

Научно-практический медицинский журнал



*Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
Кемеровский Областной перинатальный центр*

Адрес редакции:
г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел.: 73-44-55

Главный редактор:
А.А. Коваленко

Научный редактор:
Н.С. Черных

Макетирование,
компьютерный дизайн
и верстка:
С.А. Барков
Г.А. Колесников
И.А. Коваленко

Художник:
Т.С. Сутулина

Отпечатано:
ГИПП "Кузбасс",
пр. Октябрьский, 28
г. Кемерово

Тираж: 900 экз.

Редакционный совет:

Райхель Виктор Викторович
председатель

Атаманов Юрий Александрович
зам. председателя
Сутулина Ирина Михайловна
зам. председателя

Артамонова Галина Владимировна
Давыдов Борис Иванович
Казакова Любовь Михайловна
Копылова Инна Федоровна
Коськина Елена Владимировна
Манеров Фарук Каримович
Михайлуц Анатолий Павлович
Первощикова Нина Константиновна
Ровда Юрий Иванович
Сперанская Ольга Алексеевна
Ушакова Галина Александровна
Шин Александр Петрович
Шраер Ольга Теодоровна

ОГЛАВЛЕНИЕ:

ОФИЦИАЛЬНОЕ

КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ РЕБЕНКА.....	3
ОСНОВНЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 1999 ГОД.....	14
О.А. Сперанская	
КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР: ИТОГИ РАБОТЫ.....	17
В.В. Райхель, И.М. Сутулина	

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	19
И.М. Сутулина, Н.М.Осипов, Н.Б. Колесникова, Л.Н. Игишева, Е.Г. Цой, О.Н. Сергеева	

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ.....	27
Е.Г. Цой, Л.Н. Игишева	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ В РАЗЛИЧНЫХ КОГОРТАХ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КЕМЕРОВА.....	31
С.Ф. Зинчук, Е.В. Парменова, В.Г. Зинчук, И.И. Никитина, О.В. Гришаева, И.А. Воронцова, Г.А. Гореликова, И.В. Булгина	
ФАКТОРЫ РИСКА, НАБЛЮДАЕМЫЕ В КАТАМНЕЗЕ, И ИХ ЗНАЧИМОСТЬ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ.....	33
Ю.И. Ровда	
ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТЕЙ В КУЗБАССЕ.....	36
И.Ф. Копылова, Э.Д. Нарышева, А.И. Воеводина	

ОБМЕН ОПЫТОМ

ОПЫТ РАБОТЫ “ШКОЛЫ БУДУЩИХ РОДИТЕЛЕЙ И ПОДГОТОВКИ К РОДАМ” КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА.....	39
Е.Г. Костромина, И.М. Сутулина, Н.К. Жилинская	

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

АГАММАГЛОБУЛИНЕМИЯ У МАЛЬЧИКА - ЖИТЕЛЯ КЕМЕРОВО.....	40
Н.Г. Кульчицкая, А.А. Черных	

ЛЕКЦИИ И ОБЗОРЫ

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.....	42
О.Т. Шраер	
ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ.....	46
Л.М. Казакова	
ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ - ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА - ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ.....	49
Г.А. Ушакова	

НОВОЕ В ПИТАНИИ

НОВЫЕ СПЕЦИАЛЬНЫЕ МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ ДЛЯ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ.....	55
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ.....	56

КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ РЕБЕНКА

Создание гражданского общества основывается на утверждении таких прав и свобод, которые обеспечиваются государством на благо каждого гражданина и общества в целом. Права и свободы, обеспечивающие каждому человеку условия для полноценной и счастливой жизни, это высшая ценность, которую общество создает и преумножает для себя самого. Эти высшие общественные ценности провозглашены в Конституции и всенародно одобрены на референдуме. Руководство страны обязано гарантировать гражданам эти права и свободы.

Конституции разных государств провозглашают разные национальные общественные ценности. Однако, многие государства объединяются и провозглашают такие права и свободы, которые являются межнациональными и международными ценностями. Мы создаем демократическое государство. Поэтому мы объединяемся и вступаем в различные международные политические организации на принципах демократических свобод. Вливаясь в европейское и мировое сообщество, мы принимаем на себя обязанности соблюдать межгосударственные права и свободы человека. Но для того чтобы их соблюдать и грамотно пользоваться ими, эти права и свободы нужно хорошо знать.

Дети демократического мирового сообщества тоже имеют свои возрастные права и свои возрастные свободы. Эти права и свободы детей зафиксированы в различных международных документах, основным из которых является "Конвенция о правах ребенка". Наш журнал предназначен для тех, кто посвятил себя служению детям. Для вас, уважаемые читатели, мы публикуем текст этого документа. Надеемся, что "Конвенция о правах ребенка" станет вашим руководящим документом, вдохновит вас и поможет вам в профессиональной деятельности.

Редакционная коллегия

ПРЕАМБУЛА

Государства-участники настоящей Конвенции считая, что в соответствии с принципами, провозглашенными в Уставе Организации Объединенных Наций, признание присущего достоинства, равных и неотъемлемых прав всех членов общества является основой обеспечения свободы, справедливости и мира на земле, принимая во внимание, что народы Объединенных Наций подтвердили в Уставе свою веру в основные права человека, в достоинство и ценность человеческой личности и преисполнены решимости содействовать социальному прогрессу и улучшению условий жизни при большей свободе, признавая, что Организация Объединенных Наций во Всеобщей декларации прав человека и в Международных пактах о правах человека провозгласила

и согласилась с тем, что каждый человек должен обладать всеми указанными в них правами и свободами без какого бы то ни было различия по таким признакам, как раса, цвет кожи, пол, язык, религия, политические или иные убеждения, национальное или социальное происхождение, имущественное положение, рождение или иные обстоятельства, напоминая, что Организация Объединенных Наций во Всеобщей декларации прав человека провозгласила, что дети имеют право на особую заботу и помощь, убежденные в том, что семья как основной ячейке общества и естественной среде для роста и благополучия всех ее членов и особенно детей должны быть предоставлены необходимые защита и содействие, с тем чтобы она могла полностью возложить на себя обязанности в рамках общества, признавая, что ребенку для полного и гармоничного развития его лично-

сти необходимо расти в семейном окружении, в атмосфере счастья, любви и понимания, считая, что ребенок должен быть полностью подготовлен к самостоятельной жизни в обществе и воспитан в духе идеалов, провозглашенных в Уставе Организации Объединенных Наций, и особенно в духе мира, достоинства, терпимости, свободы, равенства и солидарности, принимая во внимание, что необходимость в такой особой защите ребенка была предусмотрена в Женевской декларации прав ребенка 1924 года и Декларации прав ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей 20 ноября 1959 года, и признана во Всеобщей декларации прав человека, в Международном пакте о гражданских и политических правах (в частности, в статьях 23 и 24), в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (в частности, в статье 10), а также в уставах и соответствующих документах специализированных учреждений и международных организаций, занимающихся вопросами благополучия детей, принимая во внимание, что, как указано в Декларации прав ребенка, “ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения”, ссылаясь на положения Декларации о социальных и правовых принципах, касающихся защиты и благополучия детей, особенно при передаче детей на воспитание и их усыновлении на национальном и международном уровнях, Минимальных стандартных правил Организации Объединенных Наций, касающихся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних (“Пекинские правила”) и Декларации о защите женщин и детей в чрезвычайных обстоятельствах и в период вооруженных конфликтов, признавая, что во всех странах мира есть дети, живущие в исключительно трудных условиях, и что такие дети нуждаются в особом внимании, учитывая должным образом важность традиций и культурных ценностей каждого народа для защиты и гармоничного развития ребенка, признавая важность международного сотрудничества для улучшения условий жизни детей в каждой стране, в частности в развивающихся странах, согласились о нижеследующем:

Часть I

Статья 1

Для целей настоящей Конвенции ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия ранее.

Статья 2

1. Государства-участники уважают и обеспечивают все права, предусмотренные настоящей Конвенцией, за каждым ребенком, находящимся в пределах

их юрисдикции, без какой-либо дискриминации, независимо от расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального, этнического или социального происхождения, имущественного положения, состояния здоровья и рождения ребенка, его родителей или законных опекунов или каких-либо иных обстоятельств.

2. Государства-участники принимают все необходимые меры для обеспечения защиты ребенка от всех форм дискриминации или наказания на основе статуса, деятельности, выражаемых взглядов или убеждений ребенка, родителей ребенка, законных опекунов или иных членов семьи.

Статья 3

1. Во всех действиях в отношении детей независимо от того, предпринимаются они государственными или частными учреждениями, занимающимися вопросами социального обеспечения, судами, административными или законодательными органами, первоочередное внимание уделяется наилучшему обеспечению интересов ребенка.

2. Государства-участники обязуются обеспечить ребенку такую защиту и заботу, которые необходимы для его благополучия, принимая во внимание права и обязанности его родителей, опекунов или других лиц, несущих за него ответственность по закону, и с этой целью принимают все соответствующие законодательные и административные меры.

3. Государства-участники обеспечивают, чтобы учреждения, службы и органы, ответственные за заботу о детях или их защиту, отвечали нормам, установленным компетентными органами, в частности в области безопасности и здравоохранения и с точки зрения численности и пригодности их персонала, а также компетентного надзора.

Статья 4

Государства-участники принимают все необходимые законодательные, административные и другие меры для осуществления прав, признанных в настоящей Конвенции. В отношении экономических, социальных и культурных прав государства-участники принимают такие меры в максимальных рамках имеющихся у них ресурсов и, в случае необходимости, в рамках международного сотрудничества.

Статья 5

Государства-участники уважают ответственность, права и обязанности родителей и, в соответствующих случаях, членов расширенной семьи или общины, как это предусмотрено местным обычаем, опекунов или других лиц, несущих по закону ответственность за ребенка, должным образом управлять и руководить ребенком в осуществление им признанных настоящей Конвенцией прав и делать это в соответствии с развивающимися способностями ребенка.

Статья 6

1. Государства - участники признают, что каждый ребенок имеет неотъемлемое право на жизнь.

2. Государства - участники обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка.

Статья 7

1. Ребенок регистрируется сразу же после рождения и с момента рождения имеет право на имя и на приобретение гражданства, а также, насколько это возможно, право знать своих родителей и право на их заботу.

2. Государства - участники обеспечивают осуществление этих прав в соответствии с их национальным законодательством и выполнение их обязательств согласно соответствующим международным документам в этой области, в частности в случае, если бы иначе ребенок не имел гражданства.

Статья 8

1. Государства - участники обязуются уважать право ребенка на сохранение своей индивидуальности, включая гражданство, имя и семейные связи, как предусматривается законом, не допуская противозаконного вмешательства.

2. Если ребенок незаконно лишается части или всех элементов своей индивидуальности, государства - участники обеспечивают ему необходимую помощь и защиту для скорейшего восстановления его индивидуальности.

Статья 9

1. Государства - участники обеспечивают, чтобы ребенок не разлучался со своими родителями вопреки их желанию, за исключением случаев, когда компетентные органы, согласно судебному решению, определяют в соответствии с применимым законом и процедурами, что такое разлучение необходимо в наилучших интересах ребенка. Такое определение может оказаться необходимым в том или ином конкретном случае, например, когда родители жестоко обращаются с ребенком или не заботятся о нем или когда родители проживают раздельно и необходимо принять решение относительно места проживания ребенка.

2. В ходе любого разбирательства в соответствии с пунктом 1 настоящей статьи всем заинтересованным сторонам предоставляется возможность участвовать в разбирательстве и излагать свои точки зрения.

3. Государства - участники уважают право ребенка, который разлучается с одним или обоими родителями, поддерживать на регулярной основе личные отношения и прямые контакты с обоими родителями, за исключением случая, когда это противоречит наилучшим интересам ребенка.

4. В тех случаях, когда такое разлучение вытекает из какого-либо решения, принятого государством -

участником, например, при аресте, тюремном заключении, высылке, депортации или смерти (включая смерть, наступившую по любой причине во время нахождения данного лица в ведении государства) одного или обоих родителей или ребенка, такое государство - участник предоставляет родителям, ребенку или, если это необходимо, другому члену семьи по их просьбе необходимую информацию в отношении местонахождения отсутствующего члена (членов) семьи, если предоставление этой информации не наносит ущерба благосостоянию ребенка. Государства - участники в дальнейшем обеспечивают, чтобы представление такой просьбы само по себе не приводило к неблагоприятным последствиям для соответствующего лица (лиц).

Статья 10

1. В соответствии с обязательством государств - участников по пункту 1 статьи 9 заявления ребенка или его родителей на въезд в государство - участник или выезд из него с целью воссоединения семьи должны рассматриваться государствами - участниками позитивным, гуманным и оперативным образом. Государства - участники далее обеспечивают, чтобы представление такой просьбы не приводило к неблагоприятным последствиям для заявителей и членов из семьи.

2. Ребенок, родители которого проживают в различных государствах, имеет право поддерживать на регулярной основе, за исключением особых обстоятельств, личные отношения и прямые контакты с обоими родителями. С этой целью и в соответствии с обязательством государств - участников по пункту 2 статьи 9 государства - участники уважают право ребенка и его родителей покидать любую страну, включая свою собственную, и возвращаться в свою страну. В отношении права покидать любую страну действуют только такие ограничения, какие установлены законом и необходимы для охраны государственной безопасности, общественного порядка (*ordre public*), здоровья или нравственности населения или прав и свобод других лиц и совместимы с признанными в настоящей Конвенции другими правами.

Статья 11

1. Государства - участники принимают меры для борьбы с незаконным перемещением и невозвращением детей из-за границы.

2. С этой целью государства - участники содействуют заключению двусторонних или многосторонних соглашений или присоединению к действующим соглашениям.

Статья 12

1. Государства - участники обеспечивают ребенку, способному сформулировать свои собственные взгляды, право свободно выражать эти взгляды по всем вопросам, затрагивающим ребенка, причем взглядам ребенка уделяется должное внимание в соответствии с возрастом и зрелостью ребенка.

2. С этой целью ребенку, в частности, представляется возможность быть заслушанным в ходе любого судебного или административного разбирательства, затрагивающего ребенка, либо непосредственно, либо через представителя или соответствующий орган в порядке, предусмотренном процессуальными нормами национального законодательства.

Статья 13

1. Ребенок имеет право свободно выражать свое мнение; это право включает свободу искать, получать и передавать информацию и идеи любого рода независимо от границ, в устной, письменной или печатной форме, в форме произведений искусства или с помощью других средств по выбору ребенка.

2. Осуществление этого права может подвергаться некоторым ограничениям, однако этими ограничениями могут быть только те ограничения, которые предусмотрены законом и которые необходимы:

- а) для уважения прав и репутации других лиц; или
- б) для охраны государственной безопасности, или общественного порядка (*ordre public*), или здоровья, или нравственности населения.

Статья 14

1. Государства-участники уважают право ребенка на свободу мысли, совести и религии.

2. Государства-участники уважают права и обязанности родителей и в соответствующих случаях законных опекунов руководить ребенком в осуществлении его права методом, согласующимся с развивающимися способностями ребенка.

3. Свобода исповедовать свою религию или веру может подвергаться только таким ограничениям, которые установлены законом и необходимы для охраны государственной безопасности, общественного порядка, нравственности и здоровья населения или защиты основных прав и свобод других лиц.

Статья 15

1. Государства-участники признают право ребенка на свободу ассоциации и свободу мирных собраний.

2. В отношении осуществления данного права не могут применяться какие-либо ограничения, кроме тех, которые применяются в соответствии с законом и которые необходимы в демократическом обществе в интересах государственной безопасности или общественной безопасности, общественного порядка (*ordre public*), охраны здоровья или нравственности населения или защиты прав и свобод других лиц.

Статья 16

1. Ни один ребенок не может быть объектом произвольного или незаконного вмешательства в осуществление его права на личную жизнь, семейную жизнь, неприкосновенность жилища или тайну корреспонденции или незаконного посягательства на его честь и репутацию.

2. Ребенок имеет право на защиту закона от такого вмешательства или посягательства.

Статья 17

Государства-участники признают важную роль средств массовой информации и обеспечивают, чтобы ребенок имел доступ к информации и материалам из различных национальных и международных источников, особенно к такой информации и материалам, которые направлены на содействие социальному, духовному и моральному благополучию, а также здоровому физическому и психическому развитию ребенка. С этой целью государства - участники:

а) поощряют средства массовой информации к распространению информации и материалов, полезных для ребенка в социальном и культурном отношениях и в духе статьи 29;

б) поощряют международное сотрудничество в области подготовки, обмена и распространения такой информации и материалов из различных культурных, национальных и международных источников;

в) поощряют выпуск и распространение детской литературы;

г) поощряют средства массовой информации к уделению особого внимания языковым потребностям ребенка, принадлежащего к какой-либо группе меньшинств или коренному населению;

д) поощряют разработку надлежащих принципов защиты ребенка от информации и материалов, наносящих вред его благополучию, учитывая положения статей 13 и 18.

Статья 18

1. Государства-участники предпринимают все возможные усилия к тому, чтобы обеспечить признание принципа общей и одинаковой ответственности обоих родителей за воспитание и развитие ребенка. Родители или в соответствующих случаях законные опекуны несут основную ответственность за воспитание и развитие ребенка. Наилучшие интересы ребенка являются предметом их основной заботы.

2. В целях гарантии и содействия осуществлению прав, изложенных в настоящей Конвенции, государства-участники оказывают родителям и законным опекунам надлежащую помощь в выполнении ими своих обязанностей по воспитанию детей и обеспечивают развитие сети детских учреждений.

3. Государства-участники принимают все необходимые меры для обеспечения того, чтобы дети, родители которых работают, имели право пользоваться предназначенными для них службами и учреждениями по уходу за детьми.

Статья 19

1. Государства-участники принимают все необходимые законодательные, административные, социальные и просветительные меры с целью защиты ребенка от всех форм физического или психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или небрежного обращения, грубо-

го обращения или эксплуатации, включая сексуальное злоупотребление, со стороны родителей, законных опекунов или любого другого лица, заботящегося о ребенке.

2. Такие меры защиты, в случае необходимости, включают эффективные процедуры для разработки социальных программ с целью предоставления необходимой поддержки ребенку и лицам, которые о нем заботятся, а также для осуществления других форм предупреждения и выявления, сообщения, передачи на рассмотрение, расследования, лечения и последующих мер в связи со случаями жестокого обращения с ребенком, указанными выше, а также, в случае необходимости, для возбуждения судебной процедуры.

Статья 20

1. Ребенок, который временно или постоянно лишен своего семейного окружения или который в его собственных наилучших интересах не может оставаться в таком окружении, имеет право на особую защиту и помощь, предоставляемые государством.

2. Государства-участники в соответствии со своими национальными законами обеспечивают замену ухода за таким ребенком.

3. Такой уход может включать, в частности, передачу на воспитание, “кафала” по исламскому праву, усыновление или, в случае необходимости, помещение в соответствующие учреждения по уходу за детьми. При рассмотрении вариантов замены необходимо должным образом учитывать желательность преемственности воспитания ребенка и его этническое происхождение, религиозную и культурную принадлежность и родной язык.

Статья 21

Государства-участники, которые признали и/или разрешают существование системы усыновления, обеспечивают, чтобы наилучшие интересы ребенка учитывались в первостепенном порядке, и они:

а) обеспечивают, чтобы усыновление ребенка разрешалось только компетентными властями, которые определяют в соответствии с применимыми законом и процедурами и на основе всей относящейся к делу и достоверной информации, что усыновление допустимо ввиду статуса ребенка относительно родителей, родственников и законных опекунов и что, если требуется, заинтересованные лица дали свое осознанное согласие на усыновление на основе такой консультации, которая может быть необходимой;

б) признают, что усыновление в другой стране может рассматриваться в качестве альтернативного способа ухода за ребенком, если ребенок не может быть передан на воспитание или помещен в семью, которая могла бы обеспечить его воспитание или усыновление, и если обеспечение какого-либо подходящего ухода в стране происхождения ребенка является невозможным;

в) обеспечивают, чтобы в случае усыновления ре-

бенка в другой стране применялись такие же гарантии и нормы, которые применяются в отношении усыновления внутри страны;

г) принимают все необходимые меры с целью обеспечения того, чтобы в случае усыновления в другой стране устройство ребенка не приводило к получению неоправданных финансовых выгод связанным с этим лицам;

д) содействуют в необходимых случаях достижению целей настоящей статьи путем заключения двусторонних и многосторонних договоренностей или соглашений и стремятся на этой основе обеспечить, чтобы устройство ребенка в другой стране осуществлялось компетентными властями или органами.

Статья 22

1. Государства-участники принимают необходимые меры, с тем чтобы обеспечить ребенку, желающему получить статус беженца или считающемуся беженцем в соответствии с применимым международным или внутренним правом и процедурами, как сопровождаемому, так и не сопровождаемому его родителями или любым другим лицом, надлежащую защиту и гуманитарную помощь в пользовании применимыми правами, изложенными в настоящей Конвенции и других международных документах по правам человека или гуманитарных документов, участниками которых являются указанные государства.

2. С этой целью государства-участники оказывают в случае, когда они считают это необходимым, содействие любым усилиям Организации Объединенных Наций и других компетентных межправительственных организаций или неправительственных организаций, сотрудничающих с Организацией Объединенных Наций, по защите такого ребенка и оказанию ему помощи и поиску родителей или других членов семьи любого ребенка - беженца, с тем чтобы получить информацию, необходимую для его воссоединения со своей семьей. В тех случаях, когда родители или другие члены семьи не могут быть найдены, этому ребенку предоставляется такая же защита, как и любому другому ребенку, по какой-либо причине постоянно или временно лишенному своего семейного окружения, как это предусмотрено в настоящей Конвенции.

Статья 23

1. Государства-участники признают, что неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок должен вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества.

2. Государства-участники признают право неполноценного ребенка на особую заботу и поощряют и обеспечивают предоставление при условии наличия ресурсов имеющему на это право ребенку и ответственным за заботу о нем помощи, о которой подана просьба и которая соответствует состоянию ребенка и положению его родителей или других лиц,

обеспечивающих заботу о ребенке.

3. В признание особых нужд неполноценного ребенка помощь в соответствии с пунктом 2 настоящей статьи предоставляется, по возможности, бесплатно с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке, и имеет целью обеспечение неполноценному ребенку эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха таким образом, который приводит к наиболее полному, по возможности, вовлечению ребенка в социальную жизнь и достижению развития его личности, включая культурное и духовное развитие ребенка.

4. Государства-участники способствуют в духе международного сотрудничества обмену соответствующей информацией в области профилактического здравоохранения и медицинского, психологического и функционального лечения неполноценных детей, включая распространение информации о методах реабилитации, общеобразовательной и профессиональной подготовки, а также доступ к этой информации, с тем чтобы позволить государствам - участникам улучшить свои возможности и знания и расширить свой опыт в этой области. В этой связи особое внимание должно уделяться потребностям развивающихся стран.

