раза по сравнению с Тульской областью и в 1,8 раза ниже чем в Краснодарском крае. В Тульской области показатели эстетического протезирования удерживаются практически на одном уровне по все изучаемым годам (табл.3). В Калужской области и Краснодарском крае прослеживается с каждым годом рост показателей соответственно в 2,7 раза и почти в 3 раза в 2001 году по сравнению с 1991 годом.

Таблица 2. Показатели деятельности ортопедической службы Калужской области

Годы	Принято больных в день на одного врача-ортопеда	В мостовидных протезах соотношение к-ва коронок и межзубных зубов	Показатель эстетического протезирования %	Показатель бюгельного протезирования %
1	2	3	4	5
1991	373,7	-	11,0	20,4
1992	411,7	-	9,4	13,4
1993	348,0	-	12,8	22,3
1998	344,2	-	29,0	9,4
2000	230,5	-	26,1	2,7
2001	588,1	-	30,0	7,4
Всего	2296,2	-	19,7	12,6

Таблица 3. Показатели деятельности ортопедической службы Тульской области

Годы	Принято больных в день на одного врача-ортопеда	В мостовидных протезах соотношение к-ва коронок и межзубных зубов	Показатель эстетического протезирования %	Показатель бюгельного протезирования %
1	2	3	4	5
1991	201,4	0,8	38,0	29,3
1992	184,9	1,3	31,4	27,1
1993	156,2	1,2	30,9	19,1
1999	150,0	1,3	31,5	20,3
2000	152,6	1,4	30,2	16,9
2001	138,6	1,4	32,8	16,4
Всего	163,9	1,2	32,5	21,5

Показатели бюгельного протезирования Краснодарского края значительно выше аналогичных величин Калужской и Тульской областей. Эти показатели Краснодарского края высокими прослеживаются по всем изучаемым годам (86,7-94,3%). В Калужской области отмечается снижение этого показателя в 2,8 раза в 2001 году по сравнению с 1991 годом (табл.2). В среднем за 6-летний период составил 12,6%. В Тульской области снижение показателя произошло в 1,8 раза в 2001 году против 1991 года. В целом в Калужской области за эти годы показатель бюгельного протезирования снизился до 12,6%. Это ниже в 1,7 раза по сравнению со средним показателем Тульской области и в 7,2 по сравнению с величинами Краснодарского края. В Калужской области один врач-ортопед за рабочий день принимает до 10 пациентов.

Таблица 4. Показатели деятельности ортопедической службы Краснодарского края

Годы	Принято больных в день на одного врача-ортопеда	В мостовидных протезах соотношение к-ва коронок и межзубочных зубов	Показатель эстетического протезирования %	Показатель бюгельного протезирования %
1	2	3	4	5
1991	611,2	8,6	18,7	91,7
1992	336,7	16,6	21,1	86,7
1993	513,7	9,9	23,9	90,0
1999	411,5	12,6	45,2	89,2
2000	323,8	8,7	43,9	92,3
2001	453,4	6,8	55,8	94,3
Всего	441,7	10,5	34,8	90,7

Заключение

Таким образом, анализ литературы свидетельствует, что современная Россия переживает невиданный демографический кризис. Наблюдается устойчивая тенденция роста заболеваемости среди населения. Сохраняется дефицит средств бюджетов всех уровней. Появился новый и продолжает развиваться альтернативный негосударственный сектор в здравоохранении. Прослеживается низкая обеспеченность врачами-стоматологами в стране (3,2 на 10 тыс. населения) и в субъектах федерации (от 1,4% Тульская область и выше). Структура стоматологических специалистов по регионам неравнозначная и не соответствует нормативным показателям. Необходимо штаты привести в соответствие. Значительно отличаются уровни показателей деятельности стоматологических учреждений изучаемых областей по эстетическому и бюгельному протезированию, что является предпосылкой для разработки мер по повышению качества стоматологической помощи населению.

УДК 616-053.2 (470.332)

ТЕНДЕНЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА СМОЛЕНСКА

Н. М. Угненко, С. Н. Дехнич.

Смоленская государственная медицинская академия, г. Смоленск

Одним из показателей оценки здоровья населения, в том числе и детского, является заболеваемость. Как известно, существует 4 метода изучения заболеваемости, каждый из которых имеет свои достоинства и недостатки [9]. Из четырех методов основными считаются два:

- 1) изучение заболеваемости по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения,
- 2) изучение заболеваемости по данным медицинских осмотров. За последнее десятилетие XX века отмечалось ежегодное снижение охвата детей осмотрами даже в рамках декретированных контингентов детского населения [1,2,3]. В результате, чаще всего, говоря о заболеваемости, используют данные обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Целью исследования явилось изучение основных тенденций и особенностей заболеваемости детей города Смоленска. Для сравнительного ретроспективного анализа выбран 5-летний период - с 1997 года по 2001 год. Выбор данного отрезка времени обусловлен:

- 1) введением в 1999 году новой классификации болезней (МКБ-10), которая, безусловно, изменила структуру заболеваемости населения РФ. Для выявления особенностей заболеваемости детей г. Смоленска проанализирована заболеваемость до и после ввода МКБ-10;
- 2) проведением в 2002 году Всероссийской диспансеризации детей, которая также, вероятнее всего, в 2003 — 2004 годах повлечет повышение уровня и изменение структуры заболеваемости по обращаемости.

Анализ проводился на основе данных официальной статистической информации [4-8]. Показатели общей заболеваемости детского населения г. Смоленска представлены в таблице 1.

Таблица 1. Общая заболеваемость детей (на 1000 детского населения)

Нозологические формы	1997 г.		1999г.		2001 г.	
	Смоленск	РФ	СмоЛенск	РФ	СмоЛенск	РФ
Все классы	2004,6	1538,3	2275,7	1724,7	2375,2	1871,4
Инфекцион. Болезни	76,6	102,7	121,5	115,1	112,1	113,2
Новообразования	6,5	3,4	7,0	4,0	5,8	4,5
Болезни крови	16,4	15,6	31,5	19,0	37,6	23,3
Б-ни эндокрин. с-мы	87,8	25,6	87,4	31,6	100,0	36,7
Психич. Расстройства	30,8	31,2	35,4	33,8	37,8	34,5
Б-ни нервной системы	246,6	159,0	65,2	63,6	78,4	65,2
Болезни глаза			132,4	101,0	129,3	101,2

Болезни уха			98,4	48,0	99,2	49,1
Б-ни кровообращения	16,5	13,8	9,6	16,1	11,9	18,2
Б-ни органов дыхания	1081,7	790,9	1140,3	858,3	1166,1	922,5
Б-ни орг. пищеварения	105,4	114,9	119,5	127,1	124,1	135,8
Болезни кожи	81,4	82,0	88,1	80,9	104,6	89,6
Б-ни кост.-мыш. с-мы	82,2	45,0	105,1	49,8	104,2	57,6
Б-ни мочеполов. с-мы	42,6	36,2	50,0	41,4	47,8	45,4
Врожденные аномалии	33,1	15,8	42,9	18,8	75,8	20,9
Травмы и отравления	24,5	79,4	30,9	87,6	25,4	92,6

При оценке материала выявлена статистически достоверная устойчивая тенденция роста заболеваемости за изучаемый период ($t > 3$, $p < 0,01$). Установлено, что одной из отличительных особенностей на протяжении всех лет является превышение показателя общей заболеваемости детей г. Смоленска по сравнению с общероссийским уровнем в 1,3-1,5 раза. В то же время в целом уровень общей заболеваемости детей г. Смоленска за исследуемый период повысился незначительно - на 19% (с 2004,6‰ в 1997 г. до 2375,2‰ в 2001 г.).

Подобная тенденция (значительное превышение показателя по сравнению с общероссийским и незначительное в динамике для г. Смоленска) характерно для таких классов как: болезни эндокринной системы, нервной системы, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни уха и сосцевидного отростка (данный показатель в 2 раза превышает аналогичный по РФ и практически не изменился для г. Смоленска за несколько лет), болезни органов дыхания. Второй особенностью является то, что самые высокие темпы роста заболеваемости детей г. Смоленска характерны для классов, занимающих последние места в структуре заболеваемости: болезней крови и кроветворных органов и врожденных аномалий (рост в 2,3 раза). Так, за исследуемый период уровень гематологических заболеваний повысился с 16,4 до 37,6‰, врожденные аномалии – с 33,1 до 75,8‰. Кроме того, для врожденных аномалий у детей г. Смоленска отмечается наибольшее превышение общероссийского показателя - в 3,6 раза.

Следующее отличие выявлено для показателя травматизма - в отличие от аналогичного показателя в РФ (в 2001г. - 92,6‰), уровень травматизма среди детей г. Смоленска в 3,6 раза ниже (в 2001г. - 25,4‰) и за исследуемый период практически не изменился. Одной из особенностей заболеваемости детского населения г. Смоленска является то, что хронизация патологии коснулась меньшего числа классов заболеваний, чем в целом по России. Так, в Смоленске хронизация патологии у детей отмечается по восьми классам болезней: болезни эндокринной системы, нервной системы, глаза, системы кровообращения, органов дыхания, костно-мышечной системы, мочеполовой системы и врожденных аномалий. Хронизация заболеваний у детей в РФ отмечается по 11 классам болезней - помимо вышеперечисленных, увеличивается число хронических заболеваний среди новообразований, болезней крови и психических расстройств.

В то же время в г. Смоленске рост впервые выявляемой патологии у детей характерен для таких классов болезней, как: болезни органов дыхания (в 2001 г. - 1139,9‰), инфекционные болезни (112,5‰), болезни уха (94,3‰), болезни кожи

(89,3‰), болезни крови (32,1‰), психические расстройства (25,0‰), травмы (24,5‰) и новообразования (3,6‰). Для населения различных регионов РФ характерны отличительные особенности формирования патологии, связанные с возрастными биологическими процессами и условиями жизни.

При этом, как ни парадоксально, следует учитывать, что высокий уровень заболеваемости может быть обусловлен своевременной квалифицированной диагностикой заболеваний в результате доступности специализированной медицинской помощи, хорошей оснащенности ЛПУ, наличием квалифицированных специалистов, высоким уровнем санитарной культуры населения.

Анализ тенденций и особенностей заболеваемости необходим для своевременного выявления дефектов в организации медицинского обслуживания детского населения.

Литература

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения РФ в 2001 году. //Здравоох. Рос. Федерации, - 2003. - № 1.
2. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2001 году. //Здравоох. Рос. Федерации. – 2003. - № 1.
3. Об итогах Всероссийской диспансеризации детей. //Вопросы экономики и управления здравоохранением. – 2003. - № 3, - С. 67 - 69
4. Основные показатели деятельности муниципальных лечебно-профилактических учреждений г. Смоленска за 1997 - 2000 годы. – Смоленск. - 2001, 211 с.
5. Состояние здравоохранения и здоровья населения Смоленской области в 1998 году. – Смоленск. – 1999. - 57 с.
6. Состояние здравоохранения и здоровья населения Смоленской области в 1999 году. – Смоленск. – 2000. - 61с.
7. Состояние здравоохранения и здоровья населения Смоленской области в 2000 году. – Смоленск. – 2001. - 67 с.
8. Состояние здравоохранения и здоровья населения Смоленской области в 2001 году. – Смоленск. – 2002. -74 с.
9. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. /Под ред. Ю. П. Лисицына. - Казань, 1999. - С. 389-443.

ФТИЗИАТРИЯ И ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

УДК 616.5+615.281

К ПРОБЛЕМЕ МАКРОЛИДРЕЗИСТЕНТНОСТИ *Tr. Pallidum* (обзор)

Д.Л. Вознесенский, Е.П. Цыганкова.

Смоленская государственная медицинская академия

Выполнен обзор литературы. Приведены современные данные о причинах неудач при лечении сифилитической инфекции с применением антибактериальных препаратов из группы макролидов/азалидов.

Одним из главных звеньев профилактики инфекций, передаваемых половым путём (ИППП) и, в частности, сифилиса, является быстрое и успешное их лечение, начатое сразу же после установления диагноза. В настоящее время всё большую актуальность приобретает лечение сифилитической инфекции в амбулаторных условиях.

Начиная с 1943 г. и по настоящее время, пенициллин и его соли являются препаратами первого выбора для специфического лечения больных сифилисом. За более чем полувековую историю применения пенициллина чувствительность к нему бледной трепонемы остаётся по-прежнему высокой и нет серьёзных доказательств, свидетельствующих о возможном её снижении. Однако у пенициллина имеются и определённые недостатки, к которым прежде всего следует отнести проблему терапии больных с повышенной чувствительностью или непереносимостью этого антибиотика. Количество зарегистрированных случаев анафилаксии при введении пенициллина невелико – 0,4%, но при малейших указаниях в анамнезе на повышенную чувствительность к препарату врачи стремятся исключить возможность его введения данному больному.

В подобных клинических ситуациях применяют антибактериальные препараты т.н. резервного ряда: тетрациклины (тетрациклин, доксициклин), цефалоспорины (цефотаксим, цефазолин, цефтриаксон), макролиды (эритромицин, азитромицин).

Из перечисленных антибиотиков резерва наиболее удобен для применения в амбулаторной практике азитромицин (сумамед), так как может применяться для лечения беременных и детей, не требует инвазивных методов введения, также возможно его назначение при смешанной инфекции: сифилиса, гонореи и хламидийной инфекции.

В последние годы в литературе появились публикации, подтверждающие активность азитромицина в отношении бледной трепонемы как в условиях *in-vitro* (6), так и в клинической практике (1).

В единичных случаях ряд авторов отмечают определённое количество неудач (резистентность клинических проявлений, серологические и клинические рецидивы заболевания) при лечении ранних форм сифилиса (2) и подтверждают вероятность рождения детей с признаками врождённой инфекции у женщин с диагностированным во время беременности сифилисом и пролеченных азитромицином (3,4).

По-видимому, подобные явления обусловлены снижением иммунобиологической реактивности макроорганизма (супрессией гуморального звена иммунитета), иммуносупрессорным влиянием антибиотиков, появлением штаммов бледной трепонемы со сниженной чувствительностью к некоторым антибиотикам.

Проблемой антибиотикорезистентности различных штаммов *Tr. pallidum*, в частности, устойчивостью к препаратам группы макролидов, в последние годы активно занимается ряд зарубежных исследователей (5,7). Были исследованы свойства штамма, обозначенного как «street-штамм 14», полученного из клинической культуры *Tr. pallidum*, которую выделили от больного с активным вторичным сифилисом,

пролеченного эритромицином без положительных клинических результатов. На примере данного штамма были исследованы молекулярные механизмы, лежащие в основе устойчивости возбудителя к препаратам с макроциклическим лактонным кольцом. Оказалось, что резистентность к лекарственным средствам данной группы была связана не с изменениями в рибосомных белках, а с целевой точечной мутацией в пептидтрансферазной области одного из двух 23S рРНК генов. В результате полученных данных, авторы проанализировали соответствующие области обоих из 23S рРНК генов у «street-штамма 14» и штамма Николса, чувствительного к эритромицину. При сравнении последовательностей нуклеотидов данных областей оказалось, что существует транзиторная мутация, выразившаяся в замене аденина на гуанин. Эта мутация привела к возникновению гетерозиготного организма с доминантным типом наследования гена, отвечающего за резистентность к макролидам. Подобные мутации были выявлены и у других микроорганизмов. Предполагается, что выявленная транзиторная мутация А-to-G (аргинин-на-гуанин) может быть ответственна за высокую устойчивость этой спирохеты не только к эритромицину, но сходным макролидам (рокситромицину и азитромицину) (5,6). Подобные точечные мутации в 23S рРНК генах у других street-штаммов *Tr. pallidum* могут объяснять неудачи при лечении больных сифилисом антибиотиками - макролидами (при условии добросовестного выполнения ими терапевтического режима). Кроме того, трепонемный «street-штамм 14» в проведённых испытаниях был вообще наименее восприимчивым к ряду антибиотиков, включая и пенициллины. Возможно, что внешняя оболочка этого штамма может быть менее проницаемой для антибактериальных препаратов, чем у других штаммов *Tr. pallidum*.

Подводя некоторый итог, можно сказать, что опыт с различными бактериальными болезнетворными микроорганизмами наглядно показывает возможность возникновения резистентности к антибиотикам внезапно после десятилетий хорошей чувствительности к ним. Обнаружены плазмиды ДНК, по крайней мере, у одного штамма *Tr. pallidum*, с сообщением примеров, при которых лечение сифилиса этим антибиотиком было клинически и серологически неудачным. Это указывает на то, что патогенные трепонемы имеют потенциал для развития антибиотикорезистентности к антибиотикам-макролидам. Хотя невозможно предсказать когда устойчивость к этим препаратам либо к другим антибиотикам может стать значительной проблемой для врачей, занимающихся лечением инфекций, вызванными этими микроорганизмами. Поэтому представляется необходимым самое активное дальнейшее изучение альтернативных антибиотиков, применяемых для лечения человеческих трепонематозов и, в частности, сифилиса.

Литература

1. Машкиллейсон А.Л., Кутин С.А., Кардашенко Б.Я., Гомберг М.А. и соавт. // Вестн.дерматол. – 1995. - №1. – С.42-45.
2. Duncan WC. Failure of erythromycin to cure secondary syphilis in a patient infected with the human immunodeficiency virus. //Arch. Dermatol. 1989.125:82-84
3. Fenton, L. J., and I. J. Light. Congenital syphilis after maternal treatment with erythromycin. //Obstet. Gynecol. 1976. 47:492-494
4. Hartmann JF, Lescoeur B, Mercier JC, Delepine N, Bompard Y, Beaufile F Neonatal syphilis despite erythromycin treatment of the mother. //Presse Med - 1984 Oct 6;13(35):2133-5
5. Stamm, L. V., J. T. Stapleton, and P. J. Bassford, Jr. In vitro assay to demonstrate high-level erythromycin resistance of a clinical isolate of *Treponema pallidum*. *Antimicrob. Agents Chemother.* 1988. 32:164-169
6. Stamm LV, Parrish EA In-vitro activity of azithromycin and CP-63,956 against *Tr. pallidum* J. *Antimicrob. Chemother.* 1990 Jan;25 Suppl A:11-4.
7. Stamm LV Bergen HL A Point Mutation Associated with Bacterial Macrolide Resistance Is Present in Both 23S rRNA Genes of an Erythromycin-Resistant *Treponema pallidum* Clinical Isolate *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, March 2000, p. 806-807, Vol. 44, No. 3

УДК 616.24-002.5-085.2/3-053.7

ОПЫТ ХИМИОТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ

Т.В. Мякишева, Т.В. Назарова, Н.А. Соколова, Е.В. Трун, А.В. Асмоловский.

Смоленская государственная медицинская академия

Изучены особенности клинических проявлений легочного туберкулеза у подростков. Оценена сравнительная эффективность лечения 3-мя и 4--5-ю противотуберкулезными препаратами с целью отработки наиболее оптимальных стандартных и индивидуальных схем химиотерапии в данной возрастной категории.

Современная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу характеризуется ростом заболеваемости всех групп населения, в том числе и подростков, а также появлением остро прогрессирующих форм туберкулеза легких [1-3]. Не исключением является и ситуация по Смоленской области. Преобладающей формой туберкулеза у подростков по-прежнему остается инфильтративный туберкулез легких, но характер и течение этой формы туберкулеза в настоящее время значительно изменились [4].

В последнее время стал чаще встречаться инфильтративный туберкулез с обширным поражением легких по типу лобитов, или даже с двусторонним поражением, характеризующийся острым началом с ярко выраженными клиническими проявлениями и быстрым развитием деструктивных изменений.

Другой немаловажной проблемой является увеличение числа больных, выделяющих микобактерии туберкулеза (МБТ). Так, по данным Л.И.Русаковой, в настоящее время не менее 2/3 подростков с распространенным легочным туберкулезом выделяют МБТ, однако проблема заключается не только в факте бактериовыделения, но и в росте лекарственно- устойчивых форм туберкулеза [4].

Современные тенденции химиотерапии туберкулеза направлены на достижение более эффективных результатов лечения, отработку стандартных схем химиотерапии, сокращение сроков стационарного лечения, достижение меньших затрат [7]. Все эти проблемы возникают и при лечении туберкулеза у подростков. Однако психофизиологические и поведенческие особенности этой возрастной группы требуют индивидуального подхода к больному подростку, четко организованной химиотерапии [5,6].

Цель исследования – изучение особенностей клинических проявлений легочного туберкулеза у подростков, повышение эффективности лечения путем отработки наиболее оптимальных стандартных и индивидуальных схем химиотерапии в данной возрастной категории.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ данных анамнеза больных, чувствительности к туберкулину, изучения клинических проявлений болезни (осмотр, физикальные данные). Изучены результаты комплексного рентгенологического исследования, характер бактериовыделения.

Под наблюдением находились 43 подростка в возрасте от 13 до 17 лет с различными формами легочного туберкулеза, находившихся на лечении в детском отделении Смоленского ОПКД в 2001-2003 гг. Туберкулез у всех обследованных был активный, впервые выявленный.

Среди больных преобладали подростки с инфильтративным (23) и очаговым (9) туберкулезом легких, экссудативным плевритом (9). Среди других форм отмечен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (2 пациента).

Подростки поступали в стационар преимущественно в удовлетворительном и среднетяжелом состоянии, реже – в тяжелом состоянии с выраженными симптомами интоксикации. Температура чаще была субфебрильной, реже – высокой, сопровождалась кашлем, одышкой, болями в груди, в крови выявлялись лейкоцитоз или лимфопения, ускоренная СОЭ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, моноцитоз.

Из всех подростков 16 (34,9%) имели распространенный туберкулез, двустороннее поражение легких было в 4,7% (2 больных) случаев. Фаза распада наблюдалась у 23,3% (10) подростков. У одного больного подростка (2,3%) отмечалось осложнение первичного туберкулеза экссудативным плевритом.

Выделение МБТ бактериоскопическими методами было обнаружено у 2 (4,7%) и посевом – у 3 (6,9%) подростков. Лекарственно - устойчивые МБТ выделял 1 (2,3%) пациент, что значительно затрудняет лечение туберкулеза [5].

Туберкулез у подростков протекал с выраженной чувствительностью к туберкулину. Гиперергические туберкулиновые реакции наблюдались у 11 (25,6%) подростков, остальные 32 пациента имели средневыраженную туберкулиновую чувствительность с размером папулы от 9 до 13 мм, из них с нарастанием чувствительности к туберкулину выявлено 13 (30,2%) больных.

У подростков редко выявляется туберкулез в периоде ранней туберкулезной инфекции. Начало клинических проявлений совпало с «виражом» туберкулиновых реакций у 12 (27,9%) больных. Чаще заболевают давно инфицированные подростки, у которых отмечается эндогенная реактивация туберкулезной инфекции.

Таким образом, среди больных 1/4 подростков имели первичные формы туберкулеза, удельный вес вторичных форм туберкулеза составил почти 75%, что сближает подростков по структуре клинических форм со взрослыми больными.

Мы разделили всех пациентов на две группы в зависимости от схемы химиотерапии. Первая группа получала 3-компонентную химиотерапию (22 человека): чаще изониазид, рифампицин, пиразинамид (8) или изониазид, рифампицин, стрептомицин (8), реже – изониазид, стрептомицин, пиразинамид (6). Схема лечения второй группы больных включала 4-компонентную или 5-компонентную химиотерапию (21 человек): изониазид, рифампицин, пиразинамид и стрептомицин (18) или в сочетании с этамбутолом (2). Один пациент получал 4-х компонентную индивидуальную комбинацию, включающую препараты резерва (канамицин, фторхинолоны) в связи с наличием лекарственной устойчивости МБТ.

В первой группе мальчики составили 40,9%, девочки – 59,1%, а во второй – 52,4% и 47,6% соответственно ($t \leq 2$).

Структура клинических форм туберкулеза в двух группах была аналогичной. В I группе наблюдения инфильтративный туберкулез легких составил 63,6%, очаговый туберкулез - 18,2%, экссудативный плеврит - 13,6%, туберкулез внутригрудных лимфоузлов - 4,6%. Во II группе также преобладал инфильтративный туберкулез (42,9%), далее - экссудативный плеврит (28,6%), очаговый туберкулез (23,8%), туберкулез внутригрудных лимфоузлов (4,7%).

Сравнительная эффективность результатов разных схем химиотерапии оценивалась по следующим критериям: улучшение самочувствия и ликвидация клинических проявлений, нормализация лабораторных показателей, рассасывание инфильтрации и очагов, уменьшение и закрытие полостей распада в легочной ткани по данным рентгенологических методов исследования, абациллирование больного.

Результаты и их обсуждение

В целом сроки лечения в стационаре составили от 3 до 9 месяцев, при этом большинство больных лечились 6 месяцев (91%). Симптомы интоксикации исчезли

раньше, к концу 2-4 месяца лечения, преимущественно у пациентов второй группы (81%) по сравнению с первой группой (55%) ($t \geq 2$). Нормализация температуры тела, исчезновение жалоб и грудной локальной симптоматики по срокам не отличались в обеих группах.

К 4 месяцу терапии как правило, отмечалась нормализация лабораторных показателей крови в обеих группах, но лейкоцитоз достоверно более длительно сохранялся у подростков из I группы (23%), чем из II группы (5%), а также ликвидация лимфопении наступила раньше среди пациентов II группы (24%), чем I группы (9%) ($t \geq 2$).

Туберкулиновая чувствительность в процессе стационарного лечения не снижалась, сохраняясь на прежнем уровне, у больных I группы (23%) по сравнению со II группой (5%) ($t \geq 2$).

Динамическое наблюдение за рентгенологической картиной в обеих группах показало, что значительное рассасывание инфильтрации и очагов более выражено у пациентов II группы (80%), чем у I группы (36%), уменьшение и закрытие полостей распада легочной ткани также быстрее наступало у больных II группы (80%), чем у I группы (60%) ($t \geq 2$).

Абациллирование методом посева на 6 месяце лечения достигнуто у 25% бактериовыделителей из II группы и у 9% - из I группы ($t \geq 2$).

Выводы

Комплексное лечение туберкулеза легких у подростков приводит в большинстве случаев к благоприятным результатам. Схема назначения химиотерапии должна зависеть от выраженности процесса, наличия распада и бактериовыделения, категории тяжести заболевания. Для больных подростков с распространенными или осложненными формами легочного туберкулеза, при наличии бактериовыделения оптимальным является назначение 4-5 противотуберкулезных препаратов.

Литература

1. Аксенова В.А., Елуфимова Е.И. //Пробл. туб.- 2001.- №1.- С.58-60.
2. Овсянкина Е.С., Фирсова В.А., Добкин В.Г. и др. // Пробл. туб.- 2000.-№1.-С.13-17.
3. Павлова В.М.// Пробл. туб.- 1999.- №3.- С.15-16.
4. Русакова Л.И. //Пробл. туб.-2001.-№1.- С.31-33.
5. Фирсова В.А., Русакова Л.И., Григорьева З.П. и др. //Пробл. туб.-2001.- №1.- С.28-30.
6. ФИРСОВА В.А., РУСАКОВА Л.И., ГУБКИНА М.Ф. И ДР.// ПРОБЛ. ТУБ. – 2001.-№7. С.21-22.
7. Хоменко А.Г., Мишин В.Ю., Чуканов В.И.//Пробл. туб.- 1999.-№1.-С.55-58.

УДК 616.5-003.656.6

ЮВЕНИЛЬНАЯ ФОРМА ПИГМЕНТНО-СОСОЧКОВОЙ ДИСТРОФИИ КОЖИ

Е.П. Цыганкова, Н.А. Парамонова, П.В. Плешков.

Смоленская государственная медицинская академия, областной кожно-венерологический диспансер

Представлен случай редкого дерматоза в практике дерматолога – черного ювенильного акантоза. Отмечена возможность развития его в различные возрастные периоды и сочетание со злокачественными новообразованиями.

Пигментно-сосочковая дистрофия или *akantosis nigricans* (черный акантоз) – редкое заболевание, впервые описанное в 1890 г Pollitzer и Janovsky, характеризуется гиперпигментацией и папилломатозными разрастаниями кожи излюбленной локализации. Этиология и патогенез заболевания до настоящего времени неясен.

Различают: юношескую (ювенильную), позднюю (истинную) форму пигментно-сосочковой дистрофии и черный псевдоакантоз (Богров С.Л., 1908); Curth, Н.О., 1948).

Поздняя или истинная форма (злокачественная) развивается у людей среднего возраста с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин, и обычно сочетается со злокачественными новообразованиями внутренних органов, чаще брюшной полости.

Впервые отметил связь черного акантоза с раком внутренних органов Дарье. По разным данным, рак обнаруживают у 50 – 100% больных черным акантозом. Именно эта форма является облигатным паранеопластическим процессом. У больных мужчин чаще диагностируют рак желудка, поджелудочной железы и кишечника, реже легких, простаты, а у женщин - яичников и молочной железы.

В 15 – 20% случаев поражения кожи на несколько лет предшествуют клиническим проявлениям рака, у 60 – 65% они появляются одновременно с симптомами рака, у 20 – 22% - после обнаружения злокачественного новообразования. При злокачественной форме черного акантоза средняя продолжительность жизни после появления процесса на коже составляет 1,5 – 2 года.

В.С. Шапот (1981) относит пигментно-сосочковую дистрофию кожи в группу наследственной энзимопатии (нарушена репарация поврежденной ДНК вследствие отсутствия в отдельных случаях специфических эндонуклеаз).

Псевдоакантоз бывает в основном у женщин (тучных брюнеток) с нарушенной функцией яичников (Зайченко А.И.). Заболевание имеет доброкачественный характер, появляется, когда больная прибавляет в весе; исчезает с похуданием больного.

Ювенильная форма развивается не ранее 2 лет (обычно с 10-летнего возраста), протекает доброкачественно, может самостоятельно разрешаться к периоду полового созревания или остаются стационарной. С другой стороны обнаруживаются гормональные нарушения, заболевания нервной системы, аномалии развития, врожденные уродства, гипертрихоз, невусы и др. Поскольку описаны семейные случаи заболевания, высказывается предположение о генетическом характере процесса, когда наследование идет по типу нерегулярного доминирования (Maganon G., Alvarez Cascos M., 1957). Есть указания о сочетании ювенильной формы со злокачественными новообразованиями.

По мнению ряда авторов, юношеская форма развивается у молодых людей, страдающих эндокринными нарушениями (диабет, ожирение, аменорея и другие).

Клинически и гистологически ювенильная форма черного акантоза аналогична злокачественной пигментно-сосочковой дистрофии, однако пигментные изменения и сосочковая гипертрофия отличаются меньшей выраженностью.

Кожный процесс при пигментно-сосочковой дистрофии характеризуется тремя основными признаками: гиперпигментацией, папилломатозом и гиперкератозом.

Располагается он симметрично в местах излюбленной локализации - на шее, затылке, области половых органов, пупка, заднего прохода, подмышечных впадинах, паховых складках, локтевых и коленных сгибах, под грудными железами. Иногда очаги появляются вокруг рта, глаз, на подбородке. Пораженная кожа приобретает буроватую или почти черную окраску, рисунок кожи усиливается. На этом фоне возникают множественные ворсинчатые и бородавчатые разрастания аспидно-черного цвета величиной от просяного зерна до горошины. Кожа имеет бархатистый вид. Имеется описание пигментных изменений на слизистых оболочках полости рта, гортани, пищевода, влагалища и прямой кишки. У некоторых больных заболевание сопровождается алопецией, гиперкератозом ладоней и подошв, дистрофией ногтей. Субъективно отмечаются умеренный зуд и покалывание. У многих больных наблюдаются нарушение общего состояния и постепенно нарастающая кахексия.

Поскольку *Acanthosis nigricans* сравнительно редкое заболевание (к настоящему времени описано в мире всего около 500 случаев), нам представляется интересным представить клиническое наблюдение ювенильной формы черного акантоза у ребенка 3-х лет.

Наблюдение

Больной К., 3 лет, направлен на консультацию из Ельнинской ЦРБ 23.12.02года в кожно-венерологический диспансер с диагнозом: атопический дерматит.

Со слов матери: ребенок болен в течение полугода. Заболевание стало развиваться после перенесенного ОРВИ. На коже обеих подмышечных впадин появились коричневатой окраски пятна, которые увеличивались в размере. Подобные пятна появились в паховой области. Процесс стал распространяться и на боковую поверхность туловища, Интенсивность окраски постепенно усиливалась. Субъективные расстройства отсутствуют.

Из анамнеза: Ребенок родился от 3 беременности (первые две – выкидыши на 12 и 16-й неделе, причины не известны). У матери отмечался гестоз 1 и 2 половины беременности с угрозой прерывания. Беременность закончилась на 40 неделе кесаревым сечением. Вес ребенка при рождении 3450гр., рост-52см. Грудное вскармливание сохранялось до 4 мес. С 4 мес. – искусственное вскармливание.

До настоящего времени ребенок психически и физически развивался нормально.

Перенесенные заболевания: частые ОРВИ, бронхиальная астма в 7 мес., атопический дерматит (?) с 2 лет.

В лечении использовались: диетический режим, мази гентамициновая, синафлановая, «Радевит». Улучшения не отмечалось. Направлен на консультацию в ОКВД.

При осмотре (16.01.03 г.) - ребенок живой, активный. Физически и психически развит нормально. Физиологические отправления в норме. Субъективные ощущения отсутствуют. Пораженная кожа аспидного цвета в области шеи, подмышечных впадин, пахово-мошоночной области с распространением на участки всех складок. Она слегка инфильтрирована, складчатая. Складки не глубокие.

Диагноз: пигментно-сосочковая – дистрофия ювенильная форма.

Диагноз поставлен на основании клинических данных. Биопсия не проводилась ввиду возраста пациента.

Назначено симптоматическое лечение:

1. Поливитамины курсами
2. Мазь «Тридерм» (при усилении инфильтрации 1 раз в день 2 недели)
3. Циклоферон по 1 табл. по стандартной схеме.
4. Исключить солнечное облучение.

При повторном посещении через 2 недели и через год отмечалось существенное улучшение состояния кожи – она стала более светлой, уменьшилась инфильтрация. В течение года лечение проводилось лишь короткими курсами поливитаминов без наружной терапии. Режим сохранялся обычным. В летнее время фотозащитные кремы не использовались. Из питания исключались легко усвояемые углеводы, синтетическая пища.

В данном конкретном случае прогноз остается неясным. Улучшение может быть временным. Необходимо постоянное диспансерное наблюдение не реже 1 раза в 6 месяцев при отсутствии прогрессирования.

Литература

1. Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. \Кожные и венерические болезни\ – М.: \Медицина\, 1995.
2. Павлов С.Т., Шапошников О.К., Самцов В.И., Ильин И.И. Кожные и венерические болезни. - Изд. 4.- е - М: Медицина, 1985.
3. Владимиров В.В., Зудин Б.И. Кожные и венерические болезни. Учебное пособие для студентов педиатрического факультета.- М: Медицина, 1987.
4. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Учебник для всех факультетов медицинских вузов - М:Гуныал-Пресс; 1998.
5. Fitzpatrick T.B. et al. Dermatology in General Medicine. 3 ed.- McGraw-Hill, Inc.-New York-St.-Louis, 1987. - 2641 pp.

КАРДИОЛОГИЯ

УДК 616.12-008.331.1-053.2 (470.318)

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ: СИТУАЦИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

В.А. Исаев, М.П. Боровикова, Е.И. Темникова, О.Б. Басанько.

Департамент здравоохранения и лекарственного обеспечения Калужской области

Термин «гипертоническая болезнь» предложен Г.Ф. Лангом и соответствует употребляемому в других странах понятию «эссенциальная артериальная гипертония», основным проявлением которой является синдром артериальной гипертензии (АГ).

Эпидемиологическая ситуация в России свидетельствует об устойчивой тенденции высоких показателей заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями (ССБ) и смертности населения от них. Те же закономерности наблюдаются и в Калужской области, где в структуре смертности в 2002 г. ССБ составили 58,3% (в 2001г. - 58,7%). Причем на долю ишемической болезни сердца пришлось 50,8% случаев.

Особую тревогу вызывает рост АГ у лиц молодого возраста от 20 до 35 лет. Истоки этого состояния находятся в детском и подростковом возрасте. В связи с чем чрезвычайно важны раннее выявление данной патологии, адекватное лечение, первичная и вторичная профилактика во всех возрастных периодах.

Статистические показатели распространенности артериальной гипертонии среди детей и подростков Калужской области представлены в таблице 1 (учетная ф 12, код М j 10-13 — болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением).

Таблица 1. Показатели заболеваемости АГ детского населения Калужской области за 2001 - 2002 гг. (на 10 тыс. населения соответствующего возраста)

Показатель	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Заболеваемость детей 0-18 лет, в т.ч.: дети 0-14 лет дети 15-17 лет	4,2 2,55 10,2	4,9 2,9 11,7	1,5 6,3
Общая заболеваемость детей 0-18 лет, в т.ч.: дети 0-14 лет дети 15-17 лет	12,5 5,1 38,9	14,3 5,9 42,5	8,8 1,5 32,5

Представленные показатели явно не отражают истинную картину распространенности АГ среди детского населения. Тем не менее цифры свидетельствуют, что распространенность АГ среди подростков в 7-8 раз выше, чем среди детей, а заболеваемость превышает в 4-6 раз.

Состояние дел требует проведения неотложных мер по совершенствованию организации медицинского обеспечения юных пациентов, страдающих АГ.

Для решения поставленных задач в области разработана и принята в виде Закона Калужской области областная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии», основу которой составили профилактические мероприятия.

Одна из важнейших задач первого этапа Программы - выявление пациентов с АГ. С этой целью проводится обязательное скрининговое обследование детей с 7-летнего возраста (измерение артериального давления (А/Д)) при проведении ежегодных профилактически осмотров, измерение А/Д всем детям с 3-летнего возраста в стационарных условиях, измерение А/Д по показаниям детям с первых минут их жизни.

Одним из основных разделов Программы является организация работы по профилактике АГ, включая широкую просветительскую работу по пропаганде здорового образа жизни, привлечение средств массовой информации. С этой целью специалистами департамента были разработаны и изданы брошюры для медицинских работников и населения по профилактике, диагностике и лечению АГ, подготовлены к печати и публикуются в «Калужской медицинской газете» в разделе «Конспект практического врача» материалы по вопросам, касающимся АГ, изданы карманные календари на 2004 г. с информацией о необходимости регулярного измерения А/Д, плакат по АГ.

Снят видеофильм, который наряду с циклом телепередач «Уроки Гиппократы», «Ваше здоровье» (где освещают медицинские вопросы, в т.ч. проблемы АГ) транслируется по местному телевидению. Для распространения медицинских знаний среди широких масс населения регулярно публикуются тематические статьи в средствах массовой информации, организуются выступления по радио.

Диагностика, квалифицированное лечение АГ, ее осложнений невозможны без ознакомления врачей и средних медицинских работников с данными современной науки. Поэтому в Программу включено проведение межрайонных «кустовых» семинаров, организуемых силами главных штатных и нештатных специалистов департамента. Идет процесс организации «Школ АГ» в каждом районе, в специализированных больницах областного центра, создаются кабинеты доврачебного контроля в каждом ЛПУ.

Организуются дни «открытых дверей» в поликлиниках, аптеках, где любой пациент может проконтролировать уровень А/Д и получить профессиональные рекомендации. В определенной степени поворотным в отношении принятия государственных мер по проблеме профилактики АГ был выход приказа МЗ РФ от 21.01.2003 № 4 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в РФ», где стандартизованы вопросы по диагностике, профилактике, лечению, диспансеризации пациентов с АГ, вопросы техники измерения А/Д и проведения мониторинга.

В рамках его реализации в 2003 г. проведены областной семинар для педиатров «Артериальная гипертония у детей» (апрель) силами кафедры госпитальной педиатрии Смоленской государственной медицинской академии и научно-практическая конференция для врачей «Сердечно-сосудистые заболевания и сопутствующая патология. Как лечить не болезнь, а больного» (октябрь) силами профессорского коллектива Московской медицинской академии.

Сегодня мы ставим первоочередными вопросы: повышение профессионального уровня медицинских работников, внедрение статистических форм по мониторингу за больными с АГ (учетная ф № 140/у-02), пополнение базы информационно-аналитического центра департамента данными скринингового обследования А/Д, распространение знаний среди населения по вопросам АГ, пропаганда здорового образа жизни через средства медицинского просвещения и средства массовой информации.

Мы считаем, что только комплекс мероприятий, в т.ч. медицинских, позволит предотвратить значительные людские потери и экономический ущерб АГ.

УДК 616.12-008.318-053.2

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ЭКТОПИЧЕСКИМ ПРАВОПРЕДСЕРДНЫМ РИТМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА

Е.А. Цурцилина, Ю.В. Рябухин, Л.В. Козлова, В.В. Бекезин

Смоленская областная детская клиническая больница, Смоленская государственная медицинская академия

Нарушение сердечного ритма у детей в большинстве случаев обусловлено нарушением вегетативной регуляции сердца и носит функциональный характер. В структуре аритмий ведущее место занимают аритмии, обусловленные нарушением образования сердечного импульса и внутрисердечной проводимости. Миграция водителя ритма из синусового узла может быть связана как с активацией парасимпатического контура вегетативной нервной системы (ВНС), так и с недостаточностью симпатического отдела. В то же время влияние отдельных нарушений ритма на состояние центральной гемодинамики (ЦГ) изучено недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния центральной гемодинамики у детей с эктопическим правопредсердным ритмом (ЭПР) в зависимости от вегетативного статуса (исходного вегетативного тонуса (ИВТ) и вегетативной реактивности (ВР)).

Материалы и методы исследования

Обследовано 16 детей с ЭПР в возрасте 10-15 лет. Обследование включало электрокардиографию (ЭКГ), кардиоинтервалографию (КИГ), тетраполярную реокардиографию. Наряду с фоновой записью ЭКГ, проводилась проба с физической нагрузкой. У обследованных детей определяли ИВТ и ВР, параметры центральной гемодинамики, полученные при компьютерной обработке данных на диагностическом комплексе "Кардио".

Результаты и их обсуждение

Распределение детей с ЭПР в зависимости от ИВТ, ВР и ЦГ представлено на рисунке 1.

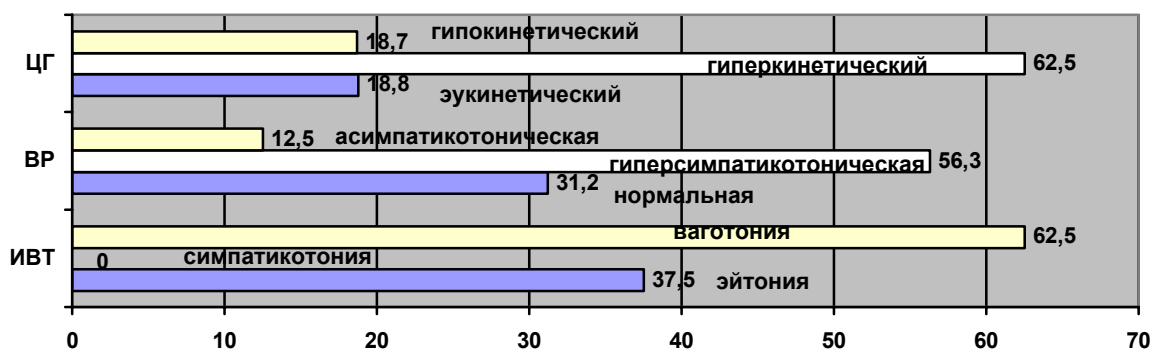


Рис. 1. Изменения вегетативного статуса у детей с ЭПР.

В структуре ИВТ у детей с ЭПР отсутствовала симпатикотония, что еще раз подтверждало снижение активности симпатического отдела ВНС и усиление парасимпатического контура регуляции – ваготония у 10 детей (62,5 %). При этом у большинства детей – 14 (87,5 %) регистрировалась нормальная или гиперсимпатикотоническая ВР.

На рисунке 1 и таблице 1 видно, что наиболее часто у детей с ЭПР среди всех изменений вегетативного статуса регистрируется гиперкинетический тип ЦГ (62,5 %),

наличие которого можно объяснить высоким удельным весом гиперсимпатикотонической вегетативной реактивности (56,3 %).

Таблица 1. Частота встречаемости различных типов ЦГ при изменениях вегетативного статуса

Параметры	Типы ЦГ абс. (%)					
	Эукинетический		Гиперкинетический		Гипокинетический	
	абс	%	абс	%	абс	%
ИВТ: Эйтония	1	6,3	4	25,0	1	6,3
Ваготония	2	12,5	6	37,5	2	12,5
ВР: Нормальная	1	6,3	4	25,0	0	0
Гиперсимпатикотоническая	2	12,5	4	25,0	3	18,7
Асимпатикотоническая	0	0	2	12,5	0	0

Результаты исследования показали отсутствие достоверных различий в параметрах ЦГ у детей с эйтонией и ваготонией. В то же время у детей с нормальной и гиперсимпатической ВР регистрировались достоверные различия параметров ЦГ. Так, у детей с нормальной ВР отмечалось увеличение ударного объема (УО), минутного объема крови (МОК) и сердечного индекса (СИ) на фоне снижения общего (ОПСС) и удельного (УПСС) периферического сопротивления сосудов (таблица 2).

Таблица 2. Показатели ЦГ у детей с ЭПР в зависимости от ИВТ и ВР

Параметры ЦГ	МОК	УО	СИ	ОПСС	УПСС
ИВТ:					
Эйтония	4,4814±0,49	58,92±5,0	3,394±0,62	1482,54±211,6	1090,24±165,9
Ваготония	4,49±0,69	49,864±4,73	3,634±0,56	1519,24±220,2	1214,64±159,6
ВР					
Нормальная	5,9934±0,75	63,194±5,33	4,454±0,75	1095,64±132,5	788,34±139,5
Гиперсимпатикотоническая	3,774±0,54	44,544±3,57	3,234±0,56	1726,64±229,7	1376,244±140,2

Заключение

Таким образом, проведенные исследования показали, что у детей с ЭПР регистрируются различные типы ЦГ в зависимости от характера изменений вегетативного статуса (вегетативной реактивности), что отражает необходимость дифференцированного подхода к коррекции выявляемых нарушений вегетативного контура регуляции сердечного ритма.

Литература

1. Беляева Л.М., Хрусталева Е.К. Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы у детей.- Минск, 2000.-208 с.
2. Бурлацкая Л.В., Абушкевич В.Г. Зависимость функциональных аритмий сердца у детей школьного возраста от вегетативного статуса, типа личности и уровня тревожности // Тезисы Всероссийского конгресса «Детская кардиология 2002».-М., 2002.-С.35-36.
3. Основы кардиологии детского возраста: /Справочник / Под ред. Р.Э. Мазо.-Минск,1991.-383 с.
4. Тамбовцева В.И. Функциональные изменения и аритмии сердца у детей.-М., 1998.-116 с.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 615.214.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НООГЛЮТИЛА И НООПЕПТА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ ЖИВОТНЫХ

Л.А. Ковалева, В.Е. Новиков.

Смоленская государственная медицинская академия

Травматизм - болезнь, сопровождающая человечество на протяжении всей его истории. В структуре травм наиболее драматичной является черепно-мозговая травма (ЧМТ). Летальность при тяжелой ЧМТ доходит до 80% [4,8,9]. Социальное значение ЧМТ обусловлено также преимущественно молодым возрастом пострадавших, частой, нередко длительной временной утратой трудоспособности, значительным экономическим ущербом [6]. Остро встает проблема ЧМТ у детей грудного и раннего возраста. Сложными и до конца не решенными остаются вопросы фармакотерапии ЧМТ [2,4,7].

Большие надежды в плане ликвидации последствий перенесенной ЧМТ возлагают на ноотропы, отмечая их высокую эффективность в нормализации энергетического обмена и повышении толерантности мозга к действию повреждающих факторов [1,3,5].

Целью настоящей работы явилось изучение влияния новых (синтезированных в НИИ фармакологии РАМН РФ) ноотропных веществ - нооглютила (N-5-(оксиникотиноил)-L-глутаминовая кислота) и ноопепта (дипептидный аналог пирацетама) - на окислительное фосфорилирование в митохондриях мозга половозрелых крыс в острый период черепно-мозговой травмы (ЧМТ). В качестве препарата сравнения взят известный ноотропный препарат пирацетам.

Материалы и методы исследования

Эксперименты выполнены на белых крысах линии Вистар обоего пола. Возраст крыс - 1 месяц, масса 40-60 г. Черепно-мозговую травму моделировали путем уколов иглой в мозговую ткань. Операцию проводили под эфирным наркозом. Все вещества вводили животным внутривенно за 30 мин до нанесения травмы (ноопепт - за 15 мин) и затем за 30 мин до забоя. Забой животных осуществляли путем декапитации через сутки после травмы.

Состояние окислительного фосфорилирования в митохондриях мозга определяли полярографически. По данным полярограммы рассчитывали: скорости дыхания митохондрий в различных метаболических состояниях (V_0 , V_3 , V_4), скорость разобщенного дыхания ($V_{днф}$) - в нано г-атомах кислорода /мин/мг белка; коэффициент АДФ/О; скорость фосфорилирования добавки АДФ (АДФ/t) - в наномолях АДФ/мин/мг белка. Скорости дыхания, фосфорилирования выражали в расчете на белок, который определяли по методу O.H.Lowry et al. [10].

Результаты и их обсуждение

Результаты этих исследований представлены в таблице. Через сутки после ЧМТ происходило резкое угнетение всех скоростей окисления в митохондриях. Так, начальная скорость окисления субстрата (V_0) снижалась на 29%, скорость фосфорилирующего окисления (V_3) - на 37%, скорость окисления после фосфорилирования (V_4) и разобщенного окисления ($V_{днф}$) - соответственно на 20% и 39,4% в сравнении с контролем. Отмечалось снижение образования АТФ в единицу времени (АТФ/t) на 18%.

Таблица. Влияние ноотропов на функцию митохондрий мозга месячных крыс через 1 сутки после черепно-мозговой травмы

Группа животных	Стат. Показ	V ₀	V ₃	V ₄	V _{днф}	АДФ/О	АДФ/t
Контроль, (n=10)	M +m	28,58 0,83	76,77 2,59	24,36 0,93	84,89 2,57	3,19 0,16	320,51 3,78
Травма 1 сут. (n=10)	M +m P	20,21 0,78 <0,001	48,28 2,39 <0,001	19,52 0,79 <0,001	51,40 2,92 <0,001	3,10 0,20 >0,05	148,30 11,28 <0,001
Нооглютил 25 мг/кг +травма (n=8)	M +m P P ₁	25,61 1,51 >0,05 <0,01	70,23 3,61 >0,05 <0,001	26,81 0,99 >0,05 <0,001	92,08 4,48 >0,05 <0,001	2,91 0,09 >0,05 >0,05	204,04 12,42 <0,05 <0,01
Пирацетам 1000 мг/кг +травма (n=8)	M +m P P ₁	23,88 0,54 <0,001 <0,05	61,03 2,98 <0,01 <0,01	28,28 1,02 <0,05 <0,001	86,28 5,19 >0,05 <0,001	2,71 0,08 <0,05 >0,05	173,28 11,01 <0,001 >0,05
Ноопепт 0,5 мг/кг +травма (n=8)	M +m P P ₁	22,33 1,01 <0,001 >0,05	54,24 3,23 <0,001 >0,05	23,18 1,08 >0,05 <0,02	72,50 5,12 <0,05 <0,01	2,55 0,09 <0,01 <0,05	139,47 8,43 <0,001 >0,05

Примечание: достоверность различий: P- с контролем, P₁- с травмой

Под влиянием ноотропов функция митохондрий мозга неполовозрелых крыс спустя 1 сутки после травмы нарушалась в меньшей степени, чем без лечения. Влияние изучаемых препаратов на процессы окисления и фосфорилирования в митохондриях было неодинаковым. Выраженное положительное действие на функцию митохондрий оказало новое производное глутаминовой кислоты - нооглютил. На фоне его действия достоверно повышались все скорости окисления: начальная скорость окисления (V₀) возросла на 21%, скорости фосфорилирующего (V₃) и разобщенного (V_{днф}) окисления возросли соответственно на 31,3% и 44,2% по сравнению с соответствующими показателями при травме без лечения. Возросла фосфорилирующая способность митохондрий. Приблизилась к нижним границам нормы скорость образования АТФ в единицу времени (АДФ/t). При введении пирацетама скорости дыхания митохондрий в различных метаболических состояниях (V₀, V₃, V₄, V_{днф}) тоже повышались относительно цифр, регистрируемых при травме. Отмечалась тенденция к увеличению скорости синтеза АТФ в единицу времени (АДФ/t, на 14%). На фоне введения ноопепта наблюдалось повышение скорости окисления после фосфорилирования добавки АДФ (V₄) и скорости разобщенного окисления (V_{днф}). Однако скорость фосфорилирующего окисления и все показатели сопряжения при этом оставались низкими.

Заключение

Таким образом, по эффективности положительного влияния на процессы окислительного фосфорилирования митохондрий в посттравматическом периоде нооглютил превосходит известный ноотропный препарат пирацетам. Ноопепт проявил слабый эффект на работу митохондрий мозга в острый период ЧМТ.

Литература

1. Борисюк Б.Б., Кресюн В.И. // Фармакология ноотропов: (Экспер. и клин. изучение): Сб. научных трудов / Под ред. А.В.Вальдмана.-М., 1989.-С.91-98.
2. Виноградов В.М., Криворучко Б.И. Фармакологическая защита головного мозга от гипоксии // Психофармакол. и биол. наркологию.-2001.- №1.- С.27-37.
3. Воронина Т.А. Новые направления поиска ноотропных препаратов // Вестник Рос. АМН. -1998.- №11.- С.16-21.

4. Качков И.А., Амчславский В.Г., Филимонов Б.А. Алгоритм лечения тяжелой ЧМТ в остром периоде // *Consilium Medicum*. - 1999. - Т.1. - №2. - С.87-98.
5. Ковалев Г.В. Ноотропные средства. - Волгоград. - 1990. - 368 с.
6. Назаров И.П. Тяжелая ЧМТ как экстремальное состояние организма // *Вестник интенсивной терапии*. - Ч.2. - 2001. - №1. - С.25-30.
7. Яснецов В.В., Новиков В.Е. Фармакотерапия отека головного мозга. - М.:ВИНИТИ, 1994. - 176 с.
8. Ghajar, Jamshid. Traumatic brain injury. // *Lancet*. - 2000. - Vol.356, №9233. - P.923-929.
9. Jastremski, Connie A. Head injuries. // *R.N.* - 1998. - Vol.61. - №12. - P.40-44.
10. Lowry O.H., Rosenbrough N.J., Farr A.L., Randall R.J. // *J. Biol.Chem.* - 1951. - Vol.193. - P.265-275

УДК 611.137.71:612.65

КЛИНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПУПОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Л.В. Тихонова, В.В. Обухов, А.С. Аносова.

Смоленская государственная медицинская академия

Дано топографо-анатомическое обоснование возможности катетеризации пупочных артерий в различные возрастные периоды онтогенеза и дан клинический аспект полученных данных.

Известно, что внутривенные инфузии лекарственных препаратов во многом уступают место регионарным внутриартериальным инфузиям, основное назначение которых – подведение лекарственных жидкостей непосредственно в ткани пораженного органа. Это позволяет уменьшить ишемические расстройства, нормализовать микроциркуляцию и метаболические процессы, ликвидировать трофические расстройства, осуществить детоксикацию, уменьшить воспалительные явления, отек, ограничить деструктивный процесс в тканях. К одной из разновидностей регионарных инфузий относится метод трансумбиликальной катетеризации аорты, впервые выполненный Ю.А. Тихоновым и В.Г. Акоюном в 1969 году у новорожденных. Им же удалось осуществить инфузии лекарственных препаратов в артериальную систему через реканализированную пупочную артерию у детей трехлетнего возраста. Катетеризация пупочной артерии в более поздних возрастных группах не проводилась, хотя предпосылки для проведения подобного вмешательства существуют давно. Комплексные морфологические исследования онтогенетических преобразований пупочных артерий во внеутробном периоде убедительно показывают, что и в старших возрастных группах облитерированная пупочная артерия сохраняет узкий просвет (1; 4; 5). Интерес к возможности катетеризации пупочной артерии объясняется тем, что через ее просвет можно проникнуть в бассейн внутренней подвздошной артерии и регионарным введением лекарственных препаратов решить ряд проблем, связанных с профилактикой инфекционных осложнений при оперативных вмешательствах на органах малого таза и промежности.

Целью работы была разработка способа трансумбиликальной катетеризации внутренней подвздошной артерии у детей старших возрастных групп на основе углубленного изучения топографо-анатомических особенностей пупочной артерии.

Материалы и методы исследования

Хирургическую анатомию пупочных сосудов изучали из внебрюшинных разрезов и лапаротомных доступов к органам брюшной полости и малого таза. Исследованиям подвергли нефиксированные трупы обоего пола разных возрастов. Распределение по возрастам велось в соответствии с возрастной периодизацией онтогенеза человека. Проводили послойную препаровку, зарисовку и фотографирование топографо-анатомических деталей, измеряли общую длину пупочной артерии и величину отдела, имеющего просвет. Толщину стенки и диаметр просвета пупочной артерии измеряли на окрашенных поперечных срезах окуляр - микрометром МОВ-1-1,5^x. Для микроскопического исследования забирали сегменты пупочной артерии. Срезы толщиной 5-7 микрон окрашивали традиционными методиками.

Результаты и их обсуждение

Исследованиями установлено, что в период новорожденности длина проходимого отдела пупочной артерии составляет в среднем $6,30 \pm 0,12$ см, в грудном возрасте – $11,25 \pm 1,06$ см, в период раннего детства – $12,44 \pm 0,19$ см, первого детства – 14,0 см, второго детства – $13,53 \pm 1,13$ см, в подростковом возрасте – 15,2 см.

Отношение длины части пупочной артерии с сохраненным просветом к общей длине артерий (коэффициент проходимости) в период новорожденности равно 0,99. К зрелому возрасту это соотношение уменьшается до 0,51. Просвет пупочной артерии человека в постнатальном периоде может иметь разнообразную форму: овальную, треугольную, звездчатую, щелевидную.

Стенка начального отдела пупочной артерии по своей структуре напоминает стенку артерии мышечно-эластического типа. Во всех возрастных группах постнатального развития средняя толщина стенки пупочной артерии в направлении к концевому отделу уменьшается: в периоде новорожденности – с $0,70 \pm 0,02$ до $0,62 \pm 0,02$ мм, в грудном – с $0,71 \pm 0,04$ до $0,58 \pm 0,08$ мм, первого детства – с 0,63 мм до 0,56 мм, второго детства – с $0,55 \pm 0,03$ до $0,27 \pm 0,08$ мм. Четкой зависимости в изменении толщины отдельных оболочек стенки пупочной артерии от возраста не прослеживается. В хирургическом аспекте в пупочной артерии удобно выделять два отдела: тазовый, включающий ее начальный и средний отделы, и брюшной, идущий в толще передней брюшной стенки и обозначаемый морфологами как концевой отдел. Целесообразность подобного деления определяется особенностями оперативных доступов, а также общностью расположения и строения начального и среднего отделов. Расположение под внутренним краем прямой мышцы живота, относительно неглубокое залегание обосновывают возможность выделения пупочной артерии из внебрюшинных доступов на передней брюшной стенке вблизи белой линии живота. Оперативные доступы разработаны, исходя из требований ее катетеризации. К тазовому отделу пупочной артерии возможны внебрюшинные и чрезбрюшинные оперативные доступы. При внебрюшинном подходе можно воспользоваться разрезом по А.П. Цулукидзе, из лапаротомного доступа – из нижнего срединного разреза. Оперативным доступом к брюшному отделу пупочной артерии может служить любой из внебрюшинных доступов к мочевому пузырю: надлобковый срединный, поперечный, дугообразный, парамедианный, параректальный, клюшкообразный, якоревидный. Выделению пупочных артерий может помочь наполнение мочевого пузыря, так как в этом случае артерии плотно прилежат к его передней стенке, формируя боковые грани треугольника с верхушкой у пупка.

Бужирование с целью восстановления просвета и катетеризацию пупочной артерии можно провести со стороны ее тазового или брюшного отделов. Хорошие результаты получаются при постоянном введении жидкости под давлением во время бужирования в пупочную артерию с помощью системы для переливания жидкостей. Бужирование начинают с бужа малого диаметра, затем, постепенно увеличивая калибр бужа, переходят на буж со сквозным каналом.

Морфологические и экспериментальные исследования на детских трупах доказали возможность технически осуществить катетеризацию пупочной артерии, в случае необходимости после предварительного бужирования. Результаты исследования стали основой для разработки способа катетеризации внутренней подвздошной артерии через медиальную пупочную связку (А. С. №1779335). Значение предлагаемого способа трансумбиликальной артериальной катетеризации определяется тем, что используемая в настоящее время техника катетеризации внутренней подвздошной артерии сложна и травматична (2; 3; 6), может вызвать нарушение кровоснабжения мочевого пузыря, прямой кишки, матки, яичников с яйцеводами, влагалища, предстательной железы, семявыносящего протока, семенных пузырьков, мочеиспускательного канала, мужского полового члена, женских и мужских пищеварительных органов.

Заключение

Результаты работы открывают перспективы использования пупочной артерии в эндоваскулярной чрекатетерной терапии для регионарных инфузий при патологических процессах органов бассейна внутренней подвздошной артерии и оперативных вмешательствах на них.

Литература

1. Букин Ю.В. О вариантах пупочных сосудов. //Арх. Пат. - 1965;12: 22-27
2. Гранов А.М., Анисимов В.Н., Гринвальд В.Д. Перевязка и длительная катетеризация внутренней подвздошной артерии при кровоточащем раке мочевого пузыря. //Вопр. Онкол. - 1985; 2: 54-58.
3. Дроздовский Б.Я., Гришин Г.Н., Дунчик В.Н. Эмболизация внутренних подвздошных артерий при кровоточащих опухолях мочевого пузыря. //Урол. и нефрол. - 1984; 4: 33-36.
4. Кирьякулов Г.С. Прикладная анатомия пупочных артерий. //Вопросы морфологии: Труды Донецкого гос. мед. и-та, 1961; (20) : 21-25.
5. Кирьякулов Г.С. Микроскопическое строение пупочных артерий на различных этапах ante- и постнатального развития. Мат 6-ой науч. конф. по вопросам возрастной морфологии, физиологии и биохимии. -М. 1963; 78-79.
6. Шапкин В.С., Москвичев В.Г., Эсауленко В.П. Рентгеноэндоваскулярная окклюзия как метод гемостаза при травме живота. //Вестн. Хир., 1987; 3: 85-88.

УДК 611.621:612.65

ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНЫЙ СПОСОБ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Л.В. Тихонова, С.В. Гаевский.

Смоленская государственная медицинская академия

Дано топографо-анатомическое обоснование возможности катетеризации мочевого протока в различные возрастные периоды онтогенеза. Разработаны доступы, методика трансумбиликального способа катетеризации мочевого пузыря и даны рекомендации к использованию предлагаемого способа катетеризации в клинике.

Морфологическими исследованиями мочевого протока в постнатальном периоде установлено, что подвергнувшийся редукции урахус в большинстве случаев сохраняет просвет в виде одного или нескольких узких каналов (1; 5). В настоящее время в урологии назрела острая необходимость в разработке способов микроцистостомии (2) и бездренажных свищей мочевого пузыря (3) с целью декомпрессии мочевых путей при различных оперативных вмешательствах на них и использовании бужированного урахуса для нужд пластической урологии.

Целью работы была разработка способа трансумбиликальной катетеризации мочевого пузыря у детей старших возрастных групп на основе углубленного изучения топографо-анатомических особенностей мочевого протока в постнатальном периоде.

Материалы и методы исследования

Хирургическую анатомию мочевого протока изучали на нефиксированных детских трупах обоего пола разных возрастов из внебрюшинных разрезов и лапаротомных доступов к органам брюшной полости и малого таза. Распределение по возрастам велось в соответствии с возрастной периодизацией онтогенеза человека. Проводили послойную препаровку, зарисовку и фотографирование топографо-анатомических деталей, измеряли общую длину урахуса. Толщину стенки и диаметр урахуса измеряли на окрашенных поперечных срезах окуляр - микрометром МОВ-1-1,5^х. Для микроскопического исследования забирали сегменты мочевого протока. Срезы толщиной 5-7 микрон окрашивали традиционными методиками.

Результаты и их обсуждение

Исследованиями подтверждены известные данные, что в толще передней брюшной стенки проходит облитерированное эмбриональное образование – мочевой проток, во внеутробном периоде преобразующийся в срединную пупочную связку. Мочевой проток располагается в толще висцеральной клетчатки мочевого пузыря позади предпузырной фасции, впереди от париетальной брюшины. В урахусе выделяют три отдела: верхняя, средняя и нижняя трети.

Нами установлено, что в период новорожденности при длине 5-8 см урахус относительно толст с поперечным сечением от 2,2 до 3,1 мм во всех отделах. С возрастом соотношение показателей поперечных сечений в разных отделах меняется: прослеживается тенденция к истончению урахуса в средней трети. Начиная с грудного возраста, наибольший диаметр поперечного сечения урахус имеет в верхней и нижней третях – от 2,0 до 2,5 мм, в средней - не превышает 1,2 мм. В этом отделе просвет урахуса, как правило облитерируется полностью, а к периоду раннего детства весь мочевой проток приобретает вид плотного соединительно-тканного тяжа. Истончение срединной пупочной связки в средней трети, возможно, связано с возрастным опусканием верхушки мочевого пузыря, при котором урахус вытягивается между двумя, фиксирующими мочевой проток точками: пупком и верхушкой мочевого пузыря. Толщина срединной пупочной связки не коррелировала с диаметром и

наличием просвета. Были случаи, когда при значительной толщине связки просвет в ней отсутствовал. Мы не обнаружили просвета в верхней трети связки во всех случаях наблюдения, в 4-х случаях просвет был сохранен в средней трети, в 16 – в нижней трети. Диаметр просвета колебался от 0,5 до 1,0 мм, реже просвет можно было выявить только на поперечных гистологических срезах.

Таким образом, исследования показали, что в постнатальном периоде развития человека наиболее целесообразны хирургические вмешательства в нижней трети мочевого протока. Среди всех отделов срединной пупочной связки именно нижняя треть ее чаще всего имеет просвет и иногда сообщается с полостью мочевого пузыря. Полученные нами данные согласуются с результатами исследований других авторов (1;5). Однако, если по данным Р.П. Тасиц (4) просвет обнаруживается в 70% наблюдений у детей, то по нашим данным - не свыше 26%. Некоторая несогласованность в полученных результатах объясняется тем, что мы учитывали просветы урахусов только с магистральным типом строения, ибо в хирургическом аспекте рассыпной тип не представляет интереса.

Нижнюю треть урахуса удобно выделять из нижнего срединного доступа без вскрытия брюшины при наполненном мочевом пузыре. Положительные стороны данного доступа – возможность дифференцировать между собой срединную и медиальные пупочные связки и осуществить контроль за хирургическими манипуляциями на мочевом протоке. Строго по средней линии живота делается разрез кожи, который начинают от середины расстояния между пупком и симфизом и продолжают вниз до лонного соединения. Рассекают подкожную клетчатку, апоневроз белой линии живота, поперечную фасцию. Далее освобождают предпузырную фасцию от предпузырной клетчатки. Переходную складку брюшины тупо отслаивают вверх. На передней поверхности стенки мочевого пузыря под предпузырной фасцией располагается мочевой проток в виде плотного белесоватого тяжа.

С учетом топографо-анатомических особенностей срединной пупочной связки нами разработан новый способ трансумбиликальной цистостомии с использованием бужированного мочевого протока («Способ цистостомии» А.С. (СССР) № 1258388). Суть способа заключается в следующем. Из нижнего срединного доступа, по методике, описанной выше, подходят к мочевому протоку. Предпузырную фасцию в пределах раны продольно рассекают, осторожно тупо из висцеральной клетчатки мочевого пузыря выделяют мочевой проток и берут его на две лигатуры. Периферическую лигатуру перевязывают и используют ее в качестве держалки. Между лигатурами надсекают стенку мочевого протока до появления эпителиальной выстилки. Край надреза захватывают кровоостанавливающими зажимами типа «Москит» и приподнимают его. В образовавшееся отверстие вводится мочеточниковый катетер с мандреном (или буж для предварительного бужирования), который легким поступательным движением проводится в мочевой пузырь. Из катетера удаляется мандрен, и из мочевого пузыря начинает выделяться моча. Когда для реканализации используется буж, его после манипуляции удаляют, и в просвет мочевого протока вводится катетер. Катетер фиксируется в просвете мочевого пузыря второй лигатурой и выводится на переднюю брюшную стенку. Рану послойно ушивают.

Заключение

Таким образом, проведенные исследования показали, что во внеутробном периоде урахус в нижней трети легко подвергается бужированию и последующей катетеризации. Доступом, пригодным для выделения урахуса, является срединный разрез передней брюшной стенки без вскрытия париетальной брюшины, идущий от середины расстояния между пупком и лонным соединением вниз на 5-7 см. Трансумбиликальная катетеризация мочевого пузыря может занять определенное место

в арсенале способов отведения мочи с диагностической и лечебной целями, для регионарных лечебных инстилляций в полость мочевого пузыря при различных патологических процессах. Преимущество способа состоит в том, что при нем лекарственные вещества покидают мочевой пузырь естественным путем, орошая стенки мочеиспускательного канала, что особенно важно для воздействия на инфекцию, избравшей местом обитания мочеиспускательный канал.

Литература

1. Бабаян А.Б. Урахус и его заболевания. - Ташкент: Медицина, 1965; 93с.
2. Куш Н.Л., Маскаленко В.З., Мальцев В.Н. Декомпрессия мочевых путей при пластических операциях на мочеточниках у детей. //Вестн. Хир., 1984; 2:78-82.
3. Литвиенко А.Г. Бездренажный свищ мочевого пузыря. //Вопр. Онкол., 1968; 10: 107-108.
4. Тасиц Р.П. Случай полного пузырно-пупочного свища. //Клин. хир. - 1963; 6: 69-71.
5. Begg R.C. The urachus and umbilical fistula. //Surg.Gynec.a.Obstet. - 1927; (45): 165-178.

НЕВРОЛОГИЯ, ПСИХОЛОГИЯ И ЛОГОПЕДИЯ

УДК 616-053.2

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПЕДАГОГОВ И СЕМЬИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ РЕБЕНКА

В.В. Костикова

Областной центр диагностики и консультирования

С первого дня жизни родители ведут растущего человека по пути развития его духовных и физических сил к духовной и физической зрелости. В семье закладывается фундамент общечеловеческих и культурных ценностей формирующейся личности.

Появление нового члена семьи – это радостное событие для всех окружающих его людей. С рождением малыша родители устремляют свой взор в будущее. У каждого отца или матери живет образ так называемого "идеального ребенка", и невольно, взрослые стараются подвести своего реального ребенка под этот идеал. Вот здесь и ожидает первое разочарование, когда оказывается, что, несмотря на все усилия, старания, свой собственный ребенок никак не хочет отвечать образу "идеального ребенка". Противоречие между ожиданиями родителей и невозможностью реализации возлагаемых надежд на ребенка со стороны последнего, как правило, создается в семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Рождение такого ребенка является испытанием для всех членов семьи и сопряжено с ярко выраженными эмоциональными переживаниями не только родителей, но и близких родственников. Появление ребенка с отклонениями в развитии в огромной степени изменяет их жизнь. Чувство оптимизма постепенно вытесняется чувством досады, сожаления, озлобления и жертвенности.

Очень часто родители во время первой встречи говорят о том, что ребенок должен знать, уметь выполнять, постоянно сравнивая своего ребенка (его знания, умения, навыки, поведенческие реакции, эмоционально-волевые проявления и пр.) с возрастными нормами или с достижениями других детей. Поэтому помощь такой семье, прежде всего, будет заключаться в получении родителями объективной информации об особенностях ребенка. Специалисты, наблюдающие за ребенком, объясняют родителям, что не следует сравнивать умения своего ребенка с навыками других детей. Возможно сопоставление лишь с тем, что мог ребенок выполнить ранее. Рассматривая отношение к ребенку со стороны родителей, С.Л. Соловейчик указывал, что материнское отношение: «Я принимаю тебя (люблю) за то, что ты есть», а отцовское отношение: «Я принимаю (люблю) за то, каков ты». [2] В связи с этим родителей, прежде всего, нужно научить любить своего ребенка с ограниченными возможностями здоровья, а значит, научить принимать его таким, какой он есть.

Взаимодействие педагогов с родителями – это сложно организованный процесс, целью которого является привлечение семьи к решению проблем ребенка. Деятельность педагогов Центра диагностики и консультирования в этом аспекте направлена на реализацию следующих задач:

оказать квалифицированную поддержку родителям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья;

помочь близким взрослым создать комфортную для развивающейся личности ребенка семейную среду;

формировать адекватные взаимоотношения между взрослыми и их детьми;

создать условия для активного участия родителей в воспитании, обучении, развитии ребенка.

Сотрудничество с семьями воспитанников строится с учетом ряда принципов: комплексного подхода к организации коррекционно-педагогического процесса,

принципа единства диагностики и коррекционно-педагогического процесса, принципа сотрудничества между родителями и специалистами, родителями и детьми, принцип решения задачи через интерес (Мишина Г.А., 2001)[1].

Педагоги и родители, пытаясь совместно найти наиболее эффективные способы решения этой проблемы, определяют содержание и формы организации коррекционно-педагогического процесса с детьми, имеющими особые образовательные потребности. Выбор формы сотрудничества определяется уровнем мотивации родителей, пониманием ими важности и необходимости коррекционной работы с детьми, принятием и продуктивным использованием психолого-педагогических и медицинских рекомендаций. Степень мотивации родителей, с которыми приходится работать педагогам Центра диагностики и консультирования, различна. Большинство родителей наших воспитанников - с низким уровнем мотивации. Это семьи с неблагоприятным психологическим климатом, с низким культурно - образовательным уровнем, недостаточно материально обеспеченные. Многие родители злоупотребляют алкоголем. Некоторые родители адекватно воспринимают состояние своего ребенка, не отрицают необходимость взаимодействия с педагогами, соглашаются с их доводами, но мотивируют свою пассивность недостатком времени. Следующая категория родителей, которые не понимают необходимость совместной коррекционной работы. Также встречаются родители, которые нацелены на объединение своих усилий и усилий педагогов в интересах ребенка.

Самыми продуктивными формами работы с родителями, имеющими низкий уровень мотивации, являются индивидуальное консультирование и беседа лично – ориентированного характера. Индивидуальное консультирование проводится в два этапа. При первой встрече с родителями каждый из педагогов стремится создать доверительные, откровенные отношения с родителями, отрицающими возможность и необходимость сотрудничества. На этом этапе общения с родителями ни в коем случае нельзя критиковать их действия, сомневаться в их педагогической компетентности, так как неодобрение действий родителей может спровоцировать у них сильные защитные реакции, что и закроет путь для откровенного обсуждения всех сторон проблемы их ребенка. Очень важно в ходе встречи обратить внимание на позицию матери по отношению к ребенку и особенностям его развития (Солнцева Л.И. Хорош С.М., 1983), на реакции родителей, вызванные действиями их ребенка.

Второй этап индивидуального консультирования, индивидуальной беседы – по итогам всестороннего обследования ребенка. На этом этапе преследуются несколько целей:

- подробное обсуждение общего состояния психического развития ребенка, характер, степень и причины выявленных трудностей;
- разъяснение конкретных мер помощи ребенку с учетом структуры его дефекта и объяснение необходимости участия родителей в общей системе коррекционной работы;
- обсуждение хода динамики продвижения ребенка в условиях всестороннего коррекционного воздействия.

Методически оправданное каждое утверждение о несостоятельности ребенка в том или ином виде психической деятельности педагог подкрепляет конкретными фактами демонстрационного характера, ярко отражающими особенности нарушений развития ребенка. Индивидуальное консультирование не теряет своей значимости на протяжении всего пребывания ребенка в Центре диагностики и консультирования, только меняются задачи и формы индивидуального воздействия в ходе консультирования.

Основные задачи:

- формирование у родителей " воспитательной компетентности" через расширение круга их дефектологических знаний и представлений;
- привлечение родителей к конкретным коррекционным мероприятиям с их собственным ребенком в качестве активных участников коррекционного процесса.

Первое время родители не всегда способны воспринимать объяснения педагога. Поэтому от них требуется лишь репродуктивное выполнение домашних заданий. В этот период включения в коррекционно- образовательный процесс родители копируют действия специалиста и их последовательность. Постепенно осознавая необходимость сотрудничества с педагогами, родители более ответственно относятся к выполнению заданий, предлагаемых специалистами, учатся наблюдать за своими детьми в различных ситуациях и рассказывать об этом педагогам, помогая последним вносить некоторые корректировки в индивидуальные программы развития. Поэтому основная форма работы с родителями – консультативно – рекомендательная. Она включает:

- совместное обсуждение с родителями хода результатов коррекционной работы;
- анализ причин незначительного продвижения в развитии отдельных сторон психической деятельности, совместная выработка рекомендаций по преодолению негативных тенденций в развитии ребенка.

Также специалисты проводят индивидуальные практикумы, на которых родители получают знания, умения и навыки по формированию тех или иных навыков у ребенка. Уже обычным является систематическое проведение открытых занятий воспитателя, учителя-дефектолога (фронтальных, подгрупповых, индивидуальных), уроков учителя в коррекционно-диагностических классах, на которые приглашаются родители обучающихся.

Учитывая специфику коррекционно-образовательного процесса в нашем учреждении, индивидуальные формы работы с родителями являются наиболее перспективными и эффективными. Несмотря на это, педагоги активно внедряют в свою деятельность и групповые формы сотрудничества:

- тематические консультации (причины отставания ребенка в развитии, эмоциональное развитие детей, нарушения поведения и возможности его коррекции и т. д.);
- семинары-практикумы (проблемы развития речи и некоторые рекомендации в помощь родителям, профилактика детских неврозов, значение артикуляционной гимнастики в коррекции звукопроизношения и т. д.);
- групповые собрания с демонстрацией видеосюжетов занятий с детьми.

Использование вышеназванных форм работы позволяет специалистам обучать родителей элементарным приемам дефектологической практики с целью повышения их компетентности при оказании действенной помощи детям.

Педагоги Центра диагностики и консультирования всегда помнят о том, что родители являются самыми заинтересованными участниками коррекционно-педагогического процесса. Его успешный результат будет зависеть от многих причин, и не в последнюю очередь от того, насколько правильно будут построены отношения между специалистами и родителями.

Литература

1. Г.А. Мишина. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития // Дефектология. – 2001. - № 1.
2. С.Л.Соловейчик. Педагогика для всех. – М.,1989.

УДК 616.89-008.434-053.2

АКТУАЛЬНОСТЬ СОТРУДНИЧЕСТВА ЛОГОПЕДА И ВРАЧА

Е. И. Терещенко

МОУ СОШ № 31, г. Смоленск

В статье освещены проблемы логопедической патологии, встречаемой среди детей дошкольного и школьного возраста, и их актуальность.

В настоящее время значительно возросло количество детей, нуждающихся в логопедической коррекции.

Каждый третий будущий первоклассник посещает логопедическую группу детского сада, каждый четвёртый школьник – логопункт. Год от года число логопатов возрастает; расширяется структура и тяжесть дефектов, затрагивающих не только устную, но и письменную речь. Проблема приобретает острый характер.

Отрадно, что педиатры заботятся о соматическом, физическом здоровье подрастающего поколения, но речь играет особую роль в жизни человека. Именно наличие членораздельной речи отличает нас от животного мира, делает человека социальным существом. Наличие же речевых дефектов осложняет жизнь человека, обедняет его, разрушает психику, порождает комплексы.

То, что в раннем дошкольном возрасте кажется «милым лепетом», оборачивается большой бедой в школьном. Своевременно не выявленные и не скорректированные речевые дефекты мешают усвоению школьной программы.

Таким образом, перед школьными логопедами стоит задача нивелирования и устранения сложных¹ речевых нарушений.

В этой статье хотелось бы отвлечься от разбора чисто логопедических проблем и рассмотреть работу логопеда в несколько необычном ракурсе.

Логопедия тесно связана с рядом смежных наук: педагогикой, дефектологией, биологией, генетикой, лингвистикой, и, конечно же, медициной.

Именно взаимоотношения «врач - логопед» и будут предметом разговора. Работая не первый десяток лет практикующим логопедом, я пришла к выводу о необходимости теснейшего сотрудничества как с участковыми педиатрами, так и с детскими невропатологами, ЛОР, ортодонтами, фонетрамами.

Надо исходить из положения, что все речевые дефекты, от заикания до ФФН, имеют в основе «медицинские корни», будь то ММД, гидроцефалия или другие органические заболевания.

Родители в большинстве случаев небрежно и безответственно относятся к речи своего ребёнка. Они замечают лишь грубые, очевидные дефекты произношения, не зная, что это – вершина айсберга проблемы.

До 90 % родителей не могут указать причину пребывания ребёнка в логопедической группе или на школьном логопункте.

Ещё более тревожно, что занятия с логопедами не являются обязательными, не подлежащими обсуждению, а всецело зависят от желания родителей.

По собственному опыту знаю, что нередко родители, не понимая тяжести положения, предпочитают спортивные секции занятиям с логопедом.

Мы ждём помощи от врачей и в разъяснительной работе, так как процент доверия к медикам высок.

Логопеды детских садов и школ ведут большую профилактическую и разъяснительную работу среди родителей, но к моменту зачисления в школу

¹ Сложные – т.к. устные речевые дефекты, не устранённые до поступления в школу, препятствуют усвоению письменной речи.

нескорректированный речевой дефект зачастую «закрепляется», не давая возможности подготовиться к восприятию письменной речи.

Но ведь профилактику речевых нарушений можно и нужно начинать буквально со дня появления ребёнка!!!

Именно участковый педиатр первым сталкивается с симптомами поражения речи; первый может и должен забить тревогу о неблагополучии в речевом развитии; на первом же приёме объяснить матери значение речи в жизни человека, рассказать о необходимости уделять особое внимание предречевому и раннему речевому развитию и чётко фиксировать все эти этапы в медицинской карте.

Эти объективные данные могут оказать в будущем неоценимую услугу при коррекции дефектов речи.¹

Задачей участкового педиатра является своевременное направление ребёнка к узким специалистам при выявлении малейшей речевой задержки.

Наиболее серьёзные речевые нарушения имеют в основе своей поражение различных отделов головного мозга, поэтому роль невропатолога в решении проблемы огромна.

Логопед не имеет права работать над серьёзным дефектом без медицинского заключения, а на поверку, рекомендовав родителям консультацию у невропатолога, мы получаем ничего не значащие отписки, чувствуем себя надоедливыми мухами.² Но ведь речевой дефект налицо! И часто в форме дизартрии. А ведь её форму (корковая, подкорковая, мозжечковая, бульбарная) и план коррекции составляет врач. Логопед занимается исключительно педагогической частью. После таких «консультаций» родители успокаиваются, а иногда и становятся более агрессивными, обвиняя учителей в халатности, в неумении вложить знания в головы их отпрысков, которые в силу объективных причин не справляются с учёбой. Круг замкнулся; проблема не решена; в проигрыше – ребёнок.

При консультировании первоклассников в 2003-2004 учебном году 38 человек имели фонематические нарушения³; из них 14 человек имеют диагноз ММД, гидроцефалия, и только у двоих дефект речи – ФФН и О. (МОУ СОШ № 31).

С каждым годом возрастает количество детей с неопределённой мозговой доминантой, то есть неясно к семи годам какая рука – ведущая.

Это влечёт за собой искажения пространственного восприятия, а на письме выливается в оптическую дисграфию. Если названная проблема не разрешена хотя бы в период подготовки к школьному обучению, она вызывает серьёзные трудности в учёбе.

Ежегодно во время консультирования будущих первоклассников, выявляется 4-5 человек, имеющих дефекты соноров (Р, Л) вследствие нелеченых аденоидных разрастаний. Отоларингологи не учитывают последствий поражений речи при несвоевременном лечении аденоидов.

Дефектный звук → дефектное восприятие → нелады с русским языком, чтением → неуспеваемость → нагрузка на психику.

Произносительные дефекты во многих случаях связаны с недоразвитием или неправильном развитии челюсти. Прогения и прогнатия стали сейчас нередким явлением: при данном недостатке свистящие и шипящие звуки наверняка будут дефектны. При наличии прогения и прогнатия логопед не может начать коррекционную работу. И если с участковыми педиатрами и невропатологами мы ещё как-то

¹ По данным опроса - 83 % родителей не могут или не хотят предоставить сведения о раннем речевом развитии ребёнка.

² В лучшем случае получаем заключение «ММД; гидроцефалия; органических поражений не обнаружено». 1-2 слова!!!

³ Фонематика – умственные действия по анализу, синтезу, восприятию речевых звуков данного языка.

поддерживаем связь, то ортодонты игнорируют логопедов полностью. Исправление прикуса начинается, когда дефекты речи уже плохо поддаются коррекции.