Статья 24

1. Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

2. Государства-участники добиваются полного осуществления данного права и, в частности, принимают необходимые меры для:

а) снижения уровней смертности младенцев и детской смертности;

б) обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей с уделением первоочередного внимания развитию первичной медико-санитарной помощи;

в) борьбы с болезнями и недоеданием, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи, путем, среди прочего, применения легкодоступной технологии и предоставления достаточно питательного продовольствия и чистой питьевой воды, принимая во внимание опасность и риск загрязнения окружающей среды;

г) предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды;

д) обеспечения осведомленности всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и

питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждения несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний;

е) развития просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи.

3. Государства-участники принимают любые эффективные и необходимые меры с целью упразднения традиционной практики, отрицательно влияющей на здоровье детей.

4. Государства-участники обязуются поощрять международное сотрудничество и развивать его с целью постепенного достижения полного осуществления права, признаваемого в настоящей статье. В этой связи особое внимание должно уделяться потребностям развивающихся стран.

Статья 25

Государства-участники признают право ребенка, помещенного компетентными органами на попечение с целью ухода за ним, его защиты или физического, либо психического лечения, на периодическую оценку лечения, предоставляемого ребенку, и всех других условий, связанных с таким попечением о ребенке.

Статья 26

1. Государства-участники признают за каждым ребенком право пользоваться благами социального обеспечения, включая социальное страхование, и принимают необходимые меры для достижения полного осуществления этого права в соответствии с их национальным законодательством.

2. Эти блага по мере необходимости предоставляются с учетом имеющихся ресурсов и возможностей ребенка и лиц, несущих ответственность за содержание ребенка, а также любых соображений, связанных с получением благ ребенком от его имени.

Статья 27

1. Государства-участники признают право каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития ребенка.

2. Родитель(и) или другие лица, воспитывающие ребенка, несут основную ответственность за обеспечение в пределах своих способностей и финансовых возможностей условий жизни, необходимых для развития ребенка.

3. Государства-участники в соответствии с национальными условиями и в пределах своих возможностей принимают необходимые меры по оказанию помощи родителям и другим лицам, воспитывающим детей, в осуществлении этого права и, в случае необходимости, оказывают материальную помощь и поддерживают программы, особенно в отношении обеспечения питанием, одеждой и жильем.

4. Государства-участники принимают все необхо-

димые меры для обеспечения восстановления содержания ребенка родителями или другими лицами, несущими финансовую ответственность за ребенка, как внутри государства-участника, так и из-за рубежа. В частности, если лицо, несущее финансовую ответственность за ребенка, и ребенок проживают в разных государствах, государства-участники способствуют присоединению к международным соглашениям или заключению таких соглашений, а также достижению других соответствующих договоренностей.

Статья 28

1. Государства-участники признают право ребенка на образование, и с целью постепенного достижения осуществления этого права на основе равных возможностей они, в частности:

а) вводят обязательное и бесплатное начальное образование;

б) поощряют развитие различных форм среднего образования, как общего, так и профессионального, обеспечивают его доступность для всех детей и принимают такие необходимые меры, как введение бесплатного образования и предоставление в случае необходимости финансовой помощи;

в) обеспечивают доступность высшего образования для всех на основе способностей каждого с помощью всех необходимых средств;

г) обеспечивают доступность информации и материалов в области образования и профессиональной подготовки для всех детей;

д) принимают меры по содействию регулярно посещению школ и снижению числа учащихся, покинувших школу.

2. Государства-участники принимают все необходимые меры для обеспечения того, чтобы школьная дисциплина поддерживалась с помощью методов, отражающих уважение человеческого достоинства ребенка и в соответствии с настоящей Конвенцией.

3. Государства-участники поощряют и развивают международное сотрудничество по вопросам, касающимся образования, в частности, с целью содействия ликвидации невежества и неграмотности во всем мире и облегчения доступа к научно-техническим знаниям и современным методам обучения. В этой связи особое внимание должно уделяться потребностям развивающихся стран.

Статья 29

1. Государства-участники соглашаются в том, что образование ребенка должно быть направлено на:

а) развитие личности, талантов и умственных и физических способностей ребенка в их самом полном объеме;

б) воспитание уважения к правам человека и основным свободам, а также принципам, провозглашенным в Уставе Организации Объединенных Наций;

в) воспитание уважения к родителям ребенка, его культурной самобытности, языку и ценностям, к на-

циональным ценностям страны, в которой ребенок проживает, страны его происхождения и к цивилизациям, отличным от его собственной;

г) подготовку ребенка к сознательной жизни в свободном обществе в духе понимания, мира, терпимости, равноправия мужчин и женщин и дружбы между всеми народами, этническими, национальными и религиозными группами, а также лицами из числа коренного населения;

д) воспитание уважения к окружающей природе.

2. Никакая часть настоящей статьи или статьи 28 не толкуется как ограничивающая свободу отдельных лиц и органов создавать учебные заведения и руководить ими при условии постоянного соблюдения принципов, изложенных в пункте 1 настоящей статьи, и выполнения требования о том, чтобы образование, даваемое в таких учебных заведениях, соответствовало минимальным нормам, которые могут быть установлены государством.

Статья 30

В тех государствах, где существуют этнические, религиозные или языковые меньшинства или лица из числа коренного населения, ребенку, принадлежащему к таким меньшинствам или коренному населению, не может быть отказано в праве совместно с другими членами своей группы пользоваться своей культурой, исповедовать свою религию и исполнять ее обряды, а также пользоваться родным языком.

Статья 31

1. Государства-участники признают право ребенка на отдых и досуг, право участвовать в играх и развлекательных мероприятиях, соответствующих его возрасту, и свободно участвовать в культурной жизни и заниматься искусством.

2. Государства-участники уважают и поощряют право ребенка на всестороннее участие в культурной и творческой жизни и содействуют предоставлению соответствующих и равных возможностей для культурной и творческой деятельности, досуга и отдыха.

Статья 32

1. Государства-участники признают право ребенка на защиту от экономической эксплуатации и от выполнения любой работы, которая может представлять опасность для его здоровья или служить препятствием в получении им образования, либо наносить ущерб его здоровью и физическому, умственному, духовному, моральному и социальному развитию.

2. Государства-участники принимают законодательные, административные и социальные меры, а также меры в области образования с тем, чтобы обеспечить осуществление настоящей статьи. В этих целях, руководствуясь соответствующими положениями других международных документов, государства-участники, в частности:

а) устанавливают минимальный возраст или ми-

нимальные возрасты для приема на работу;

б) определяют необходимые требования о продолжительности рабочего дня и условиях труда;

в) предусматривают соответствующие виды наказания или другие санкции для обеспечения эффективного осуществления настоящей статьи.

Статья 33

Государства-участники принимают все необходимые меры, включая законодательные, административные и социальные меры, а также меры в области образования с тем, чтобы защитить детей от незаконного употребления наркотических средств и психотропных веществ, как они определены в соответствующих международных договорах, и не допустить использования детей в противозаконном производстве таких веществ и торговле ими.

Статья 34

Государства-участники обязуются защищать ребенка от всех форм сексуальной эксплуатации и сексуального совращения. В этих целях государства-участники, в частности, принимают на национальном, двустороннем и многостороннем уровнях все необходимые меры для предотвращения:

а) склонения или принуждения ребенка к любой незаконной сексуальной деятельности;

б) использования в целях эксплуатации детей в проституции или в другой незаконной сексуальной практике;

в) использования в целях эксплуатации детей в порнографии и порнографических материалах.

Статья 35

Государства-участники принимают на национальном, двустороннем и многостороннем уровнях все необходимые меры для предотвращения похищения детей, торговли детьми или их контрабанды в любых целях и в любой форме.

Статья 36

Государства-участники защищают ребенка от всех других форм эксплуатации, наносящих ущерб любому аспекту благосостояния ребенка.

Статья 37

Государства-участники обеспечивают, чтобы:

а) ни один ребенок не был подвергнут пыткам или другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания. Ни смертная казнь, ни пожизненное тюремное заключение, не предусматривающее возможности освобождения, не назначаются за преступления, совершенные лицами моложе 18 лет;

б) ни один ребенок не был лишен свободы незаконным или произвольным образом. Арест, задержание или тюремное заключение ребенка осуществляются согласно закону и используются лишь в качестве крайней меры и в течение как можно более короткого соответствующего периода времени;

в) каждый лишенный свободы ребенок пользо-

вался гуманным обращением и уважением неотъемлемого достоинства его личности с учетом потребностей лиц его возраста. В частности, каждый лишенный свободы ребенок должен быть отделен от взрослых, если только не считается, что в наилучших интересах ребенка этого делать не следует, и иметь право поддерживать связь со своей семьей путем переписки и свиданий, за исключением особых обстоятельств;

г) каждый лишенный свободы ребенок имел право на незамедлительный доступ к правовой и другой соответствующей помощи, а также право оспаривать законность лишения его свободы перед судом или другим компетентным, независимым и беспристрастным органом и право на безотлагательное принятие ими решения в отношении любого такого процессуального действия.

Статья 38

1. Государства-участники обязуются уважать нормы международного гуманитарного права, применимые к ним в случае вооруженных конфликтов и имеющие отношение к детям, и обеспечивать их соблюдение.

2. Государства-участники принимают все возможные меры для обеспечения того, чтобы лица, не достигшие 15-летнего возраста, не принимали прямого участия в военных действиях.

3. Государства-участники воздерживаются от призыва любого лица, не достигшего 15-летнего возраста, на службу в свои вооруженные силы. При вербовке из числа лиц, достигших 15-летнего возраста, но которым еще не исполнилось 18 лет, государства-участники стремятся отдавать предпочтение лицам более старшего возраста.

Статья 39

Государства-участники принимают все необходимые меры для того, чтобы содействовать физическому и психологическому восстановлению и социальной реинтеграции ребенка, являющегося жертвой: любых видов пренебрежения, эксплуатации и злоупотребления, пыток или любых других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, наказания или вооруженных конфликтов. Такое восстановление и реинтеграция должны осуществляться в условиях, обеспечивающих здоровье, самоуважение и достоинство ребенка.

Статья 40

1. Государства-участники признают право каждого ребенка, который, как считается, нарушил уголовное законодательство, обвиняется или признается виновным в его нарушении, на такое обращение, которое способствует развитию у ребенка чувства достоинства и значимости, укрепляет в нем уважение к правам человека и основным свободам других и при котором учитывается возраст ребенка и желательность содействия его реинтеграции и выполнению им полезной роли в обществе.

2. В этих целях и принимая во внимание соот-

ветствующие положения международных документов, государства-участники, в частности, обеспечивают, чтобы:

а) ни один ребенок не считался нарушившим уголовное законодательство, не обвинялся и не признавался виновным в его нарушении по причине действия или бездействия, которые не были запрещены национальным или международным правом во время их совершения;

б) каждый ребенок, который, как считается, нарушил уголовное законодательство или обвиняется в его нарушении, имел по меньшей мере следующие гарантии:

- презумпция невиновности, пока его вина не будет доказана согласно закону;

- незамедлительное и непосредственное информирование его об обвинениях против него и, в случае необходимости, через его родителей или законных опекунов и получение правовой и другой необходимой помощи при подготовке и осуществлении своей защиты;

- безотлагательное принятие решения по рассматриваемому вопросу компетентным, независимым и беспристрастным органом или судебным органом в ходе справедливого слушания в соответствии с законом в присутствии адвоката или другого соответствующего лица и, если это не считается противоречащим наилучшим интересам ребенка, в частности, с учетом его возраста или положения его родителей или законных опекунов;

- свобода от принуждения к даче свидетельских показаний или признанию вины; изучение показаний свидетелей обвинения либо самостоятельно, либо при помощи других лиц и обеспечение равноправного участия свидетелей защиты и изучения их показаний;

- если считается, что ребенок нарушил уголовное законодательство, повторное рассмотрение вышестоящим компетентным, независимым и беспристрастным органом или судебным органом согласно закону соответствующего решения и любых принятых в этой связи мер;

- бесплатная помощь переводчика, если ребенок не понимает используемого языка или не говорит на нем;

- полное уважение его личной жизни на всех стадиях разбирательства.

3. Государства-участники стремятся содействовать установлению законов, процедур, органов и учреждений, имеющих непосредственное отношение к детям, которые, как считается, нарушили уголовное законодательство, обвиняются или признаются виновными в его нарушении, и в частности:

а) установлению минимального возраста, ниже которого дети считаются неспособными нарушить уголовное законодательство;

б) в случае необходимости и желательности, принятию мер по обращению с такими детьми без использования судебного разбирательства при усло-

вии полного соблюдения прав человека и правовых гарантий.

4. Необходимо наличие таких различных мероприятий, как уход, положение об опеке и надзоре, консультативные услуги, назначение испытательного срока, воспитание, программы обучения и профессиональной подготовки и другие формы ухода, заменяющие уход в учреждениях, с целью обеспечения такого обращения с ребенком, которое соответствовало бы его благосостоянию, а также его положению и характеру преступления.

Статья 41

Ничто в настоящей Конвенции не затрагивает любых положений, которые в большей степени способствуют осуществлению прав ребенка и могут содержаться:

а) в законе государства-участника; или

б) в нормах международного права, действующих в отношении данного государства.

Часть II

Статья 42

Государства-участники обязуются, используя надлежащие и действенные средства, широко информировать о принципах и положениях Конвенции как взрослых, так и детей.

Статья 43

1. В целях рассмотрения прогресса, достигнутого государствами-участниками в выполнении обязательств, принятых в соответствии с настоящей Конвенцией, учреждается Комитет по правам ребенка, который выполняет функции, предусматриваемые ниже.

Постановлением Правительства РФ от 13.02.98 N 180 принята поправка к пункту 2 статьи 43 Конвенции, в соответствии с которой количество членов Комитета по правам ребенка увеличено до восемнадцати человек.

2. Комитет состоит из десяти экспертов, обладающих высокими нравственными качествами и признанной компетентностью в области, охватываемой настоящей Конвенцией. Члены Комитета избираются государствами-участниками из числа своих граждан и выступают в личном качестве, причем уделяется внимание справедливому географическому распределению, а также главным правовым системам.

3. Члены Комитета избираются тайным голосованием из числа внесенных в список лиц, выдвинутых государствами-участниками. Каждое государство-участник может выдвинуть одно лицо из числа своих граждан.

4. Первоначальные выборы в Комитет проводятся не позднее чем через шесть месяцев со дня вступления в силу настоящей Конвенции, а впоследствии - один раз в два года. По крайней мере за четыре ме-

сяца до дня каждых выборов Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций обращается к государствам - участникам с письмом, предлагая им представить свои кандидатуры в течение двух месяцев. Затем Генеральный секретарь составляет в алфавитном порядке список всех выдвинутых таким образом лиц с указанием государств - участников, которые выдвинули этих лиц, и представляет этот список государствам-участникам настоящей Конвенции.

5. Выборы проводятся на совещаниях государств-участников, созываемых Генеральным секретарем в Центральном учреждении Организации Объединенных Наций. На этих совещаниях, на которых две трети государств-участников составляют кворум, избранными в состав Комитета являются те кандидаты, которые получили наибольшее число голосов и абсолютное большинство голосов присутствующих и участвующих в голосовании представителей государств-участников.

6. Члены Комитета избираются на четырехлетний срок. Они имеют право быть переизбранными в случае повторного выдвижения их кандидатур. Срок полномочий пяти членов, избираемых на первых выборах, истекает в конце двухлетнего периода; немедленно после первых выборов имена этих пяти членов определяются по жребию Председателя совещания.

7. В случае смерти или выхода в отставку какого-либо члена Комитета или если он или она по какой-либо иной причине не может более исполнять обязанности члена Комитета, государство-участник, выдвинувшее данного члена Комитета, назначает другого эксперта из числа своих граждан на оставшийся срок при условии одобрения Комитетом.

8. Комитет устанавливает свои собственные правила процедуры.

9. Комитет избирает своих должностных лиц на двухлетний срок.

10. Сессии Комитета, как правило, проводятся в Центральном учреждении Организации Объединенных Наций или в любом ином подходящем месте, определенном Комитетом. Комитет, как правило, проводит свои сессии ежегодно. Продолжительность сессии Комитета определяется и при необходимости пересматривается на совещании государств-участников настоящей Конвенции при условии одобрения Генеральной Ассамблеи.

11. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций предоставляет необходимый персонал и материальные средства для эффективного осуществления Комитетом своих функций в соответствии с настоящей Конвенцией.

12. Члены Комитета, учрежденного в соответствии с настоящей Конвенцией, получают утверждаемое Генеральной Ассамблеей вознаграждение из средств Организации Объединенных Наций в по-

рядке и на условиях, устанавливаемых Генеральной Ассамблеей.

Статья 44

1. Государства-участники обязуются представлять Комитету через Генерального секретаря Организации Объединенных Наций доклады о принятых ими мерах по закреплению признанных в Конвенции прав и о прогрессе, достигнутом в осуществлении этих прав:

а) в течение двух лет после вступления Конвенции в силу для соответствующего государства-участника;

б) впоследствии через каждые пять лет.

2. В докладах, представляемых в соответствии с настоящей статьей, указываются факторы и затруднения, если таковые имеются, влияющие на степень выполнения обязательств по настоящей Конвенции. Доклады также содержат достаточную информацию, с тем чтобы обеспечить Комитету полное понимание действия Конвенции в данной стране.

3. Государству-участнику, представившему Комитету всесторонний первоначальный доклад, нет необходимости повторять в последующих докладах, представляемых в соответствии с пунктом 1 "б" настоящей статьи, ранее изложенную основную информацию.

4. Комитет может запрашивать у государств-участников дополнительную информацию, касающуюся осуществления настоящей Конвенции.

5. Доклады о деятельности Комитета один раз в два года представляются Генеральной Ассамблее через посредство Экономического и Социального Совета.

6. Государства-участники обеспечивают широкую гласность своих докладов в своих собственных странах.

Статья 45

С целью способствовать эффективному осуществлению Конвенции и поощрять международное сотрудничество в области, охватываемой настоящей Конвенцией:

а) специализированные учреждения, Детский фонд Организации Объединенных Наций и другие органы Организации Объединенных Наций вправе быть представленными при рассмотрении вопросов об осуществлении таких положений настоящей Конвенции, которые входят в сферу их полномочий. Комитет может предложить специализированным учреждениям, Детскому фонду Организации Объединенных Наций и другим компетентным органам, когда он считает это целесообразным, представить заключение экспертов относительно осуществления Конвенции в тех областях, которые входят в сферу их соответствующих полномочий. Комитет может предложить специализированным учреждениям, Детскому фонду Организации Объединенных Наций и другим органам Организации Объединенных Наций представить доклады об осу-

ществлении Конвенции в областях, входящих в сферу их деятельности;

б) Комитет препровождает, когда он считает это целесообразным, в специализированные учреждения, Детский фонд Организации Объединенных Наций и другие компетентные органы любые доклады государств-участников, в которых содержится просьба о технической консультации или помощи или указывается на потребность в этом, а также замечания и предложения Комитета, если таковые имеются, относительно таких просьб или указаний;

в) Комитет может рекомендовать Генеральной Ассамблее предложить Генеральному секретарю провести от ее имени исследования по отдельным вопросам, касающимся прав ребенка;

г) Комитет может вносить предложения и рекомендации общего характера, основанные на информации, получаемой в соответствии со статьями 44 и 45 настоящей Конвенции. Такие предложения и рекомендации общего характера препровождаются любому заинтересованному государству-участнику и сообщаются Генеральной Ассамблее наряду с замечаниями государств - участников, если таковые имеются.

Часть III

Статья 46

Настоящая Конвенция открыта для подписания ее всеми государствами.

Статья 47

Настоящая Конвенция подлежит ратификации. Ратификационные грамоты сдаются на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций.

Статья 48

Настоящая Конвенция открыта для присоединения к ней любого государства. Документы о присоединении сдаются на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций.

Статья 49

1. Настоящая Конвенция вступает в силу на тридцатый день после даты сдачи на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций двадцатой ратификационной грамоты или документа о присоединении.

2. Для каждого государства, которое ратифицирует настоящую Конвенцию или присоединяется к ней после сдачи на хранение двадцатой ратификационной грамоты или документа о присоединении, настоящая Конвенция вступает в силу на тридцатый день после сдачи таким государством на хранение его ратификационной грамоты или документа о присоединении.

Статья 50

Любая поправка, принимается на Генеральной Ассамблее Организации Наций большинством в две трети голосов государств-участников...

...Когда поправка вступает в силу, она становится обязательной для тех государств-участников, которые ее приняли, а для других государств - участников остаются обязательными положения настоящей Конвенции и любые предшествующие поправки, которые ими приняты.

Статья 51

1. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций получает и рассылает всем государствам текст оговорки, сделанных государствами в момент ратификации или присоединения.

2. Оговорка, несовместимая с целями и задачами настоящей Конвенции, не допускается.

3. Оговорки могут быть сняты в любое время путем соответствующего уведомления, направленного Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций, который затем сообщает об этом всем государствам. Такое уведомление вступает в силу со дня его получения Генеральным секретарем.

Статья 52

Любое государство-участник может денонсировать настоящую Конвенцию путем письменного уведомления Генерального секретаря Организации Объединенных Наций. Денонсация вступает в силу по истечении одного года после получения уведомления Генеральным секретарем.

Статья 53

Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций назначается депозитарием настоящей Конвенции.

Статья 54

Подлинник настоящей Конвенции, английский, арабский, испанский, китайский, русский и французский тексты которой являются равно аутентичными, сдается на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций.

В удостоверение чего нижеподписавшиеся полномочные представители, должным образом на то уполномоченные своими соответствующими правительствами, подписали настоящую Конвенцию.

Конвенция одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г., подписана от имени СССР 26 января 1990 г., ратифицирована Верховным Советом СССР 13 июня 1990 г. Ратификационная грамота сдана на хранение Генеральному секретарю ООН 16 августа 1990 г. Конвенция вступила в силу для СССР 15 сентября 1990 г. Конвенция вступила в силу для России 15.09.90.

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 1999 ГОД

В 1999 году органами и учреждениями детского здравоохранения принимались меры по реализации основных направлений Концепции развития здравоохранения РФ: приведение в соответствие объемов финансирования и объемов оказываемой лечебно-профилактической помощи детскому населению через систему государственных и муниципальных заказов, оптимизация работы детского коечного фонда, развитие стационарзамещающих технологий, совершенствование службы охраны репродуктивного здоровья, внедрение современных перинатальных технологий в родовспомогательных учреждениях, совершенствование работы амбулаторно-поликлинической службы.

Динамика основных демографических показателей за истекший год носила отрицательный характер: рождаемость снизилась с 8,7 до 7,8 на 1000 населения; общая смертность увеличилась с 14,1 до 15,6 на 1000; естественная убыль населения возросла с 5,4 до 7,8 на 1000. При сокращении общей численности населения области сокращается и число детей в возрасте до 14 лет. О продолжающемся процессе старения населения области говорит уменьшение доли детей в общем количестве жителей.