Есть и совсем нетронутый участок работы – связь с фонетрами, специалистами по проблемам голосообразования.

Почему-то у нас не придаётся значение нарушениям тембра голоса, резонанса, громкости, высоты тона. Американскими врачами ещё в 70-е годы были созданы системы голосовых карт Баффало III и программа гигиены голоса.

Мы же считаем эти проблемы несущественными, хотя необходимость в консультациях фонетра существует: сиплый голос, несоответствие тембра голоса возрасту и росту – вот сигнал для направления к фонетру.

Каждый специалист, сталкивающийся с речевыми дефектами, должен помнить, что само собой ничего не устроится и не перерастётся, и чем раньше начать комплексное воздействие на дефект, тем лучше будет результат.

Итак мой многолетний опыт практика-логопеда привёл меня к мысли, что логопед должен чаще выступать не как «самостоятельная единица», а как верный помощник и единомышленник врача, а следовательно тесное сотрудничество между нами неизбежно.

УДК 616-053.31

АДАПТАЦИЯ СЕМЬИ К ПОЯВЛЕНИЮ В ДОМЕ НОВОРОЖДЕННОГО

С.В. Трифаненкова

Смоленский областной центр диагностики и консультирования

Адаптация к появлению в доме новорожденного затрагивает не только взрослых, но и детей, которые уже есть в семье. Дети, в каком – бы возрасте они не находились, не умеют скрывать свои чувства и часто даже плачут, когда оказываются обделенными родительским вниманием, которое полностью отдается маленькому брату или сестре. В итоге появившиеся негативные чувства могут быть перенесены на малыша, а обида на родителей может остаться на всю жизнь. Как избежать этого? Необходимо подготовить ребенка к появлению нового члена семьи, а также помочь ему адаптироваться в роли старшего.

Объясните ребенку, что в доме скоро появится малыш. Расскажите, как происходит развитие ребенка до его рождения. Вместе посмотрите младенческие фотографии старшего ребенка и объясните, что для новорожденного вы будете делать все то же, что когда – то делали для старшего ребенка.

Подготовьте ребенка к отсутствию дома мамы. Дети – дошкольники очень тяжело переживают разлуку с ней. Представьте разлуку с мамой не как потерю, а как что – то особенное, необычное. « Вы с папой и бабушкой будете без меня готовить комнату для малыша».

Поддерживайте с ребенком связь. Находясь в больнице, чаще звоните ему, рассказывайте ему о малыше. Пусть старший ребенок навестит вас в больнице и познакомится с ним.

Говорите ребенку, что вы его по – прежнему любите. Сохраните ритуалы любви (поцелуи, поглаживания). Постарайтесь уделять больше времени своему старшему ребенку, не давайте ему возможность почувствовать себя одиноким в собственном доме.

Пусть старший ребенок заботится о малыше. Давайте ему поручения, играйте в «маленького помощника». Дайте ребенку понять, что присутствие маленького влечет за собой много интересного и увлекательного.

Не забывайте дарить старшему ребенку подарки, делать ему сюрпризы, приносить сладости, это поможет ему понять, что он по – прежнему много значит для родителей.

Появление в семье второго ребенка оказывает значительное влияние на психологическое развитие старшего. Ведь до этого момента он был единственным и самым любимыми, а теперь появился конкурент.

Исследования показывают, что отношение родителей к старшему и младшему ребенку в семье может отличаться, а модели поведения взрослых людей во многом определяются тем, были ли они старшими, младшими или единственными детьми в семье.

Первый ребенок, как правило, испытывает огромную любовь и восхищение близких, получает максимум внимания и заботы. Родители еще не имеют опыта ухода за детьми, и воспитание первенца проходит под знаком тревоги и неуверенности. Будучи центром внимания в семье, первые дети, которые остаются единственными, часто имеют очень сильную привязанность к родителям на протяжении всей жизни.

Обычно первый ребенок хочет и ждет появления младшего, который воспринимается им как партнер для игр, а также объект для проявления собственного авторитета. Каково же бывает его разочарование, когда он обнаруживает, что долгожданный братик или сестричка настолько мал, что не умеет даже ходить и

говорить, играть с ним совсем не интересно. Да еще родители отдают все свое внимание этому беспомощному существу.

Таким образом, появление в семье малыша чаще всего связано для старшего с разочарованием и негативными эмоциями.

Однако, как отмечает Г. Хоментаскас, появление этих чувств имеет и положительное значение, поскольку именно они заставляют старшего искать новые формы поведения в семье. Становясь старшим, ребенок стремится стать более ответственным, трудолюбивым, добросовестным, пытается достичь большего, взять на себя часть родительских функций. Помогая взрослым заботиться о малыше.

Появление второго ребенка обычно вызывает меньше тревоги в семье (родители стали более опытными), и ребенок растет в спокойной атмосфере. Мать по отношению к нему, как правило, ласковее. Атмосфера стабильности и уверенности делает второго ребенка более уравновешенным. При этом, как показывают исследования, родители с ним меньше занимаются. Этот пробел частично восполняется первым ребенком. Младший ребенок обычно бывает более беззаботным, оптимистичным, он с готовностью принимает чужое покровительство. Сложный момент его психологического развития состоит в том, что чувствуя демонстрируемое превосходство старшего, он может либо начать подражать его поведению, либо «зафиксировать» в своем сознании чувство собственной неполноценности.

Рассматривая отношения старших и младших детей в семье, Г. Хоментаскас вводит понятие «экология семьи». Для благополучного существования и позитивного психологического климата в семье должны быть согласованы потребности и способы реализации их всеми членами семьи. Г. Хоментаскас рассматривает несколько вариантов развития «экологического» взаимодействия детей в семье.

Между старшим и младшим ребенком устанавливаются символические границы. Они растут вместе, на одной «почве», и каждый из них получает свою долю родительского признания и любви. Это самый оптимальный вариант развития отношений между детьми в семье.

Младший ребенок растет «в тени» старшего, но ищет свои пути выхода из нее. Для этого он часто может использовать неадекватные средства. Желая привлечь к себе внимание, он хулиганит, становится агрессивным, как бы ломает установленные в семье «границы».

Младший ребенок полностью находится «в тени» старшего, который является для него непререкаемым авторитетом. «Свет родительского солнца» полностью заслонен для него. Все внимание в семье направлено на старшего. Для психического развития младшего это грозит психологической незащищенностью, потерей самоуважения, формированием чувства собственной неполноценности.

Конкурентные отношения между детьми. Младший начинает «подъедать» старшего, стараясь «погубить» его. Это выражается в появлении чувства зависти, ябедничестве, открытой вражде. Младший ребенок повышает собственную значимость, дискредитируя старшего в глазах родителей. Открытая вражда может сохраниться между ними на всю жизнь.

Младший отказывается от «борьбы» за себя, за свою самооценку, теряет надежду почувствовать себя значимым и признанным окружающими. Внутренняя позиция таких детей может быть определена фразой: «Оставьте меня в покое!». Младший ребенок становится закрытым и необщительным, его интересы очень ограничены.

Заключение

Таким образом, варианты развития «экологического» взаимодействия детей в семье могут быть достаточно тяжелыми для обоих детей. Они имеют свои истоки в психологической неподготовленности старшего ребенка к появлению в семье

младшего. Формирование позитивного взаимодействия между детьми легче проходит в тех семьях, где растут разнополые дети, при отсутствии открытого восхищения одним из полов, а также тогда, когда разница в возрасте детей достаточно велика и развитие младшего ребенка становится более похожим на развитие единственного.

Литература

1. Добряков И.В., И.П. Лазарева Здоровые роды – счастливый малыш- СПб: ИК «Комплект»,1998.
2. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.,2002
3. Филиппова Ю.В. Общение. Дети от рождения до 5 лет. - Ярославль: Академия развития, 2001.

УДК 616-053.36

КРИЗИС ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА «ОДНОГО ГОДА»

Трифаненкова С.В.

Смоленский областной центр диагностики и консультирования

Период ходячего детства начинается с нормального возрастного кризиса – кризиса одного года. Это уже второй кризис психологического развития ребенка (первый связан с его рождением). Вообще все развитие малыша – это чередование кризисных и спокойных периодов, которые поочередно сменяют друг друга. Каждый новый этап развития неизменно начинается с нормативного возрастного кризиса, который проходят практически все дети соответствующего возраста.

Кризис одного года связан с тем, что в это время у ребенка уже активно развиваются его познавательные процессы. Малыш начинает осознавать свои новые возможности, и у него появляется потребность реализовывать их. При этом ему пока еще тяжело сделать это, он не знает, когда и как можно их проявить. Условно говоря, ребенок хочет, но не может сделать то, что ему хочется, поэтому кризис одного года еще принято называть «кризисом психических процессов», или «кризисом возможностей».

Развитие кризиса одного года связано с появлением ряда новообразований. Первым из них является ходьба, она дает ребенку возможность поближе познакомиться с теми предметами, которые его окружают дома и на улице. Во время ходьбы у ребенка возникает множество проблемных ситуаций, маленьких задач, которые необходимо решить. Взрослые, часто не понимают того, что простейшие, казалось бы, вещи вызывают у ребенка затруднение, и не воспринимают многие ситуации как задачи. Например, ребенок с игрушкой в руке стоит у закрытой двери и не знает, как открыть ее. Как обычно ведет себя мама? Она бросается на помощь малышу и решает его проблему. А ведь ребенку под силу справиться с ней и самому. Вот в таких простейших, обыденных ситуациях и происходит развитие его мышления, его интеллекта.

Второе новообразование кризиса – речь. Лепет младенческого возраста становится все более «человеческим», появляются простые слова и иногда даже словосочетания. Однако годовалый ребенок еще не является до конца говорящим. Его язык пока еще не средство общения, малышу трудно выразить свое желание в словах. Он общается с помощью знаков: мимики, жестов, движений.

Появляются и новые эмоции. Они связаны с собственной активностью ребенка, то есть он может испытывать радость или огорчение от того, что сам делает. Однако эти эмоции часто неадекватны, их сила не соответствует причине, вызвавшей реакцию. Малыш может сильно заплакать потому, что он бросил игрушку и не может, а точнее даже и не пытается ее достать. Преодоление таких «кризисных» эмоций во многом обуславливает прохождение малышом всего кризисного периода. В период кризиса ребенок становится капризным, раздражительным, требует к себе постоянного внимания родителей. Начало и конец этого периода обычно незаметны, но, как правило, выделяется пик кризиса, время, когда негативное поведение малыша особенно заметно. Кризис одного года обычно скоро проходит, поскольку малыш очень быстро находит возможности применения своих новых способностей в окружающем мире. Этот кризис достаточно легко переживается и ребенком и родителями и обычно не требует какой-то специальной коррекции. Необходимо просто быть последовательным в отношениях с ребенком и следовать нескольким простым правилам общения с ним:

- не акцентировать внимание на негативном поведении малыша, на его капризах и требованиях. Необходимо попробовать определить причину, которая вызвала такое поведение, и показать малышу, как можно справиться с ней;
- не спешить сразу же помогать ребенку, если у него возникло какое-то затруднение. Дать ему возможность разрешить его самому.
- не оставлять ребенка одного наедине с «задачей». Если малыш не может справиться с ней, только тогда помочь ему, объясняя свои действия, а затем предложить сделать еще раз то же самое, но уже самостоятельно;
- создать ребенку «проблемные» ситуации и учить его самостоятельно справляться с ними. Объяснить, что слезы и обида не помогут справиться с делом, любую проблему можно решить, а если не получается, то мама и папа всегда придут на помощь.

Литература

1. Добряков И.В., И.П. Лазарева Здоровые роды – счастливый малыш- СПб: ИК «Комплект», 1998
2. Филиппова Г.Г.. Психология материнства. – М., 2002
3. Филиппова Ю.В. Общение. Дети от рождения до 5 лет. - Ярославль: Академия развития, 2001

УДК 618.29+612.64/.65

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРЕСТРОЙКА В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

С.В. Трифаненкова

Смоленский областной центр диагностики и консультирования

В организме матери плод развивается очень быстро. Из одной маленькой клеточки, которая начинает делиться, он постепенно превращается в зародыш (эмбрион), у которого в течение 9 месяцев беременности появляются все необходимые человеку органы.

Уже в 6 недель у зародыша появляются зачатки позвоночника и головного мозга. У него начинает биться сердце, звук которого можно услышать при ультразвуковом исследовании. В это же время формируются и зачатки пищеварительной системы малыша. На его голове образуются 4 впадинки – будущие глаза и уши.

В 7 недель у малыша появляются зачатки рук и ног, а ростом он уже примерно с косточку от сливы.

В 8 недель у малыша формируются глаза, правда, у него пока еще нет век. Ребенок в мамином животе начинает совершать первые телодвижения, однако они еще слишком слабы и мама не может их чувствовать. Первые ощутимые толчки ребенка матери чувствуют обычно в 15 – 20 недель беременности. Восеминедельный зародыш принято называть плодом, а не эмбрионом.

В 12 недель младенец уже очень похож на человеческое существо, хотя он имеет чрезмерно большую, по сравнению с туловищем, голову. В это время появляются признаки половой принадлежности ребенка, и мальчики начинают отличаться от девочек. С момента зачатия малыш потяжелел в миллион раз, а его рост увеличился в 240 раз. Руки малыша уже достаточно длинные, и он может доставать ими до своего лица. В это время формируются обе половинки неба ребенка и лицо в целом.

Легкие движения ребенка в мамином животе напоминают движения космонавта в космосе. Основу движений составляют плавание, кувыркание, изгибание. Жидкая среда, в которой находится ребенок, позволяет ему двигаться и вместе с тем упражнять мышцы. Малыш уже умеет сгибать ручки и ножки и даже сжимать свой маленький кулачок.

К концу третьего месяца беременности (примерно 12 недель) многие мамы ждут с нетерпением – в это время улучшается самочувствие, исчезают признаки токсикоза, да и значительно уменьшается риск непроизвольного выкидыша.

В 16 недель (4 месяца беременности) у ребенка появляются пальчики на руках и ногах, начинают расти ногти. Активно идет окостенение хрящей. По некоторым данным, четырехмесячный плод даже способен сосать палец! У него появляются первые волоски на месте будущих ресниц. Формируется выделительная система – ребенок начинает выделять мочу. К этому времени матка уже целиком заполнена плодом, у мамы становится заметен живот, а некоторые женщины уже ощущают и движения малыша.

К 20 неделе у младенца появляются волосы. Его глаза все еще закрыты, а тело покрыто мягким и нежным пушком (лануго). У ребенка формируются зубки, на внешние звуки он реагирует активными толчками.

В 24 недели рост маленького человечка уже более 30 см, а вес около 600 г. Теперь у него отчетливо различаются периоды сна и бодрствования. Он способен

слышать голоса, музыку и другие звуки, которые перекрывают стук его сердца и кровообращения матери. Пришло время начинать разговаривать со своим малышом!!!

В 28 недель беременности толчки ребенка становятся все сильнее их уже можно ощутить, приложив руку к животу. Теперь и будущий папа может почувствовать движения ребенка. В 7 месяцев плод может икать и даже кашлять. Он начинает различать вкус, чувствует боль и хорошо слышит. У ребенка открываются и закрываются глазки. Его тело покрыто слоем густого белого смазочного вещества, которое не позволяет коже пропитываться водой. Начинается решающая стадия формирования головного мозга.

К 32 неделям у малыша начинает формироваться подкожная жировая прослойка – он становится уже не такой сморщенный. Развиваются легкие, завершая подготовку к первому настоящему вдоху. Ребенок различает свет и темноту, он поворачивается головкой вниз и готовится взглянуть на мир.

В 36 недель плод уже не может свободно кувыркаться в животе, он заполняет собой всю матку, которая растягивается до своих предельных размеров. Ребенок продолжает набирать вес. Даже снаружи становятся заметны движения малыша в животе матери. Зачастую догадаться двигает он рукой или ногой.

К 40 –й неделе головка ребенка опускается вниз, в таз матери. Ей становится легче дышать, поскольку до сих пор ее внутренние органы были сильно сдавлены плодом, а теперь нагрузка на них слегка уменьшилась. Рост ребенка в среднем достигает 50 –55см., а вес 3 – 3,5 кг. Он уже готов появиться на свет!!!

40 недель - средняя продолжительность беременности у женщин, однако нормальными считаются роды, произошедшие с 38 –й по 42 –ю неделю беременности. В это время будущая мама должна быть особенно внимательна к своему состоянию и не пропустить первые признаки начинающихся родов. Скоро счастливые родители встретятся со своим малышом!!!

«Теперь нас трое», или о налаживании контакта в семье после рождения ребенка.

« Наконец мы дома!» - думает молодая мама и с головой погружается в заботы о своем маленьком сыне или дочери. После возвращения домой часто складывается такая ситуация, когда молодая мама начинает полностью отдаваться новому члену семьи, посвящая ему все свое внимание и заботу. При этом другие домочадцы могут почувствовать себя одинокими и даже немного заброшенными, что, в свою очередь, приводит к возникновению эмоционального отчуждения внутри семьи. Семье необходима некоторая адаптация для того, чтобы отношения в ней вышли на новый уровень и каждый ее член вновь почувствовал бы себя любимым, ценным и принимаемым в ней.

Следует немного подробнее остановиться на психологических аспектах изменения семейной структуры после рождения ребенка.

Первые недели дома Уильям и Марта Серз называют периодом «угнездения». В это время происходит приспособление членов семьи друг к другу и к своей новой роли. Появление в семье новорожденного влечет за собой возникновения новых проблем, и только в ваших силах сделать так, чтобы они были безболезненно разрешены и в доме сложилась теплая, душевная атмосфера. Ведь возможное отчуждение может впрямую отразиться на физическом и психическом состоянии мамы и новорожденного малыша.

Прежде всего, новоиспеченной маме своим поведением и своими эмоциями необходимо показать, что отец ребенка и другие дети по – прежнему любимы и необходимы. Немаловажна и роль отца в перестройке семейной структуры и семейных отношений. Если папа не участвует в уходе за ребенком, ему будет очень трудно научиться искусству взаимодействия с ним. Очень часто мужчина по- настоящему

хочет делить со своей женой все беспокойные и радостные моменты общения с малышом, но не знает, как сделать это.

Давайте попробуем помочь ему:

- Показывайте и рассказывайте. Привлекайте папу к уходу за малышом. Комментируйте каждое действие. Желательно, чтобы этот комментарий был одновременно обращен и к папе, и к ребенку. Это дает возможность прохождения информации по своеобразному «кольцу», образуемому тремя близкими людьми: мамой, папой, малышом.

«Сейчас мы умоем наше личико (обращение к ребенку).

Посмотри, как блестят сынулины глазки (обращение к папе).

А теперь мы с папой вместе вытрем наши ручки (обращение к обоим)». Не стоит поучать мужа, что и как нужно делать. Лучше не навязчиво покажите ему приемы взаимодействия с малышом,

А затем дайте ему возможность самому попробовать сделать это.

- Избегайте слов типа: «Я нужна своему ребенку». Не стоит выбирать между ролью матери и ролью жены. Ваша задача – совмещать их. Эти роли должны взаимно дополнять друг друга. Сбалансированность семейных ролей возникает по мере выработки нового стиля поведения и взаимного подстраивания членов семьи.
- Дайте возможность мужу быть папой. Не спешите вмешиваться в его общение с ребенком, даже если вам кажется, что у вас что – то получится лучше. Дайте папе и ребенку возможность поладить друг с другом.
- Рассказывайте мужу о своих чувствах и переживаниях. Поделитесь с ним своими наблюдениями за ребенком. Дайте папе возможность стать ближе к вам и малышу. Скажите мужу, что он по – прежнему нужен вам, что вы нуждаетесь в его поддержке и ласке, и все это очень нужно вашему малышу.
- Наберитесь терпения. Поощряйте стремление мужа помочь вам, поиграть и позаниматься с малышом. Не критикуйте, если он делает что – то не так.

Отцам оказывается еще труднее адаптироваться к появлению в доме малыша, чем мамам. Это связано с целым рядом причин. С одной стороны, на мужчину ложится двойная, причем совершенно разносторонняя ответственность – он должен заботиться о жене и ребенке, а кроме того, возрастает нагрузка, которую он несет на своей работе, ведь на какое – то время мужчина становится основным добытчиком в семье. С другой стороны, отцу, как правило, труднее установить контакт с малышом, ведь между ними не было той исходной физиологической и психологической связи, которая складывалась между матерью и ребенком в течение всего периода беременности. Однако после рождения ребенка именно отец должен создать в доме такую обстановку, которая способствовала бы укреплению этой связи и активному включению в нее отца. Знание того, что происходит между мамой и малышом в первые недели жизни ребенка, позволяет понять всю важность роли отца в установлении гармоничных отношений между всеми членами семьи. Возможно, наши советы помогут молодому папе лучше справиться с этой задачей.

Прежде всего, будьте чутким. Попробуйте почувствовать и понять переживания своей жены. Поддержите ее словом, жестом, своим вниманием, заботой. Взаимопонимание и поддержка помогут вам быстрее освоиться со своей новой ролью – ролью отца семейства – и получать от нее удовольствие.

Будьте терпеливы. Осознайте мысль, что для вашей жены на первом месте сейчас стоят жизнь и здоровье ребенка.

Будьте рядом. Многие мамы не любят просить помощи, боясь показаться плохими хозяйками или женами. Попробуйте предугадать просьбу своей жены, проявите инициативу и сами предложите помощь.

Уделяйте больше внимания общению с ребенком. Играйте с ним, разговаривайте пойте, даже если малыш еще совсем мал и вам кажется, что он не реагирует на ваши действия.

Литература

1. Добряков И.В., И.П. Лазарева Здоровые роды – счастливый малыш- СПб: ИК «Комплект»,1998.
2. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.,2002
3. Филиппова Ю.В. Общение. Дети от рождения до 5 лет. - Ярославль: Академия развития, 2001.

УДК 616.89-008.48-053.2

ДЕТСКОЕ СИРОТСТВО, КАК ФАКТОР РИСКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Т.В. Уласень, Л.Ф. Пантюшкова

Смоленская государственная медицинская академия, Сафоновская агрошкола-интернат

Ранняя родительская депривация приводит к формированию выраженного чувства вины и повышению индекса враждебности у детей-сирот, что является одним из бессознательных мотивов, определяющим эмоциональное состояние и поведение ребенка. В клиническом плане в этих случаях мы имеем дело с девиациями поведения или с формированием депрессивного типа личности.

Многочисленные исследования в области детской и подростковой психиатрии и психологии убедительно свидетельствуют о влиянии детства на последующую жизнь человека (1, 3, 6, 7, 8). Поэтому актуальной проблемой является изучение влияния различных факторов на психическое здоровье несовершеннолетних. Среди них особое значение имеют психологические травмы детского возраста, число которых постоянно возрастает в связи со сложной социально-экономической обстановкой в стране (4).

В связи с этим важным социальным и научным интересом представляет влияние ранней родительской депривации на особенности формирования психологических особенностей у подростков, воспитывающихся в интернатах.

Материалы и методы исследования

Нами проведено психодиагностическое обследование 36 подростков (19 девушек и 17 юношей) 12-15 лет, воспитывающихся в Сафоновской агрошколе-интернате с раннего детского возраста. В работе использован опросник Басса-Дарки (8), состоящий из 75 утверждений и позволяющий выявить следующие формы агрессивных и враждебных реакций: 1) физическую агрессию; 2) косвенную агрессию; 3) склонность к раздражению; 4) негативизм; 5) обиду-зависть; 6) подозрительность-недоверие; 7) вербальную агрессию; 8) чувство вины. Суммирование показателей 1, 2 и 7 пунктов определяют общую агрессивность; 1, 3 и 7 – агрессивную мотивацию; 5 и 6, соответственно, – индекс враждебности.

Результаты и их обсуждение

Полученные нами результаты свидетельствуют о высоком уровне индекса враждебности (как эмоционального состояния), психологическими составляющими которого являются обида и подозрительность. В норме его величина составляет $6,5 \pm 3$. По нашим данным, индекс враждебности у обследуемых подростков-сирот соответствует 12.

Психологическими составляющими агрессивной мотивации являются физическая агрессия, склонность к раздражению и вербальная агрессия. В целом у обследуемой нами группы ее усредненное значение (18,4) укладывается в нормативные рамки, которые составляют 21 ± 3 . Но у некоторых подростков показатели агрессивной мотивации либо не достигали нижней границы нормы, что, в свою очередь, указывает на случаи возможной подавленной агрессивности; либо превышали верхние границы, что свидетельствует о явных агрессивных тенденциях.

Кроме того, обращает на себя внимание высокий уровень чувства вины. По нашим данным, он составил 9 (допустимый показатель 8). Согласно классической психоаналитической теории (5), невротическое чувство вины возникает в результате конфликта между Супер-Эго и инфантильными сексуальными и агрессивными желаниями, причем этот конфликт представляет собой интернализированное представление и увековечение конфликтов между ребенком и его родителями.

В нашем случае речь идет о сиротах, у которых одним из бессознательных мотивов, определяющих эмоциональное состояние и поведение, может быть следующий – «раз меня оставили, значит я плох, я что-то сделал не так и т.д.». Кроме этого, на чувство вины оказывает прямое влияние и степень выраженности агрессивных чувств, которые обследуемый направляет на себя самого в моральном осуждении за негативное отношение к значимому для него лицу (6).

В клиническом плане, если речь идет о преобладании агрессивных и враждебных тенденций, мы имеем дело с девиациями поведения. Если преобладающим является чувство вины – на первый план выступают депрессивные переживания в той или иной степени выраженности, приводя со временем к формированию депрессивного типа личности.

Заключение

Таким образом, комплексная оценка составляющих агрессивности (физическая агрессия, косвенная агрессия, склонность к раздражению, негативизм, обида, подозрительность, вербальная агрессия, чувство вины) позволяет правильно выработать психолого-психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию агрессивных тенденций у детей-сирот, тем самым способствуя предупреждению случаев девиантного поведения.

Литература

1. Асмолов А.Г. Психология личности. М., 1990. – 318 с.
2. Барденштейн А.М., Можинский Ю.Б. Патологическое гетероагрессивное поведение у подростков. М., 1998. – 230 с.
3. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. Томск. 1994. – 310 с.
4. Дмитриева Т.Б. Социальная психиатрия как самостоятельный раздел общей психиатрии // Психическое здоровье населения России. - Москва, Ижевск, 1994. С 3-7.
5. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. Под ред С.М. Черкасова. СПб: Восточно-Европейский институт Психоанализа. 1995. – 288 с. С. 18-19.
6. Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии. СПб., 1999, 347 с.
7. Семке В.Я. Клиническая персонология. МГР «Раско». Томск., 2001. – 376 с.
8. Фурманов И.А. Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. – Мн: Ильин В.П., 1996, 1996. – 192 с.

УДК 613.95-371.398

ОБРАЗ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ И ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ

В.Н. Шестакова, М.А. Пунина, Ж.Г. Чижова, А.В. Авчинников

Смоленская государственная медицинская академия

Нормальная семья – понятие условное. Такой семьей считают ту, которая обеспечивает требуемый минимум благосостояния, социальной защиты и продвижения ее членам, создавая условия для социализации детей до достижения ими психологической и физической зрелости.

По мнению Э. Арутюнянц, существует три варианта семьи. Традиционная, которая воспитывает уважение к авторитету старших. Педагогическое воздействие в такой семье осуществляется сверху вниз, дети из этих семей легко усваивают нормы поведения, воспитания, но они неинициативны, не гибки в общении.

Детоцентрическая, которая обеспечивает счастье ребенка, воздействием снизу вверх. В такой семье у ребенка формируется завышенная самооценка, ощущение собственной значимости, возрастает вероятность конфликта с социальным окружением, велик риск социальной дезадаптации.

Супружеская (демократическая) семья, в которой существует взаимное доверие, автономность всех членов семьи. Воспитательное воздействие в такой семье осуществляется горизонтально. Дети из этих семей усваивают демократические ценности, имеют представления о правах и обязанностях, активны, самостоятельны, но может отсутствовать навык подчинения социальным требованиям.

Принятие той или иной роли родителями по отношению к детям определяет стиль воспитания и дальнейшую судьбу ребенка.

По мнению В.И. Гарбузова, существует три типа неправильного воспитания: А тип – неприятие, эмоциональное отвержение; Б тип – гиперсоциализация; В тип – эгоцентрическое воспитание.

А. Е. Личко и Эйдемиллер выделили шесть стилей воспитания.

Гипопротекция – это стиль, характеризующийся недостатком опеки и контроля. При скрытой гипопротекции контроль и забота носят формальный характер. При таком стиле воспитания родители не включаются в жизнь ребенка, что приводит часто к асоциальному поведению.

Доминирующая гиперпротекция. Такой стиль воспитания проявляется в повышенном внимании и чрезмерной опеке, запретах и ограничениях.

Потворствующая гиперпротекция. При таком стиле воспитания ребенок освобождается от трудностей, становится чрезмерно обожаем, родители восхищаются им даже при минимальных его успехах. Этот стиль воспитания приводит к истероидной акцентуации характера.

Эмоциональное отвержение. При таком стиле воспитания ребенком тягостятся, его потребности игнорируются, и проявляется жестокое обращение. Такое воспитание у гипертимов и эпилептоидов вызывает протест и эмансипацию, у истероидов – оппозицию, у шизоидов – замкнутость.

Жестокие взаимоотношения. При таком стиле воспитания наблюдается жестокое насилие в сочетании с эмоциональной холодностью.

Повышенная моральная ответственность. При данном стиле воспитания от ребенка требуют честности, порядочности. В таких семьях игнорируются интересы ребенка и его возможности, на него возлагается ответственность за благополучие близких. Родители при таком стиле воспитания надеются на особое будущее своего

ребенка. Доказано, что у истероидов повышенная моральная ответственность вызывает агрессию, у психоастеников и сензитивов – тревогу и страх.

С точки зрения воспитательных возможностей, в сегодняшних условиях наиболее уязвимыми являются неполные семьи, доля которых растет из года в год и, по данным РФ, составляет примерно 22,99 %, что послужило поводом для изучения их образа жизни.

По преимуществу это семьи малодетные, нуклеарные, то есть состоят из одного родителя и детей. Оставшийся в одиночестве родитель испытывает трудности, которые к тому же имеют долгосрочные последствия для развития личности ребенка. Прежде всего, это трудности материального характера. Расходы на питание, одежду, обувь в неполных и полных семьях примерно равны (1/2 от семейного бюджета), а суммы, потраченные на культурное развитие и досуг детей в полных семьях значительно больше. Одиноким родителям чаще приходится экономить на своих собственных нуждах. По данным института социологии РАН, только 10,0 % одиноких матерей в Москве имеют хороший заработок, 19,0 % женщин получают либо пособие, либо минимальную заработную плату. Размер алиментов у 2/3 женщин вместе с государственными пособиями лишь частично покрывают расходы семьи на содержание детей. По расчетам социологов, государственные пособия составляют лишь 13,0 % совокупного дохода неполной семьи с ребенком до 16 лет. Чтобы обеспечить детей всем необходимым, родитель в неполных семьях вынужден работать больше, чем в полных, тратить много времени в поисках дешевых продуктов и товаров. А это, в свою очередь, ведет к дефициту общения между родителем и ребенком, безнадзорности детей. По данным института социологии РАН, воспитывать детей в неполных семьях в 53,0 % случаев помогают родители матери, в 7,0 % – мужчина, с которым женщина поддерживает близкие отношения, в 4,0 % – подруги, в 3,0 % – соседи и в 3 % – родители отца ребенка. Каждой пятой матери вообще никто не помогает. Серьезная проблема неполных семей – участие в воспитании детей. Известно, что в 32,0 % случаев ребенок не встречается с отцом, и только 4,0 % отцов от распавшегося брака активно помогают в воспитании ребенка.

По нашим данным, дети, рожденные и воспитываемые в неполных семьях, чаще проживают в неблагоприятных жилищных (52,9% против 4,0% в полных семьях, $p < 0,001$) и материально-бытовых условиях (76,4 % и 17,7 % соответственно, $p < 0,001$). У 67,6% семей выявляется низкий санитарно-культурный уровень, у 24,0% – неблагоприятный психологический микроклимат, у 47,0% – недружелюбное отношение к ребенку. Половина детей была вовлечена в конфликтные отношения родителей в период, предшествующий разводу. В неполных семьях 20,5 % женщин не состояли в браке, 79,5 % развелись до рождения ребенка, а 82,5% из них считали брачные отношения несчастливими, 29,4% отцов злоупотребляли алкоголем.

Среди особенностей питания в большинстве семей наблюдается потребление хлебобулочных и макаронных изделий. Явно отмечается недостаточное потребление овощей и фруктов.

Женщины, воспитывающие ребенка без мужа, отмечают значительное ухудшение своего психологического состояния: нервозность (87,8 %), неуверенность в себе (67,5 %), не верят в возможность перемен к лучшему (59,8 %), испытывают страх потерять работу (54,6 %) и раздражение из-за снижения материального благосостояния семьи (45,6 %). Забота о ребенке часто носит формальный характер, матери от недостатка времени и усталости не включаются в жизнь ребенка, а бабушки и дедушки проявляют чрезмерное внимание и опеку, ограничивая ребенка в принятии самостоятельных решений.

У 55,4% женщин беременность не была планируемой. Женщины, которые не состояли в браке, в 2,5 раза чаще прибегали к прерыванию беременности, у 50% из них прерывалась первая беременность. В 55% случаев наблюдались отягощенный акушерский анамнез и осложнения в родах. У 82,3% детей выявлялся высокий риск по биологическому анамнезу: у 86,7 % – риск по анемии, у 56,5 % – порокам развития, у 41,7 % – трофическим и эндокринным нарушениям. У 61,7% детей из неполных семей была отягощена наследственность по отцовской и материнской линиям, против 23,0 % в полных семьях. У детей из неполных семей наблюдалась низкая медицинская активность родителей, они реже обращались за медицинскими консультациями (5,8% против 32% в полных семьях, $p < 0,05$). Обращения в основном были связаны с ухудшением состояния здоровья ребенка.

В неполных семьях в 1,3 раза преобладали девочки (67,6% и 50,6%, $p < 0,05$). Среди детей, которые родились практически здоровыми (12,1 %), период новорожденности протекал физиологично. Все эти дети наблюдались в динамике до выпуска из школы. Все они посещали детские дошкольные учреждения. Болели не более 3-х раз в год, приступили к школьному обучению в 7-летнем возрасте.

На первом году обучения у 18,2% первоклассников, поступивших в школу практически здоровыми, проявилась тревожность, у 9,5% были выявлены нарушения гармоничности физического развития.

На втором году обучения у 34,4% учащихся было выявлено снижение толерантности к физической нагрузке, при этом среди детей из неполных семей снижение функциональных резервных возможностей отмечалось в 46,9% случаев против 27,4% - в полных семьях, $p < 0,01$. Нарушения в адаптации к интеллектуальной нагрузке также преобладали в группе детей из неполных семей (36,7 и 13,9 % соответственно, $p < 0,05$).

На третьем году обучения в группе из неполных семей увеличилось число детей с тревожностью и раздражительностью (с 34,6 до 65,4 %, $p < 0,05$), с нарушением сна (14,0 и 25,1 %, $p < 0,05$), утомляемостью при физической активности (с 34,4 до 56,9 %) и психической нагрузке (с 50,0 до 71,9 %), низкой адаптацией (с 36,7 до 78,1 %, $p < 0,05$). У 63,6 % учащихся определялось дисгармоничное физическое развитие. В полных семьях оно составило 38,2 %.

При переходе на предметное обучение у детей часто проявлялись соматовегетативные нарушения: раздражительность, тревожность, нарушение сна. Различия в утомляемости при психической нагрузке в группах составили 90,0 % (дети из неполной семьи) и 61,7 % (полная семья), ($p < 0,05$), при физической нагрузке - 90,0 % и 42,7 %, ($p < 0,05$), снижении функциональных резервов: 66,7 и 32,0 %, ($p < 0,001$), нарушения адаптации - 90,3 и 52,1 %, ($p < 0,05$), ухудшение уровня физического здоровья - 75,7 и 25,3 %, ($p < 0,05$), гармоничности физического развития - 80,6 и 46,0 %, ($p < 0,05$), соматического компонента здоровья - 42,7 и 3,3 % ($p < 0,05$) соответственно.

Необходимо отметить, что в этот период выявляются различия в группах по патологии желудочно-кишечного тракта (40,0 % и 15,6%, $p < 0,05$), нервной системы (41,9% и 21,3%, $p < 0,05$), сердечно-сосудистых нарушений (41,4% и 17,3%, $p < 0,05$). Инфицированность микобактериями туберкулеза, ЛОР патология, нарушения органов зрения и опорно-двигательного аппарата встречались с одинаковой частотой. Сочетанная хроническая патология также преобладала среди детей из неполных семей (33,9% и 9,2%, $p < 0,05$).

Таким образом, у детей, которые родились и воспитывались в неполных семьях, неблагоприятными социальными и гигиеническими факторами являются жилищные условия и низкий санитарно-культурный уровень семей. Воспитание детей в этих семьях часто осложняется неблагоприятной психологической атмосферой,

травмирующей психику ребенка. Дети нередко вовлекаются в конфликтные отношения между родителями в период, предшествующий распаду семьи, тяжело переживают разлуку с покинувшим отцом, испытывают трудности во взаимоотношениях с чрезмерно перегруженной бытовыми проблемами и психологически неустойчивой матерью. В этих семьях чаще используются эгоцентрический тип воспитания или гиперсоциализации, стиль доминирующей гиперпротекции или скрытой гипопротекции.

Из биологических факторов ведущими являются: наследственная отягощенность по отцовской и материнской линии, отягощенная беременность, высокий риск биологического анамнеза по анемии, порокам развития, трофическим и эндокринным нарушениям. Среди медицинских факторов – низкая медицинская активность, нерегулярное выполнение назначений врача.

Литература

1. Балыгин М.М. Семья и здоровье детей // Здравоохранение Российской Федерации. - 1990. - № 9. - С. 21 - 25.
2. Балыгин М.М. Особенности формирования детей раннего возраста в зависимости от типа семьи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург. - 1997. – 19 с.
3. Волкова Г.М. Образ жизни и состояние здоровья детей из многодетных семей (комплексное клинично-социальное исследование по материалам Республики Татарстан). Автореф. дис. канд. мед. наук. - Казань. - 1998. – 20 с.
4. Горюнов А.В., Аляпина Н.Н., Камаев И.А. Дети из семей заключенных: особенности образа жизни и поведения, методы коррекции // Материалы международной научно-практической конференции «Семья в новых социально-экономических условиях». Н-Новгород. - 1997. - С. 235 - 239.
5. Коновалов О.Е. Семья и воспроизводство здоровых поколений (комплексное социально-гигиеническое исследование и медико-демографическое исследование): Автореф. дис. ... док. мед. наук. Рязань. - 1996. – 46 с.
6. Личко А. Е. Психопатологии и акцентуации характера у подростков. - М., 1983. – С. 36 - 46.
7. Максимова Т.М. Некоторые особенности состояния здоровья и образа жизни детей из различных социальных групп населения // Сов. Здравоохран. - 1991. - № 9. - С. 24 - 27.
8. Позднякова Т.В. Комплексные социально-гигиенические исследования детей из неполных семей сельской местности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. – 1994. – 23 с.
9. Полунина Н.В. Состояние здоровья и образ жизни семей, воспитывающих детей в возрасте от 0 до 7 лет (комплексное социально-гигиеническое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. - 1996. – 19 с.
10. Сборщикова К.И., Терентьева А.В. Развитие ребенка в алкогольной семье. Возможности психокоррекции и реабилитации // Школа здоровья. - 1998. - Т.5., №1. - С. 91 - 95.
11. Сигал Т. М. Образ жизни и состояние здоровья детей из социопатических семей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1992. – 24 с.

ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

УДК 616.379-008.64-053.2:577.153

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ КЛЕТОЧНОЙ ЭНЕРГЕТИКИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

И.Л. Алимova, Г.В. Санникова, Т.В. Меренкова, Т.В. Глушаченкова
Смоленская государственная медицинская академия

Проведено сопоставление нарушений клеточной энергетики и липидного обмена у 160 детей с сахарным диабетом 1 типа с целью оптимизации профилактических и лечебных мероприятий.

Известно, что при сахарном диабете (СД) 1 типа в условиях дефицита инсулина нарушаются все виды обмена веществ. Снижение утилизации глюкозы при недостаточности инсулина приводит к активации альтернативного пути энергообеспечения организма- липидного обмена. При этом изменения в содержании отдельных фракций липидов определяются тяжестью патологического процесса и диапазоном метаболической адаптации организма больного [1, 3].

Цель работы: изучить взаимосвязь нарушений клеточной энергетики и липидного обмена при СД 1 типа у детей.

Материалы и методы исследования

Проведено обследование 73 детей в возрасте от 10 до 15 лет, больных СД 1 типа, с длительностью заболевания от 0 до 10 лет. Диагноз СД 1 типа ставился на основании классификации и диагностических критериев ВОЗ (1999) и основывался на анамнестических сведениях, совокупности клинических признаков, данных лабораторных исследований. Обследование проводилось вне наложения интеркуррентных заболеваний и острой декомпенсации основной патологии.

Уровень общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) определяли в сыворотке крови энзиматическим колориметрическим методом с использованием наборов АО "Vital diagnostics" (г. Санкт-Петербург). Содержание холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) определяли расчетным путем по формуле $ХС\ ЛПНП = ОХ - (ХС\ ЛПВП + ТГ/5)$; холестерина липопротеидов очень низкой плотности- по формуле $ХС\ ЛПОНП = ТГ/2,2$; коэффициент атерогенности (КА) - по формуле $КА = (ОХ - ХС\ ЛПВП) / ХС\ ЛПВП$.

Цитохимический анализ ферментного статуса лимфоцитов периферической крови по методу Пирса в модификации Нарциссова [4] включал исследование активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ) с определением количества очагов ферментной реакции в клетке с использованием реактивов фирмы ООО МНПК «Химтехмаш», ГосНИИ ИРЕА.

Результаты и их обсуждение

Проведенные исследования активности СДГ лимфоцитов периферической крови выявили выраженные признаки энергетической дисфункции при сахарном диабете в виде снижения в клетке количества и размеров депозитов продукта реакции ($18,1 \pm 0,5$ при $21,2 \pm 0,8$ в контроле, $p < 0,05$). При популяционном анализе отмечалось увеличение разнородности лимфоцитов при уменьшении числа клеток с типичной активностью фермента. У половины детей (48,9%) активность СДГ была сниженной, у 37,7% соответствовала средним значениям, а у 13,4%- повышенной. Анализ цитохимических данных в динамике заболевания показал, что с увеличением длительности сахарного диабета возрастало количество больных, имеющих низкую активность фермента, и соответственно уменьшалось число лиц с высокой и средней активностью СДГ.

Для анализа результатов исследования липидного обмена больные СД были распределены на три группы в зависимости от исходного состояния энергетического статуса лимфоцитов, при этом средними считались значения СДГ, полученные в контроле с учетом двукратного разброса показателей в пределах двух стандартных отклонений:

- с высокой активностью СДГ (1-я группа);
- со средней активностью СДГ (2-я группа);
- с низкой активностью СДГ (3-я группа).

Таблица 1. Показатели липидного обмена у обследованных детей

Показатель, Ммоль/л, М±m	Контрольная группа n=19	БОЛЬНЫЕ СД		
		1 группа n=17	2 группа n=24	3 группа n=32
Общий холестерин	4,14±0,09	4,52±0,15*♦	4,20±0,11♦♦	4,69±0,18*
ЛПНП холестерин	2,42±0,12	2,71±0,21	2,37±0,20	2,76±0,18
ЛПОНП холестерин	0,42±0,05	0,38±0,08	0,49±0,03	0,52±0,03*♦♦♦
ЛПВП холестерин	1,47±0,08	1,68±0,18♦	1,30±0,10	1,40±0,04♦♦♦
Триглицериды	0,92±0,11	0,89±0,18	1,09±0,07	1,15±0,07*♦♦♦
Коэффициент атерогенности	1,79±0,10	2,32±0,20	2,54±0,15	3,21±0,17*

Примечание:

*- достоверность отличий показателей контрольной группы и больных СД;

♦- достоверность отличий показателей у больных СД 1 и 2 групп,

♦♦- достоверность отличий показателей у больных СД 2 и 3 групп,

♦♦♦- достоверность отличий показателей у больных СД 1 и 3 групп.

При анализе биохимических показателей липидного состава сыворотки крови у больных 1 группы отмечено повышенное содержание ОХ по отношению к лицам контрольной группы ($p < 0,05$) при отсутствии достоверной разницы в сравнении с другими группами больных СД. Учитывая, что холестерин, входящий в состав ЛПНП, обладает атерогенными свойствами, а холестерин, входящий в состав ЛПВП, антиатерогенными свойствами, для определения атерогенного риска необходимой является оценка распределения холестерина по фракциям липопротеидов. У пациентов 1 группы не выявлено достоверной разницы в содержании фракций липопротеидов по сравнению с контролем. При этом они имели достоверно более низкие показатели содержания ТГ и ЛПОНП по сравнению с пациентами 3 группы, а значение ЛПВП превышало показатели сравниваемых групп больных СД ($p < 0,05$).

У больных 2 группы не выявлено достоверных отличий показателей липидного обмена по сравнению с контрольной группой. При этом отмечены самые низкие показатели ОХ среди больных СД ($p < 0,05$).

Наиболее выраженные изменения липидного спектра крови выявлены у пациентов 3 группы. Содержание ОХ значительно превышало показатели здоровых детей и больных 2 группы ($p < 0,05$). Также имело место повышение уровня отдельных высокоатерогенных фракций липидов, в частности ТГ и ЛПОНП, по сравнению с контролем и 1 группой больных СД ($p < 0,05$).

Несмотря на отсутствие достоверной разницы в содержании остальных фракций липопротеидов (ЛПВП, ЛПНП), индекс атерогенности, интегральный показатель, определяющий выраженность атерогенных свойств сыворотки крови, оказался достоверно повышенным у детей 3 группы в сравнении с контролем.

При индивидуальном анализе липидограмм установлено, что только дети 3 группы (19%) имели варианты дислипидемий с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений за счет одновременного повышения уровня ОХ более 6,0 ммоль/л, ЛПНП более 4,0 ммоль/л и снижения ЛПВП менее 1,0 ммоль/л (2).

При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная обратная зависимость между активностью СДГ и показателями липидного обмена: ТГ ($r=-0,65$, $p<0,01$) и ЛПОНП ($r=-0,52$, $p<0,05$), а также прямая корреляционная связь между СДГ и ЛПВП ($r=+0,67$, $p<0,01$).

Заключение

Таким образом, проведенные исследования позволили установить различия показателей липидного спектра крови у детей, больных СД в зависимости от состояния клеточного энергообмена. С учетом давности заболевания количественные и качественные сдвиги в липидном составе сыворотки крови у больных 1 группы, вероятно, носят адаптивный характер в условиях неудовлетворительной компенсации основного заболевания. У детей с низкой активностью СДГ дислипопротеидемия наиболее выражена и вероятность атерогенеза и ССС - осложнений выше, чем у детей других сравниваемых групп.

Литература

1. Балаболкин М.И. Диабетология. - М.: Медицина, 2000.- 672 с.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет»: Метод. рекомендации.- М.: Медиа Сфера, 2002.- 88 с.
3. Доборджинидзе Л.М., Грацианский Н.А. Особенности диабетической дислипидемии и пути ее коррекции: эффект статинов // Пробл. Эндокринологии.- 2001.- Т.41, N5.- С.35-38.
4. Нарциссов Р.П. Применение п-нитротетразолия фиолетового для количественной цитохимии дегидрогеназ лимфоцитов человека // Арх. анатомии, гистологии и эмбриологии.- 1969.- N5.- С. 85-91.

УДК 616-056.52-053.2

ПРОГРАММНОЕ ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО СНИЖЕНИЮ ВЕСА В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ ОЖИРЕНИЯ (обзор)

В.В. Бекезин, Л.В. Козлова, О.В. Пересецкая, Т.В. Глушаченкова

Смоленская государственная медицинская академия

В последние годы программно-целевое обучение детей с различной хронической патологией занимает достойное место в комплексном подходе к лечению этих заболеваний и профилактике их обострений. Школа-диабета, астма-школа, гастрощкола уже в течение нескольких лет успешно функционируют в Областной детской клинической больнице г. Смоленска (Козлова Л.В., Рябухин Ю.В., 2001). Для детей, страдающих хронической патологией, и их родителей очень важно не только как можно больше знать о своем заболевании, но и уметь контролировать его течение, обладая определенными практическими навыками, пользуясь средствами самоконтроля. В последние годы повсеместно наблюдается рост частоты ожирения у детей и подростков (Sichieri R. et al., 1995; Leung S. et al., 1995; Ardizzi A. et al., 1996; Hernandez B. Et al., 1999). Ожирение в этой возрастной группе является весьма значимым предиктором ожирения у взрослых. Под ожирением следует понимать хроническое заболевание обмена веществ, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее определенный круг осложнений и обладающее высокой вероятностью рецидива после окончания курса лечения. Эпидемиологические исследования отчетливо выявляют семейный характер заболеваемости ожирением (Guillaume M. et al, 1995; Greenlund K. et al., 1996). Так, по данным М. Guillaume и соавторов (1995), степень выраженности ожирения у детей довольно четко коррелирует с ожирением у их родителей. Причем, как отметили авторы, эта связь выражена сильнее, чем связь ожирения у детей с потреблением ими энергии или двигательным режимом. В связи с чем изменение образа жизни в данных случаях необходимо не только ребенку, а, в первую очередь, его родителям. Общественное сознание еще очень далеко от представлений, что полные люди - это больные люди и причина их заболевания, скорее всего, не в безудержном пристрастии к еде, а в сложных метаболических нарушениях, ведущих к избыточному накоплению жира в жировой ткани. Соответственно, общество еще далеко и от осознания необходимости построения и реализации программ, направленных на профилактику ожирения. Безусловно, такая программа - вещь очень дорогостоящая, но и проблема ожирения тоже стоит больших денег. Нужно рассматривать как положительное явление то, что во многих работах ведущих специалистов в области профилактики и лечения ожирения высказывается насущная необходимость разработки таких программ (Saris W.H. et al., 2000). Положительным является и то, что общество начало тратить деньги на создание программ профилактики заболеваний, причинно связанных с ожирением - гипертонической болезни, инсулиннезависимого сахарного диабета и ишемической болезни сердца. Клинические формы метаболического синдрома (артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа) в последние годы все чаще регистрируются и у детей, и у подростков с ожирением (Леонтьева И. В. и др., 2002). Было бы целесообразным уже сейчас строить программы профилактики ожирения как неотъемлемую часть программ по предупреждению развития этих заболеваний. В ЭНЦ РАМН (г. Москва) организована школа для взрослых больных с ожирением (Дзгоев Ф.Х., Савельева Л.В., 2000). Однако у подавляющего процента взрослых больных избыточный вес регистрируется с детского возраста, что подчеркивает необходимость в начале проблемно-целевого обучения со школьного периода - до появления серьезных осложнений этого хронического заболевания. Ожирение нельзя вылечить без ведома

больного ребенка. Ожирение нельзя вылечить без активного сотрудничества и взаимопонимания между врачом, пациентом и его родителями. А если так, то для достижения хорошего эффекта просто необходимо, чтобы ребенок правильно понимал врача, логику и обоснованность его рекомендаций. Это возможно только в том случае если понимание детьми, страдающими от ожирения, и их родителями природы и принципов лечения этого заболевания приближается к таковым, принятым в современной медицине. К сожалению, мы должны констатировать, что, пожалуй, как ни при какой другой болезни, собственные представления пациентов о природе ожирения очень далеки от истины. Они содержат очень много домыслов, иллюзий, идей, не имеющих под собой научного обоснования и не проверенных с позиций доказательной медицины. Вот почему программное обучение детей и подростков по снижению и поддержанию веса является актуальным.

Цель обучения: достижение оптимальной массы тела, профилактика развития сопутствующих заболеваний, улучшение качества жизни ребенка. Задачи обучения должны включать: создание и поддержание мотивации больных детей на длительное лечение; предоставление пациентам информации о заболевании, их индивидуальных проблемах и путях решения; выработку адекватного отношения больных к заболеванию и оценке своего состояния, определение индивидуальных целей лечения; разъяснение пациентам необходимости достижения массы тела, соответствующей состоянию оптимального здоровья; разработку индивидуальной программы снижения массы. Первые занятия должны давать информацию о сущности и причинах ожирения, обсуждать последствия ожирения и возможные способы снижения массы тела. Специальное занятие необходимо отводить ключевому моменту в лечении ожирения – принципам рационального питания. Проводить беседу рационально в форме диалога о качественном составе пищи, уделяя внимание расчетам индивидуальной суточной нормы калорий и количеству потребляемого жира, распределению калорийности суточного рациона с учетом образа жизни и состояния здоровья ребенка. Отдельные часы занятий должны быть посвящены обсуждению нарушений пищевого поведения и возможным вариантам их коррекции. Обязательным компонентом обучения должен быть подбор индивидуальных вариантов физических упражнений для детей с ожирением после определения толерантности к физическим нагрузкам.

Важное место в обучении должно отводиться отработке практических навыков: оценке антропометрических показателей, обучению измерения АД, решению ситуационных задач по питанию, составлению индивидуального рациона питания. Большую помощь в применении полученных знаний на практике для детей с ожирением должен оказать дневник самоконтроля. Функциональное значение дневника самоконтроля заключается в обеспечении взаимосвязи ребенка и врача, формировании активной позиции в лечении, мониторинге антропометрических данных и показателей метаболизма. Анкетирование детей с ожирением – важный момент в лечении и обучении, так как является одним из средств обратной связи, позволяющим не только контролировать процесс обучения больного, но и глубже понять его личность, психологические и социально-бытовые трудности.

Врачами не до конца осознается, что ведущим методом лечения ожирения являются сочетание диеты и физических нагрузок. И диета и физические нагрузки нуждаются в тщательном, хорошо продуманном и строго индивидуальном дозировании. Но часто, когда врач высказывает пожелание похудеть, он не вносит конкретных рекомендаций, оставляя пожелание похудеть не более чем пожеланием. Не до конца осознается и то, что лечение ожирения, как, кстати, и лечение любого другого хронического заболевания, должно носить непрерывный характер. То есть, комплекс мер, направленных на активное уменьшение избыточной массы тела, ни в коем случае

не должен заканчиваться возвращением ребенка к обычному для него и его семьи питанию и образу жизни. Он должен плавно переходить в комплекс мер, направленных на поддержание достигнутого результата (Saris W., et. al. 2000). Именно такому подходу должна содействовать программа обучения по снижению и контролю веса у детей и подростков с ожирением.

Литература

1. Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение.-М.:Медпрактика.-2002.- 128 с.
2. Дзгоев Ф.Х., Савельева Л.В. Организация обучения больных ожирением/ в кн. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа.- М., 2002.- С.35-37.
3. Козлова Л.В., Рябухин Ю.В. Организация проблемно-целевого обучения детей с хроническими заболеваниями: Учебное пособие для врачей.- Смоленск, 2001.-37 с.
4. Леонтьева И.В., Морено И.Г., Неудахин Е.В. Метаболические нарушения при синдроме артериальной гипертензии у подростков/ Тезисы докладов 9 Российского национального конгресса «Человек и лекарство».- М.,2002.- С.261.
5. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Чернова Л.А., Бельгов А.Ю. Ожирение у подростков.- С-Пб: «ЭЛБИ-С-Пб».- 2003.- 216 с.
6. Ardizzi A., Grugni G., Moro D. et al. Trends in obesity differences by educational level in Spain// J. Clin Epidemiol 1996 Mar; 49(3):351-4.
7. Greenlund K., Liu K., Dyer A., Kiefe C., Burke G., Yunis C. Body mass index in young adults: Associations with parental body size and education in the CARDIA Study// Am J. Public Health 1996 Apr; 86(4):480-5.
8. Guillaume M., Lapidus L., Beckers F., Lambert A., Bjorntorp P. Familial trends of obesity through three generations: the Belgian-Luxembourg child study// Int. J. Obes Relat Metab Disord.- 1995 Sep; 19 Suppl 3: S 5-9.
9. Hernandez B., Gortmaker S., Colditz G., Peterson K., Laird N., Parra-Cabrera S. Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of video viewing among children in Mexico city// Int. J. Obes Relat metab Disord.- 1999 Aug; 23(8): 845-54.
10. Leung S., Ng M., Lau T. Prevalence of obesity in Hong Kong children and adolescents aged 3-18 years Chung Hua Yu Fang I Hsueh Tsa Chin 1995 Sep; 29(5):270-2.
11. Saris W., Astrup A., Prentice A. et al. Randomized controlled trial of changes in dietary carbohydrate / fat ratio and simple vs complex carbohydrates on body weight and blood lipids: the CARMEN study. The Carbohydrate Ratio Management in European National diets// Int. J. Obes. - 1993. Vol.17.- P.623-629.
12. Sichieri R., Recine E., Everhart J. Growth and body mass index of Brazilians ages 9 through 17 years// Obes Res 1995 Sep; 3 Suppl 2; S 117-121.

УДК 616-053.7:612.018

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МАЛЬЧИКОВ В ВОЗРАСТЕ 10-16 ЛЕТ

И.И. Ковгунова, Г.Н. Федоров, В.Н. Григорьева, Н.А. Федянина

Смоленская государственная медицинская академия

В настоящее время внимание исследователей приковано к изучению и решению проблем не больного ребенка, а нормальных процессов постнатального онтогенеза. В этой связи является актуальным изучение механизмов развития эндокринной системы в целом и отдельных ее звеньев в пре-и-пубертатном периодах у практически здоровых мальчиков (I-II группа здоровья).

Материалы и методы исследования

Обследовали мальчиков в возрастном интервале 10-12 (препубертатный период) и 13-16 (пубертатный период) лет, в количестве 40 и 33 человек соответственно в каждой группе. Изучали динамику гормонов ТЗ, Т4, ТТГ - показателей функции щитовидной железы; ФСГ, ЛГ, пролактина, прогестерона, тестостерона - показателей развития репродуктивной системы ребенка; АКТГ, кортизола - показателей функционирования системы «гипофиз-кора надпочечников». Нами также были оценены возрастные изменения содержания инсулина и соматотропного гормона (СТГ) в сыворотке крови исследуемых мальчиков. Концентрации ЛГ и ФСГ в сыворотке крови у мальчиков определяли в возрастном интервале от 10 до 16 лет.

Результаты и их обсуждение

В возрасте 10 лет уровень концентрации гонадотропинов у мальчиков составлял для ФСГ- $1,12 \pm 0,06$ МЕ/л, для ЛГ- $0,34 \pm 0,04$ МЕ/л. В дальнейшем по мере увеличения возраста средние концентрации гонадотропинов растут, однако происходит это неравномерно в разные возрастные периоды (табл.1 и 2).

Так, значения ЛГ постепенно нарастают до 16 лет, тогда как ФСГ почти не меняет своей концентрации до 13-летнего возраста, затем отмечается резкий пубертатный скачок концентрации ФСГ в 14-16-летнем возрасте ($p < 0,05$). Регулирующее влияние гонадотропинов на стероидную функцию яичек заключается в увеличении концентраций эстрадиола и тестостерона. Согласно полученным данным, уровень тестостерона у 10-11-летних мальчиков стабилен ($0,98 \pm 0,11$ и $1,16 \pm 0,04$ нмоль/л соответственно), тогда как в 12-летнем возрасте имеется достоверное увеличение содержания гормона ($1,73 \pm 0,26$ нмоль/л, $p < 0,05$). Начиная с 13 лет, содержание тестостерона ежегодно удваивается по отношению к предыдущему году и к 16 годам составляет $16,22 \pm 2,31$ нмоль/л, как и у взрослых мужчин.

Таблица 1. Годовая динамика изменения гормональных показателей у мальчиков 10-12 лет

УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ	10 лет (n=23)	11 лет (n=9)	12 лет (n=8)
АКТГ, пг/мл	14,56±1,67	16,24±1,37	17,21±1,71*
Кортизол, нмоль/л	236,73±14,73	283,37±31,89	277,93±58,09
Инсулин, нг/мл	9,27±2,45	5,75±1,17	4,7±0,99*
Кальцитонин, пг/мл	9,72±1,31	11,29±1,87	12,89±1,87
Паратгормон, пг/мл	11,06±1,32	12,84±1,98	13,06±1,72
ФСГ, МЕ/л	1,12±0,06	1,24±0,25	1,01±0,35
ЛГ, МЕ/л	0,34±0,04	0,56±0,11	0,88±0,14
Пролактин, МЕ/л	172,90±32,25	170,19±32,86	189,72±38,97
Прогестерон, нмоль/л	0,43±0,04	0,37±0,05	0,48±0,06
Тестостерон, нмоль/л	0,98±0,11	1,16±0,04	1,73±0,26*
Трийодтиронин общ. (Т3), нмоль/л	1,63±0,11	1,62±0,12	1,41±0,52

Тироксин своб. (Т4), пг/мл	13,51±0,63	13,17±0,81	10,44±0,42*
Тиреотропный гормон (ТТГ), мМЕ/л	2,04±0,19	1,96±0,49	0,77±0,11*
Соматотропный гормон, нмоль/л	1,69±0,42	1,38±0,24	2,05±1,27

Примечание: * - различия в группе детей 12 лет достоверны, $p < 0,05$.

Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что в пре- и пубертатном периодах в гипофизе и гонадах происходят физиологические процессы, связанные с функциональной перестройкой этих желез, что находит свое отражение в поддержании определенного уровня гормонов в крови, однако имеется значительный разброс в индивидуальных уровнях гормонов на фоне их неизменных средних концентраций.

Активация гонад, подтвержденная достоверным повышением концентрации тестостерона в сыворотке крови у мальчиков, начиная с 13-летнего возраста, происходит уже на фоне стабильной и относительно высокой секреции гонадотропинов (ФСГ и ЛГ).

Интересно отметить, что в этом возрастном периоде, гонадотропная функция гипофиза проявляется в более высокой концентрации секреции ФСГ, а активация выработки ЛГ выражена не так ярко (табл.2). Кроме ФСГ и ЛГ, основными гипофизарными тропинами, обеспечивающими рост и развитие организма в подростковом возрасте, являются: АКТГ, СТГ и ТТГ.

Основной физиологической функцией АКТГ является активизация биосинтеза и секреции стероидных гормонов корой надпочечников. Вырабатываемые под воздействием кортикотропина андрогены коры надпочечников оказывают значительное влияние на рост костной ткани, мышечной, формирование половых признаков и в целом - репродуктивной системы.

Нами установлено достоверное увеличение содержания АКТГ в сыворотке крови у мальчиков 12 лет, оно составило $17,21 \pm 1,71$ пг/моль. Вероятно, это связано с «ростовым» и пубертатным скачком. В дальнейшем (табл.2) идет плавное нарастание уровня АКТГ, в возрасте 15-16 лет остается на стабильном уровне.

Значительных возрастных изменений концентрации кортизола в сыворотке крови обследуемых нами не получено (табл.1 и 2). Наши исследования концентрации соматотропина в крови мальчиков показали, что возрастная динамика этого гормона носит волнообразный характер. Начиная с 10 и до 13 лет, содержание СТГ остается на достаточно невысоких значениях (табл.1).

Таблица 2. Годовая динамика изменения гормональных показателей у мальчиков 13-16 лет

УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ	13 лет (n=7)	14 лет (n=8)	15 лет (n=8)	16 лет (n=10)
АКТГ, пг/мл	17,72±2,01	18,74±1,47	20,72±2,03	20,46±1,02
Кортизол, нмоль/л	270,97±23,34	237,95±38,52	280,18±50,74	315,45±50,74
Инсулин, нг/мл	13,83±2,15	11,41±2,58	12,07±2,11	10,46±2,17
Кальцитонин, пг/мл	16,79±1,42	25,86±2,21	32,61±3,51	29,35±2,62
Паратгормон, пг/мл	12,71±1,54	11,65±1,32	11,79±1,82	10,52±1,76
ФСГ, МЕ/л	1,58±0,31	2,56±0,42***	3,28±0,56***	3,51±0,48***
ЛГ, МЕ/л	0,96±0,22	1,67±0,44	2,34±0,28	3,01±0,52*
Пролактин, МЕ/л	175,83±46,27	192,57±39,71	204,46±41,52	220,31±51,62
Прогестерон, нмоль/л	0,34±0,12	0,42±0,21	0,32±0,12	0,43±0,08
Тестостерон, нмоль/л	3,51±0,48	7,58±1,02***	14,89±1,62***	16,22±2,31*
Трийодтиронин общ. (Т3), нмоль/л	1,36±0,21	1,28±0,28	1,33±0,16	1,05±0,19
Тироксин своб. (Т4), пг/мл	10,12±1,12	11,36±1,06	13,83±1,09***	10,51±0,58

Тиреотропный гормон (ТТГ), мМЕ/л	0,89±0,34	1,18±0,31	1,39±0,37	1,06±0,17
Соматотропный гормон, нмоль/л	2,73±0,72	3,86±0,78	4,51±0,82	4,93±0,46

Примечание:* - различия в группе детей 16 лет достоверны, $p < 0,05$; *** - различия достоверны при сравнении с группой 13 лет, $p < 0,05$.

С 13 до 16 лет отмечаются довольно высокие уровни гормона. Пубертатное повышение концентрации гормона наблюдается в 14 лет ($3,86 \pm 0,78$ нмоль/л), что достоверно с возрастом 10-11 лет ($p < 0,05$) ($1,69 \pm 0,42$ и $1,38 \pm 0,24$). Наши данные согласуются с ранее полученными результатами А.А. Баранова и Л.А. Щеплягиной (2000).

Соматотропный гормон без участия других желез внутренней секреции воздействует непосредственно на развитие и рост тканей организма при непосредственном участии соматомединов (инсулиноподобных факторов роста I и II). И именно с увеличением его концентрации в 14-16-летнем возрасте связан максимальный ростовой «скачок» у подростков.

Особое место в системе гормонального гомеостаза подростков занимают тиреотропный гормон и гормоны щитовидной железы. Им принадлежит одно из ведущих мест в обеспечении необходимого уровня адаптационно-приспособительных механизмов, что с биологической точки зрения является крайне важным на этапе интенсивного развития организма.

При обработке полученных нами данных обращает на себя внимание относительная стабильность тиреотропной функции гипофиза всего обследованного возрастного периода мальчиков (табл.1, 2). Функция щитовидной железы стабильна, однако имеется тенденция незначительного уменьшения средних величин Т3 при увеличении возраста обследуемых. Содержание концентраций свободного тироксина (Т4) в сыворотке мальчиков 10-16 лет характеризуется волнообразными изменениями в разные возрастные периоды. Так, в промежутке 10-12 лет (табл.1) имеется достоверное снижение показателей Т4 и ТТГ у мальчиков 12 лет, сохраняющееся и в 13 лет, затем отмечается значительное повышение концентрации Т4 у подростков в 15 лет (табл.1, 2, $p < 0,05$).

Полученные колебания гормонов в системе «гипофиз - щитовидная железа», по-видимому, можно объяснить тем, что в возрасте 12-13 лет происходит относительный дефицит гормонов щитовидной железы, т.к. резко возрастает потребность в них, повышается метаболизм тироксина в тканях. Одновременно с этим отмечается увеличение уровней содержания АКТГ и тестостерона в сыворотке 12-13-летних мальчиков, достоверное по сравнению с 10-11 годами. Этот возрастной период на границе препубертата и перехода в пубертат требует особого внимания к здоровью мальчиков, т.к. выявленные изменения гормонального фона могут приводить к несоответствию социально-психологических факторов и функциональных возможностей организма. Следствием чего могут появиться отклонения в состоянии здоровья детей и поведенческой дезадаптации.

Таким образом, можно полагать, что критический период онтогенеза, к которому, несомненно, относится начало полового созревания, обусловлен как интенсивным морфофункциональным созреванием, так и спецификой усложняющегося взаимоотношения внутренних (биологических) и внешних (социальных) факторов развития.

Литература

1. Левина Л.И. Подростковая медицина. СПб.: Специальная литература, 1999. – 731 с.

2. Князев Ю.А., Беспалова В.А. Гормонально-метаболические диагностические параметры (справочник). М.: Издательский дом «Русский врач», 2000. – 96 с.
3. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). - М.: Медицина, 2000. – 584 с.
4. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М.: Медицина, 2002. - 768 с.
5. Морозова Т.Ю. Состояние половых желез у девочек с диффузным нетоксическим зобом: Автореф. ... дис. к.м.н. – Смоленск, 2002. – 18 с.
6. Балаболкин М.И. Эндокринология.- М.: Медицина, 1998. – 583 с.

УДК 616-056.52-053.2+615.356

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ЮНИКАПА М» У ДЕТЕЙ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА И ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Л.В. Козлова, В.В. Бекезин, Л.А. Щеплягина, Е.А. Цурцилина

Смоленская государственная медицинская академия

В статье показана эффективность применения витаминно-минерального комплекса «Юникапа М» у детей с гипоталамическим синдромом пубертатного периода и экзогенно-конституциональным ожирением.

В экономически развитых странах, включая Россию, как минимум 30 % населения имеют избыточную массу тела (2). С избыточным весом отчетливо связано многократное повышение риска и частоты развития артериальной гипертонии, сахарного диабета 2 типа и других метаболических нарушений (2, 4). У детей в пубертатном возрасте на фоне экзогенно-конституционального ожирения часто появляется и прогрессирует дисфункция гипоталамуса. В настоящее время доказано единство этиопатогенеза неинфекционных алиментарно-зависимых заболеваний и показано, что основные изменения при этом происходят в трех регулирующих гомеостатических механизмах – репродуктивном, энергетическом и адаптационном, которые замыкаются на гипоталамо-гипофизарном уровне. В связи с чем одним из основных лечебно-профилактических методов коррекции, используемых в современной медицине, является метаболическая терапия (4, 5), включающая и витаминно-минеральные комплексы для восполнения дефицита различных микрокомпонентов рациона питания (1, 3, 6). Это связано еще и с тем, что современные индустриальные технологии выращивания, производства, доставки и хранения пищевых продуктов характеризуются потерей важнейших эссенциальных нутриентов – минеральных веществ, витаминов, пищевых волокон, необходимых для выполнения адекватных адаптационных процессов человека в условиях нарушенных внутренних гомеостатических регуляторных механизмов.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности применения витаминно-минерального комплекса «Юникапа М» у детей с гипоталамическим синдромом пубертатного периода и экзогенно-конституциональным ожирением.

Материалы и методы исследования

Обследовано в динамике 12 детей (9 – с гипоталамическим синдромом пубертатного периода и 3 – с экзогенно-конституциональным ожирением 2 степени), получавших в лечении в виде монотерапии «Юникап М». Препарат назначался однократно после еды в суточной дозе – 1 таблетка. Продолжительность терапии составила 15 – 30 дней (15 дней – 7 детей, 30 дней – 5 детей). Средний возраст детей – 11-15 лет. Контрольную группу составили 10 детей с гипоталамическим синдромом пубертатного периода в возрасте 11-15 лет, не получавшие медикаментозную терапию.

Об эффективности проводимой терапии судили по динамике (до лечения и после лечения) клинической картины и параметров лабораторных (кальций (Са), фосфор (Р), общий холестерин, мочева кислота) и инструментальных (КИГ, тетраполярная реокардиография) методов исследования, а также психологических тестов (тест на память и тест на внимание).

Результаты и их обсуждение

Витамины и минералы принимают самое активное участие в обменных процессах в организме. Достаточное их содержание чрезвычайно важно для детей с ожирением и вторичным гипоталамическим синдромом, у которых, с одной стороны, окислительно-восстановительные процессы протекают наиболее интенсивно в связи с вступлением в

пубертат, а, с другой - уже имеются выраженные метаболические нарушения на фоне гормональных, вегетативных и обменных сдвигов. Результаты исследования свидетельствовали об эффективности применения «Юникапа М» у детей с данной патологией (таблица 1).

Таблица 1. Динамика лабораторных показателей на фоне терапии «Юникапом М»

Параметры	Лабораторные показатели				
	Ca	P	Ca\P	общий холестерин	мочевая кислота
До лечения	2,05±0,18	1,07±0,12	1,81±0,28	4,41±0,81	235±85,3
После лечения	2,36±0,25	1,02±0,21	2,29±0,29	4,0±0,36	229±42,7

Так, отмечалась нормализация кальций-фосфорного соотношения на фоне терапии витаминно-минеральным комплексом (до лечения – 1,81±0,28, после лечения – 2,29±0,29; p<0,05). Такая динамика была обусловлена, очевидно, с одной стороны, улучшением всасывания Ca из кишечника (вит. Д входит в состав «Юникапа М»), с другой – оптимизацией костно-минерального обмена (магний, цинк, витамины группы В). На фоне терапии отмечалась тенденция к снижению общего холестерина крови и мочевой кислоты (таблица 1).

О компенсаторно-адаптационных возможностях ребенка можно судить по состоянию вегетативного контура регуляции сердечного ритма, определяемого при проведении КИГ. При этом на фоне терапии «Юникапом М» отмечалась тенденция к увеличению в структуре ИВТ с 40 до 50 % эйтонии; регистрировалось возрастание с 10 до 50 % нормальной вегетативной реактивности (p<0,05). При анализе типов центральной гемодинамики, по данным тетраполярной реокардиографии, достоверные различия отсутствовали: практически у всех детей до и после лечения витаминно-минеральным комплексом регистрировался гиперкинетический тип центральной гемодинамики. Однако отмечались изменения со стороны сравниваемых параметров ЦГ (таблица 2). Регистрировалось увеличение СИ (до лечения – 3,49±3,3, после лечения – 5,44 ±1,5; p<0,05), свидетельствующее об усилении сократительной способности миокарда. Эти изменения происходили на фоне некоторого снижения ОПСС и УПСС.

Таблица 2. Динамика параметров центральной гемодинамики на фоне терапии «Юникапом М»

Параметры	Центральная гемодинамика (по тетраполярной реокардиографии)		
	СИ	ОПСС	УПСС
До лечения	3,49 ± 3,3	1111,2±468,8	569,2 ±270,2
После лечения	5,44 ±1,5	757,2 ±159,5	390,0 ±146,7

Снижение памяти и внимания - первые и наиболее частые симптомы со стороны нервной системы у детей с гипоталамическим синдромом. «Юникап М» в своем составе содержит как витамины (группы В; Е, С, А), так и минералы (йод, цинк, селен и др.), участвующие в обменных процессах головного мозга. В связи с чем проведенные в динамике психологические тесты по оценке памяти и внимания позволили оценить эффективность терапии «Юникапом М» (таблица 3).

Таблица 3. Динамика памяти и внимания на фоне терапии «Юникапом М»

Параметры	Психологические тесты	
	Тест на память	Тест на внимание
Me±σ		

До лечения	$4 \pm 0,71$	$8 \pm 4,31$
После лечения	$6 \pm 0,82$	$18 \pm 5,4$

Хороший положительный результат регистрировался со стороны внимания (до лечения - $8 \pm 4,31$, после лечения - $18 \pm 5,4$; $p < 0,05$), в меньшей степени улучшались показатели теста, характеризующего оперативную память. Существенной динамики показателей лабораторных, инструментальных и психологических исследований у детей контрольной группы не отмечалось, что свидетельствовало также в пользу эффективности витаминно-минерального комплекса.

Заключение

Таким образом, применение витаминно-минерального комплекса «Юникапа М» у детей с гипоталамическим синдромом пубертатного периода и экзогенно-конституциональным ожирением является эффективным и способствует повышению адаптационно-компенсаторных сил организма, улучшению гемодинамических показателей, памяти и внимания.

Литература

1. Витамины и минеральные вещества: Справочник для врачей/ Составитель Емельянова Т.П.- СПб., 2001.- 576 с.
2. Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение.- М.:Медпрактика, 2002.- 128 с.
3. Легонькова Т.И. Оценка эффективности применения цинксодержащих препаратов при недостаточности сывороточного цинка в организме// Вестник Смоленской медицинской академии.- 2002.- №4.- С.11-16.
4. Методы раннего выявления и коррекции метаболического синдрома в условиях практического здравоохранения: Методические рекомендации.- М., 1999.- 27 с.
5. Сафонов А.Б., Сергеев В.Н. Лечебно-профилактические аспекты метаболической терапии хронических неинфекционных заболеваний// Педиатрия.- 2002.- №3.- С.92-98.
6. Профилактика и коррекция витаминной и минеральной недостаточности у детей и матерей: Информационное письмо.- М., 2000.- 16 с.

УДК 616.831-053.2:612.018

ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Г.Н. Федоров, Е.В. Семакова, В.Н. Григорьева, Т.Н. Алексеева, Н.А. Федянина.

Смоленская государственная медицинская академия

Большая часть (75-85%) заболеваний нервной системы у детей своими истоками уходит в прогенез и ранние сроки эмбрио- и фетогенеза. Неблагоприятный исход антенатального и перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС) связывают, прежде всего, с несовершенством диагностики и несвоевременностью и неадекватностью терапии. Ведь, несмотря на распространенность последствий антенатальной и постнатальной патологии ЦНС, только у 1/3 детей раннего возраста она выявляется в первые дни и недели жизни (4,8).

Помимо нервной системы, у детей с отягощенным антенатальным и перинатальным анамнезом страдают иммунная (ИС) и эндокринная (ЭС), которые целиком связаны в фило- и онтогенезе с ЦНС и вегетативной нервной системой (ВНС) и полностью зависят от качества нервной регуляции, которая у детей с задержкой миелинизации нервных структур либо нарушена, либо неполноценна (3,10).

Целью настоящей работы явилось изучение характера неврологических и гормональных нарушений у детей с бронхиальной астмой (БА) легкой степени тяжести с отягощенным ante- и перинатальным анамнезом.

Материалы и методы исследования

Исследование включало: оценку неврологического статуса, изучение антенатального и перинатального анамнеза, анализ данных реоэнцефалограммы (РЭГ), электроэнцефалограммы (ЭЭГ), соматическое обследование – ультразвуковое исследование (УЗИ) тимуса, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), почек; дети обследовались аллергологом и окулистом. Радиоиммунологическим методом определялся уровень адренокортикотропного гормона (АКТГ), кортизола, тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета прикладных программ StatGrafics Plus 2.1. for Windows 95. Использовались непараметрические критерии: Уилкоксона (сравнение медиан), Колмагорова-Смирнова (сравнение кумулятивных функций распределения), хи-квадрат (анализ сопряженности) и сложный факторный анализ. Результаты считали достоверными с вероятностью более 95% при $p < 0,05$.

Всего обследовали 65 детей 3-6 лет (средний возраст обследованных $4,6 \pm 0,85$) с БА легкой степени тяжести в период длительной ремиссии, не наблюдавшихся у невролога.

Результаты и их обсуждение

Практически все обследованные дети - 59 (91%) имели отягощенный анамнез: у 39 (66%) был отягощен антенатальный период, у 25 (42%) - интранатальный, у 5 (9%) - постнатальный, у 10 (17%) патологические факторы действовали на различных этапах перинатального развития. Причем, действие патологически значимых факторов наиболее часто отмечалось в антенатальном периоде (критерий хи-квадрат = 6,69; $p < 0,05$).

У 36 (61%) детей при рождении была зарегистрирована церебральная ишемия, которая наиболее часто наблюдалась как результат перинатального действия вредных факторов (критерий хи-квадрат = 30,77; $p < 0,05$); морфофункциональная незрелость - у 7 (12%) детей.

У 48 (73%) детей клинически выявлялись жалобы на головные боли, у 11 (23%) они сопровождались тошнотой и регистрировались в утренние часы, у 14 (29%) отмечались нарушения сна, у 19 (40%) - поведения, непереносимость поездок в транспорте регистрировалась у 24 (50%).

При изучении неврологического статуса у больных выявлен целый ряд симптомов, указывающих на страдание ЦНС и ВНС, а именно:

почти у всех обследованных – 48 (73%) в неврологическом статусе регистрировалась различная неврологическая микросимптоматика. У 18 (38%) отмечали незрелость пирамидной системы. У 29 (60%) были зарегистрированы вестибулярно-координационные расстройства - дисдиадохокинез. Задержка формирования высших корковых функций отмечена у 5 (10%) детей, у 2 (4%) выявлен дизрафический статус.

При офтальмоскопии у 23 (48%) детей выявлено расширение вен, у 19 (40%) - спазм артерий. На РЭГ у 31 (65%) больного определялись признаки дистонии сосудистого русла, нарушение венозного оттока - у 19 (40%), асимметрия пульсового кровенаполнения - у 7 (15%), сочетанные нарушения - у 12 (25%) детей. На ЭЭГ, как правило, выявлялась ирритация срединных (мезэнцефальных и дизэнцефальных) структур, функциональная неустойчивость стволовых образований – у 41 (85,4%).

Сопоставление клинических проявлений минимальной мозговой дисфункции (ММД) и данных инструментального обследования свидетельствовало о невозможности локализовать у изучаемого контингента больных очаг патологии, что соответствовало диффузному поражению мозга (2).

При УЗИ тимуса у обследованных детей были выявлены гиперплазия (увеличены размеры и масса) - у 33 (50,7%), дискинезия желчевыводящих путей - у 42 (65%), диспанкреатизм - у 11 (17%) детей, изменения со стороны почек (дизметаболическая нефропатия) - у 6 (9%) обследованных.

Отметим, что изменения со стороны ЖКТ, обусловленные вегетативной дисфункцией, регистрировались наиболее часто (критерий хи-квадрат = 17,15 при $p < 0,05$), что указывает на высокую чувствительность ВНС к внутриутробной гипоксии.

Таким образом, нейрогенные дисфункции висцеральных органов, как следствие антенатального и перинатального поражения ЦНС, имеют значительный удельный вес в структуре детской заболеваемости, на что указывают и другие авторы (5).

На основании проведенного нейро-инструментального обследования детям в рамках ММД был выставлен следующий ведущий клинический синдром: у 21 (32%) - вегетативно-дисрегуляторный (СВД), у 11 (17%) - ликвородинамический (СЛДН) (доброкачественной внутричерепной гипертензии), эмоционально-волевых и поведенческих нарушений по типу гипердинамики (ГДС) – у 16 (25%). У 17 (26%) на момент осмотра неврологических симптомов выявлено не было, из них у 11 (17%) был отягощен ante- и перинатальный анамнез. Таким образом, в лечении и наблюдении невролога нуждались 48 (81%) детей.

Тот факт, что дети, которые ранее были расценены как неврологически здоровые, к 3-6 - летнему возрасту стали нуждаться в наблюдении и лечении у невролога, может свидетельствовать о том, что повреждающее действие патологических факторов в антенатальном и перинатальном периоде было относительно легким, не вызвавшим грубого органического повреждения структур ЦНС. Однако по мере роста и развития ребенка последствия этого воздействия стали более выраженными. Отсроченность проявления клинических признаков повреждения, волнообразность течения процесса можно объяснить не только мозаичностью созревания отдельных структур мозга, но и задержкой нейроонтогенеза с нарушением пластических структурных перестроек на всех уровнях, способствующих депривации и

дальнейшему углублению нарушений. Таким образом, патологический процесс, обусловленный антенатальными и перинатальными повреждениями ЦНС, после рождения ребенка продолжается, так как каскад нейрохимических, нейрофизиологических и нейроморфологических изменений уже запущен (1,9,10).

При изучении содержания гормонов в сыворотке крови у детей с легкой степенью БА и с отягощенным ante- и перинатальным анамнезом установлено повышение уровня АКТГ и кортизола, а также ТЗ у больных с СЛДН по отношению к контрольной группе детей (11 человек) с БА легкой степени тяжести и с отягощенным антенатальным и перинатальным анамнезом, которые на момента осмотра не имели неврологических расстройств (табл. 1, $p < 0,05$). Проведенные исследования позволили установить степень нарушения гипофизарно-надпочечниковой и гипофизарно-тиреоидной систем при СЛДН у детей с отягощенным перинатальным анамнезом. Высокий уровень АКТГ, кортизола и ТЗ при СЛДН указывает на напряженность адаптационных механизмов при данном состоянии.

Таблица 1. Уровень гормонов у больных с различными синдромами ММД.

Гормон	Ведущий синдром			Контрольная группа n=11 (медиана)
	СВД n=21 (медиана)	СЛДН n=11 (медиана)	ГДС n=16 (медиана)	
АКТГ пкг/мл	19,58 (10,24-29,48)	20,06* (14,59-51,02)	18,10 (13,84-19,09)	13,76 (10,16-26,64)
Кортизол мМЕ/литр	361,1 (215,9-631,7)	459,01* (315,0-628,0)	415,3 (322,33-415,3)	265,2 (183,2-530,3)
ТТГ нмоль/литр	2,41 (1,56-10,23)	2,31 (2,05-3,62)	2,27 (2,04-2,5)	3,76 (1,97-3,88)
ТЗ нмоль/литр	2,31 (1,0-2,52)	4,79* (2,61-4,79)	3,11 (2,5-3,72)	2,45 (2,14-2,79)
Т4 пкг/мл	13,13 (3,43-13,2)	13,3 (8,34-13,9)	13,0 (9,39-13,9)	13,6 (2,86-14,5)

Примечание: * $p < 0,05$ – при сравнении с контролем.