Перевод подростков для обслуживания в педиатрическую сеть явился значимым фактором для сохранения кадрового потенциала педиатрической службы.

Обеспеченность области врачами-педиатрами за 1999 год снизилась с 18,6 до 17,0 на 10 тысяч детского населения. Недостаточно в области и подростковых врачей. Нехватка врачебных кадров отрицательно сказывается на качестве оказания медицинской помощи детям. В сельских районах эта нехватка особенно заметна: дети 1-го года жизни, даже из групп риска, осматриваются педиатром через 2-3 месяца после выписки из роддома, упускаются сроки реабилитации детей на ранних этапах, не обеспечивается регулярность наблюдения.

В этих условиях ДОЗН уделяет максимальное внимание повышению квалификации имеющих врачей-педиатров. За 1999 год удельный вес аттестованных на категорию педиатров возрос с 42,8 до 61,3%. Из них высшую категорию имеют 13,0%, первую - 74,9%, вторую - 12,1%.

Относительно стабильной в течение последних

лет остается мощность поликлиник и обеспеченность врачебными кадрами амбулаторно-поликлинической службы. Функция врачебной должности по врачам-педиатрам, с учетом профосмотров, составила 6419,7 (в 1998 г. - 6463).

В ряде территорий области показатели врачебной нагрузки неудовлетворительные. Как правило, снижение нагрузки сопровождается свертыванием профилактической работы с детьми.

Доля детей, находившихся на грудном вскармливании, в 1999 г. составила 67,4% (в 1998 г. - 71%). Среди них только 27,8% детей кормились грудью до 1 года; 39,6% закончили грудное вскармливание к 6 месяцам жизни. В городах области показатель естественного вскармливания ниже, чем в сельских районах. Снижение числа детей, находящихся на естественном вскармливании, требует решения организационных вопросов по поддержанию грудного вскармливания (организация "Школ матерей", совместного пребывания матери и ребенка в роддоме и др.).

Постановление Правительства РФ от 13.08.97 г. № 1005 "Об упорядочении бесплатного обеспечения детей 1-2 года жизни специальными молочными продуктами детского питания" и одноименное распоряжение Администрации области от 13.08.98 г. № 823-р выполняются не в полном объеме из-за недостаточного выделения на эти цели средств из местных бюджетов.

Молочные кухни, имеющиеся в области, в большинстве своем неблагополучны по мощности и набору технологического оборудования, выпускают продукцию в ограниченном ассортименте. Неко-

которые из них занимаются лишь раздачей коровьего молока. Выход на плановую мощность открывшегося цеха детского питания в г. Кемерово может внести положительные изменения в сложившуюся ситуацию при условии направления финансовых средств местных бюджетов на бесплатное обеспечение детей 1-2 года жизни специальными молочными продуктами детского питания.

В 1999 году отмечалась тенденция к ухудшению здоровья детей. Заболеваемость детей первого года жизни выросла с 2402,3 до 2458,5 на 1000 детей. Этот рост произошел преимущественно за счет патологии перинатального периода, анемии, рахита. Рост фоновой патологии частично обусловлен недостаточной работой педиатров по её профилактике.

На высоком уровне сохраняется заболеваемость кишечными инфекциями. Случаи групповых заболеваний острыми кишечными инфекциями зарегистрированы в г.г. Кемерово, Прокопьевске, Киселевске, Мариинске.

Удельный вес охвата детей профосмотрами составил по области 94,1% (1998 г. - 95,4%). Данные профосмотров детей в ДДУ и школах свидетельствуют о продолжающемся нарастании "школьной" патологии как за время обучения, так и от года к году. Особенно настораживает формирование в последние годы синдрома недостаточности питания у детей подросткового возраста (до 20% подростков-школьников), что способствует росту патологии опорно-двигательного аппарата, анемий, нервно-психических нарушений, формированию нарушений репродуктивного здоровья.

Показатель заболеваемости детского населения (на 1000 соответствующего населения) в целом растет по всем возрастным группам: новорожденные - 864 - 1038, дети до 14 лет - 1096,6 - 1282, подростки - 772 - 847,5. В периоде новорожденности этот рост обусловлен, преимущественно, заболеваниями перинатального периода и, частично, - улучшением шифровки имеющейся патологии. В более старших возрастах нарастают патология ЖКТ, эндокринной и мочеполовой систем, травмы и отравления. В диспансерном наблюдении нуждаются до 25% детей.

Высоки показатели алкоголизации детей и подростков, наркоманий и токсикоманий, заболеваний, передаваемых половым путем, психических расстройств.

Заболеваемость детей туберкулезом возросла с 19,1 на 100 тыс. детей в 1998 г. до 27,4 в 1999 году, преимущественно в возрасте 3-6 лет. Проблема оздоровления детей тубинфицированных, с выраженной туберкулиновых проб, больных туберкулезом в области стоит остро. Для её решения необходимо более эффективно использовать койки детских противотуберкулезных санаториев, рассмотреть на уровне администраций территорий возможность

открытия дополнительных санаторных групп в ДДУ для этих больных.

Ухудшение состояния здоровья детей неизбежно способствует росту числа детей-инвалидов (в 1998 г. - 201,7/ 10 тыс. детей, в 1999 г. - 223,0). Главными видами нарушений при этом являются умственные, двигательные и висцерально-метаболические, что требует формирования реабилитационных служб с привлечением различных специалистов и ведомств.

Работа амбулаторно-поликлинической службы по вакцинопрофилактике позволила стабилизировать на низких показателях заболеваемость "управляемыми" инфекциями в области. В 1999 году зарегистрировано всего 4 случая дифтерии (1998 г. - 11), заболеваемость эпидемическим паротитом, коклюшем, краснухой снизилась в 1,6-1,8 раза.

Стационарная помощь детям претерпела существенные изменения. В области по состоянию дел на 01.01.2000 г. 4380 коек для детей, в т.ч. педиатрических - 997, детских инфекционных - 1218, специализированных - 2185. За 1999 год сокращено 297 коек. Обеспеченность койками составила 77,7 на 10 тыс. детей. Уровень госпитализации снизился с 20,4 до 19,3 случаев на 100 детей. При этом удалось улучшить показатели работы койки: работа "педиатрической койки" повысилась с 306,8 в 1998 г. до 324,3 дней в 1999 г.; средняя длительность пребывания на ней уменьшилась с 13,1 дней в 1998 г. до 12,3 дней в 1999 г. ("детская инфекционная койка" - 274 - 307,4 и 11,4 - 10,2, соответственно). Данные показатели значительно лучше общероссийских.

Несмотря на улучшение показателей работы койки, необходима дальнейшая реструктуризация коечного фонда и внедрение стационарзамещающих технологий в педиатрической службе. Большая роль при этом отводится дневным стационарам для детей. В 1999 году их число составило 32, в 2 раза увеличилось (за год) число пролеченных там больных. Данную форму работы необходимо всячески поддерживать и развивать.

Уровень летальности по "детской инфекционной койке" в 1999 г. остался прежним - 0,1%. По "педиатрической койке" зарегистрирован рост летальности с 0,1% в 1998г. до 0,15% в 1999 г. Показатель летальности детей 1-го года жизни сохранился на прежнем уровне - 1,4%. Вместе с тем, возросла досуточная летальность (в 1998 г. - 23,5%, в 1999 г. - 27,4% от числа умерших детей в возрасте до года). Структура летальности не изменилась: 1-е место занимают болезни перинатального периода, 2-е - травмы, 3-е - врожденные аномалии. Зарегистрирован рост больничной летальности от сепсиса и пневмонии у детей 1-го года жизни.

Уровень смертности детей является одним из основных показателей здоровья населения. В 1999 году в области умер 521 ребенок 1-го года жизни.

Показатель младенческой смертности составил 20,7 (в 1998 г. - 18,36). В росте этого показателя определенную роль сыграло ухудшение здоровья беременных женщин и рожениц. В 63,6% случаев беременность протекала патологически. Это отрицательно сказывалось на состоянии здоровья плода и новорожденного, что статистически подтверждено ростом заболеваемости новорожденных.

В 1999 году произошло некоторое снижение ранней неонатальной смертности: с 6,86 до 6,4. При этом наметился рост поздней неонатальной смертности (с 2,4 до 3,18) и постнеонатальной смертности (с 9,19 до 11,3).

Из анализа показателей младенческой смертности по нозологии следует, что основными причинами по-прежнему остаются болезни перинатального периода (31,9%), врожденные аномалии развития (19,0%), механическая асфиксия (9,4%) и пневмонии (10,2%). В 1999 году пневмонии, как причина смерти детей, переместились с 4-го на 3-е место.

Высокий уровень умерших на дому в структуре младенческой смертности (22,8%) свидетельствует о слабом решении проблем в оказании помощи женщинам и детям, о некачественном медицинском наблюдении за детьми из неблагополучных семей, из сельской местности.

При анализе случаев смертности детей 1-го года жизни из сельских районов выявлен серьезный дефект в работе педиатрических служб: медицинское наблюдение этих детей осуществлялось, как правило, только фельдшером. Выезды педиатров в села осуществлялись не чаще 1-4 раз в год. После выписки из роддома на участок дети до 3-х месячного возраста наблюдались лишь фельдшером, не смотря на наличие факторов риска.

Повышенный уровень общей младенческой смертности сочетается с высокой перинатальной смертностью (1998г. - 13,63, 1999г. - 14,86). Причины перинатальной смертности, по-прежнему, остаются неизменными: осложнения беременности, патология плаценты и пуповины, приводящие к внутриутробной гипоксии и асфиксии плода и новорожденного.

Улучшение перинатальной диагностики, повышение качества медицинской помощи новорожденным, внедрение новых перинатальных технологий, связанные с функционированием двух перинатальных центров в области, положительно сказались на показателях ранней неонатальной смертности и привели к выживанию детей с тяжелой патологией.

В то же время, пока еще медленно внедряются прогрессивные перинатальные технологии на местах: введение протокола реанимации новорожденных, привлечение родственников к участию в ро-

дах и уходе за новорожденными, внедрение рекомендаций ВОЗ по грудному вскармливанию.

На 01.01.2000г. функционировало всего лишь 167 палат совместного пребывания матери и ребенка, хотя известно, что работа таких палат - реальный путь для эффективной профилактики гнойно-септических инфекций.

Среди причин высокой младенческой смертности выделяется неудовлетворительное оснащение стационаров медицинской техникой и оборудованием.

За 1999 год в рамках областной программы "Охрана здоровья матери и ребенка" в родильные дома закуплены 28 кардиомониторов "Феталгарт", УЗИ-аппарат для перинатального центра, медикаменты. За счет средств местных бюджетов приобретались дыхательная аппаратура, кюветы и т.д.

В рамках Федеральной программы поступали тест-системы для неонатального скрининга, вакцина против гепатита-В. Однако, затраченных средств явно недостаточно для обеспечения всех детей качественной медицинской помощью. Необходимо шире привлекать местные бюджеты к реализации программ по охране здоровья матери и ребенка.

Основными перспективными задачами педиатрической службы являются:

1. Дальнейшая реструктуризация службы: выведение из муниципального заказа неработающего коечного фонда, развитие стационарзамещающих технологий, укрепление амбулаторно-поликлинического звена.

2. Дальнейшее развитие перинатальных центров, внедрение современных перинатальных технологий в деятельность родовспомогательных учреждений.

3. Совершенствование медицинской помощи подросткам.

4. Повышение квалификации врачей-педиатров.

5. Объединение усилий органов и учреждений здравоохранения, служб УВД, органов опеки и попечительства, общественных организаций по работе с социально-неблагополучными семьями.

6. Снижение младенческой смертности.

7. Решение на уровне Глав администраций территорий следующих вопросов:

- финансирование целевых программ по детству и родовспоможению;

- обеспечение транспортом, ГСМ для проведения выездной работы на селе;

- обеспечение детей 1-2-го года жизни специальными молочными продуктами детского питания.

Решение указанных задач позволит существенно улучшить конечные результаты деятельности службы детства и родовспоможения.

КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР: ИТОГИ РАБОТЫ

Одной из важнейших задач здравоохранения России является укрепление и сохранение здоровья беременных женщин и детей. Создание медицинских центров в субъектах Российской Федерации для оказания высоко квалифицированной помощи в перинатальном периоде - ведущее направление совершенствования системы охраны здоровья матери и ребенка.

Перинатальный центр, располагая широким спектром квалифицированных кадров и современными организационными технологиями, способен оказывать медицинскую помощь беременным и новорожденным с высокой степенью риска. Результаты от значительного снижения перинатальных потерь и предупреждения инвалидизации детей дают право еще энергичнее развивать деятельность перинатальных центров.

Кемеровский областной перинатальный центр (КОПЦ) создан в 1995 году на базе Многопрофильной детской клинической больницы (МДКБ) и предназначен для оказания помощи беременным женщинам и новорожденным северной части Кемеровской области, включающей 10 городов и 15 сельских районов.

В структуру КОПЦ вошли консультативный, диагностический, акушерский и педиатрический блоки. Это структурное образование позволило усовершенствовать взаимодействие различных подразделений и служб без дополнительных финансовых затрат.

Консультативный блок организован на базе поликлиники и предназначен для оказания амбулаторной специализированной помощи беременным женщинам и детям раннего возраста с перинатальной патологией. Количество женщин, обратившихся в консультативный блок КОПЦ, в 1999 г. составило 8360, что почти в 2 раза больше по сравнению с 1995 годом. В 95% случаев беременные женщины направлялись женскими консультациями. Почти половина обратившихся женщин - жительницы области. Наиболее активно сотрудничали с КОПЦ города Кемерово, Анжеро-Судженск, Белово, Березовский, Ленинск-Кузнецкий, Киселевск, Юрга, а также Кемеровский, Чебулинский, Тисульский, Беловский, Крапивинский, Ленинск-Кузнецкий, Топкинский и Мариинский районы. Ведущей патологией у беременных являлась хроническая гипоксия плода. Каждая третья обратившаяся в консультативный блок женщина имела высокий риск по невынашиванию беременности, каждая пятая - по внутриутробному инфицированию и врожденным порокам развития. Женщины с тяжелой патологией беременности (8% от числа обратившихся) находились под динамическим наблюдением акушеров консультативного блока. В дальнейшем они направлялись для родоразрешения в родиль-

ной дом КОПЦ, независимо от места жительства.

Специалисты КОПЦ по современным методикам осуществляют образовательную и профилактическую работу с беременными и подростками. На базе консультативного блока активно работают "Школа будущих родителей и подготовки к родам", Кабинет по поддержанию грудного вскармливания, Служба репродуктивного здоровья.

Диагностический блок представлен клинико-биохимической, иммунологической, бактериологической лабораториями и отделением лучевой диагностики. Для исключения врожденных аномалий развития плода проводится ультразвуковое исследование. Так, в 1999 году было проведено 11321 ультразвуковое исследование у 7854 беременных женщин. В 80 случаях были диагностированы врожденные пороки развития в антенатальном периоде. Все случаи выявленной патологии рассмотрены на консилиуме КОПЦ с участием акушеров-гинекологов, неонатологов, хирургов-неонатологов для решения вопроса о прогнозе здоровья плода, его жизнеспособности и перспективах хирургической коррекции. В 40 случаях, несовместимых с жизнью, была проведена элиминация плода. В случаях, подлежащих хирургической коррекции, родоразрешение осуществляется в родильном доме КОПЦ с последующим оперативным лечением в хирургических отделениях. Это позволяет проводить предоперационную подготовку уже с момента рождения и избежать транспортировки ребенка, что значительно улучшает результаты оперативного вмешательства.

В настоящее время консультативно-диагностическую помощь в КОПЦ получают каждая вторая беременная женщина г. Кемерово и каждая пятая беременная женщина северного региона Кемеровской области.

Акушерский блок представлен родильным домом на 120 коек. В 1999 году в родильном доме КОПЦ было родоразрешено 1826 женщин. В структуре патологии 56% составляли беременные из группы высокого риска (гестозы, невынашивание и др.), 67% - женщины с инфекционной патологией, 10,5% - преждевременные роды. Удельный вес кесарева сечения составил 11,9%; из них по показаниям со стороны матери - в 32% случаев, со стороны плода - в 24%, при сочетанной патологии матери и плода - в 44%.

Родильный дом КОПЦ участвует в международном движении за соответствие статусу “Больницы, благожелательной к ребенку”. Активно проводится работа по оптимизации пребывания матери и ребенка в родильном доме: 70% коечного фонда послеродового отделения работает как палаты “Мать и дитя”, число новорожденных, приложенных к груди в родильном зале, в 1999 году увеличилось с 29,1% до 66,9%, грудное вскармливание младенцев осуществляется по свободному режиму.

Педиатрический блок КОПЦ располагает отделением для новорожденных на базе родильного дома и детского стационара МДКБ (общее количество коек - 127).

Практически, все новорожденные относились к группам повышенного и высокого риска. В 1999 г. 32 процента детей находились при рождении в критическом состоянии и нуждались в оказании реанимационной помощи и интенсивной терапии, 10 процентам новорожденных проводилась аппаратная ИВЛ. В структуре заболеваемости новорожденных в родильном доме ведущее место занимали гипоксически-ишемические энцефалопатии, внутриутробные инфекции, синдром дыхательных расстройств, нарушения роста и недостаточности питания. В большинстве случаев тяжесть состояния новорожденного определялась не одним, а комплексом патологических состояний, сочетанием церебральных расстройств или внутриутробной инфекции с задержкой внутриутробного развития или недоношенностью. В 29 процентах случаев новорожденные нуждались в последующей реабилитации и получили ее в отделениях педиатрического блока, в том числе на втором этапе выхаживания новорожденных родильного дома.

Второй этап выхаживания новорожденных организован в 1996 г. на базе родильного дома как самостоятельное отделение и предназначен для лечения и реабилитации новорожденных с неинфекционной патологией, не требующей длительных сроков госпитализации (длительность пребывания до 14 дней). В 1999 году на второй этап выхаживания были госпитализированы 25,7% детей, родившихся в родильном доме.

В 1999 году уровень ранней неонатальной смертности в родильном доме составил 7,8% (в 1996 году - 6,2%). Увеличение смертности произошло за счет глубоко недоношенных детей с тяжелыми гипоксическими поражениями головного мозга - массивными внутримозжечковыми кровоизлияниями. В большинстве случаев это дети, родившиеся от социально неблагополучных женщин, не наблюдавшихся по поводу беременности и поступивших в родильный дом с активной родовой деятельностью и с тяжелым страданием плода. Летальный исход на этапе родильного дома был непротиворечив в 96% случаев.

В состав педиатрического блока Центра включено отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных и выездная консультативно-реанимационная бригада. Их основными задачами являются: обеспечение высококвалифицированной реанимационной помощи новорожденным на базе КОПЦ и в родильных домах Кемерово и Северного региона области; проведение динамического наблюдения за новорожденными, находящимися на ИВЛ в родильных домах; оказание методической и консультативной помощи по вопросам реанимации и интенсивной терапии врачам родильных домов; осуществление транспорта новорожденных. Решение вопроса о транспортабельно-

сти новорожденного и выборе места лечения принимает врач выездной консультативно-реанимационной бригады, при необходимости привлекая к консультации врачей соответствующего профиля, например, хирурга-неонатолога, нейрохирурга, врача ультразвуковой диагностики.

Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных рассчитано на 12 коек и оказывает помощь примерно 200 новорожденным в год. Среди госпитализированных больных 35-37% составляют новорожденные с территорий области. В структуре патологии, в том числе 18,1% - врожденные пороки развития, 38,3% - синдром дыхательных расстройств и пневмонии новорожденных, 15,5% - тяжелые перинатальные поражения ЦНС, 14,5% - внутриутробные инфекции.

В 1999 г. консультативно-реанимационная бригада осуществила 546 выездов на прикрепленные территории области, что составило, в среднем, 38 выездов на каждую 1000 родившихся новорожденных. Ежегодно количество выездов увеличивается на 10-15%. В 35% случаев целью выезда являлись консультации новорожденных и проведение сложных лечебных манипуляций (катетеризация центральных вен, дренирование плевральной полости и др.), в 65% случаев - транспорт новорожденных в Центр.

В отделениях детского стационара КОПЦ в течение года было пролечено 834 новорожденных детей, из них 32% - с территорий области. Большое внимание в организации лечебного процесса и работы отделений уделяется совместному пребыванию матери и ребенка, поддержанию и сохранению грудного вскармливания, выхаживанию ультра и глубоко недоношенных новорожденных.

Эффективность работы КОПЦ демонстрируют статистические показатели перинатальной смертности по северной и южной частям области (Табл.1).

Так, в северной части области показатели мертворожденности и ранней неонатальной смертности на 9,1% и 52,7% ниже соответствующих показателей в южной части.

Наш опыт работы свидетельствует о том, что в перинатальном центре могут быть созданы наиболее оптимальные условия как для ведения беременности и родов высокого риска, так и для ранней диагностики патологических состояний у новорожденных и реальной профилактики инвалидности с первых дней жизни.

Таблица 1

Основные показатели перинатальной смертности по Северному и Южному регионам Кузбасса

Показатели	Север	Юг	Область
Родилось живыми и мертвыми	14 537	8 824	23 361
Родилось живыми	14 409	8 739	23 148
Мертворожденные	128	85	213
Мертворожденность	8,8‰	9,6‰	9,1‰
Умерло в раннем неонатальном периоде	81	75	156
Ранняя неонатальная смертность	5,62‰	8,58‰	6,74‰
Перинатальная смертность	14,38‰	18,13‰	15,79‰

ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВорожденных ДЕТЕЙ

Методические рекомендации могут использоваться в качестве инструкции по осуществлению вскармливания новорожденных в родильных домах, детских стационарах и амбулаторно-поликлинической сети Кемеровской области, а также учебного пособия для клинических ординаторов, интернов и студентов.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ВСКАРМЛИВАНИИ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Альтернативы женскому молоку нет. Вскармливание материнским молоком является органической частью, нормальным, физиологическим продолжением процесса беременности. Все попытки заменить адекватно грудное молоко терпят в большей или меньшей степени неудачу.

Идеология замены грудного молока является примером вульгаризации и примитивизации природных закономерностей. Изготовленные по лучшим современным технологиям смеси не имеют, и никогда не будут иметь тех преимуществ, которые имеет грудное вскармливание. Только грудное молоко обеспечивает оптимальные условия для развития центральной нервной системы, социально значимых функций, развития творческих способностей. Асоциальное поведение, жестокость по отношению к людям и животным, отсутствие или слабость родительского поведения вплоть до отказов от собственных детей, являются характеристиками, ассоциированными с анамнезом искусственного вскармливания.