Полученные данные подтверждают представления о том, что чем раньше в эмбриогенезе оказывалось вредное воздействие на плод, тем более выражены последствия этого влияния, что находит свое отражение в нарушении функционирования ЦНС, ВНС и ЭС (6,7).

Суммируя вышеизложенное, можно сделать следующие **выводы**:

1. Практически все дети с легкой степенью тяжести БА имеют отягощенный антенатальный и перинатальный анамнез (91%), признаки которого регистрируются в раннем периоде у 85% детей, среди них превалирует церебральная ишемия (61%), что служит прямым показанием к лечению у невролога.

2. Исследование уровня гормонов (АКТГ, кортизола и ТЗ) у больных с ММД имеет важное значение, особенно при СЛДН, для оценки степени нарушения эндокринной регуляции и выработки адекватной терапевтической стратегии в отношении данной группы детей.

Литература

1. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика-М, 2002.
2. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. – М.: Просвещение, 1993.
3. Лекции по педиатрии. /Под ред., В.Ф. Демина, С.О. Ключникова, Г.А. Самсыгиной. – М.: РГМУ, 2002.
4. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Рубин М.Ю. Плохой хороший ребенок. (Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи). - СПб.: ООО «ЭЛБИ-СПб», 2003.
5. Нервная система и внутренние органы. /Под ред. Ю.С. Марынова и др. – М.: Знание-М, 2001.

6. Основы перинатологии: Учебник. /Под ред. Н.П. Шабалова и Ю.В. Цвелева. – М.: МЕДпресс-информ, 2002.
7. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: Руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2001.
8. Руководство по детской неврологии. /Под ред. проф. В.И. Гузевой. – СПб.: СПбГПМА, 1998.
9. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2003.
10. Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горяинова Т.Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей.- СПб.: Деан, 1999.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ И УРОЛОГИЯ

УДК 616.683-008.8-053.2

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИДРОЦЕЛЕ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

А.В. Гринёв, С.И. Николаев, В.Е. Сердюцкий, Д.С. Ефременков

Смоленская государственная медицинская академия .

Проведено изучение эффективности применения плазменного скальпеля в лечении гидроцеле на примере 30 больных.

Гидроцеле – скопление жидкости между париетальным и висцеральным листками влагалищной оболочки яичка. На сегодняшний день лечение водянки яичка является актуальной проблемой и с медицинской, и с социальной точек зрения, так как большинство больных гидроцеле являются лицами детородного возраста . При длительном существовании гидроцеле давление жидкости, скопившейся между оболочками яичка , ведёт к атрофии извитых семенных канальцев , сопровождающейся заметным снижением сперматогенеза и разрастанием соединительной ткани , что сказывается на репродуктивной функции яичка (1). Лечение гидроцеле – хирургическое . Показанием к операции у больных является сам факт наличия водянки яичка при отсутствии тяжёлых интеркуррентных заболеваний (2) .

Материалы и методы исследования

Диагноз гидроцеле подтверждается данными физикального обследования, ультрасонографическим исследованием мошонки , диафаноскопией (просвечиванием) . Методика операции состоит в следующем : после осуществления мошоночного доступа , вскрытия париетальной влагалищной оболочки и эвакуации водяночной жидкости яичко с придатком выводим в рану . Раствором бриллиантовой зелени отмечаем границу обработки яичка плазмой (отступая 0.5 см от яичка и придатка) . Затем производим воздействие плазменным потоком на влагалищную оболочку яичка с расстояния 0.5 см при силе тока 30 А и избыточном давлении газа 0.1 атм до появления эффекта «шагреновой» кожи . Кровоточащие мелкие сосуды не лигируем , а «прижигаем» струёй плазмы , таким образом , не оставляем в ране шовного материала . Яичко погружаем в мошонку, и рану дренируем через контрапертуру на 24-48 часов . Применение плазменного скальпеля обеспечивает не только операционный гемостаз , но и торможение процессов плазморагии , обуславливающих накопление жидкости между листками влагалищной оболочки яичка. В результате генерации плазменной струи выделяется большое количество атомарного кислорода в виде озона , что обеспечивает бактерицидное действие плазменных потоков (3) .

Результаты и их обсуждение

Данный метод впервые применён в клинике урологии Смоленской государственной медицинской академии . Заявка на изобретение принята к рассмотрению 20.04.2003 г. Плазмокоагуляция оболочек яичка проведена 30 больным гидроцеле в возрасте от 14 до 68 лет . Длительность заболевания составляла от 2-х месяцев до 10 лет . По этиологии выделяли гидроцеле : 1) посттравматическое; 2) поствоспалительное; 3) послеоперационное (варикоцелэктомия, герниотомия); 4) идиопатическое. Объём гидроцеле - от 50 до 450 мл. Всем больным перед операцией проводилось общеклиническое и лабораторное обследование. В предоперационном периоде, а также на 1-е , 3-и и 7-е сутки после операции проводилось ультрасонографическое исследование органов мошонки. При этом оценивалось наличие отёка яичка и придатка в послеоперационном периоде (4). При анализе результатов ультрасонографического исследования получены следующие данные: при сканировании на 3-и и 7-е сутки

послеоперационного периода отёк яичка отмечался у 2 пациентов (6,7%) . У одного яичко увеличилось за счёт отёка на 20% , у второго на 30% от первоначального объёма. Отёк мошонки у больных после операции был незначителен , купировался на 3-4-е сутки . Послеоперационных гематом не наблюдалось . В сроки наблюдения от 3-х месяцев до 2,5 лет рецидивов заболевания не отмечено. Проводилось патоморфологическое исследование ткани оболочек яичка до нанесения плазменного потока и после воздействия плазмой . Получены следующие результаты : средняя толщина оболочек до обработки плазмой 1000-1100 мкм ; плазменное воздействие вызывает обугливание поверхностных слоёв оболочки на $55,34 \pm 24,71$ мкм и некротические и паранекротические изменения в более глубоко лежащей зоне на уровне $210,45 \pm 46,16$ мкм , что обуславливает не только тромбирование сосудов , но и торможение процессов плазморрагии , служащих основным источником накопления жидкости между париетальным и висцеральным листками влагалищной оболочки яичка. При воздействии плазменным потоком достигается уменьшение общей толщины оболочек яичка в среднем на 26% , не сопровождающееся глубокой термической травмой ткани.

Выводы . Предлагаемый способ лечения гидроцеле имеет следующие преимущества:

- 1) метод малотравматичен ;
- 2) обработка оболочек яичка плазменным скальпелем тормозит процессы плазморрагии, что предотвращает рецидив заболевания ;
- 3) применение данного оперативного пособия в лечении гидроцеле способствует снижению сроков временной нетрудоспособности .

Таким образом, метод соответствует современным требованиям (5) и может применяться для лечения гидроцеле у взрослых и детей .

Литература.

1. Брюсов П.Г., Кудрявцев Б.П. Плазменная хирургия.- 1995.- С.11-13.
2. Грицуляк Б.В. Влияние водянки яичка на состояние его паренхимы и кровеносного русла//Урология и нефрология.- 1979.- №1.- С.41-43 .
3. Дунаевский Я.Л., Горохов М.Э. Сравнительная оценка оперативных методов лечения водянки оболочек яичка//Урология и нефрология.- 1990.- №1.- С.59-62.
4. Руководство по урологии/ Под ред. Н.А.Лопаткина.- 1998.- Т.3.- С.622-625.
5. Ультразвуковая диагностика заболеваний наружных половых органов у мужчин/ А.Р.Зубарев, М.Д.Митькова, М.В.Корякин и др.- 1999.- С.96

УДК 616.61-003.4-053.2

ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

А.В. Гринёв, С.И. Николаев, В.Л. Михайлов, А.В. Бовбала

Смоленская государственная медицинская академия.

Проведен анализ различных оперативных вмешательств при кистозных заболеваниях почек у 88 пациентов. Показаны преимущества обработки оставшейся на почке стенки кисты плазменным скальпелем.

Для урологии современная диагностическая техника открыла совершенно новые перспективы не только в диагностике, но и в лечении заболеваний. Кисты почек встречаются в 3 - 5% случаев аутопсий. Кисты небольших размеров с отсутствием клинической симптоматики не требуют хирургического лечения, необходимо только ультразвуковой мониторинг. Показаниями к операции или пункции кисты являются: прогрессирующий рост кисты, злокачественное перерождение, нарушение функции почки, нагноение кисты, артериальная гипертензия, выраженный болевой синдром.

Известны различные способы оперативного лечения больных простыми кистами почек: нефрэктомия, вылушивание кисты или иссечение её свободной стенки, перкутанная пункция кисты под УЗ-контролем с последующей склеротерапией, без дренирования полости кисты и с её дренированием. Нами был предложен способ иссечения простых кист почек, с последующей обработкой оставшейся стенки аргоновой плазмой, при помощи аппарата СУПР-М.

За последние 5 лет, под нашим наблюдением, по поводу кист почек находилось 88 больных. Пациенты с кистами распределились следующим образом и им проведены операции (таблица 1).

Таблица 1. Распределение пациентов с кистами почек.

Наименование	Нефрэктомия	Перкутанная пункция со склеротерапией	Иссечение кисты с обработкой оставшейся стенки 96% спиртом	Иссечение кисты с обработкой оставшейся стенки плазмой
Серозные - 78	2	24 (2+)	36	16 (2+)
Гнойные - 8	1		3 (1*)	4 (1+)
Геморрагические				1
Рак в кисте	1			
Всего	4	24	39	21

условные обозначения, () в том числе:

* - пациент умер.

+ - у одного пациента имелось 2 и более кист.

Насколько актуальна проблема кистозных заболеваний почек можно судить потому, что иногда наличие кисты приводит к необходимости удаления почки. По нашим данным, нефрэктомия выполнена 4 пациентам по следующим показаниям. У двух пациентов имело место наличие кисты почки больших размеров (Д - 95мм, V - 450мл), что привело практически к полной атрофии паренхимы почки. Во время операции сохранение почки было признано нецелесообразным. Ещё один пациент оперирован по поводу серозной кисты (Д - 60мм, V - 180мл). После вскрытия кисты, на дне её, имелись грубые сосочковые разрастания, и хотя экспресс - анализ не подтвердил злокачественное перерождение, но консилиумом врачей принято решение о нефрэктомии. Пациентка оперирована по поводу серозной кисты больших размеров (Д - 85мм, V - 350мл). После вскрытия и экспресс - цитологического исследования

содержимого кисты высказано предположение о злокачественном перерождении, что было подтверждено гистологически после нефрэктомии /гипернефроидный рак/.

Перкутанные пункции кист выполнены 24 больным. Средний объём полости кист - 183,1 мл., диаметр - 76 мм., средний послеоперационный к/день - 6,2. Кисты были не осложнённые и без сопутствующих урологических заболеваний. Пункции кист выполнялись больным с небольшими, единичными кистами. В качестве склерозирующего агента вводился 96% этиловый спирт, с экспозицией 10 - 20 минут. Лишь в двух случаях перкутанная пункция выполнялась больным с множественными кистами (2, 3), последовательно по одной кисте. Из них 3(12,5%) пациента в раннем послеоперационном периоде перенесли атаку острого пиелонефрита, который после консервативного лечения купировался консервативно. В ходе динамического наблюдения у 5 пациентов наблюдался рецидив кист, потребовавший повторных перкутанных пункций. У двух пациентов, с быстро растущими кистами, был повторный рецидив, что заставило нас выполнить открытую операцию, с обработкой оставшейся стенки кисты 96% спиртом.

Открытые операции, с резекцией стенки кисты и обработки оставшейся части 96% спиртом, выполнены 39 больным. Средний объём полости кист- 391мл., диаметр- 84 мм., средний послеоперационный к/день - 16,2. У троих пациентов имелись нагноившиеся кисты. Один из пациентов с нагноившейся кистой левой почки умер в послеоперационном периоде из-за сопутствующей патологии (нарастание печёночной и сердечно - сосудистой недостаточности). Длительность послеоперационного периода зачастую обуславливается сохраняющимся серозным отделяемым из раны. В ходе операции киста вскрывается, удаляется её содержимое, стенка кисты частично иссекается. Часть стенки, интимно спаянная с почкой, оставляется для уменьшения операционной травмы, наносимой почке. Именно эта, оставленная стенка кисты, продолжает продуцировать серозную жидкость. Чтобы уменьшить продукцию жидкости, стенка обрабатывается 96% спиртом, для достижения дубящего эффекта. Этого бывает недостаточно, и в послеоперационном периоде имеется серозное отделяемое, количество которого постепенно уменьшается, но некоторое время ухудшает заживление раны. Длительность нахождения больного в стационаре поэтому увеличивается, иногда до 40 и более дней. Мы неоднократно сталкивались с этой проблемой. Для уменьшения плазмореи, во время перевязок, вводили в рану 0,1% диоксидин, 96% спирт. Это лечение ускоряет заживление, но на небольшой срок. Поэтому в урологической клинике СГМА был предложен метод обработки оставшейся на почке стенки кисты сфокусированным потоком плазмы. Применяется плазматрон СУПР - М, разработанный на Смоленском авиационном заводе. Заявка на изобретение принята к рассмотрению 24. 01. 2003г., за № 2003101959/20 (002085). Обработка оставшейся стенки кисты плазменным скальпелем позволяет резко сократить отделяемое из раны как серозное, так и геморрагическое, так как прижигаются и кровоточащие сосуды.

Операции с применением плазменного скальпеля выполнены 21 больному. Средний объём полости кист -384мл., диаметр - 83 мм., средний послеоперационный к/день - 11,7. Пять кист были осложненными. В 4 случаях было нагноение кисты, в другом - содержимое кисты было геморрагическим. У четырёх пациентов имелись множественные кисты, от 2 до 12. Обработка оставшейся стенки кисты плазменным скальпелем оказывает выраженное бактерицидное и гемостатическое действие, значительно снижает эксудацию. Применяемая методика операций позволяет добиться снижения послеоперационных осложнений и улучшить ближайшие результаты хирургического лечения различных кист почек.

Литература

1. Айдемиров А.Н. Применение плазменных технологий в хирургии эхинококкоза (экспериментально-клиническое исследование): Дис. ... д-ра мед. наук.- М., 2002.
2. Даниленков Н. В. Холецистэктомия из минидоступа с применением плазменного скальпеля: Дис. ... канд. мед. наук.- Смоленск, 2000.
3. Диапевтика в урологии (чрескожная инструментальная)/Под ред. А.В. Морозова.- М.: ИПО Полигран, 1993.
4. Лопаткин Н.А.Мазо Е.Б. Простая киста почки.- М.:Медицина,1982
5. Российский съезд урологов,10-й: Материалы.- М., 2002.

УДК 616.51-003.4-053.2

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.

*Т.В. Дружинина, В.В. Бекезин, Н.В. Бирюкова, Е.И. Лачкова, И.Л. Семенова
Смоленская Государственная медицинская академия*

Проведено клинико-эпидемиологическое исследование нефротического синдрома у детей Смоленской области за 1993-2002 годы. Впервые представлены данные о распространенности, первичной заболеваемости нефротического синдрома у детей в регионе, изучены клинические особенности и катамнез.

Нефротический синдром (НС) – полиэтиологичный клинико-лабораторный симптомокомплекс, имеющий четкие диагностические критерии (отеки, протеинурия, диспротеинемия, гиперлипидемия) и преимущественно благоприятный прогноз для жизни и здоровья благодаря современным агрессивным методам терапии. До лечения глюкокортикоидами летальность НС за 10 лет болезни составляла более 40% (Arneil, 1961).

Цель нашего исследования – впервые изучить заболеваемость, клинические особенности и катамнез чистого и смешанного, полного и неполного НС у детей Смоленской области за последние 10 лет (1993-2002 годы).

Материал и методы. В исследование включены дети в возрасте до 15 лет, проживающие в Смоленской области, исключая г. Смоленск. По журналам регистрации пациентов в отделениях №2 и №3 Смоленской областной детской клинической больницы за 1993-2002 годы, выявлено 77 госпитализаций пациентов по нозологическим единицам «нефротический синдром», «нефротическая или смешанная форма (синдром) гломерулонефрита». Изучены истории болезни и амбулаторные карты Смоленской областной детской поликлиники детей с НС. Исключены из исследования 3 пациента, проживающие не в Смоленской области. Статистическая обработка проведена с использованием стандартных расчетов.

Результаты и их обсуждение

НС был диагностирован у 37 детей, из них дебют до 1993 г. был у 6. Ежегодно выявлялись в среднем 3 случая первого эпизода НС, с максимальной заболеваемостью в 1993 и 1999 г. (7 и 6 случаев) и отсутствием в 2000 г. За 1998-2002 гг. средняя первичная заболеваемость всеми вариантами НС детей до 15 лет - 2,4:100000, что сопоставимо с данными о первичном НС в Финляндии – 2:100000 [6]. Распространенность НС в за последние 5 лет увеличилась в 2 раза: с 1998 г. – 13,7-19,4-20,6-23,9-27,1:100000 (средняя - 20,9:100000), что обусловлено уменьшением численности детского населения области и другими факторами, требующими дальнейшего изучения. Мы не можем сравнить полученные данные с другими регионами России, т.к. статистически НС включен в раздел «гломерулонефриты». Представляют интерес данные о распределении случаев НС по районам области. Наибольшее количество детей проживало в 6 преимущественно экологически неблагоприятных районах: 6 чел. в Вяземском, по 4 чел. в Сафоновском, Гагаринском, Рославльском; 3 чел. в Ярцевском, Велижском. Не было случаев НС в 10 районах области: Починковском, Хиславичском, Руднянском, Краснинском, Демидовском, Кардымовском, Монастырщинском, Шумячском, Холм-Жирковском, Угранском. Не выявлено существенных различий заболеваемости среди городских и сельских жителей.

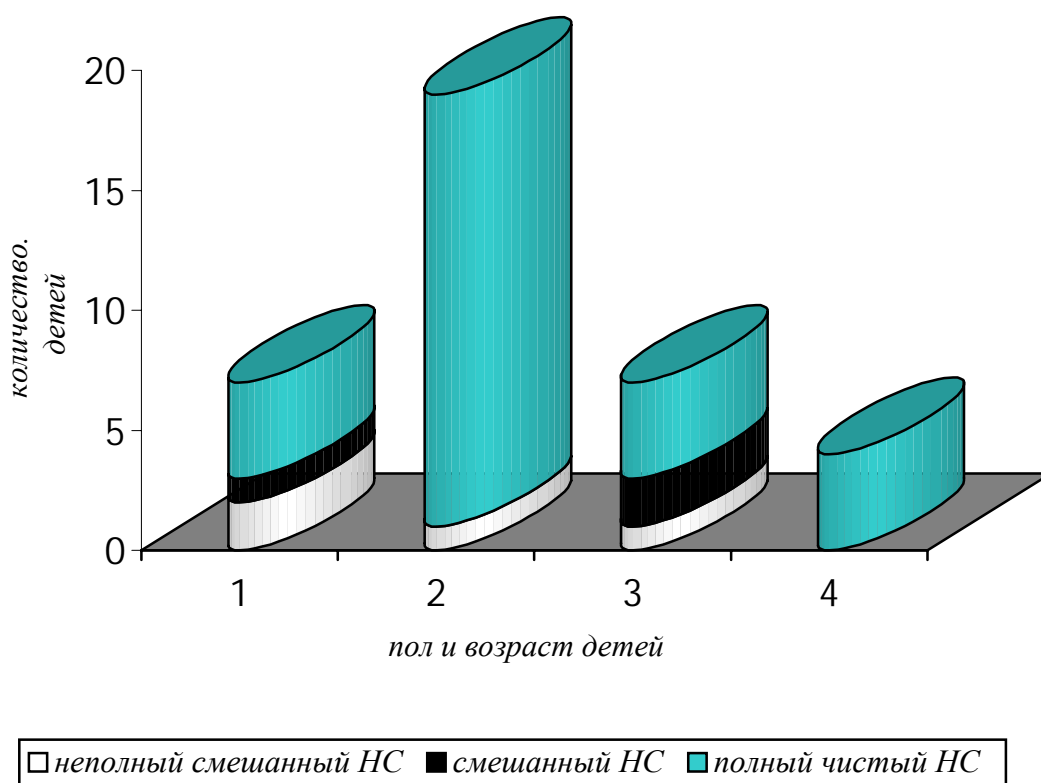


Рис. 1. Возрастные и половые различия в зависимости от варианта НС

Нами получены возрастные и половые различия в зависимости от варианта НС (рис.1), сопоставимые с литературными данными [3,4,6]. Полный чистый НС диагностирован в 30 случаях (81%), смешанный НС – 7 (19%). Неполный НС за счет отсутствия отеков регистрировался у 3 детей со смешанным НС. Дебют всех вариантов НС преобладал в возрасте до 7 лет (70%). Врожденный НС не диагностирован. Выявлены закономерные половые различия, подтверждающие, что чаще болеют мальчики, но тяжелее – девочки. Полный чистый НС преобладал у мальчиков (73%), особенно до 7 лет (82%), в то время как смешанный НС независимо от возраста регистрировался у девочек в 86%. Клинико-морфологические сопоставления не проводились, т.к. нефробиопсия проведена только двум пациентам.

Тяжесть НС по уровню гипоальбуминемии определена в 33 случаях: легкая – 59,3%, средней тяжести – 9,3%, тяжелая – 18%, крайне тяжелая – 15%. Тяжесть во многом обусловлена поздним началом адекватной терапии. Тяжелые формы преобладали в дебюте заболевания, а также у детей из социально неблагополучных семей.

Изучено 7 случаев смешанного варианта НС. Среди пациентов было 6 девочек, 1 мальчик (рис. 1). Дебют заболевания существенно преобладал в весенне-летний период – 75%. Даже без морфологической диагностики очевидно преобладание вторичного НС: 2 случая системной красной волчанки, 2 - ассоциации с гепатитами А и В. Азотемия в дебюте была у 2 чел. (25%). Гормонорезистентность выявлена по меньшей мере в 43%.

Полный чистый НС диагностирован в 30 случаях, из них 22 мальчика, 8 девочек (рис.1). Дебют заболевания преобладал в холодное время года, в то время как летом – 5

случаев (16%), что согласуется с литературными данными [3,4]. Было 2 доказанных случая вторичного НС: 1 – системная красная волчанка, 1 – НВs-инфекция. У других детей преобладали клинические особенности в пользу НС с минимальными изменениями (вариант первичного НС), но нельзя было исключить и вторичный НС с учетом провоцирующих факторов и фоновых состояний. У 28 детей с полным чистым НС выявлены известные [3,4] провоцирующие факторы и фоновая патология: связь с ОРЗ – 15 чел.(54%), после прививок (АКДС, АДС-М, полиомиелит) – 3 чел., постановка 20 кожных скарификационных проб одновременно – 1 чел., укусы насекомых – 2 чел., пищевая аллергия – 2 чел. (в общей сложности отягощенный аллергоанамнез у 44%), микроспория и паразитарные инвазии – 4 чел., аномалии развития мочевыводящих путей – 5 чел. Рецидивы возникали преимущественно после переохлаждения или интеркуррентного заболевания. В одном случае тяжелый рецидив с появлением в моче белка Бенс-Джонса развился у мальчика с часто рецидивирующим НС после проведения внутривенной урографии.

Однократный эпизод полного чистого НС без рецидивов диагностирован у 7 детей (23%) с продолжительностью ремиссии 4-7 лет. Среди них также преобладали мальчики в 86%, не было существенных возрастных отличий, те же провоцирующие факторы (ОРЗ, прививка, аллергические реакции). При этом в двух случаях было тяжелое течение с почечной недостаточностью острого периода и кратковременной артериальной гипертензией.

Микрогематурия в дебюте полного чистого НС в виде эритроцитов до 4-12 в поле зрения в общем анализе мочи первые несколько дней была в 55% случаев, более существенной гематурии при полном чистом НС не отмечено.

Артериальная гипертензия в дебюте полного чистого НС в течение 1-2-7 дней регистрировалась у 9 детей (31%) преимущественно как осложнение из-за нефротического криза или гиперволемии. В динамике только 3 детям (30%) с гипертензией в дебюте назначены цитостатики, что реже, чем во всей группе (40%).

Кратковременная азотемия в дебюте полного чистого НС выявлена в 28% случаев, что даже несколько чаще, чем при смешанном варианте НС (25%). В ремиссию у всех пациентов регистрировалась сохранная функция почек. Азотемия при рецидивах была или отсутствовала независимо от ее наличия в дебюте.

Согласно существующим рекомендациям, все пациенты с полным чистым НС получали лечение глюкокортикоидами и в 40% цитостатиками [2-6]. Гормонорезистентность диагностирована в 1 случае у пациентки с волчаночным нефритом, достигнута четырехлетняя ремиссия после длительной пульс-терапии циклофосфаном на поддерживающей дозе преднизолона. В 10 случаях (33%) был назначен 8-недельный курс хлорбутина в связи с частыми рецидивами или гормонозависимостью. Результат терапии хлорбутином: полная ремиссия 1-9 лет – 20%; восстановление гормоночувствительности и редкие рецидивы – 50%; в 30% после 4-7-месячной ремиссии вновь частые рецидивы или гормонозависимость, далее повторное назначение хлорбутина с различным результатом. Подтверждена высокая эффективность приема цитостатиков в 73%.

Катамнез пациентов с НС. 1 летальный исход смешанного НС (волчаночный нефрит) в 1994 г. Хроническая почечная недостаточность не диагностирована. У 23% детей не было ни одного рецидива за 4-7 лет. В 13 % случаев рецидивирующего течения не фиксируются рецидивы более 5 лет. За последние 2 года рецидивы НС были у 25-27% детей, в то время как в предыдущие годы у 37-40%.

Заключение

Таким образом, на основании проведенного клинико-эпидемиологического исследования:

- Впервые получены данные о распространенности, частоте встречаемости нефротического синдрома у детей Смоленской области.
- Хроническая почечная недостаточность отсутствует у всех детей с НС в регионе, и другие представленные особенности НС, результаты терапии сопоставимы с литературными данными [1-6].
- У пациентов с НС в возрасте до 15 лет прогноз для жизни благоприятен в 97%; прогноз для здоровья наиболее серьезен в 25%, при смешанных вариантах НС или низкой эффективности терапии глюкокортикоидами с цитостатиками.

Литература

1. Вознесенская Т.С., Сергеева Т.В. Нефротический синдром при болезни минимальных изменений, фокальном сегментарном гломерулосклерозе и фокальном мезангиопролиферативном гломерулонефрите.//Тер. архив.-2002.-№6.-С.31-33.
2. Коровина Н.А. и др. Протокол диагностики и лечения нефротической формы гломерулонефрита у детей (для практических врачей).-М,2000. -60с.
3. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста: Руководство для врачей. -СПб, 1997. -712 с.
4. Савенкова Н.Д., Папаян А.В. Нефротический синдром в практике педиатра.-СПб,1999.-348 с.
5. Цыгин А.Н., Сергеева Т.В. Лечение хронического гломерулонефрита у детей//Рос. педиатрич. журнал.-1998.-№ 2. -С. 55-57.
6. Holmberg С. Нефротический синдром и его лечение у детей: Сборник материалов международной школы по детской нефрологии.- Оренбург, 22-24 мая 1997 г. – М.,1997. –С. 40-47.

УДК 616.61-002.3+615.281

ЗНАЧИМОСТЬ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ СТАРТОВОЙ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ.

С.И. Николаев, А.В. Бовбалан, В.Л. Михайлов

Смоленская государственная медицинская академия

Изучена частота выявления возбудителей гнойных пиелонефритов при исследовании образцов, полученных из различных отделов мочевыводящих путей и из крови, с целью оптимизации стартовой эмпирической антибактериальной терапии гнойных пиелонефритов.

Гнойные пиелонефриты (ГП) являются одними из самых тяжелых и потенциально летальных форм среди всех осложненных ИМВП. Гнойные формы пиелонефрита (апостематозный пиелонефрит, карбункул, абсцесс, пионепфроз) развиваются у 25-30% пациентов с острым и хроническим пиелонефритами. Частота нефроэктомии при гнойном пиелонефрите – составляет до 50%, а послеоперационная летальность - 8,9-25,5% [1, 2]. Необходимость срочных, а порой и экстренных хирургических и/или инструментальных вмешательств при ГП не вызывает сомнений. Хирургическое вмешательство у больных с ГП проводится или в экстренном порядке, то есть в первые часы после поступления больного в стационар, или носит характер «срочных» и проводится в первые дни с момента госпитализации. Это лишь начальный этап лечения, создающий условия для успешной борьбы с воспалением в почке, но сам по себе не приводящий к его ликвидации. Основным методом лечения ГП является антибактериальная терапия, которая, с учетом тяжести состояния пациента, должна начинаться сразу после установления диагноза. Для проведения целенаправленной антимикробной терапии необходимо выявление этиологически значимого возбудителя ГП. В предоперационном периоде получить сведения об истинном возбудителе ГП можно только при бактериологическом исследовании крови или мочи, полученной из М/П. Интраоперационно для бактериологического исследования берётся гной из почки и/или содержимое чашечно-лоханочной системы. Однако результаты бактериологического исследования, как правило, становятся известны только через 48-72 ч. с момента взятия материала. Поэтому антибактериальная терапия ГП, в первые дни лечения, практически всегда является эмпирической. В большинстве случаев ГП имеют мономикробную этиологию, то есть вызываются одним возбудителем. В то же время у 22,6-29 % пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями почек при культуральном исследовании гнойного содержимого паренхимы почки обнаруживается смешанная флора (ассоциация 2 и, в более редких случаях, 3 микроорганизмов) [3-5].

Учитывая анализ современной литературы, указывающий на высокую вариабельность этиологии и резистентности возбудителей ГП, начать его стартовую эмпирическую антимикробную терапию представляется крайне затруднительным.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе урологического отделения Смоленской областной клинической больницы в период с 2000 по 2003 гг. В исследование было включено 50 пациентов с диагнозом гнойный пиелонефрит, то есть пациенты с пионепфрозом, карбункулом, абсцессом почки, апостематозным пиелонефритом.

В исследование включали пациентов в возрасте старше 15 лет. Кроме клинических симптомов, диагноз ставился на основании лабораторных и инструментального методов обследования. У всех пациентов диагноз ГП был подтверждён интраоперационно наличием макроскопической картины гнойно-воспалительного процесса в почке. С целью установления этиологически значимого возбудителя ГП

каждому из пациентов проводили бактериологическое исследование следующего материала:

- в дооперационном периоде - моча (средняя порция утренней свободно выпущенной мочи или полученной через катетер), кровь.

- интраоперационно - содержимое чашечно-лоханочной системы и/или гнойно-некротическое содержимое почечной паренхимы.

Выделение и идентификация возбудителей проводились стандартными бактериологическими методами.

Результаты и их обсуждение

У всех пациентов была диагностирована внебольничная инфекция мочевыводящих путей, то есть пиелонефрит развился вне пребывания пациентов в стационаре. С момента поступления больных в стационар до оперативного пособия, по поводу ГП, в среднем проходило – 3,5 дня. У 50 пациентов посевы гноя из почки и/или содержимого чашечно-лоханочной системы были положительны в 100%, мочи из М/П - в 40%, крови - в 20% случаев. У каждого из пациентов, из гноя почки, мочи из М/П, крови, выделялся один и тот же патогенный возбудитель. Чувствительность выявленных патогенных микроорганизмов к антибиотикам также полностью совпадала. Контаминация при посеве мочи из М/П составила 7,1%, что затрудняло идентификацию истинного возбудителя ГП в предоперационном периоде.

Выводы

Об этиологически значимом возбудителе ГП можно судить, в большинстве случаев, только по результатам бактериологического исследования гноя из почки, который берётся интраоперационно. С момента поступления пациента в стационар до выполнения оперативного пособия в среднем проходит 3,5 суток, а результаты бактериологического исследования, как правило, становятся известны только через 48-72 ч. с момента взятия материала. Поэтому антибактериальная терапия гнойных пиелонефритов в первые 5-6 дней лечения в подавляющем большинстве случаев является эмпирической. В предоперационном периоде получить сведения об истинном возбудителе ГП можно только при бактериологическом исследовании крови или мочи из М/П. Но эти данные малоинформативны, т.к. частота отрицательных результатов, при данном исследовании, очень высока и составляет 81% для крови и 60% для мочи из М/П. Основой для выбора стартовой эмпирической антибактериальной терапии должны служить локальные или региональные данные о наиболее значимых (распространенных) возбудителях ГП и их чувствительности к антимикробным препаратам.

Литература

1. Дорников А.Я., Деревянко И.И., Мартов А.Г. и др.// Урология и нефрология.- 1994.- С. 24-25.
2. Лопаткин Н.А. Урология. – М., 1992
3. Хэмпел Н. Почечный и околопочечный абсцесс // Секреты урологии / Под ред. М.И. Резник, Э.К. Новик. - М.: Бином, 1997. - С. 252-555.
4. Edelstein H., McCabe R.E. Perinephric abscess. Modern diagnosis and treatment in 47 cases // Medicine. – 1988. - Vol. 67, №2. – P. 118-131
5. Ronald A. The etiology of urinary tract infection: traditional and emerging pathogens // Dis. Mon. – 2003. – Vol. 49, №2. – P. 71-82.

УДК 616.366-089.87-053.2

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Г.И. Орехов, Л.В. Тихонова

Смоленская государственная медицинская академия

Описаны особенности течения желчнокаменной болезни у детей. Приведены примеры лапароскопической холецистэктомии у детей с желчнокаменной болезнью, в отдельных случаях отягощенных врожденной патологией желчевыводящих путей и кровеносных сосудов.

Желчнокаменная болезнь у детей встречается крайне редко, преимущественно у детей младшего возраста. В патогенезе образования желчных камней ведущую роль играют желчные пигменты, избыточно выделяющиеся у детей, имеющих выраженный гемолиз (гемолитическая анемия, резус-конфликт, сепсис и др.) (1;5). Особенностью течения желчнокаменной болезни у детей является то, что она может протекать на фоне врожденной патологии желчевыводящих путей и вариабельности кровеносных сосудов этой зоны. По данным ряда авторов, чаще правая печеночная и пузырная артерии располагаются кзади от общего желчного протока, в 11% случаев пересекают его спереди и в 17% - проходят справа или слева от него (1; 3; 4;).

Приводим **клинические примеры** желчнокаменной болезни у детей, протекающей на фоне патологии желчевыводящих путей и топографо-анатомических особенностей кровеносных сосудов этой зоны.

Больная К., 14 лет, поступила в Брянскую областную больницу № 1 с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье. Из анамнеза известно, что подобные боли у нее возникали неоднократно в течение последних 6 месяцев. На УЗИ в желчном пузыре обнаружены конкременты. Были произведены общеклинические исследования. Отклонений от нормы не выявлено. В ходе операции – лапароскопической холецистэктомии - удалены крупные рыхлые конкременты из увеличенного желчного пузыря, после чего пузырь удален. Во время операции было обнаружено, что пузырная артерия в виде «удавки» обвивает основной ствол пузырного протока и сдавливает его. При гистологическом исследовании желчного пузыря поставлен диагноз - «хронический холецистит, полипозная гипертрофия слизистой стенки пузыря».

Больная И., 16 лет, поступила в Брянскую областную больницу № 1 для планового оперативного вмешательства по поводу калькулезного холецистита. Жалоб не предъявляла. О наличии конкремента в желчном пузыре после обследования УЗИ знает в течение года. Были произведены общеклинические исследования, и отклонений от нормы не выявлено. В ходе операции – лапароскопической холецистэктомии - удален камень диаметром в 1 см из увеличенного желчного пузыря, после чего пузырь удален. Во время операции было обнаружено, что карман Гартмана плащом лежит по общему желчному протоку, огибая его справа налево, пузырная артерия подходит к стенке желчного пузыря справа, перегибаясь через общий желчный проток слева направо. При гистологическом исследовании желчного пузыря поставлен диагноз - «хронический холецистит».

У детей клиническая картина не отличается от таковой у взрослых больных. Заболевание протекает на фоне воспалительного процесса желчевыводящих путей или без воспаления. При наличии воспаления возникает клиника, напоминающая острый холецистит. Приступы могут повторяться много раз. При отсутствии воспаления клиника напоминает хроническую холецистопатию.

Приводим примеры желчнокаменной болезни, протекающей без выраженной симптоматики и с клиникой острого холецистита.

Больная Г., 15 лет, поступила в Брянскую областную больницу № 1 для планового оперативного вмешательства по поводу калькулезного холецистита. Жалоб не предъявляла. О наличии камней в желчном пузыре после обследования УЗИ знает в течение двух недель. Были произведены общеклинические исследования, и отклонений от нормы не выявлено. В ходе операции – лапароскопической холецистэктомии - удален конкремент диаметром в 1 см из шейки спавшегося желчного пузыря, после чего пузырь удален. Во время операции было обнаружено, что стенка желчного пузыря утолщена и воспалена. При гистологическом исследовании желчного пузыря поставлен диагноз - «хронический холецистит с признаками обострения».

Больная М., 15 лет, поступила в Брянскую областную больницу № 1 для планового оперативного вмешательства по поводу калькулезного холецистита. Жалоб не предъявляла. О наличии камней в желчном пузыре после обследования УЗИ знает в течение 6 месяцев. Были произведены общеклинические исследования, и отклонений от нормы не выявлено. В ходе операции – лапароскопической холецистэктомии - удален конкремент диаметром в 2 см из желчного пузыря, после чего пузырь удален. Во время операции было обнаружено, что стенка желчного пузыря утолщена и воспалена. При гистологическом исследовании желчного пузыря поставлен диагноз - «хронический холецистит».

Больная Т., 14 лет, поступила в Брянскую областную больницу № 1 для планового оперативного вмешательства по поводу калькулезного холецистита. Жалоб не предъявляла. О наличии камней в желчном пузыре после обследования УЗИ знает в течение нескольких недель. Были произведены общеклинические исследования, и отклонений от нормы не выявлено. В ходе операции – лапароскопической холецистэктомии - удалены мелкие конкременты диаметром до 0,5 см из желчного пузыря, после чего пузырь удален. Во время операции было обнаружено, что стенка желчного пузыря несколько утолщена и воспалена. При гистологическом исследовании желчного пузыря поставлен диагноз - «хронический холецистит с признаками обострения».

Больная П., 13 лет, поступила в Брянскую областную больницу № 1 с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье. Из анамнеза известно, что подобные боли у нее возникали неоднократно в течение последнего года. На УЗИ в желчном пузыре обнаружены мелкие конкременты. Были произведены общеклинические исследования, и отклонений от нормы не выявлено. В ходе операции – лапароскопической холецистэктомии - удалены множественные конкременты до 0,5 см в диаметре из увеличенного желчного пузыря, после чего пузырь удален. При гистологическом исследовании желчного пузыря поставлен диагноз - «хронический холецистит».

Больная П., 15 лет, поступила в Брянскую областную больницу № 1 с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье. Из анамнеза известно, что подобные боли у нее возникали неоднократно в течение последних трех месяцев. На УЗИ в желчном пузыре обнаружены конкременты. Были произведены общеклинические исследования, и отклонений от нормы не выявлено. В ходе операции – лапароскопической холецистэктомии - удалено множество конкрементов до 0,3 см в диаметре из желчного пузыря, после чего пузырь удален. При гистологическом исследовании желчного пузыря поставлен диагноз - «хронический холецистит с признаками обострения».

Все приведенные в примерах пациенты были оперированы в период с 1999 г. по 2001 г. в отделении эндовидеохирургии Областной больницы №1 г. Брянска и выписаны на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. Анализ клинических наблюдений показал, что у детей в отношении желчнокаменной болезни, особенно

отягощенной врожденной патологией желчевыводящих путей и кровеносных сосудов этой зоны, целесообразно занимать активную позицию в отношении оперативного вмешательства, не дожидаясь возникновения таких тяжелых осложнений, как: осумкованный и разлитой гнойный перитонит, холангит, панкреатит, абсцессы печени.

Литература

1. Большаков О.П., Семенов Г.М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Практикум.- СПб:Изд. дом Питер,2001.- 878 с.
2. Долецкий С.Я., Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: Руководство для врачей.- Ч.2. М.: Медицина, 1979.- С. 620-636.
3. Кованов В.В., Аникина Т.И. Хирургическая анатомия артерий человека.- М.: Медицина, 1974.- 337 с.
4. Оперативная хирургия детского возраста/Под ред. проф. Н.М. Маргорина.- Л.: Медицина, 1967.- С.318 – 326.
5. Пэттен Б.М. Эмбриология человека. - М.: Гос. изд-во мед литературы, 1959.- 733 с.

УДК 616.386-089.87-053.3

ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

А.Л. Савченков, А.А. Тарасов, А.Н. Подгорный, И.Г. Киселев

Областная клиническая больница, Смоленская государственная медицинская академия

Атрезия пищевода (АП) представляет собой врожденный порок развития, встречающийся в практике педиатра и детского хирурга и требующий своевременной диагностики и неотложной хирургической коррекции. Частота его составляет 1 : 3000 новорожденных [1]. Наиболее частым вариантом данного порока (88%) является атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем [3]. Несмотря на то, что в лечении больных с АП имеются значительные достижения, до сих пор остается много нерешенных проблем, в том числе и технических [4], а летальность в ведущих детских хирургических центрах России от данного порока составляет 40-60 % [2].

В клинике детской хирургии г.Смоленска с 1997 г. по 2003 год в находились на лечении 14 новорожденных с атрезией пищевода. Абсолютное большинство детей поступили в клинику в поздние сроки. Так, в первые сутки после рождения поступило 5 (35,7 %) детей, из них трое после первого кормления; на вторые - 7 (50 %); на третьи – 2 (14,3 %). Мальчики составили 71,4%. В большинстве случаев (85,7 %) встречалась атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем, причем в 2-х - в области бифуркации трахеи. У половины детей имелась недоношенность 1-2 ст., и практически все дети поступали с клиникой аспирационной пневмонии, тяжесть которой зависела от срока диагностики атрезии пищевода. Сочетанные пороки развития выявлены у 3 новорожденных и включали в себя аномалии желудочно-кишечного тракта, порок сердца и синдром Дауна.