В течение последних 15-18 лет во многих странах Западной Европы и США врачам удалось реабилитировать, и реанимировать грудное вскармливание. Заново создан свод правил грудного вскармливания, который по решению ВОЗ и с помощью его экспертов распространяется по многим регионам земного шара. В 1989 году ВОЗ/ЮНИСЕВ приняли совместную декларацию по поддержанию и поощрению грудного вскармливания младенцев. Декларация адресована медицинскому персоналу учреждений здравоохранения, работникам государственных органов, организациям социальной защиты, представителям общественности. В развитии этой декларации в итальянском городе Спедале Дел-

ли Инносенти в июле-августе 1990 года состоялась международная встреча разных организаций по проблеме поддержки грудного вскармливания младенцев, на которой была принята "Декларация Инносенти", одобренная впоследствии Всемирным Советом защиты детей. "Декларация Инносенти" сформулирована следующим образом: "Все женщины должны иметь возможность осуществлять вскармливание детей грудью, и все дети должны получать исключительно грудное молоко с рождения до 4-6 месяцев. Далее кормление грудью должно быть продолжено с добавлением необходимой и приемлемой дополнительной пищи до 2-х лет и далее". В ней говорится, что грудное вскармливание содействует социальному и экономическому благополучию, как семьи, так и страны в целом.

В нашей стране на основе документов мировых форумов в 1994 году Министерством здравоохранения и медицинской промышленности РФ был утвержден план мероприятий по вопросам поддержания грудного вскармливания.

Изданы основные документы:

1. "Информационное письмо Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ по вопросам поддержки грудного вскармливания" № 13-16/09. От 13.04.94 г.

2. "План мероприятий по поддержанию грудного вскармливания в РФ" - утвержден и направлен на места по территориальным органам Управления здравоохранения. 29.04.94 г. № 13-16/10.

Особое значение в поддержании грудного вскармливания придается деятельности родовспомогательных учреждений, которым адресованы предложенные ВОЗ и ЮНИСЕВ 10 принципов грудного вскармливания. Звучат они следующим образом:

КАЖДОМУ РОДИЛЬНОМУ ДОМУ И БОЛЬНИЦЕ ПО УХОДУ ЗА НОВорожденными ДЕТЬМИ СЛЕДУЕТ:

1. Строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить эти правила до сведения медицинского персонала

и рожиц.

2. Обучать медицинский персонал необходимым навыкам осуществления правил грудного вскармливания.

3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания.

4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отдалены от своих детей.

6. Не давать новорожденным никакой другой пищи и питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

7. Практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате.

8. Поощрять грудное вскармливание по требованию младенца, а не по расписанию.

9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски и др.).

10. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы.

Ряд дополнительных положений и принципов были предложены на семинаре, проводившемся экспертами ВОЗ, ЮНИСЕФ и международной организацией ВЕЛСТАРТ в Санкт-Петербурге в августе 1993 года. Они приложены к решению семинара. Состоят эти РЕКОМЕНДАЦИИ из следующих пунктов:

1. Грудное вскармливание является не только средством питания младенца, но и эссенциально необходимым элементом экологии детства. Оно определяет свойство развития и здоровья как на период детства, так и на последующие периоды жизни.

2. Оптимальной формой грудного вскармливания первых месяцев жизни следует считать исключительно грудное вскармливание (т.е., без любых дополнений, в том числе и минимальных объемов соков), при отсутствии материнского молока оптимальным является вскармливание сцеженным нативным материнским молоком, молоком женщины-кормилицы, банкированным или донорским пастеризованным женским молоком.

3. Противопоказанием для использования полноценного женского молока для вскармливания ребенка следует считать такие его заболевания, как галактоземия или с меньшей степенью категоричности - фенилкетонурия и болезнь "моча с запахом кленового сиропа".

4. Замедленный тип восстановления массы тела новорожденного не является основанием для дополнения питания растворами глюкозы, сладким чаем или смесями для искусственного вскармлива-

ния.

5. Стул частотой до 6-8 раз в сутки при хорошем общем состоянии ребенка и при исключительно грудном вскармливании не может считаться основанием для прекращения прикладывания к груди, пастеризации молока и проведения бактериологических исследований молока и стула.

6. Воспалительные заболевания грудной железы до возникновения показаний к их хирургическому лечению не являются поводом для прекращения прикладывания ребенка или пастеризации молока.

7. Вопросы адекватности и неадекватности грудного вскармливания не могут быть решены на основании простой калькуляции, ориентированной на рекомендуемые нормы потребления химических веществ и энергии.

8. Единственными критериями достаточности (адекватности) грудного вскармливания являются здоровье, активность и положительное эмоциональное состояние ребенка при нарастающей весовой кривой и удовлетворенность ребенка актом сосания.

9. Качественная коррекция грудного вскармливания допустима как по групповым, так и по индивидуальным показаниям в отношении витамина К в условиях родильного дома, витамина D, солей фтора и железа в последующие недели и месяцы жизни.

10. Необходимо давать советы кормящей матери по ее рациону питания и при необходимости настаивать на изменении этого рациона. При этом, основным объектом контроля должны быть источники витаминов и солей. Вегетарианская диета матери совместима с успешным вскармливанием.

11. Наблюдаемые в ходе грудного вскармливания лактационные кризы или тенденции к уменьшению объема секретируемого молока должны купироваться через изменение техники прикладывания, значительным увеличением его частоты, психологической поддержкой кормящей матери и в ряде случаев усилением питания матери.

12. Представляется желательным продления периода чистого, или исключительно грудного, вскармливания до 4-6 и более месяцев жизни. При высоком семейном риске аллергических заболеваний и явной успешности вскармливания, этот период может быть продлен и на второй год жизни.

13. При контроле вскармливания не следует стремиться к формированию рационов дополнительного питания (прикорм и докорм) с целью достижения наиболее высоких темпов роста или весовых прибавок.

14. Тактика введения дополнительного питания и блюд прикорма должна быть ориентирована на сроки полного отлучения от груди около 1-1,5 лет и сохранение максимального эмоционального контакта матери и ребенка в часы кормления.

МЕХАНИЗМ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

Правильно организовать грудное вскармливание позволяет понимание механизма кормления грудью.

На молочной железе (рис.1) выделяется сосок и участок темной кожи вокруг него - околососковый кружок. В области околососкового кружка расположено множество маленьких желез Монтгомери, которые секретируют маслянистую жидкость для поддержания кожи в здоровом состоянии (при мытье молочной железы перед кормлением эта смазка удаляется, и молочная железа травмируется при сосании ребенка). Внутри молочной железы расположены миллионы альвеол, образованных секретирующими молоко железами. Вокруг альвеол расположены мышечные волокна, которые сокращаются и выдавливают молоко. Протоки выводят молоко из альвеол. Под ареолой, протоки расширяются, обра-



Рис. 1. Анатомия молочной железы

зуют млечные синусы, в которых накапливается молоко при подготовке к кормлению. Проходя через сосок, протоки сужаются. Секреторные альвеолы и протоки окружены поддерживающей соединительной тканью и жиром. Именно они определяют форму и размер молочных желез. Как маленькие, так и большие молочные железы содержат одинаковое количество желез, которые способны вырабатывать достаточное количество молока.

Рефлекс пролактина. Продукция молока стимулируется гормоном передней доли гипофиза пролактином (рис.2), который выделяется в ответ на сосание ребенком груди, причем молоко вырабатывается к следующему кормлению. Продукция пролактина усиливается ночью, следовательно, ночное кормление особенно полезно для поддержания выработки молока. Пролактин расслабляет мать, вызывает сонливость, поэтому ночью даже во время

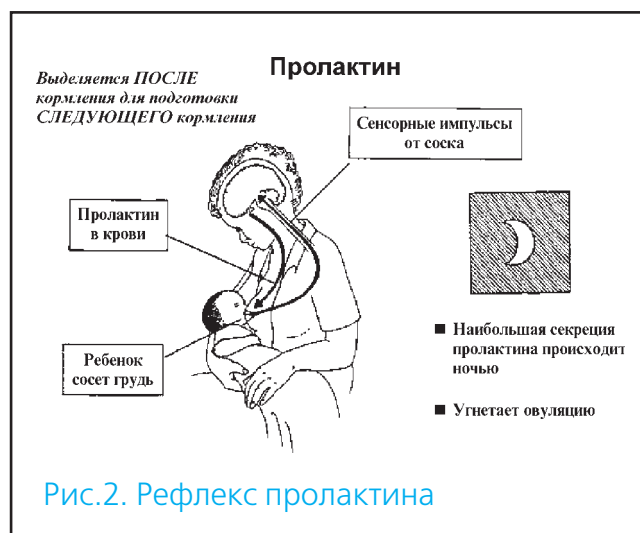


Рис.2. Рефлекс пролактина

грудного вскармливания она обычно хорошо отдыхает. Пролактин подавляет овуляцию, предохраняя женщину от новой беременности. Особенно важно в этом случае ночное кормление.

Рефлекс окситоцина или рефлекс выброса молока. Выделение молока из молочной железы вследствие сокращения мышечных клеток, расположенных вокруг альвеол регулируется гормоном задней доли гипофиза - окситоцином, секретирующимся в ответ на сосание ребенком груди (рис.3). Он стимулирует отделение молока при данном кормлении. Кроме этого окситоцин способствует сокращению матки после родов. Рефлекс окситоцина, в отличие от рефлекса пролактина, зависит от состояния эмоциональной сферы матери. Положительные эмоции от общения с ребенком, уверенность, что грудное вскармливание - это лучшее для ребенка, способствуют работе рефлекса окситоцина, а боль, сомнения, страх, стресс - угнетают этот рефлекс. Признаками активного рефлекса окситоцина являются:

- сжатие или покалывание в молочных железах до начала кормления ребенка или во время кормления;
- выделение молока из молочных желез, когда она думает о ребенке или слышит его плач;



Рис.3. Рефлекс окситоцина



Рис.4. Прикладывание ребенка к груди:
1 - правильное, 2 - неправильное.

большую часть ареолы и расположенную под ней ткань, где находится млечный синус. Ребенок вытягивает ткань груди в форме длинной соски, где сосок составляет только одну треть. Ребенок сосет грудь, а не сосок. Во время сосания язык ребенка выдвинут вперед, и имеет форму чаши. Вдоль языка ребенка от кончика до корня проходит волна сокращения, которая прижимает “соску” грудной ткани к твердому небу. Молоко выдавливается из млечного синуса в рот малыша, и он проглатывает молоко. Если ребенок берет

грудь таким образом, то он правильно приложен к груди и сосание эффективно (рис.4.1.).

Внешние признаки правильного прикладывания к груди:

- подбородок ребенка касается груди матери;
- его рот широко открыт;
- его нижняя губа вывернута наружу;
- большая часть ареолы видна над верхней губой ребенка, а не под нижней;
- щеки ребенка округлены или “растекаются” по груди матери;
- молочная железа принимает округлую форму.

Если ребенок неправильно приложен к груди (рис.4.2) и “засасывает” сосок, это причиняет боль матери. Стараясь получить молоко, ребенок усердно сосет, втягивая и выталкивая сосок, в результате кожа соска растягивается, и образуются трещины. При неправильном прикладывании сосание неэффективно, поэтому молоко отсасывается плохо, появляется нагрубание молочных желез. Ребенок же остается неудовлетворенным, много плачет и требует частого и продолжительного кормления. Ребенку может не хватать молока, и он вообще откажется от кормления. Поскольку молоко полностью не отсасывается, то продуцирование его уменьшается. Все это приводит к плохой прибавке веса ребенка и прекращению грудного вскармливания.

Таким образом, причиной многих трудностей и неудач грудного вскармливания является неправильное прикладывание ребенка к груди. Количество молока, вырабатываемое молочными железами, зависит от того, сколько молока высасывает ребенок и как часто он сосет. Окружающая обстановка должна способствовать грудному вскармливанию.

Таким образом, причиной многих трудностей и неудач грудного вскармливания является неправильное прикладывание ребенка к груди. Количество молока, вырабатываемое молочными железами, зависит от того, сколько молока высасывает ребенок и как часто он сосет. Окружающая обстановка должна способствовать грудному вскармливанию.

- выделение молока из одной груди, в то время когда ребенок сосет вторую;
- выделение молока из молочных желез тонкой струйкой, если ребенок отрывается от груди во время кормления;
- боль внизу живота, сопровождающаяся усилением кровянистых выделений из влагалища во время кормления;
- медленное глубокое сосание и глотание ребенком, свидетельствующее о поступлении молока в его рот.

Грудное молоко содержит вещество - ингибитор, которое сдерживает выработку молока. В том случае, когда в груди остается много молока ингибитор прекращает дальнейшую его секрецию железистыми клетками. Это предохраняет молочные железы от чрезмерного наполнения.

Прикладывание ребенка к груди. Когда ребенок берет в рот грудь, то он захватывает ртом

Причины неправильного прикладывания к груди:

Использование питания из бутылочки	- до начала грудного вскармливания - при введении прикорма, докорма
Неопытная мать	- первый ребенок - предыдущий ребенок вскармливался из бутылочки
Функциональные затруднения	- маловесный или больной ребенок - плохая проходимость млечных - нагрубание молочных желез - позднее начало кормления
Отсутствие надлежащей поддержки	- недостающая традиционная помощь и поддержка - врачи, акушерки и медицинские сестры не обладают достаточными навыками

МЕТОДИКА ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ

Оптимальным для доношенного ребенка является раннее прикладывание к груди - в течение 20-30 минут после родов или 4-6 часов после кесарева сечения.

Цель раннего прикладывания к груди - улучшить адаптацию новорожденных, установить психологический контакт ребенка с матерью, оптимизировать последующее развитие психики. Раннее прикладывание к груди ускоряет инволюцию матки, способствует снятию родового стресса у матери, стимулирует лактацию, уменьшает риск гнойно-септических заболеваний матери и ребенка, сокращает фазу транзиторного дисбиоза и способствует бифидум-трансформации микрофлоры кишечника ребенка.

Противопоказания к раннему прикладыванию к груди (в родильном зале) со стороны доношенного ребенка: тяжелая асфиксия новорожденного, признаки внутричерепной родовой травмы, обильные срыгивания, врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта или требующие срочной хирургической коррекции, заболевания ребенка с ухудшением состояния до тяжелого (меконимальная аспирация, внутриутробная пневмония и др.).

Противопоказания к раннему прикладыванию к груди со стороны матери: пре- и эклампсия в родах, тяжелое кровотечение, острая герпетическая инфекция, острая кишечная инфекция, открытая форма туберкулеза. Конфликт по резус-фактору и антигенам системы ABO и анестезиологическое пособие для производства рафинированности не являются противопоказаниями к раннему прикладыванию ребенка к груди, так как в этот период лактация идет по метакриновому типу, антитела и анестетики в переднее молоко, поступающее к ребенку, проникнуть не могут. При проведении женщины общей анестезии прикладывание ребенка к груди следует осуществлять после пробуждения женщины.

Прикладывать ребенка к груди можно как до, так и после первичной обработки новорожденного и культи пуповины. Ребенка нужно положить на живот матери (контакт "кожа к коже"), он должен ползти к груди и присасываться. Контакт матери с ребенком может осуществляться в течение всего раннего после родового периода (в течение 2 часов после родов).

В последующем оптимальным является совместное пребывание в палате матери и ребенка, где мать кормит ребенка по его требованию. При грудном вскармливании не следует ограничивать крат-

ность кормлений (в первые дни ребенок может прикладываться к груди от 10 до 20 раз в сутки, в последующем при правильной технике кормления и достаточной лактации ребенок сам уменьшает частоту кормления до 7-8 раз в сутки). Для кормления пеленать ребенка следует без фиксации рук. Противопоказаниями к совместному пребыванию матери и ребенка со стороны матери являются: открытая форма туберкулеза, кишечная инфекция, особо опасные инфекции, послеродовой психоз и психические заболевания, создающие опасность для жизни и здоровья новорожденного.

Мыть грудь непосредственно перед кормлением ребенка нецелесообразно. Туалет груди (теплой водой с моющим средством) следует проводить регулярно 2 раза в сутки (утром и вечером).

Докорм молочными смесями крайне нежелателен, его следует рассматривать как "биологическую агрессию". Проведение питьевого режима не рекомендуется, если у матери после кормления остается в груди молоко, состояние ребенка удовлетворительное, нет признаков обезвоживания, потеря массы тела в первые дни жизни за сутки не превышает 3% массы тела при рождении. Если питьевой режим по состоянию ребенка необходим, то поить новорожденного следует стерильной водой, а не раствором глюкозы, т.к. глюкоза неблагоприятно влияет на микрофлору кишечника, вызывает привыкание (пищевой импринтинг на сладкое, что в последующем может способствовать склонности к ожирению и сахарному диабету). Раствор глюкозы для питья у новорожденных может использоваться лишь у детей группы риска по гипогликемии.

Контрольные взвешивания при кормлении новорожденных не целесообразно проводить, если потеря массы тела не превышает физиологические параметры или прибавки массы достаточны.

Если ребенок не приложен к груди к груди в первые 20-30 минут после рождения, его следует приложить к груди, как только исчезнут противопоказания.

При необходимости кормления сцеженным молоком или искусственными смесями суточный объем питания доношенным детям следует определять в первые 10 дней жизни на массу при рождении по формуле Н.Ф. Филатова в модификации Г.И. Зайцевой:

Суточный объем питания = 2% массы тела при рождении (, где (- число дней жизни.

После 10-го дня жизни объем питания у доношенных новорожденных определяют на фактическую массу объемным (1/5 часть) или калорийным (120-125 ккал/кг массы тела) способами.

Если в последующем планируется осуществление грудного вскармливания, кормить ребенка сцеженным молоком или смесью следует из ложечки или из чашки. При кормлении ребенка из чашки ему следует придать вертикальное или полужающее

Примерный режим питания недоношенных детей с массой тела менее 2000 г в первые дни после рождения

Масса при рождении	Возраст (часы)	Интервалы между кормл. (часы)	Разовый объем (мл)	Состав пищи
Менее 1200	4-12	2	1-2	Стерильная вода, затем 5% глюкоза
	12-24	2	2-3	5% глюкоза
	24-48	2	3-4	Питательная смесь
	48-72	2	4-5	Питательная смесь
1200-1500	4-12	2-3	2-3	Стерильная вода, затем 5% глюкоза
	12-24	2-3	4-5	5% глюкоза
	24-48	2-3	6-7	Питательная смесь
	48-72	2-3	8-9	Питательная смесь
1500-2000	4-12	3	3-5	Стерильная вода, затем 5% глюкоза
	12-24	3	6-9	Питательная смесь
	24-48	3	10-12	Питательная смесь

положение, поднести маленькую чашку со смесью или сцеженным молоком к губам ребенка и слегка прикоснуться так, чтобы молоко коснулось губ. При этом ребенок настораживается, открывает рот и начинает сосать, проливая при этом часть жидкости. Не следует лить молоко в рот ребенку, нужно держать чашку у губ и дать ему возможность пить самому. Как только ребенок наестся, он закрывает рот и больше не пьет. При отсутствии возможности в последующем осуществлять грудное вскармливание (отказ матери от ребенка, истинная первичная гипогалактия и т.п.), кормление ребенка целесообразно осуществлять через соску. Кормить ребенка в этих случаях следует через 3 часа, если в одно из кормлений ребенок съел очень мало, в следующее кормление ему следует предложить больший объем или начать кормить раньше, особенно, если ребенок голоден.

Потребность в основных пищевых ингредиентах у доношенных новорожденных детей после восстановления массы тела: белки - 1,8-2 г/кг; жиры - 6,5-7 г/кг; углеводы - 12-14 г/кг.

НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ

Особенностью, определяющей вскармливание недоношенных детей, является их более высокая потребность в пищевых ингредиентах в связи с большими темпами роста на фоне ограниченных функциональных возможностей незрелых печени, поджелудочной железы, почек, кишечника.

Снижен синтез лактазы. Лактазная недостаточность нарастает при заболеваниях, сопровождающихся ацидозом, токсикозом, гипоксией, при проведении фототерапии, при дисбактериозе. Лактаз-

ная недостаточность проявляется клиникой желудочно-кишечного расстройства: беспокойство, плач из-за спазма кишечника, метеоризм, диарея. В диагностике лактазной недостаточности помогают определение pH кала (менее 6,0) и водорода в выдыхаемом воздухе.

Перегрузка белками или высокая концентрация казеина в питательной смеси способствуют развитию метаболического ацидоза, повышению в крови уровня мочевины, аммиака, что может токсически

воздействовать на ЦНС и паренхиматозные органы. Оптимальное соотношение казеина и лактоальбумина в пищевой смеси для недоношенных детей должно составлять 40:60.

За счет недостаточности внешнесекреторной функции печени и поджелудочной железы у недоношенных детей снижена толерантность к жирам, перегрузка жирами приводит к диарее и кетозу.

Оптимальным видом питания является молоко женщины, родившей преждевременно. Молоко преждевременно родившей женщины содержит больше белка (до 19 г/л) и полиненасыщенных жирных кислот, меньше лактозы, чем молоко женщины, родившей в срок. В связи с этим очень важно сохранить лактацию у матери. Для этого необходимо формировать и поддерживать у матери уверенность в успешном грудном вскармливании, опорожнять грудь не реже, чем через 3 часа после легкого массажа, согревания ее, приема теплого питья, стимуляции сосков, массажа рефлексогенных зон спины. Сцеживание грудного молока может проводиться руками, с помощью молокоотсосов либо методом "теплой бутылки". Следует обеспечить частый контакт матери с недоношенным ребенком (желательно "кожа к коже"), не кормить ребенка из соски. Такими средствами можно поддерживать лактацию до нескольких месяцев, несмотря на то, что недоношенный ребенок не прикладывается к груди. При использовании сцеженного молока для питания ребенка сцеживание необходимо проводить непосредственно перед кормлением, в стерильную посуду и не подвергать грудное молоко какой-либо тепловой обработке.

При невозможности обеспечить вскармливание

грудным молоком, недоношенный ребенок должен вскармливаться специальными адаптированными смесями для недоношенных детей. Смеси для доношенных допустимо применять недоношенным детям лишь с 2-3 месяцев жизни.

Вопрос о способе кормления решается индивидуально в зависимости от состояния ребенка, заболеваний, толерантности его к пище, проводимой терапии.

Показания к зондовому кормлению:

- отсутствие или слабые сосательный и глотательный рефлексы;
- масса тела менее 1500г в первые дни жизни;
- недоношенные дети с большей массой тела при тяжелом их состоянии (за счет ДН, НК, интоксикации и т.д.) с угнетением сосательного и глотательного рефлексов;
- дети на ИВЛ, СДППД по способу Грегори.

Осторожного кормления из соски требуют дети с гестационным возрастом менее 33-34 недель гестации, т.к. у них нарушена координация сосания, глотания и дыхания, что может привести к аспирации.

Выделяют 3 этапа зондового кормления:

1. Подбор оптимального режима, способа и состава питательной смеси, исходя из толерантности желудочно-кишечного тракта.
2. Полное зондовое питание в объеме, обеспечивающем стабильную прибавку массы тела.
3. Постепенный переход на самостоятельное сосание.