Раннее распознавание атрезии пищевода является одним из основных условий, обеспечивающих благоприятный исход хирургического лечения. В последние пять лет в клинике детской хирургии разработана и успешно применяется следующая диагностическая и лечебная тактика ведения новорожденных с подозрением на атрезию пищевода. При постановке диагноза в роддоме, на основании характерных симптомов и катетеризации пищевода, исключалось энтеральное кормление, детям придавалось возвышенное положение для снижения заброса желудочного содержимого в легкие, осуществлялась санация ротоносоглотки, проводилась антибактериальная (цефалоспорины 4-5 поколения) и инфузионная терапия. С целью проведения санации дыхательных путей, оптимальным является интубация трахеи ребенка через которую в последующем осуществляется самостоятельное дыхание. В предоперационном периоде параллельно со стабилизацией функции жизненно важных органов в условиях реанимационного отделения хирургического стационара, для подтверждения диагноза проводилось зондирование пищевода и желудка с последующим рентгенологическим исследованием с использованием водо- или жирорастворимых контрастных веществ в количестве 0,5 – 1 мл. и аспирацией контраста после исследования. Эффективность проводимой интенсивной терапии оценивалась по стабилизации общего состояния ребенка и гемодинамики, восстановлению диуреза и уменьшению степени дыхательной недостаточности. Подготовка продолжалась в течение одних или двух суток в зависимости от состояния ребенка.

Выбор метода хирургического лечения АП мы определяли в зависимости от вида аномалии. Оперативный доступ - экстраплеврально в 3-м межреберье справа, что предотвращает при частичной несостоятельности анастомоза вовлечение легких и плевральной полости в воспалительный процесс. После обнажения заднего средостения обнаруживалась и лигировалась v. azygos, поскольку она «перекидывается» через пищевод и трахею вблизи места деления трахеи на бронхи и затрудняет наложение

анастомоза. Данная вена при этом служила и ориентиром для нахождения трахео-пищеводного свища. Далее мобилизовался гастральный сегмент пищевода до места впадения в трахею. Обнаружению орального сегмента способствовало введение зонда в пищевод.

При мобилизации атрезированных отделов пищевода важнейшим условием успеха операции мы считаем сохранение внутривенного кровоснабжения нижнего сегмента и снижение степени ишемии зоны анастомоза, что достигалось минимальной мобилизацией гастрального отдела пищевода. Помимо вышеизложенного, манипуляции в ране осуществлялись после нахождения, сохранения и бережного обращения с блуждающим нервом, что предупреждало нарушение иннервации и перистальтики пищевода в послеоперационном периоде. Наконец, следующей актуальной задачей являлось точное разграничение между диспластическими тканями трахео-пищеводного свища и непосредственно пищеводом. При выделении концов пищевода в первую очередь лигировался трахео-пищеводный свищ. Наложение первичного анастомоза удалось выполнить во всех случаях, так как протяженность диастаза между сегментами пищевода варьировала от 0,5 до 2 см. В течение последних пяти лет мы отказались от наложения двухрядного шва анастомоза. В настоящее время накладываем анастомоз по типу «конец в конец» однорядным швом с использованием атравматического шовного материала (викрил 6/0). Во время наложения анастомоза в желудок вводится назогастральный зонд для последующего более раннего энтерального питания. Операция заканчивалась постановкой страхового дренажа в заднее средостение и послойным ушиванием раны. В раннем послеоперационном периоде у 3-х (21,4%) больных на фоне прогрессирующей аспирационной пневмонии было диагностировано несостоятельность анастомоза с развитием гнойного медиастинита, что послужило причиной их летального исхода.

В послеоперационном периоде дети при гладком течении к концу 5-7 суток начинали получать энтеральное питание через зонд. На 11-14 сутки, заведенный в желудок во время операции зонд, меняли на больший с последующим рентгенологическим исследованием для оценки состоятельности анастомоза. Начиная с 12-13 суток для предупреждения стенозирования зоны анастомоза проводили профилактическое бужирование пищевода, которое продолжали до выписки больного из стационара.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 года до 5 лет у 11 больных (78,6%). У 3-х выявлено стенозирование анастомоза, что послужило показанием к повторному бужированию с положительным клиническим эффектом. Данный факт указывает на необходимость активного диспансерного наблюдения данной группы больных.

Таким образом, в настоящее время атрезия пищевода - это безусловно корригируемый порок развития с достаточно высокой частотой встречаемости в Смоленском регионе. Принятый в клинике комплекс диагностических и лечебных мероприятий показал свою эффективность и позволяет рассчитывать на успех хирургического лечения атрезии пищевода у новорожденных.

Литература

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия.—СПб.:ИЧП Хардфорд, 1996.— Т.1, 384 с.
2. Красовская Т.В., Кучеров Ю.И., Батаев С.-Х.М. и др. Осложнения оперативного лечения атрезии пищевода // Детская хирургия.—2001.—№3.—С. 44-46.
3. Пороки развития пищеварительного тракта у новорожденных: Методич. пособие.- СПб.: Изд-во 2002. С. 5-17.
4. DeLorimier AA, Harrison MR. Esophageal atresia: embryogenesis and management // World J. Surg.—1985.—V.9.—P. 250-257.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 616-053.2:616.155.16

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПРИМЕНЕНИЕМ H₂-БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ ГИСТАМИНА У БЕРЕМЕННЫХ

И.А. Аргунова

Смоленская государственная медицинская академия

Проведен анализ течения и исходов беременности у 9 пациенток, получавших H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов в гестационном периоде, с целью оптимизации лечения патологии пищеварительной системы. Литературные данные и собственные клинические наблюдения за применением H₂-Б позволяют исключить высокий риск неблагоприятных исходов беременности и тератогенных эффектов у плода. Хотя безопасность использования ранитидина и фамотидина в гестационном периоде окончательно не установлена, однако опыт более чем 10-летнего лечения беременных женщин позволяет шире применять их при заболеваниях пищеварительной системы, по возможности избегая фармакотерапии во время органогенеза. Проведен анализ течения и исходов беременности у 9 пациенток, получавших H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов по поводу патологии пищеварительной системы в гестационном периоде, с целью оптимизации лечебной тактики.

Тошнота и рвота встречаются по данным разных авторов более чем у 50% беременных и прекращаются в среднем к 12 неделям гестационного периода, однако в отдельных случаях они могут затягиваться до 20 и более недель (1,2,3). Упорные проявления токсикоза первой половины беременности позволяют заподозрить у женщины наличие той или иной патологии пищеварительной системы (2). Наиболее вероятными в данной ситуации являются обострение язвенной болезни (ЯБ), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), заболевания билиарной системы, острый панкреатит (ОП) или обострение хронического панкреатита.

Наш опыт показывает, что нередко лечение беременных традиционно применяемыми в гестационном периоде лекарственными препаратами - невсасывающимися антацидами, спазмолитиками, неселективными М-холинолитиками, прокинетиком метоклопрамидом (1,2), оказывается недостаточно эффективным.

H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов (H₂-Б) являются «золотым стандартом» в лечении больных с ЯБ, гастроэзофагеальным рефлюксом различного генеза. Они также широко используются для опосредованного подавления внешней секреции поджелудочной железы в комплексной терапии панкреатитов. До настоящего времени в нашей стране применение H₂-Б в гестационном периоде не рекомендовалось в связи с неизученностью их действия на плод и течение беременности (1,2). Данные препараты назначались беременным только в экстренных ситуациях по жизненным показаниям (осложненное течение ЯБ, ОП) на короткий срок.

В последние годы накоплены базы данных United Kingdom General Practice Research Database и Italian Friuli-Venezia Giulia Health Database, анализ которых показал невысокий относительный риск развития врожденных аномалий во время гестации даже при назначении H₂-Б в 1 триместре (7). Также в разных странах был проведен ряд экспериментальных и клинических исследований, изучавших воздействие H₂-Б на фертильность. Согласно классификации FDA блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов ранитидин и фамотидин относятся к категории безопасности В (3,5). В

экспериментальных исследованиях на животных установлено, что эти препараты являются достаточно безопасными средствами при беременности (5). Эффекты Н₂-Б в периоде гестации были зарегистрированы в проспективном контролируемом когортном исследовании (6), причем, как правило, препараты использовались в 1 триместре. Не отмечалось достоверных различий между пациентками, принимавшими Н₂-Б и контрольной группой (не получавшей лекарственных средств) в исходах беременности и частоте больших врожденных аномалий. Дальнейшее наблюдение за родившимися детьми не выявило достоверных различий в их состоянии здоровья.

Другое когортное исследование, включавшее женщин, получавших в гестационном периоде данные препараты, также показало отсутствие повышенного риска врожденных аномалий у родившихся детей (4).

Таким образом, в настоящее время системную терапию Н₂-Б достаточно широко применяют за рубежом во время беременности при неэффективности традиционных средств. Эти препараты стали также назначать для стойкого устранения изжоги беременным, рефрактерным к действию антацидов.

Материалы и методы исследования

Наши наблюдения включают 9 пациенток, принимавших по различным причинам Н₂-Б в гестационном периоде (см. табл. 1), из них 6 получали данные препараты в виде монотерапии. 3 беременных лечились в стационаре, 6 – амбулаторно.

Таблица 1. Структура пациенток, принимавших препарат

Заболевание Период Гестации	ЯБ	ОП	ГЭРБ	Средние сроки лечения Н ₂ -Б (дни)
1 триместр	1		1	38
2 триместр	3	1		31
3 триместр	2	1		22

Всем пациенткам осуществлялось диагностическое эндоскопическое исследование однократно. 2 из них проводилось контрольное исследование. Эндоскопически выявлены у 5 – язва двенадцатиперстной кишки, у 1 – язва желудка, у 1 – рефлюкс-эзофагит, у 2 – гастродуоденит, косвенные признаки панкреатита. У последних больных диагноз ОП был подтвержден лабораторными показателями. 8 беременных принимали препараты регулярно, 1 (с ГЭРБ) – по требованию. Из них 3 пациентки, лечившиеся ранитидином в связи с обострением ЯБ во 2 триместре, и 1, принимавшая фамотидин по поводу ГЭРБ, занимались самолечением. 2 женщинам с ЯБ ранитидин и фамотидин назначили участковые терапевты, не осведомленные о возможности лечения беременных Н₂-Б только в экстренных ситуациях в связи с их малой изученностью. 1 больная с ЯБ желудка получала ранитидин в стационаре, не зная о наступившей беременности. Пациенткам с ОП проводилась комплексная терапия с участием ранитидина (зантак парентерально) по жизненным показаниям в хирургическом стационаре.

Результаты и их обсуждение

Всем женщинам удалось купировать симптомы заболевания, у больных с ЯБ наступило рубцевание язвенных дефектов.

У всех пациенток беременность после лечения заболевания протекала нормально и закончилась родами, у 8 – своевременными, у 1, перенесшей ОП, – преждевременными в связи с резус-конфликтом. Дети женщин, принимавших Н₂-Б, родились доношенными, с нормальной массой тела. Врожденные аномалии и перинатальные осложнения у них отсутствовали. В дальнейшем отклонений в

физическом и психоэмоциональном развитии новорожденных не отмечалось (судьба детей прослежена в течение года).

Таким образом, литературные данные и наши собственные клинические наблюдения за применением Н₂-Б в периоде гестации позволяют исключить высокий риск неблагоприятных исходов беременности и тератогенных эффектов у плода. Хотя безопасность их использования в гестационном периоде окончательно не установлена, однако имеющийся на сегодняшний день опыт более чем 10-летнего лечения беременных женщин ранитидином и фамотидином позволяет расширить показания к их применению при патологии пищеварительной системы во время беременности, по возможности избегая фармакотерапии во время органогенеза.

Литература

1. Бурков С.Г. Клиническое течение, диагностика и лечение язвенной болезни у женщин в период беременности// Р.М.Ж.-1997.- №5.- С. 774-776.
2. Шехтман М.М., Бурдули Г.М. Болезни органов пищеварения и крови у беременных.- М, 1997.- 304 с.
3. Gastro-oesophageal Reflux During Pregnancy: Treat With Care// Drug Ther Perspect.- 1999.- 13: 7-11.
4. Kallen B., Delivery outcome after the use of acid-suppressing drugs in early pregnancy with special reference to omeprazole// Br. J. Obstet. Gynaecol.- 1998.- 105: 877-881.
5. Lewis J.H., Weingold A.B. The committee on FDA-related matters, American College of Gastroenterology. The use of gastrointestinal drugs during pregnancy and lactation// Am. J. Gastroenterol.- 1985.- 80: 912-923.
6. Magee L.A., Inoncencion G., Kamboj L., et al. Safety of first trimester exposure to histamine H₂-blockers: a prospective cohort study. Dig. Dis. Sci.- 1996.- 41: 1145-1149.
7. Ruigomez A., Garcia Rodriguez L.A., Cattaruzzi C. et al. Use of cimetidine, omeprazole, and ranitidine in pregnant women and pregnancy outcomes// Am. J. Epidemiol.- 1999.- 150: 476-481.

УДК 618.21.7+616-053.2:616.155.16

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ.

А. Н. Иванян, А. В. Литвинов, А. Н. Семичастнов, С. А. Кузюкина

Смоленская государственная медицинская академия

За последнее десятилетие достигнуты значительные успехи в изучении эмбрионального и фетального кроветворения у человека благодаря внедрению в экспериментальную гематологию новых методов исследования, таких как длительное культивирование кроветворных клеток *in vitro*, биотехнологический синтез, изучение механизмов действия индукторов гемопоэза, использование полученных гибридомной технологией моноклональных антител к дифференцировочным антигенам клеточных мембран.

В онтогенезе, в процессе становления гемопоэза выделяют два основных этапа: первый – внеэмбриональный, второй – эмбриофетальный. Внеэмбриональный период кроветворения плода начинается с 3-й и заканчивается 12-й неделей внутриутробного развития. Эмбриофетальное кроветворение у плода начинается с 5-й недели беременности по 40-ю неделю. В эмбриофетальный период кроветворения, центральным органом гемопоэза с 5-й по 23-ю неделю беременности является печень. Костномозговое кроветворение у плода в основном начинается с 16 недель гестации, продолжается до рождения ребенка и затем в постнатальном периоде. Чем меньше гестационный возраст плода, тем менее активно костномозговое кроветворение. В период экстрамедулярного кроветворения образуется преимущественно фетальный гемоглобин, и после 24-26 недели беременности возникает необходимость в смене клона эритроидных предшественников.

Кроветворение в костном мозге имеет преимущественно гранулоцитарную направленность, при этом, образуется гемоглобин А. Смену типов гемоглобина у плода можно объяснить тем, что HbF и HbA синтезируются в эритроидных клетках разного происхождения: HbF – экстрамедулярного, HbA – костномозгового. Однако существующая последовательность в изменении типов гемоглобина свидетельствует скорее не о смене клонов эритроидных предшественников, а о постепенном переключении синтеза гемоглобина уже в периоде костномедулярного кроветворения. К концу беременности у здорового доношенного новорожденного можно определить 6-8 фракций гемоглобина. Однако в постнатальном онтогенезе наибольшие количественные изменения претерпевают две фракции гемоглобина – HbA₁ и HbF. Уровень содержания HbA₁ стабилизируется довольно рано – к четырём месяцам и начинает соответствовать в последующие месяцы жизни ребенка содержанию у взрослого человека. Фетальный гемоглобин продолжает снижаться в течение всего первого года жизни младенца, хотя основное разрушение этого гемоглобина происходит в периоде ранней адаптации новорожденного, в первую неделю жизни. На сроки смены гемоглобина новорожденных оказывают влияние не только гестационный возраст и морфофункциональная зрелость ребенка, но и особенности внутриутробного развития, характер родоразрешения, течение периода ранней адаптации, воздействие токсических веществ.

Эритроциты новорожденных детей имеют ряд морфологических, метаболических и функциональных особенностей. Они в основном представлены дискоцитами, имеют большие размеры, более широкий диапазон осмотической резистентности, но более низкую кислотную устойчивость, не устойчивы к дефициту глюкозы, к действию бактериальных токсинов и некоторых лекарственных препаратов. Эти особенности могут, при неблагоприятном стечении обстоятельств, стать основой патологических

состояний как в периоде адаптации ребенка после рождения, так и на первом году жизни.

В современной отечественной и зарубежной литературе нет убедительных данных, указывающих на причины анемических состояний у новорожденных, плохо поддающихся медицинским воздействиям, и на причины задержки смены фетального гемоглобина на гемоглобин А. Кроме того, у беременных, особенно во второй половине беременности, часто определяется повышенное содержание фетального гемоглобина. Сведения о происхождении данной фракции гемоглобина у беременных очень противоречивы и требуют дальнейшего изучения.

При исследовании уровня HbF в крови беременных женщин доказано повышение его уровня по сравнению с небеременными женщинами. Количество фетального гемоглобина в крови беременных зависит от особенностей течения беременности, соматической патологии и состояния плода. Большинство исследователей считают вопрос трансплацентарного перехода фетальных эритроцитов в материнский кровоток решенным и расценивают циркулирующие в кровотоке матери эритроциты, содержащие HbF, как эритроциты плодового происхождения. Однако существует и другая точка зрения, авторы которой считают, что во время беременности происходит увеличение продукции собственного HbF в материнском организме.

Нет сомнений, что организм плода тесно связан, посредством плаценты, с организмом матери и, безусловно, состояние здоровья беременной оказывает влияние на адаптацию эритронов и перестройку кроветворения плода и новорожденного ребенка.

Результаты исследований позволяют сделать заключение о неблагоприятном влиянии на эритропоэз плода всех патологических состояний во время беременности, сопровождающихся плацентарной недостаточностью и хронической внутриутробной гипоксией.

Обычно поступление эритроцитов плода в материнский кровоток бывает небольшим, не превышает 1-2% и не вызывает никакой реакции со стороны матери и плода. Однако в акушерской практике известны случаи массивных фето-материнских трансфузий, когда плод путем трансплацентарной трансфузии теряет 10-25% ОЦК, и в результате большой кровопотери у плода развиваются тяжелые гемодинамические расстройства, тяжелая анемия и асфиксия при рождении. Своевременная диагностика фето-материнских трансфузий очень важна для проведения лечения матери и плоду.

Целью нашего исследования явилось изучение содержания фетального гемоглобина в крови беременных с не осложненным и осложненным течением беременности и определение прогностического значения этого показателя для состояния фето-плацентарной системы и прогнозирования ранней адаптации новорожденного.

Материалы и методы исследования

Обследовано 82 женщины в возрасте от 17 до 34-х лет при сроке беременности от 8 до 40 недель. Определение HbF проводилось по модифицированной методике Клейхауэра-Бетке (1958).

У обследованных женщин течение беременности осложнилось угрозой прерывания - 80%; анемией 1 степени - 23%; анемией 11 степени - 20%; гестозом легкой степени - 36%; гестозом средней степени тяжести - 3%; ранним токсикозом - 18%. Хроническая фето-плацентарная недостаточность диагностирована у 12% беременных, синдром задержки внутриутробного развития плода у 11%, несовместимость крови матери и плода по системе АВО у 2% беременных женщин.

Результаты и их обсуждение

Фетальный гемоглобин появлялся в крови матери при сроке беременности от 25-й по 41-ю неделю. Повышение уровня HbF до 5% выявлено у 9 женщин, у 21 женщины -

уровень HbF соответствовал верхней границе нормы и составлял 2%, у остальных беременных HbF был ниже или не определялся вообще. У женщин с повышенным уровнем HbF при доплерометрии определялось снижение кровотока в системе мать-плацента-плод. Выявленные изменения указывают на формирование плацентарной недостаточности и хронической внутриутробной гипоксии плода.

Анализируя состояние детей, рожденных от матерей с повышенным уровнем HbF, необходимо отметить, что течение периода ранней адаптации у этих детей было более напряженным и проявлялось более низкой массой тела при рождении, более высокой первоначальной убылью массы тела, затяжным течением неонатальной желтухи и неврологической симптоматикой в виде синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Кроме того, 33% младенцев этой группы родились с признаками морфофункциональной незрелости. Показатели гемоглобина и эритроцитов к концу первой недели жизни у детей, родившихся от этих матерей, были достоверно ниже таковых показателей у практически здоровых новорожденных.

Заключение

Таким образом, определение HbF в крови беременных женщин может найти широкое применение в акушерстве с целью диагностики состояния фето-плацентарной системы и в неонатологии для прогнозирования состояния ранней адаптации новорожденного ребенка.

Литература:

1. Герасимова Л. П. // Пробл. гематол. – 1998. - № 5. – С. 45 – 48.
2. Карташева В. Е., Балака Ю. Д. // Акуш. и гин.- 1996.- № 10.- С. 70-72.
3. Митюрлова Л. Б. Становление кроветворения у плода и новорожденного: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988.
4. Мусаев З. М. Клинико-диагностическое значение исследования маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока у беременных с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002.
5. Торубарова Н. А. и соавт., // Педиатрия. – 2000. - № 6. – С. 6 – 7.

УДК 616.366-089.87-053.2

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САМОУДЕРЖИВАЮЩЕГОСЯ КАТЕТЕРА-СТЕНТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ.

Е.А. Кушевская

Смоленская государственная медицинская академия

Проведенное исследование подтвердило возможности использования катетера-стенст в комплексном лечении обструктивных форм пиелонефрита у беременных.

В основе развития острого пиелонефрита у беременных лежит нарушение пассажа мочи из почки [1]. Механизм развития нарушения уродинамики в гестационном периоде может быть связан как с самой беременностью (нейрогуморальные сдвиги, механическое давление беременной матки на мочеточники), так и с заболеваниями почек и мочевых путей, существовавшими до беременности и проявившимися в ходе ее развития (уролитиаз, аномалии развития, нефроптоз, гидронефроз, кисты почек и т.д.) [2,4].

Успех лечения пиелонефрита, в том числе и антибактериальной терапии, зависит от восстановления пассажа мочи. При сохраняющемся нарушении пассажа мочи консервативное лечение не дает эффекта, и пиелонефрит неизбежно будет прогрессировать, приводя к возникновению гнойно-деструктивных поражений почек (апостематоз, карбункул, абсцесс и т.д.) [3,5].

Первое общепринятое в урологической практике мероприятие, которое выполняется в связи с возникновением ретенции, заключается в том, что в почечную лоханку проводят и оставляют на несколько дней мочеточниковый катетер. Проведение антибактериальной терапии на фоне восстановленного катетеризацией оттока мочи достаточно часто позволяет добиться ликвидации атаки острого пиелонефрита. Метод катетеризации прост, доступен в специализированном лечебном учреждении, но, несмотря на простоту выполнения, имеет ряд недостатков. Так как катетер сообщается с внешней средой, создаются условия для распространения восходящей госпитальной инфекции, больная вынуждена соблюдать постельный режим, катетер имеет тенденцию к самостоятельному отхождению, что требует повторных, иногда многократных катетеризаций.

Еще одним, имеющимся в арсенале урологов, методом является выполнение хирургического дренирования верхних мочевыводящих путей, то есть выполнение операции пункционной, или открытой нефростомии. Данная операция обеспечивает стабильную деривацию мочи, однако сама по себе является достаточно тяжелым испытанием для беременных и плода. Кроме этого в послеоперационном периоде возникают (так же как и при катетеризации мочеточников) проблемы, связанные с дополнительным инфицированием мочевых путей, необходимостью ухода за раной и смены дренажной трубки. Кроме названных способов дренирования верхних мочевыводящих путей, существует еще один, так называемый метод "подвесной катетеризации" почечной лоханки.

Целью настоящего исследования было изучение результатов лечения острого пиелонефрита у женщин, которым в качестве способа дренирования верхних мочевых путей был применен метод "подвесной катетеризации", то есть был установлен катетер-стенст.

Материалы и методы исследования

Метод дренирования почечной лоханки самоудерживающимся мочеточниковым катетером-стенстом был описан в 1976 году Nepperlen и соавт. [6,7]. Метод заключается в установке по мочеточнику в лоханку с помощью струны-проводника специального катетера из мягкого синтетического материала. Диаметр катетера может колебаться от

№4 до №9 по шкале Шарьера. Длина катетера подбирается исходя из роста женщины. Проксимальный (лоханочный) и дистальный (пузырный) концы катетера принимают смоделированную заранее форму спирали соответственно в лоханке и мочевом пузыре (рис.1).

За период с 1992 по 2003 год всего в клинику урологии поступило 94 беременных с острым пиелонефритом различной степени тяжести и различной этиологии. Методика дренирования почечной лоханки катетером-стент взята на вооружение в клинике с 1995 года. С этого времени до 2002 года под наблюдением находилось 16 беременных в возрасте от 19 до 37 лет, которым был установлен катетер-стент. Показаниями к применению катетера-стента явились высокая лихорадка, почечная колика, неэффективность применения обычной катетеризации мочеточников. При проведенном обследовании при поступлении в клинику у всех этих пациенток были подтверждены симптомы острого пиелонефрита. Каких-либо урологических заболеваний, способных стать причиной ретенции и острого пиелонефрита, выявлено не было. Таким образом, причиной пиелонефрита в данных наблюдениях явилась компрессия мочеточников беременной маткой.

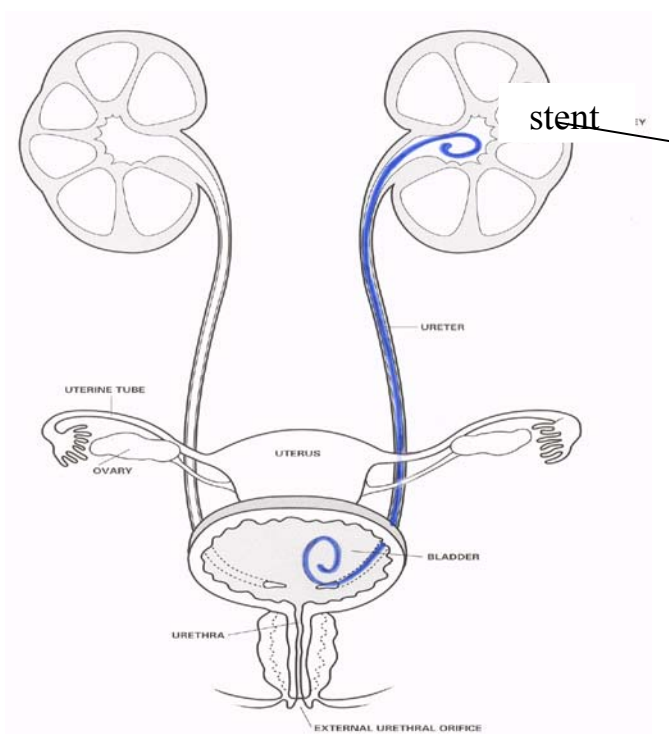


Рис.1 Вариант установки катетера - стент в мочевыделительных путях слева.

Результаты исследования и их обсуждение

В среднем катетер находился в мочевых путях в течение одного месяца. До установки катетера - стент у данных женщин отмечалось выраженное расширение чашечно-лоханочной системы при УЗИ почек. Кроме этого, в анализах мочи количество лейкоцитов было от 60-80 в поле зрения и значительно выше. У 8 беременных страдала азотовыделительная функция почек, что выражалось в повышении уровня мочевины и креатинина крови. При посеве мочи у 11 беременных наблюдался рост стафилококка и энтерококка. На фоне установленной дренажной системы всем женщинам была назначена адекватная антибактериальная терапия, согласованная с кафедрой клинической фармакологии. У всех женщин отмечено резкое снижение лихорадки и в дальнейшем практически полная нормализация анализов мочи и анализов крови.

После удаления катетера-стент у 12 женщин состояние оставалось стабильным без склонности к рецидивам заболевания, у 4 пациенток пришлось повторно установить катетер-стент. Роды у этих четырех женщин проводились с наличием катетера-стент в мочевых путях, что не повлияло на их нормальный исход.

В качестве примера приводим один из наиболее сложных случаев *клинического наблюдения*.

Больная В., 29 лет, до данной беременности не страдала урологическими заболеваниями. Первая беременность у нее завершилась самопроизвольным абортom. Настоящая беременность вторая. Поступила в клинику с явлениями острого пиелонефрита справа, беременность 37 недель. Из-за частого отхождения катетера из лоханки добиться стихания атаки острого пиелонефрита не удавалось. Тяжесть состояния женщины диктовала необходимость проведения нефростомии справа. Была предпринята попытка проведения внутреннего дренирования правой почки "подвесным катетером". В результате успешного и надежного восстановления пассажа мочи из почки состояние больной быстро улучшилось, атаку пиелонефрита удалось купировать. Больная переведена в родильное отделение для родоразрешения. Роды протекали нормально. В послеродовом периоде в течение 14 суток продолжалось дренирование почки катетером - стент с целью профилактики рецидива пиелонефрита.

Выводы

Таким образом, можно констатировать, что вовремя выполненное дренирование почки посредством подвесного катетера-стент на фоне антибактериальной терапии создает возможность обойтись без выполнения нефростомии. Проведенное лечение с использованием дренирования почки катетером-стент обеспечило сохранение жизни и благополучный исход родов всем беременным.

Литература

1. Довлатян А. А. Лечение острого пиелонефрита беременных// Акушерство и гинекология, 1993; 4: 18-22.
2. Довлатян А. А. Результаты и обоснование тактики хирургического лечения острого гнойно-деструктивного пиелонефрита беременных// Хирургия, 1995; 2: 27-31.
3. Шехтман М. М. Лечение пиелонефрита у беременных. Тер. Архив.- 1996.- 10: 55-59.
4. Шабад А.Л., Бешли-Оглы Д.А. О причинах нарушения уродинамики верхних мочевых путей при остром пиелонефрите беременных// Урология и нефрология.- 1980.- 5: 7-13.
5. Шехтман М. М. Акушерская нефрология.- М,2000.-255с.
6. Knebel L, Tschada R, Mickisch D, Zieger W. Internal drainage in cases of complicated urinary stasis caused by pregnancy// J Urol (Paris), 1993; 4 : 74-169.
7. Wolf MC, Hollander JB, Salisz JA, Kearney DJ. A new technique for ureteral stent placement during pregnancy using endoluminal ultrasound// Surg Gynecol Obstet, 1992; 6:150-280.

ПАРАЗИТОЛОГИЯ

УДК 616.683-008.8-053.2

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ

(лекция)

Бронштейн А.М., Малышев Н.А.

ММА им. И.М.Сеченова, клиническая инфекционная больница № 1, г. Москва

Гельминтозы органов пищеварения - кишечные нематодозы, трематодозы печени и ларвальные цестодозы - являются одной из важнейших проблем здравоохранения многих развивающихся стран мира. В статье приведены сведения о патологии при основных гельминтозах органов пищеварения, клинических проявлениях и лечении. Обсуждаются вопросы ассоциации некоторых гельминтозов с канцерогенезом и туберкулезом.

Гельминтозы широко распространены среди населения Земного Шара. Наиболее широкое распространение имеют гельминтозы органов пищеварения, которыми по оценкам Всемирной организации здравоохранения инфицирована четвертая часть населения Земли.

Патогенное воздействие гельминтов на организм человека связано не только с патологией тех органов, где они локализуются (табл. 1,2), но и с общим воздействием на организм человека. При гельминтозах отмечается уменьшение выработки инсулин-подобного фактора роста (IGF-1) и увеличение фактора некроза опухоли - альфа (TNF-alpha), а также уменьшение синтеза коллагена, что способствует снижению аппетита, уменьшению процессов всасывания в кишечнике, задержке роста и отставанию в умственном и физическом развитии. Существенное значение имеет также хроническая постоянная микрокровопотеря, в частности, из кишечника при анкилостомидозах и через желчные протоки при трематодозах печени, при которых также происходит и потеря с желчью аминокислот [3,6,7].

Новые данные, полученные группой авторов показали, что кишечные гельминты способствуют высвобождению Th₂ цитокинов, которые подавляют цитокины Th₁, в связи с чем лица, инвазированные гельминтозами, более подвержены инфицированию, в частности, заболеванию туберкулезом после инфицирования M.tuberculosis. В связи с широким распространением штаммов M.tuberculosis, резистентных к антибиотикам, эти наблюдения подтверждают необходимость более активных мероприятий по борьбе с гельминтозами, распространенными в регионах, где среди населения высокий уровень пораженности туберкулезом. [2].

В наибольшей степени патогенное влияние гельминтозов отражается на беременных и детях из бедных слоев населения с неполноценным питанием. Инвазии ведут к снижению трудовой деятельности в старших возрастах, и в целом наносят существенный медико-социальный и экономический ущерб.

Для Российской Федерации в этом отношении наиболее неблагополучными являются эндемичные по гельминтозам регионы Сибири и Дальнего Востока, где среди коренных народностей отмечается высокий уровень пораженности гельминтозами органов пищеварения (описторхоз, дифиллоботриоз, клонорхоз, метагонимоз, нанофиетоз, эхинококкозы) и туберкулезом на фоне широкого распространения алкоголизма и алкогольной патологии. Под действием комплекса экстремальных климато-метеорологических условий этих регионов патогенное влияние вышеуказанных факторов существенно усиливается.

Клинические проявления паразитозов характеризуются, как правило, неспецифичностью клинической симптоматики, хроническим течением с относительно медленным нарушением функции различных органов и систем за счет кумулятивного эффекта, часто латентным течением с субклиническими проявлениями болезни. Указанные особенности маскируют их негативный эффект и создают впечатление слабой патогенности по сравнению с другими заболеваниями. Наиболее часто паразиты обитают в органах пищеварения (табл.1,2) и имитируют заболевания этих органов. Поэтому наблюдаемые в клинической практике расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта могут являться в ряде случаев замаскированными формами паразитарных болезней.

Клинические проявления паразитарных болезней органов пищеварения в начальных стадиях болезни обычно проявляются неспецифической неврологической симптоматикой - повышенная слабость, утомляемость, раздражительность, плохой сон. В дальнейшем по мере увеличения длительности болезни развиваются симптомы, свидетельствующие о заболеваниях органов пищеварения: снижение аппетита, тошнота, боли в животе, неустойчивый стул.

Таблица 1. Локализация гельминтов в кишечнике человека

Гельминтозы	Тонкий кишечник Гельминтоз Возбудитель	Толстый кишечник Гельминтоз Возбудитель
Нематодозы	Аскаридоз <i>Ascaris lumbricoides</i> Анкилостомоз <i>Ancylostoma duodenale</i> Некатороз <i>Necator americanus</i> Ангистронгилез <i>A. costaricensis</i> Трихостронгилез <i>T. Orientalis</i> Стронгилоидоз <i>Strongyloides stercoralis</i> Капилляриоз <i>Capillaria philippinensis</i> Анизаккиоз <i>Anisakis spp.</i>	Трихоцефалез <i>Trichuris trichiura</i> Энтеробиоз <i>Enterobius vermicularis</i>
Трематоды	Метагонимоз <i>Metagonimus yokogawai</i> Нанофьетоз <i>Nanophyetus spp.</i> Гетерофиоз <i>Heterophyes heterophyes</i> Фасциолопсидоз <i>Fasciolopsis buski</i> Эхиностомоз <i>Echinostoma spp.</i>	Шистосомоз кишечный <i>S. mansoni</i> Шистосомоз японский <i>S. japonicum</i> Шистосомоз меконга <i>S. mekongi</i> Шистосомоз интеркалатный <i>S. intercalatum</i>
Цестодозы	Тениаринхоз <i>Taenia saginata</i> Тениоз <i>Taenia solium</i> Дифиллоботриоз <i>Diphyllobotrium latum</i> Гименолепидоз (цепень карликовый) <i>Hymenolepis nana</i> Гименолепидоз (цепень крысиный) <i>Hymenolepis diminuta</i> Дипилидиоз <i>Dipylidium caninum</i>	-

Стоимость разработки новых лекарственных средств за последние десятилетия значительно возросла, и фармацевтические фирмы не относят работы по созданию новых антигельминтиков к числу приоритетных, поскольку в центре их внимания находятся другие заболевания. Ситуация с разработкой новых препаратов усугубляется тем, что паразитарные заболевания распространены в странах с низким социально-экономическим уровнем развития. В связи с этим фармацевтические фирмы не имеют достаточных экономических стимулов в исследованиях и производстве новых противопаразитарных препаратов.

Тем не менее, за последние годы в результате синтеза новых препаратов роль химиотерапии в борьбе с некоторыми паразитарными заболеваниями значительно возросла и появилась реальная возможность в снижении заболеваемости путем проведения массовых химиотерапевтических мероприятий. Появившиеся за последние годы антигельминтики получены либо путем модификации известных соединений с антигельминтной активностью, либо в результате изучения новых классов химических соединений. В таблице 3 представлены наиболее широко используемые в настоящее время антигельминтики, спектр их действия и эффективность в отношении основных гельминтозов органов пищеварения.

Таблица 2. Локализация гельминтов в органах гепатобилиарной системы

Гельминтозы	Печень	Желчный пузырь, желчные протоки	Поджелудочная железа
Трематодозы	Фасциолез: <i>Fasciola hepatica</i>	Описторхозы: <i>Opisthorchis felineus</i> , <i>O. viverrini</i> Клонорхоз: <i>Clonorchis sinensis</i> Фасциолез: <i>Fasciola hepatica</i>	Описторхозы: <i>Opisthorchis felineus</i> , <i>O. viverrini</i> Клонорхоз: <i>Clonorchis sinensis</i>
Ларвальные цестодозы	Эхинококкозы: <i>Echinococcus granulosus</i> , <i>E. multilocularis</i>	-	-

Таблица 3. Основные препараты для лечения гельминтозов органов пищеварения и спектр эффективности

Инвазия	Албендазол	Мебендазол	Левами-зол	Пирантел	Празиквантел	Никлозамид
Аскаридоз	++++	+++	+++	+++ / ++++	-	-
Трихоцефалез	++ / +++	++	-	-	-	-
Энтеробиоз	+++ / ++++	+++	-	++ / +++	-	-
Анкилостомоз	+++ / ++++	+++	++ / +++	+++	-	-
Некатороз	+++ / ++++	+++	++ / +++	+++	-	-
Стронгилюидоз	+ / ++	-	-	-	-	-
Тениарин-хоз	-	-	-	-	++++	++ / +++
Тениоз	-	-	-	-	++++	++ / +++
Дифиллобтриоз	-	-	-	-	++++	++ / +++
Гименолепидоз	-	-	-	-	++++	++ / +++
Шистосомоз кишечный	-	-	-	-	++++	++ / +++
Метагонимоз	-	-	-	-	++++	++ / +++
Описторхоз	-	-	-	-	++++	-
Клонорхоз	-	-	-	-	++++	-

Эффективность: - нет эффекта; + менее 20%; ++ от 20 до 40%; +++ от 40 до 80%; ++++ более 80%.

Использование современных препаратов позволяет успешно лечить наиболее распространенные кишечные гельминтозы. Однако следует иметь в виду, что ни один

из самых современных препаратов не может гарантировать 100% излечение после применения одного курса. Эффективность одного курса лечения обычно не превышает 90%, а полное излечение, как правило, достигается при повторных курсах.

В связи с наличием множества факторов, влияющих на эффективность лечения (высокая частота реинвазий, наличие географических штаммов, резистентных к стандартным схемам химиотерапии и др.) стандартные схемы (табл.4) в ряде случаев требуют изменений с учетом опыта, накопленного в конкретном регионе.

Таблица 4. Основные антигельминтики для лечения кишечных нематодозов, цестодозов и трематодозов

Албендазол - производное бензимидазола. Обычная схема лечения кишечных нематодозов 400 мг однократно.
Левамизол - производное имидазола. Обычная схема лечения кишечных нематодозов - одна доза из расчета 2,5 мг на 1 кг массы тела в сутки
Мебендазол - производное бензимидазола. Обычная схема лечения кишечных нематодозов 200 мг в день в течение 3 дней.
Пирантел - производное тетрагидропиримидина. Используют для лечения кишечных нематодозов в дозе 10 мг/кг в день в течение 1 - 5 дней в зависимости от вида гельминта.
Празиквантель - эффективен практически при всех цестодозах и трематодозах. Применяется в дозах от 10 до 50 мг на 1 кг массы тела в сутки в течение от 1 до 3 и более дней в зависимости от вида гельминта.
Никлозамид - производное салициланилидов. Используется для лечения кишечных цестодозов обычно в дозе 2 - 4 г от одного до 10 дней.

Результаты многочисленных исследований, проведенных в различных регионах мира свидетельствуют, что препаратом выбора для лечения большинства кишечных нематодозов является албендазол [4], а для лечения трематодозов - празиквантель [1].

Трематодозы печени Существенную медико-социальную значимость для многих регионов мира составляют трематоды печени, относящимися к к семейству Opisthorchiidae (*Opisthorchis felinus*, *Opisthorchis viverrini*, *Clonorchis sinensis*), заражение которыми происходит при употреблении в пищу инвазированной рыбы (табл. 2). Ориентировочно трематодозами печени поражены около 17 млн человек, а риску заражения подвержены 350 млн человек, проживающих в 13 странах [3]. Для населения России негативный эффект описторхоза усугубляется его преимущественным распространением в северных, в том числе приполярных районах, зонах нового промышленного освоения и проживания народностей Севера, где отмечаются запаздывание социально-гигиенических мероприятий, относительно низкий уровень инфраструктуры здравоохранения, высокая детская смертность, распространены другие инфекционные заболевания, алкоголизм [1].

Особый аспект составляют паразитарно-онкологические ассоциации трематодозов печени с канцерогенезом. Например, в России наибольшая частота холангиокарциномы отмечается в интенсивных очагах описторхоза в Обь-Иртышском регионе. Развитие холангиокарциномы при трематодозах печени - многофакторный процесс, в котором паразиты играют роль стимуляторов злокачественного роста [5].

Основным патологическим процессом являются хронический пролиферативный холангит и каналикулит поджелудочной железы, сопровождающийся различной степенью фиброза этих органов. В ряде случаев течение болезни может быть тяжелым с обструкцией желчных протоков, развитием желтухи, рецидивирующего холангита, абсцессов печени, острого панкреатита и желчного перитонита.

Лечение описторхоза и клонорхоза должно быть комплексным и наряду со специфическими препаратами включать патогенетическое лечение. В острой стадии при тяжелом течении проводится десенсибилизирующая и дезинтоксикационная терапия. Клиника хронической стадии обусловлена главным образом поражением органов дуоденохоледохопанкреатической зоны, и поэтому проводится комплексная терапия в соответствии с общими принципами лечения больных гастроэнтерологического профиля [1, 3]. В настоящее время единственным средством для специфической терапии описторхоза и клонорхоза является празиквантел (табл. 3,4).

Эхинококкозы. Возбудителями эхинококкозов у человека являются гельминты семейства *Taeniidae*: *Echinococcus granulosus* и *E. multilocularis*. Инвазия *E. granulosus* вызывает у человека гидатидозный эхинококкоз, а инвазия *E. multilocularis* - альвеолярный эхинококкоз (альвеококкоз).