При зондовом кормлении после введения молока недоношенного ребенка следует укладывать на правый бок. На введение пищи в желудок может быть реакция в виде тахипноэ, брадикардии, апноэ, падения pO_2 .

Если после предыдущего кормления в желудке имеется остаток, он составляет менее 30% объема питания и в нем нет патологических примесей, его следует ввести обратно в желудок, уменьшив объем кормления на 2 объема остатка.

Противопоказания к зондовому кормлению:

- частота дыхания более 80 в минуту;
- нестабильность состояния на ИВЛ (нарушения гемодинамики, микроциркуляции);
- тяжелая гипоксия, некорректируемая ИВЛ;
- применение у ребенка, находящегося на ИВЛ, миорелаксантов или дофамина;
- грубые некорректируемые нарушения КОС и электролитов;
- первые 6 часов после экстубации;
- язвенно-некротический энтероколит;
- парез кишечника II-III степени;
- мелена.

Таких детей следует перевести на парентеральное питание.

К груди недоношенный ребенок может быть приложен при достижении массы тела 1400-1600 г.

Недоношенные дети 1 ст. при относительно удовлетворительном состоянии и массе более 2000 г могут быть приложены к груди в родильном зале при отсутствии противопоказаний (см раздел "Доношенные дети"). При невозможности осуществления грудного вскармливания, дети в зависимости от состояния и возможности осуществления кормления могут начать кормиться из чашки или ложки через 2-3 часа после рождения. Кормление через соску целесообразно лишь при невозможности в дальнейшем осуществлять грудное вскармливание (полное отсутствие грудного молока у матери, брошенный или отказной ребенок). Объем питания в этом случае следует определять калорийным способом, рассчитывая на массу тела при рождении до восстановления первоначальной массы тела, затем на фактическую массу.

У детей с массой тела менее 2000г энтеральное вскармливание следует начинать с пробного кормления стерильной водой. При отсутствии нарушений пассажа воды из желудка - 5% раствором глюкозы, а затем - сцеженным грудным молоком или питательной смесью (питательная смесь и 5% раствор глюкозы в соотношении 1:1). В кормлении недоношенных детей первых дней жизни можно придерживаться следующей схемы (см. выше).

После 72 часов дети с массой тела менее 1200 г должны кормиться сцеженным грудным молоком или питательной смесью через 2,5-3 часа, дети с массой 1200-1500 г - через 3 часа. Объем питания следует считать калорийным способом на массу тела при рождении до восстановления первоначальной массы тела, затем на фактическую массу (при отсутствии дефицита массы).

Дети 1500-2000 г кормятся сцеженным грудным молоком или питательной смесью через 3 часа с третьего дня жизни. Расчет объема питания проводится аналогично.

Энергетическая потребность у недоношенных детей составляет: в 1-е сутки - 10-20 ккал/кг массы тела; во 2-е сутки - 20-30 ккал/кг; в 3-и сутки - 30-40 ккал/кг; далее увеличивается ежедневно на 10 ккал/кг, достигая к 10-му дню жизни - 100 ккал/кг; в 2 недели - 120 ккал/кг; в 3 недели - 130 ккал/кг; в 1 месяц - 140 ккал/кг.

Потребность в белке у недоношенных детей составляет в возрасте до 2 недель - 2-2,5 г на кг массы тела, до 1 месяца - 2,5-3 г/кг, старше 1 месяца - 3-3,5 г/кг. Коррекцию белка при необходимости следует проводить белковым энпитом.

Для детей старше двухнедельного возраста ориентировочно расчет питания может проводиться объемным методом (от 2 недель до 2 месяцев - 1/5 массы тела).

С первых часов жизни недоношенному ребенку необходимо вводить внутривенно 5% раствор глюкозы. Это корректирует энергетическую недостаточность, повышает выживаемость недоношенных де-

тей и улучшает их последующее нервно-психическое развитие. Энергетическая ценность 10 мл 5% раствора глюкозы составляет 2 ккал, 10 мл 10% раствора - 4 ккал.

Недоношенные дети (особенно при массе менее 1500 г), находящиеся на энтеральном питании при пищевой нагрузке 80 ккал/кг и более, нуждаются в добавке: витамин А - 1500 ИЕ, витамин Д - 400 ИЕ, витамин С - 35 мг, витамин В1 - 0,5 мг, витамин В2 - 0,6 мг, витамин В6 - 0,4 мг, витамин РР - 8 мг, витамин В12 - 2 мкг в сутки. Витамин Е назначается со 2-3 дня жизни по 25 ИЕ в сутки, при нормальной переносимости до достижения ребенком массы 1,5 - 2 кг. Фолиевая кислота - по 50 мкг в сутки со 2-7 дня до достижения массы 1,8-2 кг. Коррекция по железу 2 мг/кг в сутки показана с 6-8 недель до 3-4 месяцев. Глюконат кальция - 150-200 мг/кг в сутки с 1 недели до достижения массы 2 кг.

НОВОРОЖДЕННЫЕ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ (ЗВУР) И ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОТРОФИЕЙ

Дети должны вскармливаться индивидуально в зависимости от состояния и толерантности к пище.

Доношенные новорожденные с 1 степенью ЗВУР или внутриутробной гипотрофии - могут быть приложены к груди в родильном зале, кормятся через 3 часа 7-8 раз в сутки. Расчет объема питания и пищевых ингредиентов проводится на должную массу.

Дети со 2 или 3 степенью ЗВУР или внутриутробной гипотрофии должны кормиться первые 10 суток как недоношенные дети соответствующей степени. Затем постепенно объем питания расширяется, расчет питания проводится на приблизительно должную массу (ПДМ).

ПДМ = Фактическая масса + 20% фактической массы

При достижении расчетного объема питания, потребность в основных пищевых ингредиентах определяется: при 2-й степени - белки, углеводы и жиры - на ПДМ, при 3-й степени - белки и углеводы - на ПДМ, жиры - на фактическую массу.

СМЕСИ ДЛЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

При особых состояниях, в случае отсутствия грудного молока или патологии ребенка, не позволяющей осуществлять грудное вскармливание, в питании новорожденных детей следует использовать лечебные продукты:

- смеси для недоношенных и новорожденных с малой массой тела;
- смеси для детей, страдающих фенилкетонурией;
- смеси для детей с лактазной недостаточностью;

- смеси для детей, страдающих муковисцидозом.

Наиболее часто в периоде новорожденности приходится прибегать к смесям для недоношенных и маловесных детей. Такими смесями являются: "Алпрем", "Неонатал", "Пре-Туттели", "Фрисопре", "Энфалак", "Хумана О", "Пре-Нутрилак" и др. Они характеризуются более высоким содержанием белка по сравнению со смесями для здоровых новорожденных. В состав белкового компонента введены сывороточные белки, аминокислотный состав которых ближе к составу аминокислот женского молока, чем казеина - основного белка коровьего молока. Соотношение сывороточных белков к казеину в этих смесях составляет 60:40 или 50:50. В состав смесей обязательно введена аминокислота таурин, необходимая для правильного развития ЦНС и зрительного анализатора.

Жировой компонент смесей для маловесных детей состоит из молочного жира и растительных масел, что дает возможность сбалансировать состав жирных кислот и приблизить его к составу жирных кислот женского молока. В отдельные смеси для недоношенных детей вводятся среднецепочечные триглицериды, для переваривания которых не требуется участия фермента поджелудочной железы - липазы, которая у недоношенных детей еще не обладает достаточной активностью.

Углеводный компонент смесей для недоношенных детей в основном представлен лактозой и декстринмальтозой, обладающих способностью стимулировать рост бифидобактерий, тормозящих развитие болезнетворных микроорганизмов.

Витаминный и минеральный состав продуктов сбалансирован и полностью соответствует потребностям преждевременно родившегося ребенка в этих важных пищевых веществах: в продукты в обязательном порядке вводятся повышенные дозы витаминов Д, Е и С, а также кальция и железа.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Воронцов И.М. Детское питание: философия, теория, опыт. Лекции 1, 2, 3, 4. // Медицинская газета. - 1995. - №№ 2, 4, 10, 12.
2. Воронцов И.М. Диетология развития - важнейший компонент профилактической педиатрии и валеологии детства. // Педиатрия. - 1997. - №3. - С.57-61.
3. Кинг Ф.С. Помощь матерям в кормлении грудью. - ВОЗ, 1995.
4. Ладодо К.С. Основные положения о вскармливании детей на современном этапе. // Медицинская консультация. - 1995. - №2. - С.20-22.
5. Неонатология. /Под ред. Т.Л. Гомеллы, М.Д. Каннигам. - М., Медицина. 1995.
6. Педиатрия. /Под ред. Дж. Грефа. - М., Медицина. - 1997.
7. Шабалов Н.П. /Неонатология. - М., Медицина. - 1997.

Е.Г. Цой, Л.Н. Игишева
Кемеровская Государственная Медицинская Академия,
Кафедра педиатрии №1
Кемеровский Областной Перинатальный Центр

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ

Гипоксия плода и новорождённого является основным фактором, оказывающим влияние на постнатальную адаптацию ребёнка и приводящим к нарушению его развития в последующие годы. Патологическое действие антенатальной и интранатальной гипоксии на организм ребёнка давно являются объектом изучения педиатров, акушеров, невропатологов, физиологов. Наибольшее значение всегда придавалось тяжёлым проявлениям этого страдания, и оставались без внимания отклонения в состоянии здоровья детей, перенесших лёгкую гипоксию, то есть родившихся с оценкой по шкале Апгар 6-8 баллов. Безусловно, столь высокие показатели по шкале Апгар создают впечатление о благополучном состоянии новорождённого, а ущерб, наносимый временным фактором длительного кислородного голодания, остается за пределами внимания исследователей и врачей [1,2].

Гипоксия плода и новорождённого легкой степени, по мнению ряда авторов, более неблагоприятна, чем гипоксия средней степени тяжести. Это объясняется практическим отсутствием реабилитационной терапии при лёгких формах сразу после рождения [3].

Сердечно-сосудистая система, как универсальный индикатор всех патологических процессов, четко и тонко отражает состояние регуляторных механизмов и адаптивные возможности организма [4,5]. Изменения ритма сердца - универсальная оперативная реакция целостного организма в ответ на любое воздействие внешней среды. В настоящее время определение variability сердечного ритма (ВСР) признано наиболее информативным неинвазивным методом количественной оценки вегетативной регуляции сердечного ритма. ВСР обладает потенциалом для обеспечения дополнительной, ценной информации о физиологических и патофизиологических состояниях и для улучшения диагностики нарушений адаптации [6].

Для выявления особенностей ВСР и дизадаптивных признаков были проанализированы ритмограммы у новорождённых, подвергшихся действию хронической внутриутробной гипоксии различной длительности, родившихся с оценкой по шкале Апгар 6-8 баллов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было обследовано 125 детей, родившихся в родильном доме Кемеровского областного перинатального центра. По данным анамнеза дети были разделены на три группы: с длительной внутриутробной гипоксией, как в ранний, так и в поздний фетальные периоды - 59 человек (1-я группа), с внутриутробной гипоксией только в поздний фетальный период - 57 человек (2-я группа) и без влияния гипоксии антенатально - 9 детей (3-я группа).

Всем детям проводили общепринятое сомато-

неврологическое и лабораторное исследование. Кардиоритмограммы записывали преимущественно в первой половине дня между кормлениями детей, в состоянии сна или спокойного бодрствования. Анализировались 420 кардиоциклов (интервалов R-R): 210 - в горизонтальном положении ребёнка и 210 - в положении с поднятой на 30° головой (ортостатическая проба) [7]. Дети обследовались в первые, вторые и третьи сутки жизни. Для оценки состояния ВСП использовалась кардиоритмографическая программа, основанная на математическом анализе сердечного ритма [5,8], модифицированная на кафедре физиологии человека и животных КемГУ [9,10]. При проведении анализа использовались параметры, рекомендуемые кардиоритмологическими стандартами [6].

Для анализа ВСП применялся статистический метод (индексы Баевского). Для выяснения внутренней структуры кардиомассива и скрытых периодичностей использовался автокорреляционный анализ [4]. Для выявления и оценки периодических составляющих сердечного ритма применялся спектральный анализ, позволяющий вычленить колебания ритма сердца различной периодичности. При анализе короткой записи в спектре выделяли три компонента: HF - высокочастотный (0,15 - 0,4 Гц), связанный с дыхательными движениями и отражающий вагусный контроль сердечного ритма; LF - низкочастотный (0,04 - 0,15 Гц), имеющий смешанное происхождение и связанный как с вагусным, так и с симпатическим контролем сердца; VLF - очень низкочастотный (<0,04 Гц). Физиологическая природа VLF наименее изучена. По данным отечественных авторов, мощность VLF отражает степень активации высших вегетативных центров [8,11], или эрготропных систем [7]. Помимо амплитуды компонентов, определяли также TF - общую мощность спектра, отражающую суммарную активность вегетативных воздействий на сердечный ритм, и LF/HF - отношение мощностей низких частот к мощностям высоких, значение, которого свидетельствует о балансе симпатических и парасимпатических влияний.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе анамнестических данных выявили достоверную разницу в возрасте матерей детей сравниваемых групп. Женщины, дети которых испытывали длительную антенатальную гипоксию, оказались старше матерей детей с кратковременной внутриутробной гипоксией и без гипоксии (25,2±0,7 лет, 23,6±0,7 лет и 23,5 (±0,9 лет соответственно). У матерей детей 1-ой группы достоверно

чаще выявляли вегетососудистую дистонию (ВСД) по гипертоническому типу ($p<0,029$). Данный вид ВСД отсутствовал в группе женщин, чьи плоды не страдали от гипоксии. Таким образом, к трансплациентарной форме гипоксии плода приводит не только гипертоническая болезнь, но и преходящее повышение артериального давления во время беременности. Выявление небеременных женщин с предрасположенностью к повышению артериального давления и коррекция причин, приводящих к гипертонии, позволит не только улучшить качество жизни самих женщин, но и их будущего потомства.

Острые респираторные заболевания во время беременности чаще отмечены у женщин, имевших длительную гипоксию плода. Вероятно, инфекционные агенты, вызвавшие ОРЗ, благодаря иммунной системе женщин, не вызывают развития инфекции у плода, но способствуют нарушению газообменной функции плаценты.

Анемия лёгкой степени во время беременности отмечена у 84% матерей наблюдаемых детей. Развитие анемии с ранних сроков гестации достоверно чаще выявлялось у женщин с длительной антенатальной гипоксией ($p<0,001$). Анемия у женщины с уровнем Hb<100 является одной из причин артериально-гипоксемической гипоксии плода. По-видимому, длительность анемии лёгкой степени также способствует нарушению маточно-плацентарного кровотока.

Угроза прерывания беременности наблюдалась у 44,8% матерей обследованных новорождённых. Но у женщин с длительной внутриутробной гипоксией угроза прерывания беременности имела место преимущественно в ранний фетальный период ($p<0,05$).

Развитие гестоза имело место у 38,98% матерей детей 1-ой группы, у 47,37% матерей детей 2-ой группы. В группе женщин, чьи дети не испытывали внутриутробную гипоксию, лишь у одной развился претоксикоз в родах. У беременных с длительной антенатальной гипоксией плода отмечено раннее начало гестоза до 32 недели гестации ($p<0,05$). Раннее начало гестоза всегда должно настораживать в отношении сочетанной формы заболевания, наличие которой следует уточнить, так как особенности лечения сочетанных форм очень существенны.

Все наблюдавшиеся дети родились доношенными, состояние при рождении оценивалось в большинстве случаев как удовлетворительное. По антропометрическим данным и оценке по шкале Апгар сравниваемые группы практически не отличались. С обвитием пуповины родилось 29% детей, и все они испытывали антенатальную гипоксию. У

детей, страдавших от кислородного голодания, чаще наблюдалась приглушенность сердечных тонов в раннем постнатальном периоде. Анализ мышечного тонуса и врожденных автоматизмов в первые сутки выраженных различий по группам не выявил.

Параметры ВСР у детей, перенесших воздействие гипоксии, отличались с первых суток, от параметров детей без гипоксии. Так, у новорожденных первой группы, показатель АМо орто был достоверно больше, чем у детей 3-ей группы (70,24(3,08 и 53,29(2,46 соответственно), также как соотношение АМо орто/ АМо покой (1,06(0,057 и 0,81(0,03 соответственно). Коэффициент вариации V орто в 1-ой группе детей был меньше по сравнению с 3-ей группой (5,19(0,41 и 6,88(0,56 соответственно). Выявленные изменения свидетельствовали о большем влиянии симпатикуса в ортостазе, избыточном вегетативном обеспечении, повышенном расходе функциональных резервов и о меньшем подключении парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) в регуляцию ортостаза у детей, длительно испытывавших внутриутробную гипоксию. При спектральном анализе выявлялась меньшая мощность медленноволновых колебаний в ортостазе в группе детей, испытывавших антенатальную гипоксию, на что указывал показатель S0 орто (1-ая группа = 0,34(0,02, 2-ая группа = 0,33(0,02 и 3-ья группа = 0,41(0,02). Медленные волны с периодами более 30 с, как правило, суммируются с трендами, обусловленными колебаниями более низких частот, и отражаются в мощности первого значения спектральной функции, обозначенном как S0. По мнению Р.М.Баевского этот показатель отражает активность симпатического отдела ВНС. В соответствии со стандартами ВСР S0 является очень низкочастотным компонентом (VLF), отражающих, по мнению ряда исследователей активность высших эрготропных центров, ответственных за адаптацию [7,11]. Можно предположить, что хроническая внутриутробная гипоксия снижает вклад высших вегетативных центров и подкорковых механизмов в процесс управления ритмом сердца, что способствует нарушению адаптации новорожденных к внеутробной жизни.

Достоверной разницы показате-

лей ВСР у новорожденных 1-ой и 2-ой группы в первые сутки не было выявлено. Вероятно, в первые сутки, когда компенсаторные возможности организма реализуются максимально, действие фактора длительности гипоксии нивелируется. Достоверные отличия между этими двумя группами появились лишь на 2-ые сутки. У детей 1-ой группы отмечалось достоверно меньшее значение соотношения очень низкочастотных волн к высокочастотным (VLF/HF) по сравнению с детьми второй группы (2,23(0,40 и 4,26(0,74 соответственно). Возможно, у детей, перенесших длительную внутриутробную гипоксию ввиду сниженного влияния высших вегетативных центров, компенсированное функционирование организма достигается за счёт подключения автономной парасимпатической регуляции.

Максимально различия между детьми, испытывавшими

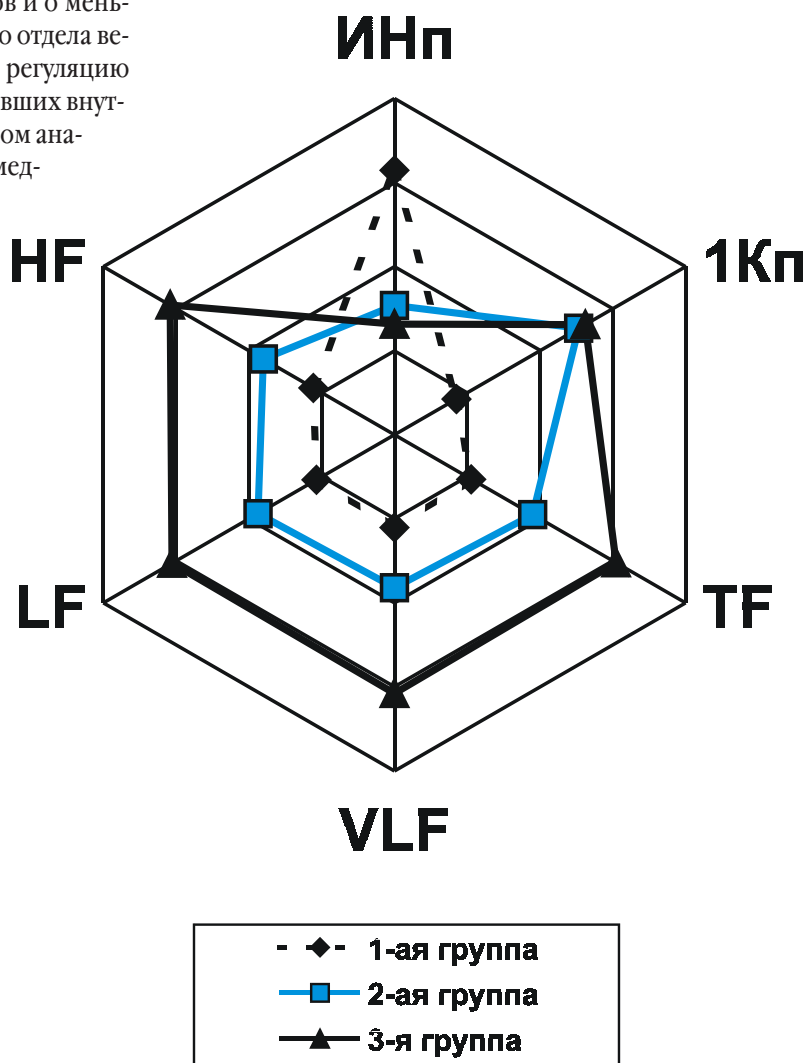


Рис. 1. Параметры ВСР у новорожденных на третьи сутки жизни

гипоксию, были выражены на третьи сутки жизни, когда начинается относительный спад функциональной активности, ослабевают напряжение регуляторных механизмов, наблюдается спад гипофизарной, кортикальной и тиреоидной активности. В группе детей с длительной антенатальной гипоксией в большей степени выражены симпатические влияния в покое (АМо), и угнетены парасимпатические влияния на ВСР, на что указывали показатели SDNN, X, V (рис. 1). Та же тенденция прослеживалась и по показателям АМо/X (индексу вегетативного равновесия) и ИН (индексу напряжения), которые указывали на высокую степень централизации управления сердечным ритмом у детей первой группы. Отличия между новорождёнными с различной длительностью антенатальной гипоксии выявились и в ортостазе. Так, отношение АМо орто/АМо покой у детей с длительной гипоксией было достоверно меньше по сравнению с детьми второй и третьей групп. Это свидетельствовало о недостаточном вегетативном обеспечении и истощении адаптационного резерва организма у детей первой группы. Параметры автокорреляционного (1К) и спектрального (HF, LF, TF) анализов демонстрировали снижение общей мощности спектра в группе с длительной гипоксией. Необходимо отметить, что различия между группами выявлялись и в покое, и при проведении ортопробы, это свидетельствовало об ином уровне регуляции у детей, перенесших длительную антенатальную гипоксию. Таким образом, можно предположить, что хроническая внутриутробная гипоксия способствует формированию своеобразного уровня управления синусовым узлом, отличительными чертами которого являлись смещение высокочастотных волн спектра ВСР в сторону медленно волновых колебаний и низкая общая мощность спектра. В соответствии с современными представлениями это является маркёром неблагоприятного прогноза [12] и требует коррекции в антенатальном и перинатальном периодах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные антенатального анамнеза: возраст беременной женщины старше 25 лет, наличие ВСД по гипертоническому типу, анемии с ранних сроков беременности, угрозы прерывания в ранний фетальный период и развитие гестоза до 32 недель позволяют прогнозировать неблагоприятное течение ранней адаптации новорожденного. Дезадаптационные нарушения выявляются с помощью ритмографии уже с первых суток при проведении ортопробы. На третьи сутки различия параметров волновой структуры ВСР выражены максимально и проявляются в покое, что позволяет выделить де-

тей, перенесших длительную внутриутробную гипоксию в группу с неблагоприятным состоянием регуляторных структур организма. Ритмографическое исследование, является неинвазивной, доступной и высокоинформативной методикой, позволяющей обосновывать коррекционные мероприятия у новорожденных без клинических проявлений нарушений адаптации к постнатальной жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Самсыгина Г.А., Бимбасов Т.А., Неижко Л.Ю., Сергеева Д.А., Хатит З.Х., Зайцева Н.С. //Педиатрия. - 1995. - №3. - С.20-24.
2. Батлук С.Г., Цывьян П.Б. //Вопр. охр. матер. и детства. - 1991. - №3. - С.20-23.
3. Фазлеева Л.К., Городецкая Л.В., Булгакова Л.Е., Трофимова С.И. Реабилитация новорождённых с признаками поражения ЦНС в раннем неонатальном периоде. //Мат-лы респ. науч.-практ. конф. "Перинатальная патология, вопросы диагностики, клиника, реабилитация". - Ульяновск, 1995. - С.24-25.
4. Баевский Р.М. //Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. - М., 1979. - С.97-124.
5. Жемайтите Д.-М.И. Возможности клинического применения и автоматизированного анализа ритмограммы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Каунас, 1972.
6. Heart rate variability. Standards of measurement, psychological interpretation and clinical use. //Eur. Heart J. - 1996. - Vol.17. - P.33-381.
7. Вейн А.М., Каменецкая Б.И., Хаспекова Н.Б. и др. Ритм сердца при кардиоваскулярных нарушениях невротического генеза. //Кардиология. - 1987. - №9. - С.85-89.
8. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. //Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. - М., 1984. - С.36-44.
9. Игишева Л.Н., Ботин С.В., Галеев А.Р. //Педиатрия. - 1995. - №5. - С.17-21.
10. Галеев А.Р. //Использование показателей сердечного ритма для оценки функционального состояния школьников с учётом их возрастных особенностей и уровня двигательной активности: Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. - Новосибирск, 1999. - 20с.
11. Шлык Н.И. Типы регуляции сердечного ритма у детей и подростков //Тез. докл. Междунар. симпозиума "Компьютерная электрокардиография на рубеже столетий". - М., 1999. - С. 129-130.
12. Saul J.P., Aral Y., Berger R.D., et al. Assessment of autonomic regulation in chronic congestive heart failure by the heart rate spectral analysis. - Am. J. Cardiol. - 1988. - 61. - P.1292-9.

С.Ф. Зинчук, Е.В. Пармиснова, В.Г. Зинчук, И.И. Никитина, О.В. Гришасва, И.А. Воронцова, Г.А. Гореликова, И.В. Булгина
Кемеровская государственная медицинская академия
Кемеровский технологический институт пищевой промышленности

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ В РАЗЛИЧНЫХ КОГОРТАХ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КЕМЕРОВА

Нетоксический зуб относится к одному из самых распространенных неинфекционных заболеваний в мире. По различным оценкам зубом болеет от 280 до 800 млн. человек (1,2). Столь широкий размах цифр заболеваемости можно объяснить различными методическими подходами к оценке заболеваемости, особенностями статистического учета (часто зуб не является учетным признаком форм статистической отчетности, либо спорадический зуб не учитывают как нетоксический зуб).

Следует отметить и тот факт, что частью врачей данное заболевание воспринимается через призму искривленной логики. Например, эутиреоидное состояние при зобе, когда в щитовидной железе еще не наблюдается признаков функциональной декомпенсации, не трактуется врачами как заболевание.

Высокий уровень заболеваемости, который сохраняется долгие годы, свидетельствует о нерешенности многих проблем профилактики и лечения этого заболевания. В России на сегодняшний момент отсутствует единая концепция профилактики зоба и ликвидации очагов зобных эндемий.

При планировании и проведении профилактических мероприятий важным аспектом является оценка

заболеваемости зубом в регионе, а также выявление групп риска населения, наиболее предрасположенных к данному заболеванию.

Большое внимание к данной проблеме педиатров и детских эндокринологов обусловлено двумя причинами. Во-первых, - негативными последствиями нетоксического зоба, приводящими к росту соматической заболеваемости, к нарушениям физического, психического и полового развития (3,4,5,6). Во-вторых, - высокой предрасположенностью детей к зобу, которая трактуется как следствие повышенной потребности детского организма в йоде и тиреоидных гормонах в периоды активного роста и полового созревания.

Ранее нами была показана значительная роль для некоторых когорт детского населения в Кузбассе такого фактора как низкое поступление йода с рационами, в которых организованное питание составляло значительную часть (7,8). В свете полученных новых данных исследования, посвященные выяснению особенностей и закономерностей формирования тиреоидной патологии у детей, не утратили своей актуальности.

Целью нашего исследования явилось изучение уровня заболеваемости нетоксическим зубом у некоторых когорт детского населения города Кемерово. Были обследованы три когорты детей с организованной формой питания, составляющей различный удельный вес в суточном рационе - дети, посещающие детские дошкольные учреждения (более 85% суточного рациона), дети, обучающиеся в школах-интерна-

Таблица № 1

Заболеваемость зубом среди детей г. Кемерово

№ №	Обследуемые группы	Кол-во детей	Увеличение ЩЖ		Распределение по степеням увеличения ЩЖ	
			абс. число	%	I	II
1	Детские комбинаты	173	85	49,1	80	5
2	Школы-интернаты	331	259	78,2	236	23
3	Общеобразовательные школы	385	271	70,3	232	39
4	Всего	889	615	69,1	548	67

тах (более 95% суточного рациона) и школьники общеобразовательных школ (около 20% суточного рациона). При обследовании использовался следующий алгоритм - осмотр эндокринолога, определение размеров щитовидной железы методом пальпации, определение концентрации йода в утренней порции мочи церий-арсенитным методом (9,10) с расчетом медианы экскреции и распределения по рангам йодурии, рекомендованным ВОЗ.

Таблица № 2

Показатели экскреции йода с мочой у детей г. Кемерово

№ №	Обследуемые группы	Кол-во детей	Показатели экскреции йода с мочой (по рангам йодурии)				Медиана экскреции мкг/дл
			> 10 мкг/дл	5-10 мкг/дл	2-5 мкг/дл	<2 мкг/дл	
1	Детские комбинаты	90	5	66	19	0	7,1
2	Школы-интернаты	256	5	199	52	0	5,7
3	Общеобразовательные школы	350	42	213	91	4	6,15
4	Всего	696	52	478	162	4	6,2

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из таблицы 1 видно, что уровень распространенности зоба среди детей значительно превышает 10%-й уровень, определяющий наличие зобной эндемии в регионе, и составляет 69,1%. Такой показатель характерен для тяжелых зобных эндемий. Обращают на себя внимание довольно значительные колебания уровня заболеваемости между различными когортами (49,1% - у детей, посещающих детские дошкольные учреждения, 78,2% - у детей из школ-интернатов).

При анализе распределения больных по степеням увеличения щитовидной железы прослеживается тенденция превалирования начальных форм зоба (I и II степени увеличения) как в каждой обследованной группе, так и в целом. Обращает на себя внимание и тот факт, что узловатые формы зоба не регистрировались.

Индекс Ленца - Бауэра (отношение числа больных мальчиков к девочкам) во всех обследованных коллективах в сумме составил 1 : 1,8. В группах детей, посещавших детские комбинаты и школы-интернаты, преобладали больные мальчики над девочками, а в общеобразовательных школах - девочки над мальчиками (1 : 2,9). Уровень данного показателя характерен для регионов, где наблюдаются тяжелые зобные эндемии.

Анализ уровня экскреции йода с мочой (табл. 2) показал, что нормальный уровень йодурии (больше 10 мкг/дл) отмечался лишь у 52 детей (7,47%). Наименьший удельный вес обследованных с нормальной йодурией наблюдался в группе детей, посещавших школы-интернаты (1,95%); наибольший - в группе детей из общеобразовательных школ (12%). Медиана экскреции для всех обследованных составила 6,2 мкг/дл, что характерно для региона со средней степенью йодного дефицита. У основной массы обследованных детей наблюдался легкий (у 68,6%) и средний (у 23,2%) йодный дефицит.

Вышеизложенный фактический материал позволяет сделать следующие выводы:

1. По уровню распространенности нетоксического зоба город Кемерово является зоной зобной эндемии средней степени тяжести.

2. Причиной формирования высокого уровня заболеваемости зобом является широкая распространенность йоддефицитных состояний в организованных детских коллективах города Кемерово.

3. Дети, посещающие детские дошкольные учреждения, школы-интернаты и общеобразовательные школы являются группой высокого риска по возможности заболеть зобом, и в этих коллективах должны проводиться постоянные профилактические противо-зобные мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов А.Г. //Тиреоид Россия. - 1997. - С.39-40.
2. Дедов И.И., Юденич О.Н., Герасимов А.Г. //Проблемы эндокринологии. - 1992. - №3. - С.6-15.
3. Гореликова Г.А., Зинчук С.Ф., Маюрникова Л.А., Никитина И.И. //Вестник Межрегиональной Ассоциации "Здравоохранение Сибири". - 1999. - №3. - С.26-28.
4. Петрова И.Н. Особенности развития на первом году жизни детей с транзиторным неонатальным гипотиреозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ижевск, 1999.
5. Утенина В.В. Диффузный нетоксический зоб у детей (проблема и решение): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Оренбург, 1999.
6. Щеплягина Л.А. //Тиреоид Россия. - 1997. - С.41-42.
7. Зинчук С.Ф., Гореликова Г.А., Маюрникова Л.А., Зинчук В.Г., Воронцова И.А., Никитина И.И. //Вопросы питания. - 1999. - №3. - С.28-30.
8. Парменова Е.В. Гигиенические аспекты зобной эндемии в Кузбассе и пути профилактики зоба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Кемерово, 1997.
9. Бабко А.К., Пилипенко А.Т. Фотометрический анализ. Методы определения неметаллов. - М., 1974.
10. Селятицкая В.Г., Пальчикова Н.А., Галкин П.С. //Клин. и лабораторная диагностика. - 1996. - №5. - С.22-24.

ФАКТОРЫ РИСКА, НАБЛЮДАЕМЫЕ В КАТАМНЕЗЕ, И ИХ ЗНАЧИМОСТЬ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

По результатам наших предыдущих исследований, установлена высокая сопряженность с величиной артериального давления у подростков таких параметров как антигенов HLA A3, A11, B18, B22; гиперурикемии, симпатикотонии, недостаточного вегетативного обеспечения с гипердиастолическим вариантом. Подросткам с первичной артериальной гипертензией (ПАГ) присущи “сенситивные” психохарактерологические акцентуации, полиакцентуированные черты характера, интра-экстравертированность психических реакций, высокая тревожность и нейротизм.

Для оценки прочности связи между заболеванием (ПАГ) и изучаемыми признаками, нами принято изучение ее в катамнезе на протяжении 3-5 лет. Доказательство надежной долготермной связи между заболеванием (ПАГ) и изучаемыми факторами предполагало бы прогностическую значимость последних (вернее, некоторых из них) в донозологической стадии болезни. Этот аспект дополняется утверждением, что многие из этих факторов выявляются намного раньше гипертензионного синдрома (например, гиперурикемия, психохарактерологические типы, HLA и т.д.) и являются конституционально (генетически) обусловленными. Исходя из этих предположений, нетрудно представить изучаемые параметры (HLA, гиперурикемию и т.д.) в качестве маркеров или факторов риска, определяющих развитие артериальной гипертензии.

Наблюдению в катамнезе подверглись 43 подростка (от 12 до 16 лет) с повышенным артериальным давлением (АД). Из вышеописанной группы “гипертоников” в дебюте имели “выраженную” АГ (по классификации ВОЗ от 1994 года) - 31 человек (72,1%). “Нормально высокое” артериальное давление (обозначаемое нами как “пограничное”) отмечалось у 12 человек (27,9%). Мы их обозначили как 2-я группа.

Контрольную группу составили 60 практически здоровых детей того же возраста и пола (1-я группа). Распределение по половому признаку в обеих группах было равномерным.

На протяжении катамнестического наблюдения (3-7 лет) оценивались жалобы, динамика АД, психохарактерологический и вегетативный профили, многократное определение уровня мочевой кислоты, выполнение рекомендаций по режиму, диете, по использованию медика-

ментозных препаратов и т.д.

Анализ амбулаторных карт пробандов и опрос их родителей выявил высокую наследственную отягощенность у них или кровных родственников гипертонической болезнью (97%). Среди этих лиц гиперурикемия определялась в 82,4% случаев. Достоверен тот факт, что среди этих родственников в 2,5-3 раза чаще (в сравнении с контролем) диагностировались такие заболевания, как: мочекаменная болезнь, остеохондроз, артралгии, сахарный диабет 2-го типа.

В настоящее время все наблюдаемые подростки достигли возраста 17-22 лет. Необходимо отметить, что основная часть пациентов (86,1%) не выполняли всех рекомендованных мероприятий по программе лечения АГ. При повышении АД, гипотензивные препараты принимались эпизодически. Также эпизодически 15% молодых людей получали ежегодно кардиотрофную терапию (рибоксин, панангин и т.д.) и седативные средства. Понятно, что результаты лечения не могли оказать какого-либо пролонгированного влияния на динамику АД и изучаемых параметров. Случаи, где за период наблюдения произошла нормализация АД, следует рассматривать как спонтанные.

Из 43 исследуемых подростков, у 20 (46,5%) сохраняется и по настоящее время лабильность артериального давления с эпизодическими его подъемами до “выраженных” величин. С уровнем артериального давления у них достоверно сопряжены такие HLA, как A11 и B22. В начале своего заболевания в 90% эти больные были отнесены к группе детей с “выраженной” АГ (3 группа). В данном случае величину артериального давления (проявившейся в дебюте заболевания) можно рассматривать в качестве маркера для прогноза гипертонической болезни в

будущем.

Уже с уверенностью можно сказать, что у 4 человек из этой группы сформировалась типичная гипертоническая болезнь (стойкое повышение САД до 160/180 мм.рт.ст. и ДАД до 90-100 мм.рт.ст., "гипертоническая" ангиопатия сетчатки, признаки гипертрофии левого желудочка и т.д.).

По истечению пубертатного периода, у остальных 23 человек артериальное давление стабилизировалось на нормальных показателях. Эти подростки при первоначальном обследовании были отнесены к группам с "выраженной" и "пограничной" АГ и удельный вес их в каждой из них составлял 50%.

Средняя концентрация уратов сыворотки крови у всех наблюдаемых в катмнезе лиц (43 чел.) составляла в дебюте $0,342 \pm 0,01$ ммоль/л и достоверно превышала аналогичный показатель у лиц контрольной группы ($0,240 \pm 0,03$ ммоль/л; $P < 0,01$). Удельный вес среди них пациентов с гиперурикемией составлял 80% (32 чел.), что в 8,5 раз выше, чем в контрольной группе (9,5%; $P < 0,001$).

При разделении 2-й группы на подгруппы с "выраженной" и "пограничной" АГ, в каждой из них определены средние уровни сывороточных уратов. При первичном обследовании, в подгруппе с "выраженной" АГ средняя величина мочевой кислоты была равна значению $0,350 \pm 0,012$ ммоль/л, в подгруппе с "пограничной" АГ - $0,322 \pm 0,017$ ммоль/л ($P < 0,01$), а удельный вес "гиперурикемиков" был равен 90% и 58% соответственно. В процессе лонгитудинального наблюдения, значения мочевой кислоты измерялись многократно, но средние показатели урикемии (как и других параметров) вычислялись по последнему году наблюдения и составляли для всей группы с ПАГ - $0,324 \pm 0,01$ ммоль/л; для подгрупп с "выраженной" АГ - $0,334 \pm 0,012$ ммоль/л; для "пограничной" АГ - $0,298 \pm 0,014$ ммоль/л ($P < 0,001$). За весь период наблюдения, во всей 2-й группе количество "гиперурикемиков" уменьшилось с 80% до 60% и в основном за счет лиц с исходной более низкой АГ (подростки с "пограничной" АГ).

Большинство лиц с проявляющейся АГ (20 чел.), сохраняют на всем протяжении и жалобы и высокую степень гиперурикемии. Почти все они из группы детей с "умеренной" АГ. Из этих 20 человек с артериальной гипертензией, удельный вес "гиперурикемиков" составляет 80% (16 чел.). Четверо пациентов имеют непостоянный характер жалоб и лабильный уровень артериального давления.

Данное обследование совершенно четко определило многолетнюю зависимость между степенью и характером артериальной гипертензии и уровнем гиперурикемии. Связь прямо пропорциональная и своими корнями уходит в родословную пробандов.

При оценке вегетативного профиля больных АГ в катмнезе, мы исходили из вышеописанного принципа подбора и сравнения подгрупп. В целом, исходный вегетативный тонус имел некоторую тенденцию к изменению. Так удельный вес пробандов с симпатикотонией в процессе многолетнего наблюдения уменьшился с 73,6% до 55,2% ($P > 0,05$). Это уменьшение не коррелировало с динамикой АД и мочевой кислоты крови. При оценке среднего уровня исходной симпатикотонии у лиц со стабилизировавшимся высоким и нормализовавшимся артериальным давлением мы также не выявили достоверных различий (индексы напряжения практически идентичны $143,0 \pm 25,8$ и $122,0 \pm 19,8$; $P > 0,05$).

При первичном обследовании наблюдаемых нами пациентов с АГ, вегетативное обеспечение в процессе нагрузки было недостаточным - у 23 человек (53,5%), достаточным - у 7 (16,3%), избыточным у 9 (20,9%) и у 4-х -

сомнительным.

Среди детей с "выраженной" АГ (31 чел.), подлежащих наблюдению в катмнезе, случаев с недостаточным вегетативным обеспечением при первоначальном обследовании было несколько больше, чем в подгруппе с "пограничной" АГ (54,8% против 41,6%; $P > 0,05$), а с избыточным - несколько меньше (19,4%, против 25%; $P > 0,05$), но разница была не достоверной.

Средний уровень мочевой кислоты у подростков с недостаточным вегетативным обеспечением составлял $0,366 \pm 0,017$ ммоль/л; с достаточным - $0,294 \pm 0,022$ ммоль/л; с избыточным - $0,358 \pm 0,017$ ммоль/л. Зависимость уровня мочевой кислоты от экстремального характера вегетативного обеспечения в данной ситуации очевидна ($P < 0,05$).

По истечении пубертатного периода (а у нескольких пациентов срок наблюдения - выше 4-х лет) вегетативное обеспечение у пробандов претерпело следующую эволюцию: количество лиц с недостаточным вегетативным обеспечением уменьшилось с 23 человек до 13 (53,5% до 30,2%), с избыточным - с 9 человек до 7 (с 20% до 16,3%) и соответственно возросла (почти в 3 раза) доля молодых людей с достаточным вегетативным обеспечением - с 7 до 19 человек (с 16,3% до 44,2%). Для последних в 84,2% случаев (16 чел.) было характерным нормализация сосудистого тонуса и уровня мочевой кислоты крови ($0,265 \pm 0,015$ ммоль/л). Половина этих людей была из группы с "пограничной" АГ.

У 9 человек с исходным недостаточным вегетативным обеспечением величина и характер адаптации за время наблюдения в катмнезе не изменились. Артериальное давление у 2/3 из них оставалось повышенным. Почти все они (за исключением 1-го человека) относились в своё время к группе подростков с "выраженной" АГ, и в настоящее время - гиперурикемики. Эти молодые люди периодически предъявляют жалобы на головные боли и боли в области сердца; имеют средний уровень мочевой кислоты в крови - $0,383 \pm 0,013$ ммоль/л.

Психохарактерологическая оценка личности (метод ПДО по Личко А.Е. и Иванову Н.Я.) даёт возможность сопоставить некоторые отклонения психических реакций с уровнем артериального давления, представить реакцию на стресс и адаптивные возможности конкретного человека.

В наблюдаемой группе из 43 пациентов с ПАГ, при первичном обращении, характерологические акцентуации распределялись следующим образом (таблица N 1).

Как видно из таблицы, среди "гипертоников" в дебюте заболевания доминировали сенситивные "чистые" и сенситивные "смешанные" (обозначаемые как "сенситивные") психастенические акценты характера. Среди этой группы лиц достоверно меньше случаев с отсутствием акцентуированности.

При длительном наблюдении больные с сохранившимся повышенным артериальным давлением демонстрируют исчезновение прежней сопряжённости между повышенным артериальным давлением и сенситивными чертами характера. У них несколько больше "звучат" истероидные черты характера. Средний уровень мочевой кислоты в сыворотке крови у последних составлял $0,345 \pm 0,016$ ммоль/л, а в целом, по подгруппе - $0,345 \pm 0,015$ ммоль/л.

У пациентов с нормализовавшимся артериальным давлением (в сравнении с контролем), также отмечался высокий удельный вес истероидных личностей. Концентрация мочевой кислоты в крови этих пробандов мало отличается от лиц с другими акцентами характера, за исключением психастенического типа ($0,303 \pm 0,021$, про-

тив $0,252 \pm 0,013$ ммоль/л). В целом, по подгруппе про- бандов с нормализовавшимся АД, уровень мочевой кис- лоты составляет $0,292 \pm 0,014$ ммоль/л. Необходимо отме- тить, что только в этой подгруппе удельный вес “сенси- тивных” молодых людей сохраняется еще на довольно высоком уровне, но имеет тенденцию к уменьшению. Неожиданно резко “упал” процент эпилептоидных лич- ностей (ниже уровня контрольных показателей), что вно- сит некоторый диссонанс в устоявшееся представление о психосоциальном “портрете” нашего региона.

Уровень тревожности у исследуемых подростков мы оценивали методом Спилберга в модификации Ю.Л. Ха- нина. В контрольной группе (69 человек), уровень базаль- ной реактивной тревожности был равен $39,3 \pm 1,05$; лич- ностной - $43,0 \pm 0,83$ баллам. При первоначальном обсле- довании “гипертоники” имели более высокий уровень личностной и реактивной тревожности, особенно это ка- салось подростков с “выраженной” АГ ($48,2 \pm 1,9$ и $46,9 \pm 1,2$ против $43,0 \pm 0,8$ и $39,3 \pm 1,05$ в контроле; $P < 0,001$). В конце катamnестического срока наблюдения в обеих под- группах (независимо от величины артериального давле- ния) реактивная и личностная тревожность осталась на прежнем уровне. Также не удалось доказать достоверной зависимости между уровнем тревожности, высотой арте- риального давления и гиперурикемией.