Гидатидозный эхинококкоз широко распространен во всем мире, особенно в странах Южной Америки, Средиземноморских странах, включая страны Европы, в ряде стран Азии и Северной Африки. В России и сопредельных государствах эхинококкоз регистрируется повсеместно

Длительное время болезнь может протекать бессимптомно. Клинические проявления определяются локализацией, множественностью и размерами кист, а также возможными осложнениями в виде нагноения, разрывов, желтухи и др. Локализация эхинококковых кист возможна в любых органах, при этом нередко сочетание кист в различных органах у одного больного. Наиболее часто наблюдаются эхинококкоз печени. При сдавлении кистой крупных сосудов портальной системы и желчных протоков возможно развитие портальной гипертензии и механической желтухи. Одним из тяжелых осложнений является нагноение кисты и ее инфицирование. При распространении процесса на ткани печени может развиваться гнойный холангит и абсцесс печени. Существенную опасность представляет разрыв кисты. Клиническая картина при перфорации кист определяется тем, в каком направлении и в какой орган произошел разрыв кисты. В этих случаях возможно развитие анафилактического шока, гнойного перитонита и плеврита, гнойного холангита, тампонады сердца. Разрывы кист ведут к диссеминации возбудителя и развитию вторичного множественного эхинококкоза.

Альвеококкоз, вызываемый *E. multilocularis*, регистрируется преимущественно в альпийских районах некоторых стран Европы. В России альвеококкоз встречается чаще в Якутии, Магаданской и Камчатской областях, а также в Красноярском крае, Новосибирской, Омской и Томской областях, в Поволжье, Хабаровском крае.

Особенностью *E. multilocularis* является инфильтративный рост и способность метастазировать. Наиболее часто первичные поражения отмечаются в правой доле печени, реже в левой. Альвеококкоз печени длительно, иногда многие годы протекает бессимптомно. Это обусловлено медленным ростом паразита. Клинические симптомы неспецифичны и определяются главным образом объемом и локализацией поражения. Наиболее частым осложнением альвеококкоза является механическая желтуха и портальная гипертензия. Вследствие способности к инфильтративному росту возможно прорастание альвеококка в близлежащие органы - диафрагму, почки, легкие, брюшинное пространство и образование полостей распада в толще паразитарной опухоли. Также может отмечаться метастазирование в любые органы, чаще в легкие.

Лечение эхинококкозов проводится путем хирургического лечения и химиотерапии. В последние годы при гидатидозном эхинококкозе печени в случаях соответствующей локализации и относительно небольших размерах кист начали

успешно применять дренирование эхинококковых кист путем чрескожной аспирации и обработки полости гипертоническим раствором с последующей химиотерапией.

Показания к консервативной терапии эхинококкозов: множественные поражения печени, легких и других органов, оперативное удаление которых сопряжено с высоким риском для жизни больного или технически невозможно, а также в качестве противорецидивного лечения, особенно показанного при разрыве эхинококковых кист.

Схемы химиотерапии эхинококкозов окончательно не разработаны. В настоящее время химиотерапия эхинококкозов проводится албендазолом. Используют различные схемы лечения албендазолом: от 10 до 20 мг на 1 кг массы тела в сутки. Длительность одного непрерывного цикла лечения колеблется от 21 дней до нескольких лет; число циклов от 1 до 20 и более; интервалы между циклами от 21 до 28 дней или непрерывно в течение нескольких лет.

Эффективность лечения албендазолом гидатидозного эхинококкоза печени и легких колеблется от 41 до 72%; рецидивы отмечаются в среднем у 25%. Изменения в эхинококковых кистах (уменьшение размеров, кальцификация и др.) относительно медленный процесс, и оценка эффективности лечения обычно возможна не ранее, чем через 6 мес. - 1 год после завершения курса албендазола.

В процессе химиотерапии могут возникнуть осложнения, связанные со снижением жизнедеятельности и гибелью паразита: нагноение кист, спонтанные разрывы, возникновение полостей распада альвеолярного эхинококкоза с последующим абсцедированием. В связи с высокими дозами албендазола, используемыми для химиотерапии эхинококкозов, и длительностью курса лечения могут развиваться осложнения, связанные с гепатотоксическим действием препарата - лейкопения и агранулоцитоз, токсический гепатит, лихорадка, алоpecia и др., в ряде случаев ведущие к летальному исходу. Частота возникновения гепатоцеллюлярной токсичности при применении албендазола в дозе 10 мг/кг, по данным ряда авторов, достигает 15%.

Консервативное и хирургическое лечение эхинококкозов дополняет друг друга и требует индивидуального подхода. В частности, некоторым больным с хорошей эффективностью консервативной терапии может потребоваться хирургическое лечение осложнений, а другим - необходима консервативная терапия после успешного оперативного лечения.

Заключение. В настоящее время по данным Всемирной Организации здравоохранения появились первые данные, свидетельствующие о возможности развития резистентности у кишечных нематод к антигельминтикам, в частности при некаторозе к мебендазолу и при анкилостомозе - к пирантелу. Поэтому стратегия и тактика химиотерапии должна быть направлена на то, чтобы предотвратить развитие химиорезистентности. Должны назначаться наиболее эффективные антигельминтики и таким образом, чтобы риск развития химиорезистентности был минимальный. При назначении недостаточно эффективных препаратов в популяции гельминтов происходит отбор особей, имеющих резистентность к определенным препаратам или к группе препаратов, сходной химической структуры. Идеальный антигельминтик должен быть высокоэффективным, хорошо переноситься больными и иметь низкую стоимость. Его антигельминтный спектр должен включать наиболее распространенные гельминтозы человека. Учитывая вышеизложенное в настоящее время этим требованиям соответствует и препаратом выбора для лечения гельминтозов органов пищеварения: кишечных нематодозов, трематодозов печени и ларвальных цестодозов является Албендазол, обладающий наиболее широким спектром действия и наиболее высокой эффективностью по сравнению с другими антигельминтиками, а также

возможностью лечения большинства кишечных нематодозов путем назначения одной дозы.

Литература

1. Бронштейн А.М., Лучшев В.И. Трематодозы печени: описторхоз, клонорхоз. Русский мед. журнал 1998; 3(63): 140-148
2. Beyers A, Helden P., Beyers N. Cross-regulation of Th₁ and Th₂ responses . The Wellcome Trust Rev 1999; 48-52.
3. Control of foodborne trematode infections. WHO Techn Rep Ser, 1995, N 849.
4. Horton J. Albendazole: a review of anthelmintic efficacy and safety in humans. Parasitology 2000; 121 Suppl: S 113 - 132
5. *Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1994 (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 61).
6. Stephensen L.S. Optimising the benefits of anthelmintic treatment in children. Paediatr Drugs 2001; 3: 495 - 508.
7. Stephensen L.S., Holland C.V., Cooper E.S. The public health significance of *Trichuris trichiura*. Parasitology 2000; 121 Suppl: S 73 - 95

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616-056.52-053.2

ОТНОШЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ К ПЛАНИРУЕМОМУ ОБУЧЕНИЮ ПО ПРОГРАММЕ СНИЖЕНИЯ ВЕСА

В.В. Бекезин, Л.В. Козлова, О.В. Пересецкая

Смоленская государственная медицинская академия

В последние годы повсеместно наблюдается рост частоты ожирения у детей и подростков (Sichieri R. et al., 1995; Leung S. et al., 1995; Ardizzi A. et al., 1996, Hernandez V. et al., 1999). Для детей, страдающих хронической патологией и их родителей очень важно не только как можно больше знать о своем заболевании, но и уметь контролировать его течение, обладая определенными практическими навыками, пользуясь средствами самоконтроля.

Целью нашего исследования явилось изучение образа жизни и мотивации для похудения у детей и подростков с ожирением, с последующим обоснованием целесообразности их программного обучения по снижению веса и выбора его формы.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 60 детей-школьников (11-16 лет) с ожирением 2-3 степени по изучению образа жизни (характер питания, двигательная активность и т. д.), внутриколлективных и внутрисемейных отношений, мотиваций для похудения, отношений к обучению по программе снижения веса.

Результаты и их обсуждение

Результаты анкетирования детей с ожирением показали:

- с одной стороны наличие сильного психологического переживания за свой избыточный вес (88,4 %) (в связи с чем у них часто возникают затруднения в общении со своими сверстниками в школе, братьями (сестрами), родителями);
- с другой - высокое желание похудеть (100 %).

При проведении анкетирования все дети (100 %) высказали желание пройти обучение по снижению массы тела и контролю веса. Подтверждают необходимость проведения такого программного обучения для детей с ожирением и результаты анкетирования по изучению их образа жизни. Так, высококалорийное, несбалансированное питание; нерациональное распределение объема пищи между ее приемами; недостаточная физическая активность, в том числе, в связи со школьной загруженностью в разной степени регистрировались у всех детей с ожирением. Групповое обучение детей в школе-«ожирения» во время их нахождения в стационаре, на наш взгляд, не совсем целесообразно с нескольких позиций: во-первых, обучение в группе незнакомых друг другу детей будет вызывать на начальных этапах некоторое эмоциональное и психологическое напряжение, создавать стрессовую ситуацию для каждого ребенка в отдельности (при этом даже само пребывание в стационаре является для ребенка стрессом); во-вторых – индивидуальный подход врача к обучению ребенка позволяет более быстро найти с ним контакт, снять напряжение, повысить доверие друг к другу; в третьих - активное сотрудничество и взаимопонимание между врачом, ребенком и его родителями просто необходимы для достижения хорошего эффекта (психотерапия). На это косвенно указывают и результаты проведенного анкетирования. Так, все дети (100 %) высказали желание пройти обучение по снижению массы тела и контролю веса. При этом за групповую форму обучения высказались лишь некоторые из них (8,3 %), а подавляющее большинство детей (91,7 %) отдали предпочтение индивидуальному обучению по программе с лечащим врачом.

Таким образом, целесообразно создание программы обучения по снижению и контролю веса для детей и подростков с ожирением и внедрение ее в практику с акцентом на индивидуальную форму обучения.

УДК 616.248-085-053.3

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ТИМОМЕГАЛИЕЙ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

В.Н. Григорьева, О.М. Чаленкова, Г.Н. Федоров

Смоленская государственная медицинская академия

Число детей раннего и дошкольного возраста с бронхиальной астмой (БА) существенно возросло за последнее десятилетие в основном за счет расширения спектра причинно-значимых аллергенов и учащения формирования вторичных иммунодефицитных состояний. Прежде всего, это относится в группе часто и длительно болеющих детей на фоне тимомегалии (ТМ), для которой, как мы показали ранее, характерны грубые гетерогенные нарушения иммунной системы, затрагивающие практически все ее звенья.

Целью исследования явилось изучение клинико-иммунологических особенностей течения БА на фоне ТМ и разработка основных подходов к терапии.

Обследовали 116 детей в возрасте от 2 и 7 лет с БА (из них 68 – с легкой, 34 – со среднетяжелой формой течения до назначения базисной терапии, 14 – с тяжелой формой на фоне базисной терапии ингаляционными глюкокортикоидами (ИГК) длительностью от 6 мес. до 4 лет).

Клинические особенности течения БА при ТМ (ранняя манифестация заболевания, тяжелое течение, формирование сочетанной аллергопатологии), а также существенная дисфункция иммунной системы должны учитываться в выборе терапии. Таким детям необходимо проводить, прежде всего, иммунокоррекцию, направленную на нормализацию функции моноцитов/макрофагов и НК-клеток, а также В-клеток, ответственных, в первую очередь, за противовирусный иммунитет. Наиболее эффективен, в данном аспекте, селективный иммуномодулятор – тамерит (в зависимости от возраста курс лечения 10-20 инъекций в суммарной дозе 1,0 г препарата) В выборе базисной терапии необходимо учитывать степень тяжести заболевания и своевременно назначать ИГК.

УДК 616.61-002.3+615.281

ОПТИМИЗАЦИЯ СТАРТОВОЙ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ

А.В. Гринев, А.В. Бовбалан, В.Л. Михайлов

Смоленская государственная медицинская академия

Цель: Выявить возбудителей гнойных пиелонефритов (ГП) при исследовании образцов, полученных интраоперационно, из гнойного содержимого почечной паренхимы и/или чашечно-лоханочной системы. Определить чувствительность выделенных возбудителей к антибиотикам.

Методы. У каждого пациента с ГП проводили бактериологическое исследование гнойного содержимого почки (интраоперационно). Выделение и идентификация возбудителей проводились стандартными бактериологическими методами. Определение чувствительности к антибиотикам выполняли диско-диффузным методом на среде Мюллера-Хинтон в соответствии со стандартами NCCLS, США, 2001г.

Результаты. Обследовано 50 пациентов, у которых диагноз ГП был подтверждён клиническими, лабораторными и бактериологическими методами, а также визуальной интраоперационной картиной гнойного процесса в почке. Этиологическая структура возбудителей ГП представлена следующими микроорганизмами: *E. coli* – 44%, *Pr. mirabilis* – 24% , *Ps. aeruginosa* – 8%, *Staph. aureus* – 16%, *Kl. pneumoniae* – 8%. Анализ чувствительности к антибиотикам основных возбудителей ГП показал, что резистентность *E. coli* к амикацину составила 0%, к цефотаксиму – 5,3%, к цефтазидиму- 5,9%, ципрофлоксацину – 10,5%, к гентамицину - 21,4%, к ко-амоксиклаву – 23%. Резистентность *Pr. mirabilis* к амикацину составила 50%, к цефтазидиму в 22,3%, к цефотаксиму в 33,3%, к ципрофлоксацину в 71,4%, к гентамицину в 62,5%. Резистентность *Ps. aeruginosa* к карбенициллину и ципрофлоксацину составила 100%, к гентамицину-75%, к амикацину-50%, к цефтазидиму - 0%. Среди штаммов *Staph. aureus* резистентность к гентамицину, ципрофлоксацину, оксациллину составила 20%, к ко-тримоксазолу 0%. Резистентность у *Kl. pneumoniae* к цефотаксиму и цефтазидиму выявлена в 50% случаев, к амикацину и гентамицину в 15%, ко-амоксиклаву – 50%, к ципрофлоксацину-50%.

Выводы. Выявлено 5 основных возбудителей ГП - *E. coli*, *Pr. mirabilis*, *Staph. aureus*, *Kl. pneumoniae*, *Ps. aeruginosa*. На основании полученных данных, по антибиотикорезистентности возбудителей ГП для стартовой эмпирической терапии гнойно-воспалительных заболеваний почек, применение гентамицина, амикацина, ко-амоксиклава, ципрофлоксацина, цефотаксима, цефтазида в виде монотерапии не показано.

УДК 616-058-053.2

ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ В Г. СМОЛЕНСКЕ

Н.И. Дивакова, Г.М. Еретнова

Смоленский областной центр диагностики и консультирования

В настоящее время 1,6 млн. детей, проживающих в РФ, относятся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в специальной коррекционно-психологической помощи, отвечающей их особым образовательным потребностям.

Экономическое и социальное положение в современной России создает множество факторов риска для подрастающего поколения. Особую тревогу вызывают увеличение количества безнадзорных и беспризорных детей, детей со школьной и социальной дезадаптацией, высокая преступность несовершеннолетних, наркомания, проституция, семейное неблагополучие.

В связи с этим в РФ в системе специального образования и воспитания за последние годы произошли значительные положительные изменения.

В том числе, заметно увеличилось количество диагностических и реабилитационных центров, осуществляющих вместе с психолого-медико-педагогическими комиссиями комплексное психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение индивидуального развития ребенка.

Один из таких центров для детей с недостатками в развитии, функционирующих в г. Смоленске, - Центр диагностики и консультирования. Одновременно здесь на обследовании и коррекции находится более 60 воспитанников. Специалисты всесторонне изучают каждого ребенка, определяют характер и степень анатомо-физиологического повреждения на психолого-медико-педагогической комиссии и в диагностических группах центра. Все это позволяет поставить правильный диагноз, а на его основе составить программы коррекционного обучения. Оказание такой помощи, особенно детям со сложными дефектами (детям, страдающим аутизмом, тяжелыми речевыми нарушениями, снижением интеллекта) – ответственная задача работников центра.

Особое значение придается обследованию детей, ведь от правильной диагностики проблем ребенка зависит его дальнейшее обучение. Обследование детей дошкольного возраста проводится в форме взаимодействия ребенка с предметами, в простейшей конструктивной и графической деятельности, организуемой взрослыми в виде игры, включающей в себя и речевое общение.

При обследовании детей школьного возраста применяются задания учебного характера, а также наглядные и графические упражнения. Таким образом, наблюдение за ребенком организуется в привычной для него игровой, учебной, трудовой или бытовой ситуации.

Коррекция, компенсация, диагностика недостатков развития происходит на основе ведущего вида деятельности (игровой – для дошкольников, учебно-познавательной – для школьников). Для каждого возрастного этапа педагоги центра разрабатывают системы коррекционно-диагностических занятий, оформляют наборы диагностических заданий, помогающие выявить не только уровень знаний, но и потенциальные возможности детей.

В отличие от массового обучения, в центре для каждого ребенка разрабатывается своя, адекватная его возможностям индивидуальная коррекционно-реабилитационная программа. Занятия проводятся в индивидуальной и фронтальной форме. Конечная цель занятий – обеспечить каждому ребенку возможность для усвоения программных требований.

К образовательно-развивающей работе с детьми привлекаются родители. Для них проводятся консультации и практические занятия по вопросам организации отношений с ребенком и создания условий, обеспечивающих достижение психологического комфорта в семье. Психологи объясняют родителям, что очень важно увидеть в ребенке полноценную личность, которая с раннего детства столкнулась с проблемами физического и психологического характера. Педагоги разрабатывают конкретные рекомендации о выходе из возможных трудных ситуаций.

Каждому педагогу предоставляется возможность свободного выбора педагогических технологий, стилей общения, формы организации обучения, но строго соблюдается главный принцип нашего учреждения – ребенок и педагог должны получить удовлетворение от общения и совместной деятельности. Вера в успех, желание этого успеха, увлеченность всего коллектива – все это дает положительные результаты.

Центр работает в режиме продленного и круглосуточного дня. Для детей из Смоленской области функционируют ночные группы и группы выходного дня, где продолжается коррекционно-воспитательная работа.

При центре функционирует областная методическая психолого-педагогическая служба, которая направляет и координирует деятельность всех образовательных психолого-педагогических служб области, что способствует построению адекватной системы психолого-педагогического сопровождения детей с особыми нуждами.

На современном этапе необходимость решения задач сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях модернизации образования имеет немаловажное значение. Наш центр в этом направлении тесно сотрудничает с органами системы профилактики правонарушений и безнадзорности, с органами социальной защиты.

Конечной целью совместных усилий является выработка системного подхода специалистов области к решению образовательно-воспитательных, медико-социальных задач, проблем психолого-педагогической поддержки детей, нуждающихся в помощи, и к защите их прав.

УДК 616.12-053.2:611.311

ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

А.Е. Доросевич, О.Л. Мишутина, Г.Л. Тарасенкова

Смоленская государственная медицинская академия

В настоящее время синдром дисплазии соединительной ткани сердца (СДСТС) привлекает пристальное внимание в связи с большой популяционной частотой.

Целью нашего исследования явилось изучение гистологического строения и содержания фибронектина с использованием моноклональных антител в препаратах слизистой оболочки рта у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. Состояние слизистой оболочки десны в области мелкого преддверия рта у 25 детей с СДСТС и 20 практически здоровых детей оценивали по данным цитологического исследования, которое проводили методом мазков-отпечатков.

Мы проводили гистологическое и иммуногистохимическое исследование образцов слизистой оболочки рта 13 детей с СДСТС и 2 детей без патологии соединительной ткани сердца. Препараты для исследования получали из тканей, иссекаемых хирургом в процессе плановых операций. Образцы тканей окрашивались гематоксилином и эозином, по ван Гизону, Вейгерту, Габу - Дыбину. Исследование фибронектина проводили с использованием универсальной стрептовидин-биотиновой системы иммуноокрашивания Cadenta Tags tm фирмы Шендон (Англия).

В результате проведенных исследований установлено, что гистологическое строение слизистой оболочки рта у детей с СДСТС отличается от нормального за счет огрубения соединительной ткани, вплоть до развития очагового склероза, уменьшения содержания фибронектина, его очагового распределения под эпителием и в строме, а в ряде случаев - полного отсутствия. Интересен тот факт, что у детей, в препаратах которых отмечалось полное отсутствие фибронектина под эпителием, наблюдалось расхождение швов в послеоперационном периоде.

При цитологическом исследовании слизистой оболочки десны, у детей с данной патологией, у которых клинически определяется ее рецессия, выявляются парабазальные клетки, свидетельствующие об атрофических процессах. Выраженность морфологических изменений, по нашему мнению, связана со степенью дисплазии соединительной ткани сердца.

УДК 618.63:576.8.095

**ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ РОДИЛЬНИЦ И
НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ И
ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.**

А.Н. Иванян, Т.В. Грибко, И.И. Буцук

Смоленская государственная медицинская академия

В последние годы на фоне роста заболеваемости новорожденных нашего региона отмечается значительное снижение гнойно-септической инфекции как родильниц, так и их детей.

Известно, что становление микробиоценоза новорожденных определяется несколькими факторами, ведущая роль в которых принадлежит микробной колонизации матери и микробному пейзажу акушерского стационара.

Целью работы явилось изучение особенностей микробной колонизации женщин и их новорожденных детей в условиях совместного пребывания и вскармливания ребенка исключительно грудью.

Обследовано 82 пары «мать-дитя» на базе родильного отделения МЛПУ КБ № 1 г. Смоленска. Микробиологические методы исследования включали посевы мазков из глаз, носа и кала на УПФ у новорожденных в 1-е и 6-е сутки жизни, а также посевы лохий у матери на 1-е и 6-е сутки послеродового периода. Идентификацию микроорганизмов проводили общепринятыми методами. Культуральная диагностика включала посев на питательные среды с выделением чистой культуры.

Первую группу составили 52 пары (основная), где младенцы получали только грудное молоко, и вторая группа – 30 пар, где новорожденные, кроме молока, получали питье и детские смеси.

Возраст родильниц варьировал от 19 до 27 лет. В обеих группах преобладали первобеременные и первородящие женщины. В первой группе достоверно чаще беременность протекала с ХФПН, гестозом легкой степени тяжести и многоводием. Во второй группе чаще встречались анемии беременных, отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез.

Из особенностей родов в основной группе следует отметить первичную слабость родовой деятельности, стимуляцию окситоцином и ручное обследование полости матки, проводимое по поводу дефекта последа. Во второй группе достоверно чаще были выявлены разрывы родовых путей, рождение детей с крупной массой и обвитием пуповины вокруг шеи плода. У всех женщин роды произошли через естественные родовые пути, безводный промежуток в первой группе не превышал 4 ч+35 мин, во второй группе 5 ч+22 мин.

Частота выделения микроорганизмов из лохий в первые сутки у женщин основной группы составила 58,6%, во второй – 73,3%. Микробный пейзаж достоверных различий не имел как в основной, так и в контрольной группе. Преобладали в посевах кишечная палочка, энтерококк, сапрофитный стафилококк и дрожжевые грибы. К концу первой недели после родов высеваемость микроорганизмов из лохий в первой группе возросла до 74,5%, а во второй – до 88,9%. У родильниц второй группы в 2 раза чаще высеивался золотистый и эпидермальный стафилококки и гемолитическая кишечная палочка.

В первые сутки после рождения различными микроорганизмами было контаминировано 34,5% младенцев основной группы и 35,6%-контрольной. К моменту выписки частота положительных результатов посевов у новорожденных первой группы возросла в 2,5 раза и составила 82,25%, а во второй группе в 2,7 раза и составила 96,12%.

При исследовании микрофлоры кишечника у младенцев в первые сутки обнаружено, что 25% детей первой группы и 34,3 %- второй при первом исследовании кала на УПФ высеяли кишечную палочку в титре 2×10^4 и эпидермальный стафилококк в титре 1×10^4 . К концу раннего неонатального периода было выявлено нарастание микробной колонизации кишечника условно-патогенными микроорганизмами в более значимых концентрациях (10 и более КОЕ/г) у детей обеих групп. Однако, у младенцев, получавших только грудное молоко, условно-патогенная флора в значимых титрах встречалась только у 34,2 %, в то время как у детей второй группы в 75,6%. Кроме того, у детей, получавших заменители грудного молока в 2 раза чаще на 6-е сутки жизни высеивались золотистый стафилококк (1×10^4), протей (1×10^6), в 1,5 раза чаще энтерококк (1×10^8) и эпидермальный стафилококк (1×10^8).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что обсеменение микроорганизмами женщины после родов в условиях совместного пребывания с ребенком зависит от особенностей течения беременности и родов, а также от микробного пейзажа родильного стационара. Микробиоценоз новорожденного зависит, прежде всего, от микробной колонизации матери. У новорожденных, получавших исключительно грудное молоко, колонизация кишечника грам-отрицательными условно-патогенными микроорганизмами происходит в меньшей степени, чем у детей, находившихся на докорме смесью.

УДК 616.61-002.3-055.2

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

*А.Н. Иванян, А.В. Гринев, Р.В. Парменов, Л.С. Киракосян
Смоленская государственная медицинская академия*

Аномалии развития почек занимают особое место среди почечной патологии, так как являются врожденной патологией, существующей в течение всей жизни и изменяющей характер течения патологических процессов в почках.

Целью исследования было изучение особенностей гестационного процесса у женщин, имеющих аномалии развития почек с последующей разработкой стратегии ведения беременности и родов.

В работе представлены результаты исследования течения беременности и ее исходов у 42 женщин, имеющих различные аномалии развития почек. Женщинам проводилось стандартное клиническое обследование, ультразвуковое исследование почек, доплерометрическая оценка почечного кровотока.

Показано, что чаще всего имелись следующие аномалии: полное или неполное удвоение чашечно-лоханочной системы – 12 сл., гипоплазия или аплазия одной почки – 11 сл., гидронефроз – 7 сл. Двусторонний процесс отмечен более чем у 20% пациенток (гидронефроз, УЧЛС, поликистоз). В 11 из 15 случаев односторонней аплазии, гипоплазии или нефрэктомии отмечалась компенсаторная гипертрофия контралатеральной почки. Хронический пиелонефрит имелся у 30 женщин (71,4%), у 15 из них он обострился при наблюдаемой беременности, в том числе у 5 дважды. Более половины обострений возникло в сроки 20-25 недель. При бактериологическом исследовании мочи рост патогенной флоры был обнаружен у 13 пациенток с обострением хронического пиелонефрита. У 7 из них (58,3%) отмечался рост кишечной палочки в титрах 10^4 - 10^8 , в том числе в одном случае в ассоциации с *Kl.pneumonia*. У 3 женщин выявлена сапрофитная флора (*St. saprophyticus*, *Acinetobacter*). Еще у 3 пациенток, перенесших в свое время операцию на почке или мочеточнике по поводу различного рода аномалий, обнаружена *Ps. Aeruginosa* в ассоциации с *C.albicans* - в одном случае, *Enterobacter Cloaceae* - в другом и с *St. saprophyticus* - в третьем. Интересным представляется то, что при определении чувствительности микрофлоры к антибиотикам у 8 женщин была выявлена резистентность флоры к ампициллину, а у 4 из них еще и к цефазолину, то есть к антибиотикам, которые в первую очередь используются для пробной антибактериальной терапии при обострении хронического пиелонефрита у беременных. Так же внимания заслуживает факт роста синегнойной палочки у 3 из 4 ранее оперированных по поводу почечной аномалии женщин.

10 женщинам была проведено доплерометрическое исследование почечного кровотока. Изменения выявлены у 4 из них, имеющих грубые анатомические дефекты, – единственная функционирующая почка (3 сл. – ускорение ЛСК) и гипоплазия одной почки (1 сл. – замедление ЛСК). У остальных женщин (удвоение ЧЛС, гидронефроз, киста почки) гемодинамически значимой разницы ЧЛС на правой и левой почке не выявлено. Наличие аномалии развития почек у беременных предрасполагает к более частому обострению пиелонефрита, который имеет свои микробиологические особенности, протекает более тяжело и длительно и требует нестандартного подхода.

УДК 616.51-003.4-053.2

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.

Л.В. Козлова, Т.В. Дружинина, Ю.В. Рябухин, Н.В. Бирюкова, О.В. Сухорукова

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленская областная детская клиническая больница

В современной медицинской статистике нефротический синдром (НС) не подлежит отдельному учету. По журналам регистрации пациентов Смоленской областной детской клинической больницы (СОДКБ) и амбулаторным картам Смоленской областной детской поликлиники за 1998-2002 годы выявлено 30 детей с чистым (83,3%) и смешанным НС (16,7%) по нозологическим единицам «нефротическая или смешанная форма (синдром) гломерулонефрита», проживающих в области, без учета жителей г. Смоленска, из них случаи первичного заболевания - 14. Не зарегистрировано ни одного ребенка с врожденным и инфантильным НС.

Ежегодно выявлялись в среднем 3 случая первого эпизода НС у детей до 15 лет, с максимальной заболеваемостью в 1999 г (6 случаев) и отсутствием в 2000 году. За 1998-2002 годы средняя первичная заболеваемость НС составила 2,4:100000 детей до 15 лет. Распространенность НС за последние 5 лет увеличилась в 2 раза: с 1998 г – 13,7-19,4-20,6-23,9-27,1:100000 (средняя - 20,9:100000). За последние 2 года рецидивы НС были у 25-27% детей, в то время как в предыдущие годы у 37-40%.

Проведен анализ всех случаев госпитализаций чистого и смешанного НС на профильные койки СОДКБ за 2002 год. Всего было 18 госпитализаций, из них 15 случаев с впервые выявленным НС или рецидивом, 3 – в ремиссии заболевания повторно. Средняя продолжительность пребывания на койке – 43,5 дня. Среди всех госпитализированных на нефрологические койки дети с НС составили 4,7%, но заняли 9,6% койко-дней. Соответственно средняя продолжительность пребывания на койке больных НС в 2,2 раза превышала этот показатель для всех нефрологических коек, что подчеркивает влияние НС на статистические показатели в нефрологии. Долечивание обострений НС осуществлялось преимущественно по месту жительства, что даже уменьшало продолжительность госпитализаций в СОДКБ.

Таким образом, проведенный анализ показал, что НС в Смоленской области – редкое заболевание, имеющее тенденцию к распространенности, вероятно, обусловленную уменьшением численности детского населения области и влиянием социально-экономических и экопатологических факторов. Относительное уменьшение детей с рецидивами НС свидетельствует об эффективности применения унифицированных лечебных протоколов. С учетом существенной длительности пребывания на койке, а значит, и стоимости пребывания в стационаре пациентов с НС, для оптимизации лечебно-диагностической тактики целесообразен постоянный региональный статистический учет НС.

УДК 616.51-003.4-053.2

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 1993-2002 ГОДЫ

*Л.В. Козлова, Т.В. Дружинина, И.В. Гончарова, Ю.В. Шалушкина, Н.Ю. Козиченкова
Смоленская государственная медицинская академия.*

Цель исследования – впервые изучить региональные особенности распространенности нефротического синдрома (НС) у детей в Смоленской области за последние 10 лет (с 1993 г по 2002 г).

Материал и методы. Пациенты, проживающие в г. Смоленске, не включались в исследование. По журналам регистрации пациентов Смоленской областной детской клинической больницы и данным амбулаторного приема областной детской поликлиники, выявлен 31 пациент в возрасте менее 15 лет с дебютом чистого и смешанного НС. В среднем ежегодно диагностировано 3 случая без тенденции к росту или снижению (табл. 1). Также наблюдались 6 детей с дебютом НС до 1993 года.

Таблица 1. Годы дебюта заболевания.

Год	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	в с е г о
Количество случаев	7	2	1	5	2	2	6	-	2	4	31
Смешанный и гормонорезистент- ный НС	1	1					1		1	1	5

Данные о распределении случаев НС по районам области: 4 чел. - Сафоновский; 3 чел. - Ярцевский, Вяземский, Гагаринский, Рославльский, Велижский; 2 чел. - Смоленский, Духовщинский, Сычевский; 1 чел. - Дорогобужский, Глинковский, Ершичский, Ельнинский, Темкинский, Новодугинский. Не было случаев НС в 10 районах области: Починковском, Хиславичском, Руднянском, Краснинском, Демидовском, Кардымовском, Монастырщинском, Шумячском, Холм-Жирковском, Угранском.

Интересны данные о наиболее неблагоприятных клинических вариантах НС – смешанном и гормонорезистентном. Выявлено 5 пациентов с увеличением частоты диагностики в последние годы (табл. 1), из них 3 чел. в Велижском, по 1 чел.- в Сафоновском и Ярцевском районах. Следует отметить, что 2 случая из Велижа – родные сестры с отягощенной наследственностью в I линии родства по аутоиммунной патологии.

К декабрю 2002 года не достигли 15-летнего возраста 28 пациентов с НС. Наибольшее количество детей с НС сохраняется в Сафоновском районе - 4, по 3 чел. в Ярцевском, Вяземском и Гагаринском. Согласно впервые полученным данным, нефротический синдром у детей Смоленской области преобладает в восточных районах области (прежде всего в Сафоновском), что требует дальнейшего изучения, в особенности с точки зрения экопатологии.

УДК 616.71-007.234-053.2

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Н.Ю.Крутикова, Л.В.Козлова

Смоленская государственная медицинская академия

Актуальность проблемы остеопении, представляющей собой снижение костной массы (по данным денситометрии Z –score менее-1), обусловлена не только широкой распространенностью, но и высокой инвалидизацией как взрослых, так и детей. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, остеопороз (одна из тяжелых форм остеопении) как причина инвалидности и смертности больных занимает четвертое место после сердечно-сосудистых заболеваний, онкопатологии и сахарного диабета.

Исследования, проведенные ведущими отечественными педиатрами (Воронцов И.М., 1999; Баранов А.А. с соавт., 2000; Щеплягина Л.А., 2000, 2002, 2003), показали, что снижение минеральной плотности костной ткани ниже допустимых величин имеют от 30 до 50% детей и подростков. На минеральную плотность кости оказывают влияние многие факторы и прежде всего генетические, биологические и внешнесредовые. Из внешнесредовых факторов особое значение имеет качество питания.

Известно, что истоки заболеваний взрослых лежат в детском возрасте и поэтому совершенно логично, что проблему остеопороза у взрослого населения связывают с недостаточной диагностикой и профилактикой его в детском возрасте, в том числе и в периоде новорожденности.

Остеопенический синдром у новорожденных становится достаточно частым явлением и сопровождается низким уровнем сывороточного кальция и повышением паратиреоидного гормона.

По нашим данным, более 50% новорожденных имеют низкие показатели кальция, а также такого биохимического маркера, как остеокальцин, что создает предпосылки к развитию остеопенического синдрома. При этом установлено, что у матерей новорожденных детей с проблемами в формировании костной системы в периоде беременности имелись нарушения фосфорно-кальциевого обмена. Кроме того, практически у всех обследуемых новорожденных отмечались неблагополучия перинатального периода. Здесь следует помнить, что гипокальциемия плода обычно развивается в связи со снижением общего плацентарного транспорта кальция. При этом активность его перехода зависит от содержания кальция в крови матери и плода, а также от скорости и объема плацентарного кровотока. Осложнения беременности, сопровождающиеся нарушением маточно-плацентарного кровообращения, могут способствовать недостаточной передаче кальция.

Полученные данные подтвердили необходимость профилактики остеопений в детском возрасте, начиная с периода новорожденности. При этом следует выделить первичную и вторичную профилактику.

К первичным мерам относятся:

- обеспечение организма женщин кальцием в период беременности и кормления грудью (в диете беременных должно быть оптимальное соотношение солей кальция и фосфора 2:1, а также достаточное количество других микроэлементов, витаминов, белка).
- контроль за адекватным потреблением кальция, фосфора и витамина Д, начиная с грудного возраста.
- активный образ жизни, регулярные физические упражнения с умеренной нагрузкой, начиная с детского возраста, массаж.

- максимальное снижение факторов риска (неполноценное питание, гиподинамия, недостаток инсоляции, авитаминоз витамина Д, генетические нарушения, заболевания органов пищеварения, почек, применение кортикостероидов.).

К вторичным мерам относятся применение препаратов кальция и витамина Д в профилактических дозах, которые назначаются педиатром. Эти препараты являются по сути «антирезорбентами» и максимально эффективны при коррекции остеопении, не достигающей значений, соответствующих остеопорозу. Действие антирезорбтивных средств обладает в большей степени профилактической направленностью, предотвращая значительную потерю костной массы за счет подавления костной резорбции.

Кальций содержится в молочных продуктах, сыре, шпинате, брокколи, кунжуте, сое, петрушке, капусте, апельсиновом и томатном соках. Витамин Д - в желтке куриного яйца, рыбьем жире.

Разработаны специальные нормы потребления витамина Д и кальция для разных возрастных групп: до 6 мес. - 400 мг кальция, до 1 года - 600 мг кальция, 1-5 лет - 800 мг, 6-10 лет - 800-1200 мг, 11-24 года - 1200-1500 мг, 25-50 лет - 1000 мг, беременные женщины и кормящие - 1200-1500 мг. Витамин Д в дозе 200-400 МЕ.

Противопоказаниями к назначению витамина Д с профилактической целью у новорождённых являются: гипоксия, внутричерепная родовая травма, ядерная желтуха и малые размеры родничка. Учитывается также и характер вскармливания: при использовании адаптированных смесей, содержащих витамин Д, препараты кальция назначают из расчета допустимых норм.

Таким образом, представленные данные показали, что наряду со специалистами многих взрослых медицинских специальностей, изучающих проблему остеопороза (ревматологи, гинекологи, травматологи, ортопеды, эндокринологи), целесообразно и педиатрам активно заниматься профилактикой остеопений у детей, начиная с неонатального периода.

УДК 617.3-053.2

ШКОЛА ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

И.М. Котован, Ю.В. Рябухин

Смоленская областная детская клиническая больница

Ортопедическая патология занимает одно из ведущих мест в структуре хронической заболеваемости детского возраста. Частота её, согласно статистическим данным, составляет до 10 % всей заболеваемости детей.

С целью повышения эффективности лечения заболеваний позвоночника и суставов, а также профилактики их возникновения в областной детской клинической больнице создана «школа» проблемно-целевого обучения для детей с ортопедической патологией. Основной задачей «школы» является образование родителей ребенка, а также самого пациента.

В процессе обучения (программа рассчитана на 5 занятий) идет ознакомление с сущностью патологии, факторами риска, методами профилактики и лечения, симптомами прогрессирования и регрессирования заболевания, рассматриваются вопросы анатомии и физиологии скелета, биомеханики суставов.

Дети обучаются здоровому образу жизни, методам лечебной гимнастики, самомассажу, им подбираются индивидуальные лечебные уклады. В конце курса обучения дети и родители обучаются методам самоконтроля. На каждого ребенка с ортопедической патологией составляется индивидуальный план реабилитации, который реализуется в процессе диспансерного наблюдения.

В амбулаторно-поликлинических условиях дети, прошедшие обучение в «школе», продолжают заниматься лечебной гимнастикой и «укладками», проводят самомассаж, соблюдают соответствующий режим дня, контролируют «посадку за столом», рабочую позу и др.

За 5 месяцев 2003 года в «школе» для детей с ортопедической патологией прошли обучение 54 ребенка: с нарушением осанки (14), сколиозом (I ст.-30, II ст.-3, III ст.-1), кифосколиозом (5), плоскостопием и плосковальгусными стопами (12).

У большинства детей с искривлением позвоночника при R-графическом исследовании отмечаются дистрофические изменения (обусловленные явлениями акселерации, а также недостаточным потреблением продуктов, содержащих кальций и витамин D) и явления остеопороза. С целью устранения данных изменений рекомендуется сбалансированное полноценное питание, а в периоды интенсивного роста ребенка - употребление поливитаминов с микроэлементами и достаточным содержанием кальция.

В дальнейшем планируется включать в состав слушателей «школы» детей с более выраженной и тяжелой патологией опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, «школу» проблемно-целевого обучения детей с ортопедической патологией можно отнести к одному из направлений профилактической медицины и рекомендовать её внедрение в практику реабилитации.

УДК 616.71-053.31

НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЯ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

Н.Ю. Крутикова, Л.А. Щеплягина, Л.В. Козлова

Смоленская государственная медицинская академия

В последние годы в мире наблюдается существенный прогресс в разработке биохимических методов диагностики метаболических нарушений костной ткани. Существуют биохимические показатели, уровень которых связан с костным метаболизмом, но которые не являются узкоспецифичными для костной ткани (ПТГ, Са, метаболиты витамина D, общая щелочная фосфатаза), а также специфические биохимические показатели костного метаболизма (остеокальцин, костная щелочная фосфатаза, гидроксипролин, кальцидол). Клиническая значимость биохимических маркеров (БМ):

- позволяют диагностировать быструю потерю костной массы и тем самым оценить риск переломов;
- могут быть полезны при проведении скрининговых исследований, в том числе популяционных;
- могут быть использованы для характеристики особенностей скелетного роста у детей;
- помогают прогнозировать течение болезней опорно-двигательного аппарата у детей;
- применяются для оценки специфической активности костеобразующих и костеразрушающих клеток при костной патологии;
- отражают итоговые изменения резорбции и костеобразования на каждом этапе возрастного развития;
- отражают взаимосвязь минеральной плотности кости (МПК) с процессами линейного роста кости у детей и подростков;
- являются важными параметрами для оценки эффективности лечения;
- информативны при оценке эффективности мероприятий по профилактике остеопороза;
- имеют значение для прогноза роста ребенка и оценки степени влияния факторов риска на МПК.

Среди основных маркеров костного метаболизма выделяют:

- маркеры костеобразования: сывороточный остеокальцин, сывороточная общая и костная щелочная фосфатаза, сывороточные С-концевые пропептиды проколлагена 1-ого типа, М-концевые пропептиды проколлагена 1-ого типа.
- маркеры резорбции: тартратрезистентная кислая фосфатаза, перекрестные соединения, пиридинолин и деоксипиридинолин, тесно связанные с ними С- и N-концевые телопептиды коллагена 1-ого типа (поперечные сшивки), кальций и гидроксипролин.

При изучении особенностей костного метаболизма новорожденных детей в нашей практике использовался наиболее информативный маркер костного формирования – сывороточный остеокальцин, который является распространенным неколлагеновым белком костного матрикса и специфичным для костной ткани и дентина. Нами установлено, что у 77 % обследованных новорожденных детей данный показатель был ниже нормы. Кроме того, у обследуемых детей зафиксировано снижение сывороточной концентрации кальцидола в крови. Вместе с тем известно, что дефицит витамина D, как правило, ассоциируется со снижением кальцидола (25-ОНD). Анализируя полученные результаты, можно предположить о протекающих изменениях в костной ткани новорожденного ребенка в сторону снижения костной массы.