Подводя итог вышеописанному разделу, можно опре- деленно высказаться о некоторой прогностической роли высоты артериального давления (в дебюте появления АГ) в формировании гипертонической болезни в будущем. Это доказательство основывается на факте стабилизации АГ у лиц с “выраженной” артериальной гипертензией (т.е. с более высоким уровнем АД) и нормализации АД пре- имущественно в группе с “пограничной” АГ. Определена многолетняя зависимость (скорее всего, какая-то генети- ческая связь) между степенью, характером АГ и уровнем урикемии. Связь прямо пропорциональна и уходит в ро- дословную пробандов. Так матери пробандов - преимуще- ственно “гиперурикемики”, а кровные родственники в 2,5 - 3 раза чаще болеют мочекаменной болезнью, остео- хондрозом, артралгиями, сахарным диабетом 2-го типа, гипертонической болезнью.

Что касается оценки таких параметров, как симпати- хотония и психохарактерологическая направленность пробандов, то, в целом, они не несут какой-то прогности- ческой ценности. Первый вышеуказанный признак сопря- гается не только с величиной АД и индекс его напряже-

ния имеет очень широкие колебания, что делает этот ме- тод оценки мало пригодным в коллективе. Характероло- гические особенности человека и уровень его тревожно- сти чрезвычайно переменчивы и наблюдения в катamnе- зе за динамикой данных составляющих также это подтвер- ждают. Изменение акцентуаций у пациентов идет в рам- ках смены одних лабильных, неустойчивых и ранимых черт характера на другие. Конкретные “акценты” не име- ют четкой зависимости от уровня АД и гиперурикемии, что доказано также многолетним наблюдением.

Таким образом, при длительном наблюдении за про- цессом сопряженности с АГ большинства из перечислен- ных факторов, количество последних резко сократилось, но наличие связи оставшихся с синдромом артериальной гипертензии стало фактом достоверным. К этим факто- рам мы отнесли - неблагоприятную наследственность по АГ (1), HLA A11, B22 (2), величину артериального давле- ния в дебюте заболевания (3), гиперурикемию (4), недо- статочное (избыточное) вегетативное обеспечение с ги- пердиастолическим вариантом (5). Возможно, что все эти пять факторов могут являться маркерами артериальной гипертензии (скорее всего ГБ), а некоторые и критерия- ми ее диагностики на донозологическом этапе (1,2,4). Не исключено, что взаимообуславливающее влияние неко- торых параметров (4,5) на сосудистый тонус.

Предполагаем, что зависимость между характером АГ и гиперурикемией проявляется динамикой вегетативно- го обеспечения организма. Последняя характеризует уро- вень адаптивных возможностей организма. Поскольку пу- риновая система с ее макроэргическими соединениями входит в общую систему энергообеспечения организма, гиперурикемия также может свидетельствовать о перена- пряжении адаптивных систем (недостаточное вегетатив- ное обеспечение), либо их избыточной реакции (избы- точное вегетативное обеспечение).

Вопрос лишь состоит в том, в какой мере мочевая кис- лота (конечный продукт обмена пуринов) участвует в про- цессах адаптации; или она маркер активации пуриново- го обмена, или несет какую-то самостоятельную нагруз- ку, или является тем и другим одновременно. Ответить на этот вопрос очень сложно, но даже попытка приблизить- ся к пониманию участия этой системы и одного из ее ме- таболитов в процессах адаптации, тем более при болез- ненных состояниях дает возможность по иному взглянуть на природу некоторых заболеваний, их профилактику и лечение.

Таблица 1

Распределение характерологических акцентуаций при первичном обращении пациентов сопоставляемых групп (в %)

Тип акцентуаций	Группа ПАГ	Контрольная группа	P
1 Гипертимный	2,33	7,5	$> 0,05$
2 Циклоидный	2,33	5	$> 0,05$
3 Лабильный	4,66	3,7	$> 0,05$
4 Астеноневротический	-	1,3	$> 0,05$
5 Сенситивный	18,6	2,8	$< 0,001$
6 Психоастенический	2,33	10,5	$< 0,01$
7 Шизоидный	7	2,2	$> 0,05$
8 Эпилептоидный	27,9	28,5	$> 0,05$
9 Истероидный	2,33	3,8	$> 0,05$
10 Неустойчивый	-	2	$> 0,05$
11 Конформный	2,33	-	$> 0,05$
12 Смешанный	25,6	19	$> 0,05$
13 Неакцентуированный	2,33	13,7	$> 0,05$
14 Сенситивный (чистый + смешанный)	32,5	5,3	$< 0,001$

ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТЕЙ В КУЗБАССЕ

До конца 1980-х годов в России наблюдалось планомерное снижение количества больных туберкулезом. Создавалось впечатление, что близка победа над этим опасным заболеванием. Но, с ухудшением социально-экономических условий в обществе, туберкулез вновь “поднял голову”.

Он не только стал чаще встречаться, но преобразился и отбросил нас в прошлый век многим своим проявлениям. Обширные и скоротечные процессы в органах дыхания, а также поражения костей, мочеполовой и нервной систем, лимфатических узлов, глаз стали встречаться все чаще. Врачу любого профиля следует помнить, что туберкулез не поражает только волосы и ногти. В конце 1980-х и начале 1990-х годов туберкулез стал проблемой не только в России, но и во многих странах мира (1). В других странах увеличение его связывают, главным образом, с распространением ВИЧ-инфекции. В развитых странах к настоящему времени рост туберкулеза удалось остановить. У нас же количество больных продолжает катастрофически увеличиваться.

В Сибири, в том числе в Кузбассе, эпидемиологическая обстановка по туберкулезу значительно хуже, чем в европейской части страны, и темпы увеличения эпидемиологических показателей гораздо более выражены. С 1990 по 1999 годы заболеваемость в России выросла в 2 раза, достигнув 94 на 100 тыс. населения, в Кузбассе - почти в 3 раза, до 139,3 по всем ведомствам (с УИН и МПС), в том числе, - 94 на территории департамента здравоохранения. Смертность от туберкулеза в Кузбассе увеличилась в 3,5 раза, составив 37,6 и 33,7 соответственно, что почти в 2 раза выше, чем по России в целом.

Недоедание, неблагоприятные жилищные условия, безработица, миграция, стрессовые ситуации, алкоголизм, наркомания - далеко не полный набор социальных факторов, способствующих распространению туберкулеза среди населения.

Заболеваемость детей туберкулезом в России выросла с 1990 по 1999 гг. в 2 раза (с 7 до 14,5 на 100 тыс. детского населения). В Кузбассе этот показатель увеличился почти в 3 раза (с 10 до 27,7). Особенно резкий скачок произошел в 1999 году - на 45%. По нашим данным, почти 2/3 из заболевших детей составили дети из социально благополучных семей.

Как известно, туберкулез - инфекционное заболевание. Заражение детей обычно происходит от взрослых, при тесном длительном контакте, чаще в семье, реже - вне семьи. Наибольшую опасность для детей представляют так называемые “неизвестные” больные. Это больные, не знающие о своем заболевании, то есть еще не выявленные, не получающие лечение и не соблюдающие санитарно-гигиенических правил поведения. Туберкулез, особенно в начальных стадиях, часто протекает скрыто, незаметно, ничем себя не проявляя.

Резкое снижение охвата населения профилактическими флюорографическими обследованиями приводит к более позднему выявлению заболевания и, следовательно, к увеличению эпидемиологической опасности туберкулеза, в первую очередь, для детей (2).

Заражение чаще всего происходит аэрогенным путем, реже - алиментарным. Однако заражение далеко не всегда приводит к развитию заболевания. Обычно оно заканчивается так называемым инфицированием. При этом, туберкулезные микобактерии (МБТ) задерживаются в лимфатических узлах, чаще внутригрудных, где развиваются минимальные морфологические туберкулезные изменения, постепенно подвергающиеся обратному развитию. Первичное инфицирование протекает у детей без клинко-рентгенологических проявлений. Единственным его признаком является выражаемость чувствительности к туберкулину, то есть появление впервые в жизни положительной реакции на пробу Манту, которая проводится не реже одного раза в год. Детям, не вакцинированным БЦЖ или вакцинированным без формирования рубчика, проба Манту должна проводиться каждые полгода. Нередко это требование не учитывается. В течение года после первичного инфицирования сохраняется повышенный риск развития заболевания. Поэтому очень важно вовремя выявить этот опасный период в жизни ребенка и направить его к фтизиопедиатру для детального обследования на туберкулез и проведения профилактических мероприятий.

Как известно, противотуберкулезная вакцинация нередко ведет к появлению туберкулиновой аллергии. Выявление инфицирования на таком фоне нередко вызывает значительные трудности. Признаком инфицирования следует считать нарастание чувствительности к туберкулину с увеличением размеров папулы на 5 мм и более, а также появление реакции на туберкулин в виде папулы 12 мм и более. Подобная динамика туберкулиновой чувствительности является показанием для направления к фтизиатру и ранее инфицированных детей (2, 3).

С целью предупреждения перехода инфицирования в заболевание, детям назначается химиопрофилактика одним или двумя противотуберкулезными препаратами в течение 3-х, иногда 6-ти месяцев в санаторных условиях.

К сожалению, период первичного инфицирования выявляется далеко не всегда. И даже при его выявлении не все дети попадают к фтизиопедиатру. Отсутствие химиопрофилактики грозит инфицированным детям раз-

витием заболевания. Анализ случаев запущенных форм туберкулеза у детей, выявленных в нашей области в 1999 году, показал, что более половины из них не получали химиопрофилактику в период выража. Некоторые из этих случаев закончились летальным исходом.

Второй важной причиной заболевания детей и развития осложненных форм туберкулеза явилось отсутствие изоляции от бактериовыделителя в семье. Например, в г. Кемерово, где был закрыт детский противотуберкулезный санаторий, в 1999г. заболеваемость детей выросла в 2,5 раза, что повлияло на ухудшение показателей всей области.

Иногда источником заражения новорожденного является его мать. Как известно, беременность и роды это факторы, значительно повышающие риск заболевания женщин туберкулезом. Туберкулез чаще развивается во время беременности, а проявляет себя в послеродовой период. Заболевание в таких случаях, как правило, приобретает злокачественное быстро прогрессирующее течение (2). У нас в области наблюдалось несколько случаев заражения больными женщинами в роддоме своих и чужих новорожденных с развитием тяжелых форм туберкулеза. Поэтому так важно проводить клиническое обследование женщин на туберкулез во время беременности и флюорографию в раннем послеродовом периоде.

К развитию заболевания туберкулезом предрасполагает так же ранний детский и подростковый возраст. Именно в эти возрастные периоды наблюдаются наибольшие темпы увеличения заболеваемости и наиболее злокачественное его течение (2, 4).

Заболевание туберкулезом протекает преимущественно малосимптомно и бессимптомно и выявляется в 2/3 случаев при профилактических обследованиях - среди детей с виражом туберкулиновой пробы, гиперергической реакцией на туберкулин или с нарастанием ее, а также детей из контакта с бактериовыделителями. В то же время, в последние годы нередко стали встречаться остро текущие формы туберкулеза с генерализацией процесса, с поражением менингеальных оболочек, особенно в раннем детском возрасте (3). Такие дети направляются к нам из детских стационаров общей лечебной сети, нередко поздно, - через 3-8 недель после поступления. Часто острыми клиническими проявлениями сопровождаются экссудативный плеврит туберкулезной этиологии и полисерозиты.

В последние годы у детей значительно увеличилась частота внелегочных локализаций туберкулеза. Нередко внелегочные процессы выявляются поздно. Поэтому необходимо проводить обследование на туберкулез детей с заболеваниями неясной этиологии различной локализации. Такому обследованию подлежат все больные с хронической патологией мочевой системы.

Обращает на себя внимание значительное учащение случаев туберкулеза гениталий у девочек старшего возраста и подростков. Чаще чем в предыдущие годы, стали встречаться параспецифические проявления туберкулеза. Это - неспецифические изменения токсико-аллергического характера, развивающиеся в ответ на развитие специфической туберкулезной инфекции. Параспецифические реакции проявляются в виде кератитов, конъюнктивитов, фликтен, узловатой эритемы, летучих болей в суставах и т.п.(2).

Нами изучены особенности клинических проявлений туберкулеза в современных условиях у 121 ребенка от 0 до 18 лет. Анализ показал, что клинические симптомы отсутствуют полностью лишь в 6% случаев. Преобладающим являлся синдром интоксикации различ-

ной степени выраженности, как правило, переносимый вполне удовлетворительно. Этот синдром наиболее часто проявлял себя нарушением физического развития (63%), снижением аппетита (59%), повышением температуры (59%), изменением поведения (45%). Симптоматика со стороны органов дыхания встречалась существенно реже, чем общие проявления. Так, например, кашель отмечался менее чем в 1/2 случаев (48%), как правило, сухой или с незначительным количеством мокроты, одышка - в 1/4 (26%). Более выраженные клинические проявления наблюдались при осложненных формах туберкулеза, частота которых в современных условиях значительно выросла, составив 50%. Эти формы в 9% случаев имели острое начало и лишь в 3% случаев - бессимптомное течение.

Как известно, самой частой клинической формой у детей является туберкулез внутригрудных лимфоузлов. По нашим данным он составил 60%. Обращает на себя внимание, что значительно чаще, чем в предыдущие годы стали встречаться у детей инфильтративный туберкулез (13%), плеврит (5%) и туберкулез внелегочных локализаций (12%).

Из осложнений туберкулеза органов дыхания чуть менее 1/2 составили долевые и сегментарные бронхолегочные поражения, то есть ателектазы с неспецифическим воспалением. Настораживает значительная частота полостей распада - 15%. Плевриты среди осложнений составили 8%, диссеминации - 13%. Частота плевритов, в целом, с учетом самостоятельной клинической формы и осложнений, составила среди всех детей 9% (11 случаев).

Из внелегочных поражений наиболее частым явился туберкулезный менингит - у пяти детей, в том числе, - в четырех случаях он сочетался с туберкулезом органов дыхания, а в одном был самостоятельной формой туберкулеза. По четыре случая составили туберкулез мезентериальных лимфоузлов, паренхиматозный туберкулез почек, туберкулез периферических лимфоузлов. У одной девочки диагностирован туберкулезный аднексит.

По данным объективного обследования общее состояние большинства детей оставалось удовлетворительным. Периферический полиаденит был выявлен в 79% случаев, но лишь в 45% случаев увеличивалось более пяти групп лимфоузлов. Физикальные данные были скудными. Притупление перкуторного звука отмечено лишь в 1/3 случаев, аускультативные изменения в виде ослабленного дыхания и хрипов - в 40% случаев. Реакции на туберкулиновую пробу Манту были преимущественно нормергические (55%) и гиперергические (28%). В то же время, в 5% случаев отмечены отрицательные реакции на туберкулин, что объясняется анергией при тяжелом течении заболевания. Гиперергическая чувствительность чаще всего имела место при неосложненных и ограниченных формах туберкулеза. Следует отметить, что отрицательная реакция на туберкулиновые пробы в предыдущие годы (до заболевания) имела место лишь в 24% случаев. У большинства же она была положительной, как за счет поствакцинной аллергии, так и за счет инфицирования. В анализах крови преобладали умеренные или слабо выраженные изменения воспалительного характера, иногда отмечалась небольшая анемия.

В последнее время отмечается резкое увеличение частоты бактериовыделения у больных детей. Если в конце 80-х годов оно составляло 2-3%, то в настоящее время (на нашем материале) стало равно 14,2%. Среди подростков 21,9% детей оказались бактериовыделите-

лями.

В трудных случаях диагностики нами используется обследование на микобактерии полимеразной цепной реакцией (ПЦР). Исследуется кровь, смывы из бронхов, моча и другие материалы. В изученной группе детей ПЦР была проведена в 32-х случаях, в 23-х - получены положительные результаты.

Все случаи туберкулеза органов дыхания подтверждены рентгенологическими исследованиями с обязательной томографией средостения. В сложных случаях диагностики проводилась компьютерная томография. При заболевании туберкулезом чаще всего увеличиваются бронхопульмональные группы лимфоузлов с одной стороны или асимметрично при двухстороннем поражении. Изменения в легочной ткани (инфильтраты, ателектазы) при первичном туберкулезе у детей наиболее часто локализируются в 3-м, 4-м и 5-м сегментах. При развитии вторичного туберкулеза, чаще встречающегося у детей старшего возраста и у подростков, преимущественно поражаются 1-й и 2-й сегменты. Полости распада обычно встречаются у детей старшего возраста.

С целью своевременного выявления туберкулеза необходимо обязательное целенаправленное обследование всех детей с затяжными и рецидивирующими неспецифическими воспалительными заболеваниями органов дыхания. При наличии клинико-рентгенологического синдрома диссеминации, ателектаза, полости распада в легких всегда обязательна дифференциальная диагностика с туберкулезом.

Клинические формы туберкулеза у детей и подростков включают, кроме указанных выше, туберкулезную интоксикацию. Это - форма, при которой не удается обнаружить локализацию процесса с помощью современных методов обследования. Клинически она проявляется длительным синдромом интоксикации и периферическим полиаденитом. При диагностике туберкулезной интоксикации большое значение имеют исключение других причин интоксикации, учет контакта с больными туберкулезом и определение туберкулиновой чувствительности.

Нами проведен анализ результатов обследования на туберкулез 37 детей с 0 до 18 лет с длительным субфебрилитетом неясного генеза, у которых в общей лечебной сети были исключены другие возможные причины интоксикации. Субфебрилитет наблюдался по вечерам и сопровождался слабостью, апатией, снижением аппетита, головными болями, потливостью. Дети отставали в весе. Длительность интоксикации составляла от 2-х месяцев до 2-х лет. При объективном и рентгенологическом обследовании патологических изменений не найдено. Туберкулиновая проба дала положительные результаты у 34-х из 37 детей. Большинство детей были инфицированы в течение ряда лет, выраж туберкулиновой пробы отмечен лишь в 7 случаях, резко положительная реакция - в 4-х.

Исследование крови методом ПЦР позволило обнаружить МБТ у 16 детей из 37, то есть у 43,2%. Частота обнаружения бактериемии возрастала с увеличением чувствительности к туберкулину. Как правило, эти дети не были вакцинированы против туберкулеза или вакцинированы некачественно. У давно инфицированных детей не была проведена химиопрофилактика в период выража туберкулиновой чувствительности. Детям с туберкулезной бактериемией проведено специфическое лечение двумя-тремя противотуберкулезными препаратами в течение 3-6 месяцев. На фоне терапии отмечена нормализация температуры, уменьшение, а затем исчезновение других проявлений интоксикации. Повторное

исследование крови на МБТ методом ПЦР у 7 детей через 3-7 месяцев дало отрицательные результаты.

Туберкулезная бактериемия в сочетании с отсутствием локальных патологических изменений дала основание поставить диагноз туберкулезной интоксикации 16 детям.

Если туберкулезная интоксикация относится к начальным проявлениям туберкулеза, то наиболее далеко зашедшими его формами являются милиарный туберкулез, казеозная пневмония, фиброзно-кавернозный туберкулез. Милиарный туберкулез и казеозная пневмония характеризуются яркой клиникой и тяжелым течением. Эти формы относятся к остро прогрессирующим и без специфического лечения заканчиваются летальным исходом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболеваемость туберкулезом у детей в Кузбассе с 1990 по 1999 годы выросла почти в 3 раза и в 2 раза превышает среднюю по России. Туберкулез протекает более злокачественно, в 50% случаев сопровождается осложнениями, в 14% - бактериовыделением. Частота экссудативных плевритов составляет 9% среди больных туберкулезом детей. Значительно чаще стали встречаться внелегочные локализации туберкулеза (более 10% среди всех форм), особенно туберкулезный менингит, туберкулез почек, периферических лимфоузлов.

Тем не менее, и в современных условиях преобладает постепенное начало и малосимптомное течение заболевания. На 1-ом месте среди клинических проявлений находится синдром интоксикации, обычно длительный и сравнительно хорошо переносимый. Жалобы на кашель и одышку встречаются лишь в половине случаев. Физикальные данные выражены слабо, нередко отсутствуют. В то же время, нередко встречаются остро текущие формы туберкулеза с высокой температурой и тяжелым состоянием больных, особенно в раннем детском возрасте.

Важными методами диагностики являются туберкулиновые пробы, рентгенологическое и флюорографическое обследование членов семьи для установления возможного источника заражения. В трудных случаях в постановке диагноза помогает обследование на МБТ методом ПЦР.

Основные направления профилактики туберкулеза у детей - проведение прививок БЦЖ, назначение химиопрофилактики инфицированным впервые и детям с гиперергической чувствительностью к туберкулину, изоляция от бактериовыделителей (для чего необходимо своевременное выявление взрослых больных-источников инфекции). Большое значение имеют улучшение социальных условий, полноценное питание и здоровый образ жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визель А.А., Гурьева М.З. Туберкулез: Этиология, патогенез, клинические формы, лечение. - М., 1999г. - С.207.
2. Туберкулез у детей и подростков: Руководство для врачей. - С-Пб. - 1999г. - С.336.
3. Павлова М.В. //Пробл. туб. - 1999г. - N3 - С.15-19.
4. Барышникова Л.А., Сухов В.М., Мельник Л.Е. // Пробл. туб. - 2000г. - N4. - С.20-21.
5. Приказ N 324 от 22.11.1995 г. О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации. - М. - 1995г. - С.154.

Е.Г. Костромина, И.М. Сутулина, Н.К. Жилинская
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 Кафедра педиатрии №1
 Кемеровский областной перинатальный центр

ОПЫТ РАБОТЫ “ШКОЛЫ БУДУЩИХ РОДИТЕЛЕЙ И ПОДГОТОВКИ К РОДАМ”

В последние годы значительно снизилась активность медицинских работников в проведении санитарно-просветительной работы и подготовке женщин к беременности, родам, уходу за ребенком.

По данным анкетирования родильниц в родильном доме Кемеровского областного перинатального центра (КОПЦ), основным источником знаний по беременности и уходу за ребенком 51% женщин считают книги, 28% женщин собираются пользоваться семейным опытом, используя знания и навыки своей матери, свекрови или собственный опыт ухода за младшими братьями и сестрами. Только 17% женщин в качестве основного источника информации признают медицинских работников. В 14% случаев родившие женщины нигде никакой информации по этим вопросам не получали, и не знают, где ее взять. Все женщины знают о пользе грудного вскармливания, но о том, как правильно кормить ребенка имеют представление только 39% женщин, полностью владеют какими-либо знаниями о технике грудного вскармливания 7%, слабыми знаниями обладают 54% женщин. В вопросах ухода за ребенком первого года жизни хорошо ориентируются 40% матерей. Не знают, как ухаживать за малышом - 7% женщин, а 53% - слабо ориентируются в этом вопросе. Правильную тактику при болезни ребенка смогли выбрать только 44% женщин, совершенно неправильно пытались действовать 15% женщин, 41% матерей ориентировались слабо.