Таким образом, использование современных биохимических маркеров костного ремоделирования позволяет оценить состояние метаболизма в костной ткани

новорожденных, установить скорость обменных процессов, происходящих в ней, и темпы потери костной массы, влекущие за собой развитие остеопении, и в конечном итоге прогнозировать развитие остеопороза в старших возрастных группах.

УДК 616.91-053.2

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНО-СИНТИЦИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Т.В. Медведева, А.Ф. Яснецова, С.С. Шевченко, А.И. Грекова, А.С. Егоров, Л.А. Готманова
Смоленская государственная медицинская академия*

Респираторно-синтициальная (РС) инфекция у детей является частой причиной развития ОРВИ в межэпидемический период.

Целью нашей работы явилось изучение клинических проявлений данной инфекции у детей на современном этапе. Нами проанализировано 36 историй болезни детей, госпитализированных в детское инфекционное отделение МЛПУ КБ №1 г. Смоленска за 1997-2003 г.г. Верификация возбудителя была проведена методом РТГА в парных сыворотках и подтвердилась нарастанием титра защитных антител в 4-25 раз.

В результате проведенного анализа установлено, что РС-инфекцией болели дети преимущественно первых 3-х лет жизни (до 1 года- 22,2%, 1-3 года- 38,8%). Пациенты в возрасте 3-7 лет составили 22,2%, старше 7 лет- 16,8%. Девочки и мальчики болели одинаково часто. Заболевание у всех детей начиналось подостро или постепенно, повышение температуры тела до 38° в течение 2-3 дней установлено у 32 больных (88,9%). РС- инфекция вызвала сочетанное поражение отделов респираторного тракта с развитием ринофарингобронхита и ринофаринголаринготрахеобронхита у 30 детей (83,3%). Однако у 6 пациентов (16,7%) имело место поражение только носоглотки. Катаральные явления у всех детей были выражены умеренно. Средняя продолжительность респираторного синдрома составила 8,3 дня. В 14 случаях (38,8%) заболевание сопровождалось развитием обструктивного синдрома. Обструкция на уровне мелких бронхов была выявлена у 10 детей (27,7%), на уровне гортани- у 4 пациентов (11,1%). У 3 больных заболевание осложнилось бронхопневмонией (8,3%). В гемограмме 18 детей (50,0%) наблюдалась лейкопения с лимфоцитозом, в 15 случаях (41,7%) количество лейкоцитов осталось в пределах возрастной нормы. Лейкоцитоз у трех пациентов (8,3%) в остром периоде РС- инфекции был связан с развитием бронхопневмонии.

Таким образом, анализ полученных данных позволяет сделать вывод, что РС-инфекция развивается у детей преимущественно младшего возраста. Заболевание характеризуется кратковременными и умеренными симптомами интоксикации, поражением слизистых респираторного тракта с преимущественным вовлечением в патологический процесс бронхов, развитием дополнительного обструктивного синдрома. Показатели гемограммы типичны для вирусной инфекции, а появление лейкоцитоза свидетельствует о развитии бактериальных осложнений.

УДК 616.28-008.1-053.4

АНАЛИЗ ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ СЛУХА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

И.В. Отвагин, Е.И. Каманин

Смоленская государственная медицинская академия

В процессе исследования эпидемиологических аспектов нарушения слуха у населения ЦФО было установлено, что на детей до 14 лет приходится 11,6% от числа всех больных тугоухостью и глухотой, причем 15,7% из них находились в возрастной группе до 3 лет.

Анализ этиологических факторов, инициировавших поражение органа слуха, показал, что самой частой причиной (23,8%) развития тугоухости и глухоты у детей младших возрастных групп являются хронические заболевания носоглотки в виде главным образом хронических ринитов и аденоидных вегетаций.

Практически у каждого шестого ребенка (16,1% от числа больных в группе) поражение органа слуха развилось при патологическом течении беременности.

Острый и хронический средний отит (9,8% от числа больных) является третьей по частоте причиной развития несостоятельности функции слуха.

Наследственная глухота была достоверно обнаружена у 7,8% больных.

Стойкие нарушения слуха после перенесенного гриппа и ОРВИ были выявлены в 6,8% случаев.

Недоношенность плода и эпидемический менингит явились причиной развития тугоухости 4,6% больных данной возрастной группы.

Хронические инфекционные болезни матери и применение ототоксических препаратов были идентифицированы как причины поражения органа слуха у ребенка в 3,7 и 3,9% случаев соответственно.

По два процента детей с дефектами слуха пришлось на каждую акушерскую патологию в виде асфиксии в родах, патологии самих родов и родовую травму ребенка.

Чуть больше одного процента от всех нарушений функции органа слуха пришлось на детские инфекции (1,1%).

В 11,8% случаев причина развития тугоухости и глухоты осталась неизвестной.

Таким образом, только у 33,6% детей младшего возраста, страдающих тугоухостью и глухотой, причины возникновения дефектов слуха связаны с конкретной оториноларингологической патологией (хронические заболевания носоглотки и отиты).

В 30,4% случаев поражения слухового аппарата у детей младшего возраста возникают при патологическом течении беременности и родов по неясным до конца причинам в рамках другой медицинской специальности.

В 12,5% случаев выявляемые в этой возрастной группе нарушения функции слуха являются, по сути дела, осложнениями инфекционных болезней, по поводу которых пациенты лечатся и наблюдаются у инфекционистов и педиатров. Отоларинголог в этой ситуации привлекается к лечению возникших осложнений, нередко, уже в далеко зашедшей стадии поражения органа слуха.

УДК 616.211/.232+616.28-053.2

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ОРГАНА СЛУХА У ДЕТЕЙ

И.В. Отвагин, Е.И. Каманин

Смоленская государственная медицинская академия

Согласно данным собственных исследований, проведенных на территории трех областей ЦФО, показатель распространенности хронических заболеваний верхних дыхательных путей и органа слуха (ХЗВДП и ОС) у детей и подростков составляет 33,1 и 46,4 случая на тысячу населения соответствующего возраста.

В то же время, согласно официальным статистическим данным, общая заболеваемость ЛОР-органов по всему региону за анализируемый период времени составила 34,2 случая на тысячу населения в год, а первичная заболеваемость – 23,9 случая.

При анализе цифровых данных, полученных в процессе проведения исследования, прежде всего, обращает на себя внимание относительно высокая частота встречаемости хронических заболеваний верхних дыхательных путей и органа слуха среди населения региона - 124,8 случая на тысячу населения.

Среди детей до 14 лет чаще всего встречается хронический тонзилит (12,6 промиллей). Далее следуют хронический ринит (8,7 промиллей), фарингит (3,7 промиллей), нейросенсорная тугоухость (2,0) и средние хронические отиты (1,8 промиллей).

У подростков наиболее частыми заболеваниями исследуемой группы являются хронические тонзилиты (18,5 промиллей), хронические риниты (8,0) и фарингиты (3,7). За ними следуют нейросенсорная тугоухость (2,9 промиллей), средние хронические отиты (3,8 промиллей) и хронические синуситы (1,8 промиллей).

Согласно данным исследования, в структуре ХЗВДП и ОС преобладают болезни верхних дыхательных путей: 26,5 (80,0%) - у детей и 35,4 (76,3%) - у подростков на тысячу населения соответствующего возраста.

Хронические заболевания уха отмечены в 3,8 (11,5%) случаев на тысячу населения у детей и в 6,7 (14,4%) случаев на тысячу подростков.

Характерно, что количество больных хроническим фарингитом с повышением возраста увеличивается от 3,7 случаев на тысячу жителей данного возраста (4,1%) у детей до 6,6 на тысячу (7,3%) у подростков.

Таким образом, среди детского и подросткового населения региона распространенность ХЗВДП и ОС сохраняется на достаточно высоком уровне, что требует как проведения активных профилактических мер с целью стимуляции неспецифической резистентности организма (закаливание и занятия спортом), так и применения более активной медицинской тактики при лечении острых заболеваний верхних дыхательных путей и органа слуха с целью недопущения их хронизации.

Количественные показатели в структуре исследуемой патологии у детей и подростков существенно и статистически достоверно отличаются от таковой у взрослого населения, что требует дальнейшего совершенствования организации оториноларингологической помощи детям и подросткам.

УДК 616-053.2-895.4

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ДЕЛИНКВЕНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ

Т.В. Уласень, Г.Я. Кошелева, Е.Н. Фаращук

Смоленская государственная медицинская академия

Общепризнанным фактом является наличие тесных связей между антисоциальным поведением и алкоголизацией. В.А. Гурьева и В.Я. Гиндикин (1980), изучавшие различные контингенты подростков с отклоняющимся поведением («трудные подростки», состоящие на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, воспитанники колоний, учащиеся специнтернатов), установили, что, чем тяжелее обследованный контингент, тем большее распространены в нем пьянство и алкоголизм. Подростковая алкоголизация рассматривается большинством исследователей в качестве одной из форм отклоняющегося поведения, которая обычно сочетается с другими его вариантами (отказ от учебы, нарушение общественного порядка, криминальность). Дурная компания и криминальность – проявление тех поведенческих расстройств, в «ряду которым равнозначной составляющей стоит и алкоголизация» (И.Н. Пятницкая, 1988).

Проведено клинико-психологическое исследование 77 подростков в возрасте 14-18 лет, находившихся на амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе (СПЭ) в связи с совершением противозаконных действий (хулиганство, грабежи, кражи, изнасилования). Среднее образование имели 7 человек, девятилетнее – 25, незаконченное девятилетнее – 43 человека. У всех обследованных подростков выявлены непатологические формы криминального поведения, которые не связаны с выраженными и стойкими психическими расстройствами или нарушениями психического развития. Преимущественно они были обусловлены социальными или интоксикационными факторами. У части из них были выявлены нетяжелые последствия раннего резидуально-органического поражения головного мозга, педагогическая и социальная запущенность. Большинство подростков воспитывалось в неблагоприятной обстановке (систематическая алкоголизация одного или обоих родителей с культивированием алкогольных традиций, безнадзорность, сиротство или жестокость со стороны близких).

Возраст первого знакомства с алкогольными напитками у обследованных приходился на 12,5 лет. Это происходило в компании сверстников, реже с родителями, и было вызвано желанием подростков испытать действие алкоголя на себе, удовлетворить свое любопытство. Родители в большинстве случаев не знали об истинных размерах и частоте алкоголизации своих детей. Алкогольная интоксикация сама по себе не удовлетворяла подростков – для достижения комфорта им была необходима соответствующая обстановка – присутствие друзей, музыка и т.д.

У большинства подростков склонность к употреблению алкогольных напитков появилась на фоне уже отмечавшихся у них девиаций поведения, чаще всего проявляющихся в лживости, драчливости, мелком воровстве. Для них была характерна реакция имитации, в связи с этим многие нарушения школьной дисциплины и систематическая неуспеваемость, которые нередко приводили к отказу от посещений школы, что в свою очередь вело к усилению безнадзорности и социально-педагогической запущенности.

Под влиянием отрицательных социальных и психологических факторов постепенно формировалось негативное отношение к нормам и правилам поведения, отрицание принятых в обществе ценностей, стремление завоевать авторитет среди членов группы, чтобы повысить уровень своего самоуважения.

Состояние алкогольного опьянения в большинстве случаев способствовало облегчению исполнения криминального действия вследствие снижения возможностей самоконтроля и критической оценки ситуации, снижая порог развития эмоциональных реакций. Осознание содеянного и чувство вины у части подростков было недостаточным, что при экспертном обследовании проявлялось в малокритичном, облегченном отношении к деликту, декларации собственной правоты, сохранении эгоцентрической обиды по потерпевшим и внешне обвиняющим реакциях .

Проведенное исследование свидетельствует о необходимости совместных усилий психиатров, психологов, педагогов, юристов в разработке действенных мероприятий по предупреждению криминального поведения подростков, одним из факторов которого является алкоголизация.

УДК 616.61-053.2

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Н.Б. Пашинская; Е.В. Антонова, Н.В. Бирюкова

Смоленская государственная медицинская академия

Аномалии развития органов мочевыводящего тракта по частоте уступают лишь порокам развития скелета. Среди прочих пороков они составляют около 17% и встречаются в популяции с частотой 0,4%. По мнению многих авторов, в аномально развитых почках чаще возникают различные заболевания и патологические процессы, по течению и характеру существенно отличающиеся от аналогичных процессов в нормально развитых почках. В связи с этим ранняя диагностика пороков развития почек имеет важное практическое значение.

Цель исследования: определение частоты и характера аномалий почек у детей Смоленской области.

Результаты исследований: нами проанализированы 267 карт детей в возрасте от 3-х до 14 лет с патологией почек, выбывших из отделения №3 ОДКБ. Девочек было 77, мальчиков 19. Наиболее часто аномалии почек встречались у детей из Рославля (9%), Сафонова (6%), Вязьмы (5%) и Ярцева (5%). При этом следует отметить, что данные регионы расцениваются в Смоленской области как экологически неблагоприятные, что вероятно, может оказывать влияние на частоту встречаемости этой патологии. Структура аномалий почек была представлена следующим образом: удвоение почек-32%, пиелоэктазии-19%, гипоплазии почек 13,5%, синдром Фрейли-9%, дистопии почек-9%, единственная почка-8,7%, кисты-5%, нефроптоз-3%, подкова-0,8%. Несколько чаще аномалии почек регистрировались у девочек (53,2%). Следует отметить, что в 20% случаев аномалии почек сочетались с другими аномалиями, в частности с МААС и аномалиями ЖВП. Более чем у 30% детей развитие пиелонефрита имело место на фоне анатомических аномалий почек.

Выводы: аномалии почек рассматриваются как предрасполагающий фактор для развития ИМВП и способствуют хронизации патологического процесса. В связи с чем необходимо раннее нефрологическое обследование детей, в родословной которых имеется патология почек наряду с другими отягощающими факторами, в частности проживание детей в экологически неблагоприятных районах.

УДК 616.366-089.87-053.2

ОСТРЫЕ АРТРИТЫ В ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

С.Н. Смазнов, Н.С. Васильев, А.Л. Савченков

Смоленская государственная медицинская академия

Целью наших исследований являлось определение значимости острого артрита хирургической этиологии среди инфекционно-воспалительной патологии суставов детей, находящихся на стационарном лечении в клинике детской хирургии СГМА с 1997 по 2002 гг. Для этого проведен ретроспективный анализ лечения 48 детей с направительным диагнозом острого артрита в возрасте от 1,5 до 13 лет. Мальчиков было 29, девочек – 19. Поражения тазобедренных суставов отмечалось у 21 больного, коленных – 16, голеностопных – 6, плечевых – 2, локтевого – 1, подвздошнокрестцового – 2.

Большинство больных (30) были госпитализированы с диагнозом острого гематогенного остеомиелита костей образующих тот или иной сустав. В процессе дифференциально – диагностической процедуры он был подтвержден только у 4 пациентов, у которых на фоне тяжелого гнойно-септического течения остеомиелитического процесса в проксимальных метаэпифизарных отделах бедренных и большеберцовых костей вторично вовлекались в воспалительный процесс тазобедренные и коленные суставы. В этих клинических наблюдениях локальная клиника артрита была выражена наиболее ярко. Присутствовали все симптомы этого поражения. Из них наиболее отчетливо выявлялось полное нарушение функции конечности со сгибательной болевой контрактурой в пораженных суставах. При диагностических пункциях из их полости получали гной. В остальных наблюдениях (26) клиника артрита была менее выраженной. Она в основном проявлялась хромотой, менее выраженной болевой контрактурой с сохранением ограниченных пассивных и активных движений в пораженных суставах, чего не отмечалось в выше рассматриваемой группе больных. Остальные симптомы артрита или отсутствовали или были сомнительны. Диагностические пункции суставов имели отрицательный результат. Это дало возможность исключить острый гематогенный остеомиелит, а имеющуюся патологию суставов рассматривать как инфекционно-аллергический артрит в 13, ревматоидный моноартрит 6, болезнь Рейтера 4, травма капсулярно-связочного аппарата 3 случаях

Среди 18 больных поступивших в клинику с диагнозами травматического артрита, синовита, ушиба и растяжения параартикулярных тканей - у двух под этими масками скрывался острый гематогенный остеомиелит. Раннее поступление их в клинику от начала заболевания, стертость основных клинических симптомов последнего потребовало выполнения диагностической остеопункции констатирующей повышение внутрикостного давления.

Таким образом, педиатр, решая вопрос о причине острого артрита, должен иметь остеомиелитическую настороженность и чаще привлекать к диагностике детского хирурга с дополнительными методами исследования.

УДК 616-003.747.2

ТРИХОБЕЗОАР У ДЕТЕЙ.

А.А. Тарасов, А.Л. Савченков, В.Н. Степанов

Смоленская государственная медицинская академия

Безоары – инородные тела, образовавшиеся в просвете желудочно-кишечного тракта. В зависимости от происхождения различают безоары из волос и шерсти – трихобезоары, из растительной клетчатки – фитобезоары, из смолы и жира – пиксо- и себобезоары.

Сведения о количестве наблюдений трихобезоара желудка у детей, опубликованные в литературе, очень разноречивы. Трихобезоар, или «волосяная опухоль», желудка относится к относительно редким заболеваниям детского возраста. Они образуются в результате проглатывания собственных волос детьми, страдающими навязчивым состоянием- трихотилломанией, и представляет собой конгломерат волос, склеенных слизью. Скорость формирования безоаров колеблется от нескольких дней до 15 лет.

В клинической картине преобладают диспептические явления и пальпация через брюшную стенку в области проекции желудка опухолевидного образования, болезненного и мало подвижного. Наша клиника располагает опытом лечения 3 девочек с трихобезоаром желудка в возрасте 7-12 лет. В качестве примера приводим наблюдение, представляющее, на наш взгляд, особый интерес.

Клиника заболевания больной Н., 12 лет, во многом определялась сопутствующей патологией (врожденный порок сердца- тетрада Фалло, НК II А стадии). Жалобы при поступлении на боль в эпигастральной области, интенсивного характера, усиливающейся после приема пищи, тошноту, слабость, потерю массы тела. Со слов родителей, больна около месяца, в последние 2 недели состояние ухудшилось. Оно расценено как тяжелое, ребенок вялый, психонеустойчив. Выражены признаки хронической гипоксии, отстает в физическом развитии, занимает вынужденное положение на правом боку. При осмотре - асимметрия живота, при пальпации в эпигастрии и левом подреберье определяется опухолевидное образование плотно - эластической консистенции умеренно болезненное, бугристое, малоподвижное, размером 15× 8 см. ОАК и ОАМ – без патологии. Анализ кала на скрытую кровь – резко положительный. При поступлении выставлен диагноз - опухоль брюшной полости. Врожденный порок сердца. На УЗИ брюшной полости - метеоризм, диффузное изменение печени. КТ- умеренная гепатомегалия, растянутый и увеличенный в размерах желудок. ФГДС– безоар, выполняющий практически весь объем желудка, частично смещаемый, попытка его удаления и фрагментации безуспешна. Выполнены лапаротомия, гастротомия, удалены трихобезоар, клубок переплетенных волос, слизи, пищевых частиц, имеющий форму желудка, размерами по малой кривизне 14 см, по большой -30 см, толщиной 7 см, массой 950 г.

Интерес данного сообщения состоит в напоминании клиницистам о возможности формирования трихобезоара в желудке в сочетании с другой соматической патологией

УДК 616.972+614

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

И.Е. Торшина

Смоленская государственная медицинская академия

Цель исследования: определение качества жизни больных сифилисом стационара областного КВД путем их анонимного анкетирования.

Материалы и методы: приоритетно разработана анкета, включающая обращение к респонденту с учетом пола, возраста, семейного положения опрашиваемых и основной блок вопросов (25).

Качество жизни оценивалось по ряду параметров: оценка социального, эмоционального состояния и сексуальной активности пациентов в связи с настоящим заболеванием и пребыванием в стационаре.

Было опрошено 39 человек, из них 14 мужчин и 25 женщин. Возрастной состав: 18-19-летние – 6 человек (15,34%), 20-29-летние – 21 (53,84%), 30-40-летние – 12 (30,77%). Средний возраст опрошенных мужчин – 24,2; женщин - 23,1 года. Состоят в браке на момент опроса 5 мужчин (35,71%) и 10 женщин (40,0%).

Быстрая утомляемость, разбитость, невозможность выполнения привычных физических нагрузок отмечается 14 респондентами (8 мужчин и 6 женщин). Снижение общей работоспособности отметило 17,9% опрошенных. Ухудшение общего самочувствия наблюдается у 14 респондентов. Испытывают страх по поводу своего здоровья и сомневаются в отношении полного излечения 11 мужчин (78,6%) и 14 женщин (56%).

Непонимание, отчуждение со стороны родственников, знакомых и близких людей почувствовали от 10,3 до 46,2% респондентов. В подавленном настроении пребывают в связи с заболеванием и необходимостью нахождения в стационаре 71,8% опрошенных. 7 респондентов (17,9%) указали на невозможность вернуться на прежнюю работу в результате перенесенного заболевания. Страх огласки своей болезни окружающим переживает 48,7% респондентов. На социальную изолированность указывает 25,6% опрошенных больных. Снижение сексуальной активности отмечают 8 мужчин (57,1%) и 12 женщин (80%).

Результаты работы указывают на значительное снижение качества жизни больных сифилисом, в большей степени социального, эмоционального статуса, а также их сексуальной активности. Это требует дальнейшего изучения данной проблемы для психологической и социальной реабилитации госпитализированных больных сифилисом.

УДК 616.248-053.2:612.017.1

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

Г.Н. Федоров, В.Н. Григорьева, Т.Г. Авдеева, Н.М. Никонорова, Т.В. Дударева, И.Ю. Караваев, В.М. Олейникова, О.М. Чаленкова

Смоленская государственная медицинская академия

В настоящее время ингаляционные глюкокортикоиды (ИГК) являются средствами базисной терапии бронхиальной астмы (БА) и их применение позволяет добиться улучшения клинического состояния больных, уменьшения потребности в β_2 -агонистах, повышения медицинских показателей качества жизни, улучшения и стабилизации параметров функции внешнего дыхания, а также ингибирования аллергической реакции замедленного типа (АРЗТ). Однако нет четких данных об основных иммунологических показателях под влиянием ИГК у детей.

Обследовали 48 детей с БА (из них 14 – с тяжелой формой на фоне базисной терапии ИГК длительностью от 6 мес. до 4 лет и 34 со среднетяжелой формой – до назначения базисной терапии). Уровень общего и специфического IgE изучали методом ИФА. Определение субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови проводили методом непрямой иммунофлюоресценции.

У детей с тяжелой БА установлено достоверное снижение содержания CD25 лимфоцитов (активированные В-клетки, $p < 0,05$) на фоне снижения содержания общего IgE (с $271,12 \pm 42,90$ при среднетяжелой до $180,02 \pm 39,99$ МЕ/мл при тяжелой БА, $p < 0,05$) и IgG ($p < 0,05$), что, возможно, отражает угнетающее влияние ГК на гуморальный иммунный ответ. Кроме того, отмечается уменьшение количества групп причинно-значимых аллергенов, а также степени сенсibilизации у детей с тяжелой БА. Снижение содержания CD8⁺ лимфоцитов ($p < 0,05$) проявляется снижением тнъенсиивности АРЗТ, в которой участвуют киллерно-цитотоксические клетки.

УДК 616.61- 002.3:618.2

**ПРОГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ КРИТЕРИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ
ДЛЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

М.П. Федянова, Е.В. Кушевская

Смоленская медицинская академия

Для выявления прогностически значимых диагностических критериев пиелонефрита для течения ранней постнатальной адаптации и развития детей в течение первого года жизни нами обследованы 110 беременных, перенесших во время настоящей гестации пиелонефрит, и их 80 новорождённых. Гестационный пиелонефрит выявлен у 58 (52,8%) пациенток, эпизоды обострения хронического воспалительного процесса в почках – у 52 (47,2%) женщин. У каждой третьей (31) беременной фоном для развития пиелонефрита служили другие заболевания мочевой системы (мочекаменная болезнь, anomalies развития мочевыделительной системы, нефроптоз). Контрольную группу составили 90 беременных и их новорожденные.

Всем пациенткам в стационаре проводились общеклинические исследования, ультразвуковое исследование почек и фетоплацентарной системы, КТГ. Оценка состояния новорождённого и его постнатальной адаптации проводилась по шкале Апгар на 1 и 5 минутах, учитывались антропометрические данные, наличие патологических синдромов и симптомов, а также оценивалось физическое, нервно-психическое развитие и заболеваемость детей.

Анализ полученных данных показал, что малые анатомические anomalies, такие как врождённая дисплазия тазобедренных суставов (9), варусная и вальгусная деформации стоп (8), врождённая кривошея (2) и в 1 наблюдении врождённый вывих тазобедренного сустава, отмечались при рождении у каждого четвертого ребенка (25,0%). В состоянии асфиксии родились 12 детей из основной группы, тогда как в контрольной группе все новорожденные имели оценку при рождении 8 баллов по шкале Апгар и более. Морфофункциональная незрелость, как одно из проявлений внутриутробного страдания плода, встречалась у 48 (60,0%) новорожденных, в то время как в контрольной группе данный признак диагностирован лишь у 4 детей. Наиболее неблагоприятным для течения постнатальной адаптации новорожденных явилось сочетание у матерей сонографических и лабораторных признаков пиелонефрита (56,2%), но даже при отсутствии или минимальных изменениях в анализах мочи и наличии ультразвуковых признаков воспалительного процесса в почках признаки морфофункциональной незрелости регистрировалось почти у каждого второго новорожденного (39,5%). Максимальная убыль массы тела (МУМТ) в раннем неонатальном периоде у 35 (43,7%) новорождённых превысила 5% от исходной, в том числе у 17 (21,2%) детей более 8%. Наибольшее значение показатель убыли массы тела отмечался при наличии сонографических и лабораторных изменений – в 21 (60,0%) наблюдении, несколько реже - ультразвуковых критериев пиелонефрита у 19 (54,3%). Наиболее часто регистрировались нарушения со стороны ЦНС (42), причем церебральная ишемия выявлялась у 34 новорожденных, матери которых имели сочетание ультразвуковых признаков пиелонефрита с лейкоцитурией. При выявлении только сонографических критериев нарушения функции ЦНС отмечались у 17 новорожденных.

При динамическом наблюдении за развитием детей от матерей, перенесших пиелонефрит, выявлено, что отставание в нервно-психическом развитии было отмечено у 11 детей, отклонения в физическом развитии были зарегистрированы в 38 наблюдениях. Следует отметить, что ультразвуковые критерии пиелонефрита

отмечались у 27 матерей, сочетание с изменениями в анализах мочи – в 17 наблюдениях.

Показатель заболеваемости детей основной группы значительно превышал таковой в контрольной (28 (22,4%) и 5 (4,0%) соответственно). У всех матерей имели место ультразвуковые признаки пиелонефрита, в 16 наблюдениях зарегистрированы изменения в анализах мочи.

Таким образом, наиболее неблагоприятным для нарушенного течения постнатальной адаптации является наличие неоднократных обострений воспалительного процесса во время беременности и сочетание лабораторных и ультразвуковых признаков пиелонефрита.

УДК 616-053.7 (470.332)

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

О.Л. Филимонова, Ю.В. Рябухин

Смоленская областная детская клиническая больница

Нами проведен анализ заболеваемости среди подростков Смоленской области за 5 лет (1997-2001 г.г.), в результате которого установлено, что рост заболеваемости у детей области в возрасте от 15 до 18 лет за изученный период времени превзошел 1,5 раза - с 113 126,0 до 170 053,1 по общей заболеваемости и с 68 947,6 по 103 038,7 на 100 000 подросткового населения - по первичной. Если в 1997 году показатели общей и первичной заболеваемости по Смоленской области были ниже, чем по России (по РФ общая заболеваемость составляла 124 811,1 на 100 000 подросткового населения, а первичная 75 603,0), то в 2001 году наша область по заболеваемости подростков превысила эти показатели в 1,5 раза. Особенно значительный рост отмечен заболеваемостью болезнями костно-мышечной системы – в 2,4 раза. Вызывает большую озабоченность первичная заболеваемость новообразованиями, которая увеличилась в 2,2 раза, а общая - в 1,9 раза. В два раза за 5 лет увеличилась заболеваемость подростков болезнями мочеполовой системы и болезнями системы кровообращения; особенно обращает на себя рост первичной заболеваемости патологией, характеризующейся повышенным кровяным давлением – в 2,9 раза. В 1,9 раза произошел рост заболеваемости болезнями кожи, причем если первичная заболеваемость атопическим дерматитом выросла в 2 раза, то первичная заболеваемость контактным дерматитом - в 3,5 раза. В 1,6 раза увеличилась первичная заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов, причем анемиями в 2,2 раза, в основном алиментарного характера, что говорит о неудовлетворительном питании подростков. Нарушения в организации школьного питания, по существу отказ от этой системы общественного питания, явился причиной роста заболеваемости болезнями пищеварительной системы, которая выросла в 1,4 раза. Особенно значительный рост произошел болезнями желчного пузыря: первичная заболеваемость в 6,9 раза, а общая в 4,4 раза. Кроме того, значительно, а именно в 1,4 раза, увеличилась заболеваемость болезнями органов дыхания. В этой группе заболеваний отмечается наибольший рост у бронхиальной астмы (БА), причем, если общая заболеваемость БА выросла в 1,8 раза, то первичная в 3,2 раза. Существенное влияние на уровень заболеваемости оказывает и образ жизни. Так, по данным статистики, до 30% подростков регулярно употребляют алкоголь, около 50 % курят; на учете в областном наркодиспансере состоит подростков по хроническому алкоголизму 0,14 на 1000 и 0,8 - по наркозависимости (2001 г.). Следует отметить также, что рост заболеваемости среди подростков совпал с общим ростом заболеваемости среди детского населения области. Однако, на наш взгляд, существенный негативный вклад в увеличение заболеваемости именно этой группы детей внесло разрушение подростковой медицинской службы в РФ.

Таким образом, динамика заболеваемости подростков Смоленской области показывает, что категория детей от 15 до 18 лет, которая в дальнейшем будет формировать структуру заболеваемости взрослого населения, имеет негативную тенденцию и требует наряду с другими ведомствами (народного образования, физкультуры и спорта, внутренних дел) активного медицинского наблюдения и контроля, налаживания эффективной профилактической деятельности, в первую очередь, амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

УДК 616.831.9-002-053.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ

А.Ф. Яснецова, И.С. Кельманович, М.А. Герасимова, А.И. Грекова, А.С. Егоров
Смоленская государственная медицинская академия

Среди нейроинфекций у детей в последние годы на нашей территории повышается частота гнойных менингитов, вызванных пневмококками.

Под наблюдением находилось 6 больных гнойным менингитом пневмококковой этиологии. Хотя группа не столь многочисленная, наши наблюдения показали, что эта патология у детей имеет ряд особенностей. Прежде всего только один ребёнок был первого года жизни (2,5 мес.), остальные – более старшего возраста. Трое детей были из группы ЧБД. Заболевание только у 2 пациентов развилось остро, у остальных – более постепенно и поэтому дети поздно поступали в стационар (3 – после 4-го дня заболевания). У всех детей заболевание начиналось с повышения температуры тела, но она не достигала гипертермических цифр, как при менингококковом менингите, а колебалась в пределах 37,5 – 38,8⁰ С. Но лихорадка была длительной (> 4 суток, даже на фоне антибактериальной терапии).

Гнойный менингит у 2 больных сочетался с пневмонией, у 1 – с отитом, у 2 - с тонзилитом и катаральными явлениями. У двоих детей отмечалась сыпь: у 1 – пятнисто – папулёзная с первого дня заболевания и держалась в течение трёх дней, а у 1 ребёнка сыпь носила геморрагический характер, напоминая менингококкемию (МКК). Но в отличие от МКК сыпь начиналась с лица, была небольших размеров (не > 5 мм), без некрозов, не сопровождалась инфекционнотоксическим шоком, прошла бесследно.

Менингеальный синдром у всех больных был выражен умеренно: ригидность затылочных мышц не более 3-4 см, симптом Кернига под тупым углом. Но часто отмечались повторные судороги (4 больных) клонико – тонического характера и у 2 детей – очаговая церебральная симптоматика в виде моно – и гемипареза.

В крови лейкоцитоз не достигал высоких цифр, как при менингококковой инфекции, колебался от 5,5 до 16,5·10⁹/л, но в формуле крови, как при менингококковом менингите, преобладал нейтрофилёз со сдвигом влево до миелоцитов. В спинномозговой жидкости выявить особенности по сравнению с менингококковой этиологией менингита не удалось: у всех больных ликвор был мутным, давление повышено, отмечалось повышение белка от 2 до 6 раз, значительно возрастал цитоз (до 13804·10⁶/л) с преобладанием нейтрофилов (> 65%).

Все дети получали этиотропную и патогенетическую терапию. Из антибактериальных препаратов у 4 детей эффективным оказался пенициллин 400 тыс ЕД/кг, у 2 – клафоран.

Итак, гнойные менингиты пневмококковой этиологии у детей протекали тяжело, что требует своевременной интенсивной терапии и длительной реабилитации на педиатрическом участке.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

НЕОНАТОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА ЭДВАРДСА У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Ибатулин А.Г., Туркова Л.И., Кузнецова Т.И., Каландия М.Р.

КАРДИОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ибатулин А.Г., Каландия М.Р., Филина М.Н.

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРИОД ЗА 2000-2002 гг.

Ибатулин А.Г., Федотова Н.Н.

КАВЕРНОЗНАЯ ГЕАНГИОМА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ).

Мишутина О.Л., Молоканов Н.Я., Доросевич А.Е.

ОСОБЕННОСТИ ГИДРАТАЦИИ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ

Тихонова Н. К., Фаращук Н. Ф.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНОВ А, Е, С В КРОВИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ

Тихонова Н. К., Козлова Л.В., Мельникова М.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ.

Хохлов В.Г., Козлова Л.В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУНОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ С МОРФОФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Яйленко А.А.

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ АСТМЫ В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ОПЫТ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ПО ДОСТИЖЕНИЮ КОНТРОЛЯ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Плутенко Е.В., Рябухин Ю.В., Пунин А.А.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Федоров Г.Н., Григорьева В.Н., Авдеева Т.Г., Петушкова Т.А., Ковгунова И.И., Караваев И.Ю., Никонорова Н.М., Дударева Т.В., Чаленкова О.М., Федянина Н.А., Олейникова В.М.

ЗАВИСИМОСТЬ АКТИВНОСТИ В-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ОТ СПЕКТРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Федоров Г.Н., Григорьева В.Н., Авдеева Т.Г., Петушкова Т.А., Ковгунова И.И., Караваев И.Ю., Никонорова Н.М., Дударева Т.В., Чаленкова О.М.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ШИГЕЛЛЁЗОВ У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Грекова А.И., Яснецова А.Ф., Борисова О.Е., Никуленкова К.Э., Титова С.А., Медведева Т.В., Шевченко С.С., Егоров А.С., Смолянкин Н.Н.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ
ИНФЕКЦИЙ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (обзор)

Егоричева С.Д., Авчинников А.В.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫХ
РЕГИОНОВ СТРАНЫ

Леонтьев В.К., Веремеенко Н.А.

ТЕНДЕНЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
ГОРОДА СМОЛЕНСКА

Угненко Н. М., Дехнич С. Н.

ФТИЗИАТРИЯ И ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

К ПРОБЛЕМЕ МАКРОЛИДРЕЗИСТЕНТНОСТИ *Tr. Pallidum* (обзор)

Вознесенский Д.Л., Цыганкова Е.П.

ОПЫТ ХИМИОТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ

Мякишева Т.В., Назарова Т.В., Соколова Н.А., Трун Е.В., Асмоловский А.В.

ЮВЕНИЛЬНАЯ ФОРМА ПИГМЕНТНО-СОСОЧКОВОЙ ДИСТРОФИИ КОЖИ

Цыганкова Е.П., Парамонова Н.А., Плешков П.В.

КАРДИОЛОГИЯ

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАЛУЖСКОЙ
ОБЛАСТИ: СИТУАЦИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Исаев В.А., Боровикова М.П., Темникова Е.И., Басанько О.Б.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ЭКТОПИЧЕСКИМ
ПРАВОПРЕДСЕРДНЫМ РИТМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО
ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ

Цурцилина Е.А., Рябухин Ю.В., Козлова Л.В., Бекезин В.В.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НООГЛЮТИЛА И НООПЕПТА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-
МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ ЖИВОТНЫХ

Ковалева Л.А., Новиков В.Е.

КЛИНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПУПОЧНОЙ
АРТЕРИИ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Тихонова Л.В., Обухов В.В., Аносова А.С.

ТРАНСУМБИЛИКАЛЬНЫЙ СПОСОБ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В
ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Тихонова Л.В., Гаевский С.В.

НЕВРОЛОГИЯ, ПСИХОЛОГИЯ И ЛОГОПЕДИЯ

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПЕДАГОГОВ И СЕМЬИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ РЕБЕНКА
Костикова В.В.

АКТУАЛЬНОСТЬ СОТРУДНИЧЕСТВА ЛОГОПЕДА И ВРАЧА
Терещенко Е. И.

АДАПТАЦИЯ СЕМЬИ К ПОЯВЛЕНИЮ В ДОМЕ НОВОРОЖДЕННОГО
Трифаненкова С.В.

КРИЗИС ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА «ОДНОГО ГОДА»
Трифаненкова С.В.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРЕСТРОЙКА БЕРЕМЕННОЙ
ЖЕНЩИНЫ
Трифаненкова С.В.

ДЕТСКОЕ СИРОТСТВО КАК ФАКТОР РИСКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ И
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Уласень Т.В., Пантюшкова Л.Ф.

ОБРАЗ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ И ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В НЕПОЛНЫХ
СЕМЬЯХ
Шестакова В.Н., Пунина М.А., Чижова Ж.Г., Авчинников А.В.

ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ КЛЕТОЧНОЙ ЭНЕРГЕТИКИ И ЛИПИДНОГО
ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ
Алимова И.Л., Санникова Г.В., Меренкова Т.В., Глушаченкова Т.В.

ПРОГРАММНОЕ ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО СНИЖЕНИЮ ВЕСА В
КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ ОЖИРЕНИЯ (обзор)
Бекезин В.В., Козлова Л.В., Пересецкая О.В., Глушаченкова Т.В.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПРАКТИЧЕСКИ
ЗДОРОВЫХ МАЛЬЧИКОВ В ВОЗРАСТЕ 10-16 ЛЕТ.
Ковгунова И.И., Федоров Г.Н., Григорьева В.Н., Федянина Н.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ЮНИКАПА М» У ДЕТЕЙ С ГИПОТА-ЛАМИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА И ЭКЗОГЕННО-
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Козлова Л.В., Бекезин В.В., Щеплягина Л.А., Цурицелина Е.А.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ
ДИСФУНКЦИЕЙ ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
*Федоров Г.Н., Семакова Е.В., Григорьева В.Н., Алексеева Т.Н.,
Федянина Н.А.*

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ И УРОЛОГИЯ

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИДРОЦЕЛЕ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ .
Гринёв А.В., Николаев С.И., Сердюцкий В.Е., Ефременков Д.С.

ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ
Гринёв А.В., Николаев С.И., Михайлов В.Л., Бовбалан А.В.

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Дружинина Т.В., Бекезин В.В., Бирюкова Н.В., Лачкова Е.И.

ЗНАЧИМОСТЬ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ СТАРТОВОЙ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ.

Николаев С.И., Бовбала А.В., Михайлов В.Л.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Орехов Г.И., Тихонова Л.В.

ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

А.Л.Савченков, А.А.Тарасов, А.Н.Подгорный, И.Г.Киселев

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПРИМЕНЕНИЕМ H₂ –БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ ГИСТАМИНА У БЕРЕМЕННЫХ

Аргунова И.А.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА ДЛЯ АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ.

Иванян А. Н., Литвинов А. В., Семичастнов А. Н., Кузюкина С. А.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САМОУДЕРЖИВАЮЩЕГОСЯ КАТЕТЕРА-СТЕНТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ.

Кушевская Е.А.

ПАРАЗИТОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ (лекция)

Бронштейн А.М., Малышев Н.А.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

ОТНОШЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ К ПЛАНИРУЕМОМУ ОБУЧЕНИЮ ПО ПРОГРАММЕ СНИЖЕНИЯ ВЕСА

Бекезин В.В., Козлова Л.В., Пересецкая О.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ТИМОМЕГАЛИЕЙ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Григорьева В.Н., Чаленкова О.М., Федоров Г.Н.

ОПТИМИЗАЦИЯ СТАРТОВОЙ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ

Гринев А.В., Бовбала А.В., Михайлов В.Л.

ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В Г. СМОЛЕНСКЕ

Дивакова Н.И., Еретнова Г.М.

ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Доросевич А.Е., Мишутина О.Л., Тарасенкова Г.Л.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ И ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.

Иванян А.Н., Грибко Т.В., Буцьк И.И.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

Иванян А.Н., Гринев А.В., Парменов Р.В., Киракосян Л.С.

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.

Козлова Л.В., Дружинина Т.В., Рябухин Ю.В., Бирюкова Н.В., Сухорукова О.В.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 1993-2002 ГОДЫ

Козлова Л.В., Дружинина Т.В., Гончарова И.В., Шалушкина Ю.В., Козиченкова Н.Ю.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Крутикова Н.Ю., Козлова Л.В.

ШКОЛА ПРОБЛЕМНО-ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Котован И.М., Рябухин Ю.В.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЯ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Крутикова Н.Ю., Щеплягина Л.А., Козлова Л.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНО-СИТИЦИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Медведева Т.В., Яснецова А.Ф., Шевченко С.С., Грекова А.И., Егоров А.С., Готманова Л.А.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ СЛУХА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Отвагин И.В., Каманин Е.И.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ОРГАНА СЛУХА У ДЕТЕЙ

Отвагин И.В., Каманин Е.И.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ДЕЛИНКВЕНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ

Уласень Т.В., Кошелева Г.Я., Фаращук Е.Н.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Пашинская Н.Б., Антонова Е.В., Бирюкова Н.В.

ОСТРЫЕ АРТРИТЫ В ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Смазнов С.Н., Васильев Н.С., Савченков А.Л.

ТРИХОБЕЗОАР У ДЕТЕЙ

Тарасов А.А., Савченков А.Л., Степанов В.Н.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

Торшина И.Е.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

Федоров Г.Н., Григорьева В.Н., Авдеева Т.Г., Никонорова Н.М., Дударева Т.В., Караваев И.Ю., Олейникова В.М., Чаленкова О.М.

ПРОГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ КРИТЕРИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕ-РЕМЕННЫХ ДЛЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Федянова М.П., Кушевская Е.В.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Филимонова О.Л., Рябухин Ю.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ

Яснецова А.Ф., Кельманович И.С., Герасимова М.А., Грекова А.И., Егоров А.С.