Одним из путей интенсификации санитарно-просветительной работы является “Школа будущих родителей и подготовки к родам”. В КОПЦ она работает с марта 1999 года. В работе школы принимают участие неонатолог, акушер-гинеколог, врач - консультант по грудному вскармливанию, психолог, священник, юрист. Курс занятий проводится в течение 1 месяца, 2 раза в неделю. Подготовка предусматривает работу с небольшими группами беременных (5-6 человек), на занятия приглашаются и приходят будущие папы, бабушки и дедушки.

Подготовка осуществляется по 3 основным направлениям:

1. Образовательная программа - преследует цель информировать будущих родителей о физиологических механизмах деторождения, особенностях режима питания, правил гигиены во время беременности, родов и в послеродовом периоде, правилах ухода за ребенком, принципах грудного вскармливания.

2. Воспитательная программа - предусматривает воспитание чувства материнства, родительства посредством формирования духовной связи между родителями и еще не родившимся ребенком, родительской культуры, чувства ответственности за семью. Это помогает молодым родителям относиться к рождению ребенка как к естественному и радостному событию в своей жизни. Взрослое окружение будущего ребенка знакомится с новым разделом науки о человеке - перинатальной психологи-

ей, занимающейся изучением психической жизни плода и пытающейся дать ответы на вопросы: когда начинается психическая жизнь плода, каково влияние матери на психику рождающегося человека, как влияет процесс беременности, родов и неонатальный период жизни на психику человека. В этом разделе работы принимают участие священник и психолог. Священник знакомит беременную женщину с традиционными взглядами православной церкви на семью, брак, воспитание детей, в которых семья рассматривается как любовь и ответственность, а ребенок с момента зачатия - как личность.

3. Оздоровительная программа - предусматривает освоение беременными женщинами специальной гимнастики - для укрепления мышц, участвующих в родовом акте, и тренировки сердечно-сосудистой системы; дыхательной гимнастики - для профилактики гипоксии плода и правильного дыхания в родах; методики релаксации - для умения управлять своим телом во время родов. Кроме того, она включает музыкотерапию - прослушивание музыкальных аудиокассет серии “Happy baby” и пение колыбельных песен.

В течение 1,5 лет обучение в Школе прошли 163 женщины.

Предварительное изучение эффективности обучения в Школе выявило, что у детей, родившихся от обученных в Школе женщин, реже наблюдались острая асфиксия новорожденного и синдром дезадаптации ЦНС, по сравнению с детьми, родившимися от не прошедших обучение женщин (соответственно: 15% и 74% - в основной группе, 20% и 100% - в группе сравнения). Установка на успешное грудное вскармливание способствовала более быстрому становлению лактации у женщин, что предупреждало патологическую потерю массы тела у детей. Первоначальная потеря массы, превышающая 8%, наблюдалась лишь у 1 из 10 детей, матери которых обучались в Школе; в группе сравнения патологическую потерю массы имел каждый третий ребенок. Женщины, прошедшие обучение в Школе, были ориентированы на совместное пребывание с ребенком и стремились к госпитализации в палату “Мать и дитя” сразу после родов. Ранняя выписка (до 6-го дня) у них была возможна в 52% случаев, тогда как среди женщин, не обучавшихся в Школе, только в 30% случаев. Шесть семейных пар были подготовлены к “партнерским родам”.

В перспективе - изучение влияния подготовки в Школе на продолжительность грудного вскармливания, состояние здоровья детей в течение первого года жизни.

Используемая методика проста и доступна, не требует значительных материальных затрат, но в то же время современна, эффективна и ее можно рекомендовать к внедрению в работу заинтересованных учреждений.

АГАММАГЛОБУЛИНЕМИЯ У МАЛЬЧИКА - ЖИТЕЛЯ КЕМЕРОВО

Частота большинства первичных иммунодефицитов (ПИД) составляет 1/25 000 - 1/100 000 населения. Такой вариант врожденного иммунного дефекта, как селективный дефицит IgA, встречается с частотой 1/500 - 1/700 человек. Из-за недостаточной настороженности врачей и сложности диагностики регистрация и диагностика первичных иммунодефицитов в России составляет лишь несколько процентов от ожидаемых цифр.

Симптоматика первичных иммунодефицитов имеет свои особенности и не соответствует обычной частой инфекционной заболеваемости. К особенностям инфекции при иммунодефиците относятся:

- повторность инфекции, склонность к хронизации;
- мультифокальность инфекции;
- необычное течение инфекции;
- необычность возбудителя.

Предрасположенность к инфекциям является одним из основных, но далеко не единственным, а в ряде случаев даже второстепенным синдромом. К неинфекционным клиническим проявлениям, часто встречающимся при иммунодефицитных состояниях, относятся: диарея и грубое отставание в физическом развитии, артропатии и синдром, подобный системной красной волчанке, гепатоспленомегалия и гематологические изменения (например, агранулоцитоз), аплазия лимфоидной ткани (лимфоузлов, миндалин) и гиперплазия лимфоидной ткани (неинфекционная и неонкологическая лимфаденопатия, спленомегалия, гипергаммаглобулинемия), идиопатические эндокринопатии (в том числе гипопаратиреоз) и неврологические нарушения (ментальная недостаточность, микроцефалия, атаксия), признаки преждевременного старения (например, седые волосы) и склонность к онкологическим заболеваниям (у больного и у членов семьи), скелетные дефекты и пороки сердца. Все эти симптомы могут встречаться при определенных или при многих иммунодефицитных состояниях.

Кроме того, существуют хорошо очерченные синдромы, компонентом которых является первичный иммунодефицит. Примерами могут служить синдром Вискотта-Олдрича, синдром атаксии-телеангиэктазии (Луи-Бар), синдром Ди Джорджи.

Выделяют 10 симптомов, настораживающих в отношении первичного иммунодефицита. К ним относятся:

- частые заболевания отитом (не менее 6 - 8 раз в течение одного года);
- несколько подтвержденных серьезных синуситов (не менее 4 - 6 раз в течение одного года);
- более двух подтвержденных пневмоний;

- повторные глубокие абсцессы кожи или внутренних органов;

- потребность в длительной терапии антибиотиками для купирования инфекции (до 2 мес или более);

- потребность во внутривенном введении антибиотиков для купирования инфекции;

- не менее двух глубоких инфекций, таких как менингит, остеомиелит, целлюлит, сепсис;

- отставание грудного ребенка в росте и массе;

- персистирующая молочница или грибковое поражение кожи в возрасте старше 1 года;

- в семье: наличие первичных иммунодефицитов, факты ранних смертей от тяжелых инфекций или наличие одного из вышеперечисленных симптомов;

Агаммаглобулинемия относится к первичным иммунодефицитам, обусловленным недостаточностью гуморального иммунитета и является редким заболеванием. По разным данным частота заболевания составляет от 1:1000000 до 1:3000000 человек. Тип наследования - рецессивный, сцепленный с X-хромосомой. Болеют мальчики, хотя бывают спорадические случаи у девочек, обусловленные аутомно-рецессивным наследованием. В основе заболевания лежит отсутствие или снижение концентрации в сыворотке крови иммуноглобулинов всех классов, обусловленное отсутствием В-лимфоцитов, либо их неспособностью продуцировать антитела. В результате резко снижена резистентность организма к бактериальным инфекциям.

Клинические проявления агаммаглобулинемии появляются во втором полугодии жизни, так как в первые месяцы жизни ребенка защищают IgG матери. Характерны рецидивирующие полиморфные бактериальные инфекции (отиты, синуситы, стоматиты, пиодермии, бронхиты, пневмонии), характеризующиеся вялым, затяжным течением. Нередко возникают также генерализованные инфекции (менингит, сепсис, остеомиелит). Детские вирусные инфекции (корь, ветряная оспа) протекают тяжело, с бактериальными осложнениями. У половины детей наблюдается картина, подобная ревматоидному артриту, которая быстро купируется после начала заместительной терапии иммуноглобулином. Заболевание протекает с резким отставанием ребенка в физическом развитии.

Диагностика, помимо характерной клинической

картины, основывается на отсутствии в сыворотке крови иммуноглобулинов всех классов.

Основой лечения является заместительная терапия иммуноглобулином в дозе 0,5-1 мл/кг 1 раз в 3-4 недели.

Больной Л., 13 лет, проживал в пригороде г. Кемерово в социально неблагополучной семье. Ребенок от 8-й беременности, 4-х родов. Родители здоровы. Первый ребенок в семье, мальчик, умер в возрасте 1 года 3 месяцев от стафилококковой пневмонии. В семье еще двое детей, девочки, здоровы. У бабушки по материнской линии было 11 детей, из них трое умерли в младенческом возрасте. Течение беременности без особенностей, роды в срок. Масса при рождении 3000 г, длина тела 54 см. Прививка БЦЖ проведена в роддоме. В периоде новорожденности наблюдалось мокнутие пупка до 1 месяца. На естественном вскармливании ребенок находился до 2-х месяцев, далее переведен на смешанное и вскоре на искусственное. За первое полугодие жизни 1 раз перенес ОРВИ.

С 7 месяцев ребенок начал часто болеть, одно заболевание сменяло другое с перерывом не более 2-х недель. В 7 месяцев мальчик перенес катаральный отит, в последующие 2 месяца - 3 раза ОРВИ, из них один раз - с гнойным конъюнктивитом. В 9 месяцев - обструктивный бронхит. В 10 месяцев - гнойный отит. В 1 год - вновь ОРВИ. В 1 год 1 месяц - кишечная инфекция стафилококковой этиологии и афтозный стоматит, по поводу чего был впервые госпитализирован. В 1 год 2 месяца - повторно афтозный стоматит. В 1 год 3 месяца - язвенно-некротический стоматит и обструктивный бронхит. В 1 год 4 месяца ребенок перенес стафилодермию. В возрасте 1 года 5 месяцев впервые возникла правосторонняя полисегментарная затяжная пневмония. В 1 год 6 месяцев - вновь гнойный отит. С 1 года 8 месяцев до 1 года 10 месяцев - 2 эпизода бронхита, протекавшие с температурой до 39°C и с отхождением большого количества мокроты. В 1 год 11 месяцев ребенок перенес ветряную оспу, течение которой осложнилось гнойным отитом, афтозным стоматитом и правосторонней нижнедолевой пневмонией.

В 2 года ребенок впервые госпитализирован в МДКБ, проведено иммунологическое обследование и выявлен дефицит IgA и IgG; рекомендовано проводить терапию иммуноглобулином при ОРВИ и бактериальных инфекциях. Однако в дальнейшем при ведении ребенка эти рекомендации не учитывались.

На 3-м году жизни ребенок трижды перенес полисегментарную деструктивную пневмонию с затяжным течением, осложненную реактивным плевритом. Кроме того, за год ребенок дважды болел гнойным отитом, один раз - осложненным анtritом справа.

В возрасте 2 лет 5 месяцев у ребенка появился суставной синдром, был выставлен диагноз: Ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма. Сопутствующий диагноз: Вторичный иммунодефицит. В клинике отмечалось поражение лучезапястных, голеностопных, левого коленного и левого тазобедренного суставов. На фоне противовоспалительного лечения суставной синдром быстро купировался и в дальнейшем не рецидивировал.

После 3-х лет у ребенка продолжалось течение бронхолегочного процесса - пневмонии и бронхиты

3-4 раза в год. Периодически возникали гнойные отиты, бактериальные поражения кожи, рецидивы гнойного гайморита, серозный менингит. В возрасте 5 лет 3 месяцев ребенок перенес сепсис, септикопиемическую форму (пневмония, гнойный перикардит). При обследовании: в иммунограмме следы Ig A, Ig G не найдено, Ig M - 0,56 г/л. Впервые выставлен диагноз: Первичный иммунодефицит, агаммаглобулинемия. Рекомендовано ежемесячно вводить ребенку иммуноглобулин, однако в амбулаторных условиях эти рекомендации не выполнялись.

С 8 лет относительно регулярно получал заместительную терапию иммуноглобулином, на фоне которой у ребенка уменьшилась частота рецидивов бактериальных процессов, обострения хронического бронхолегочного процесса отмечались около 1 раза в год.

Последняя госпитализация в МДКБ - в сентябре 1999 года. Мальчик поступил в тяжелом состоянии, обусловленном дыхательной недостаточностью, интоксикацией, сердечной недостаточностью. Имелась клиника обострения хронического гнойного эндобронхита на фоне распространенного пневмосклероза, осложненного сердечнолегочной недостаточностью IIa степени. Физическое развитие очень низкое (рост 137 см при должном 147-160 см, 1 коридор), дисгармоничное за счет дефицита массы (вес 20,8 кг при должном относительно роста 28-32 кг, 1 коридор). Кожа бледно-розовая, сухая, умеренный акроцианоз. Телосложение астеническое, грудная клетка деформирована (нижняя апертура расширена, зона втяжения на уровне диафрагмы). Дистальные фаланги пальцев кисти расширены, ногти по типу "часовых стекол". В легких перкуторно "мозаицизм" легочного звука с участками притупления и коробочного звука, аускультативно - жесткое дыхание с участками ослабления, определяются множественные влажные хрипы. Границы относительной сердечной тупости расширены влево, тоны сердца глухие, ритмичные, шумов нет. Печень на 2 см ниже края реберной дуги; селезенка не пальпируется. Резкое отставание в половом развитии, вторичные половые признаки отсутствовали. Рентгенологически отмечалась картина хронической неспецифической пневмонии: на фоне выраженной эмфиземы усилен и деформирован легочный рисунок за счет пневмосклероза, деформация петлистоячеистого характера с обеих сторон; стенки бронхов утолщены; сердце "капельное", с выбуханием *conus pulmonalis*; диафрагма уплощена. В иммунограмме: Ig M и A в следовых количествах, IgG - 0,94 г/л (на фоне заместительной терапии, в дальнейшем повысился до 2,1 г/л).

На фоне лечения состояние ребенка улучшилось, дыхательная и сердечная недостаточность были компенсированы, уменьшилась интоксикация.

В апреле 2000 года ребенок умер во время очередного обострения хронического бронхолегочного процесса. Причина смерти - прогрессирующая сердечнолегочная недостаточность.

Данный случай является примером тяжелого первичного иммунодефицита. Недостаточная настороженность врачей не позволила своевременно установить диагноз и назначить адекватное лечение. Низкий социальный уровень семьи и позднее начало заместительной терапии ухудшили прогноз и приблизили летальный исход.

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Понятие о фетоплацентарной недостаточности (ФПН) появилось в акушерстве с 1973 г., после 1-го Международного симпозиума, посвященного этой проблеме. ФПН - клинический синдром, обусловленный морфологическими и функциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность данного органа. Он представляет собой результат сложной реакции плода и плаценты в ответ на различные патологические состояния материнского организма в виде нарушений транспортной, трофической, эндокринной и метаболической функций плаценты. Из-за значительных нарушений структуры и функции данного органа снижается поступление к плоду кислорода, энергетических и пластических материалов, что проявляется его хронической гипоксией и внутриутробной задержкой развития (ВЗРП).

Частота ФПН достаточно велика. Она диагностируется у 3-4% здоровых женщин с неосложненным течением беременности, а при различной патологии гестации частота ее колеблется от 24 до 46%. Так, при длительной угрозе прерывания, ОПГ-гестозе и перенашивании у каждой второй-третьей беременной имеются выраженные нарушения фетоплацентарного комплекса.

Основные факторы риска развития ФПН можно разделить на 4 группы:

1) социально-бытовые факторы: возраст женщины моложе 17 и старше 30 лет, профессиональные вредности, тяжелый физический труд, семейное неблагополучие, эмоциональное перенапряжение, недостаточное питание, вредные привычки;

2) особенности соматического анамнеза и статуса: специфические и неспецифические инфекции, экстрагенитальные заболевания: хронический пиелонефрит, гломерулонефрит, гипертоническая болезнь, сердечно-сосудистые и гематологические заболевания, дисфункция коры надпочечников, сахарный диабет, тиреотоксикоз;

3) особенности акушерско-гинекологического анамнеза и статуса: инфантилизм, нарушения менструальной функции, первичное бесплодие, гинекологические заболевания и операции, самопроизвольное прерывание беременности (особенно привычное невынашивание), осложненное течение предыдущей беременности и родов, неразвивающаяся беременность, рождение детей с пороками развития, малой массой тела, перинатальная смертность;

4) особенности течения данной беременности: ранний токсикоз, угроза прерывания, ОПГ-гестоз, изосерологическая несовместимость крови матери и плода, многоплодие, анемия, предлежание плаценты, перенашивание.

Степень и характер влияния данных патологических состояний беременной на плаценту и плод неоднозначны. Они зависят от таких факторов, как срок беременности, длительность воздействия, состояние компенсаторно-приспособительных механизмов в системе мать-плацента-плод.

В основе патогенеза ФПН лежат морфологические изменения плаценты и расстройства ее функции. Морфологическим субстратом являются изменения, вызванные нарушением процессов имплантации и плацентации. К ним относятся нарушения расположения, прикрепления и строения плаценты, а также дефекты васкуляризации. Большое значение имеет патология созревания хориона, определяющая характер ФПН. Различают преждевременное созревание, возникающее на фоне нормально формирующейся плаценты и отличающееся уменьшением толщины створчатых ворсин и большим количеством терминальных. Оно наблюдается при ОПГ-гестозе, привычном невынашивании, хроническом пиелонефрите. Сущность замедленного развития ворсинчатого дерева состоит в том, что растут и ветвятся, в основном, створчатые ворсины. Ворсинчатое дерево и вся плацента становятся большими, но бедными терминальными ворсинами. Подобный процесс наблюдается при сенсibilизации, сахарном диабете, сифилисе и токсоплазмозе.

В патогенезе ФПН большая роль принадлежит состоянию компенсаторно-приспособительных механизмов плаценты, которые обеспечивают оптимальные условия для развития плода и беременности. В 1-ой половине гестации это - сочетание активного синтеза и пролиферации. Во 2-ой половине - увеличение числа терминальных ворсин малого калибра, гиперплазия периферических капилляров, уменьшение толщины плацентарного барьера за счет истончения синцития, образование синцитио-капиллярных мембран и синци-

тиальных узелков, а также особенности плацентарного кровообращения, отличающегося саморегуляцией, широкой капиллярной сетью, наличием артерио-венозных шунтов и отсутствием сократительных элементов в устьях спиральных артерий.

Компенсаторные механизмы действуют не только на тканевом, но и на клеточном и субклеточном уровнях. Это - увеличение числа митохондрий и рибосом, усиление активности ферментов, переключение на анаэробный тип дыхания. Нарушение их неминуемо приводит к формированию ФПН.

В зависимости от того, в каких структурных единицах плаценты возникают патологические процессы, различают 3 формы ФПН: гемодинамическую, проявляющуюся в снижении кровотока в маточно-плацентарном и плодово-плацентарном бассейнах; плацентарно-мембранную, характеризующуюся снижением способности плацентарной мембраны к транспорту метаболитов; и клеточно-паренхиматозную, связанную с нарушением клеточной активности трофобласта. В клинике редко удается выявить изолированное нарушение одной из указанных выше структур плаценты, поскольку они тесно связаны между собой, и нарушение одной из них неизбежно влечет за собой изменения в других звеньях.

На основе клинико-морфологических признаков различают первичную и вторичную фетоплацентарную недостаточность. Первичная (или ранняя) ФПН возникает до 16-й недели гестации, в период имплантации, раннего эмбриогенеза и плацентации, под влиянием генетических, эндокринных, инфекционных и других факторов, действующих на гаметы родителей, зиготу, развивающийся зародыш и формирующуюся плаценту. Первичная ФПН приводит к формированию врожденных пороков развития плода и неразвивающейся беременности, клинически проявляется самопроизвольными выкидышами в ранние сроки или угрозой прерывания беременности позже. Вторичная (или поздняя) ФПН развивается на фоне уже сформированной плаценты, после 16-й недели гестации, под влиянием различной акушерской и экзогенной патологии матери. Вторичная ФПН проявляется нарушением всех функций плаценты, что ведет к недостаточному снабжению плода пластическим и энергетическим материалом, развитию хронической гипоксии и ВЗРП.

По характеру течения выделяют острую ФПН и хроническую ФПН. Острая ФПН - быстро возникающее нарушение децидуальной перфузии и маточно-плацентарного кровообращения. Проявлением ее являются обширные инфаркты и преждевременная отслойка плаценты с образованием ретроплацентарной гематомы. В результате этого может сравнительно быстро наступить гибель плода и прерывание беременности. Более частая патология, наблюдаемая практически у каждой 3-ей пациентки группы высокого риска перинатальных осложнений, - хроническая ФПН. Она может возникать сравнительно рано на фоне первичной патологии плаценты или в начале II-ой половины беременности и протекать длительно (от нескольких недель до нескольких месяцев). Нарушения фетоплацентарного комплекса связаны с обострением, прогрессированием или декомпенсацией хронических заболеваний женщины, а также осложнениями данной беременности. Перинатальная смертность в этих случаях может достигать 60%.

В зависимости от состояния компенсаторно-приспособительных механизмов в клинической практике

важно также различать относительную и абсолютную формы недостаточности, поскольку от этого во многом зависит эффективность лечения. Относительная ФПН наблюдается при сохранности компенсаторных реакций в плаценте и поддается лечению. В этих случаях беременность может закончиться своевременными родами жизнеспособным и здоровым ребенком, однако возможна и ВЗРП. При неблагоприятной акушерской ситуации данная патология плаценты способствует развитию хронической гипоксии плода. Абсолютная ФПН является наиболее тяжелой формой, свидетельствующей об истощении механизмов защиты или ее декомпенсации. Она, как правило, сопровождается ВЗРП и его гипоксией, вплоть до внутриутробной гибели. Беременность у таких женщин протекает на фоне угрожающего аборта, раннего начала ОПГ-гестоза и часто заканчивается преждевременными родами.

Основываясь на степени отставания развития плода, выраженности хронической гипоксии и степени гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод, целесообразно выделить декомпенсированной, субкомпенсированной и компенсированной форм ФПН. Кроме того, в клинической практике различают также: питательную недостаточность, в основе которой лежат нарушения трофической функции плаценты, приводящие к ВЗРП; дыхательную недостаточность, исходом которой является гипоксия и антенатальная гибель плода; и эндокринную недостаточность, обуславливающую невынашивание беременности.

С целью диагностики ФПН проводится комплексное обследование, включающее две группы методов: непосредственно определяющих характер и степень изменений в самой плаценте (1) и оценивающих состояние плода и фетоплацентарной системы (2).

Наиболее информативными в диагностике нарушений функции плаценты являются гормональные методы, исследование маточно-плацентарного кровообращения, ультразвуковое сканирование и оценка активности ферментов термостабильной щелочной фосфатазы (ТЩФ) и окситоциназы.

К гормональным методам относятся: определение уровня плацентарных гормонов в крови или моче беременной, либо в околоплодных водах. ФПН в ранние сроки гестации сопровождается низким уровнем хорионического гонадотропина (ХГ), определяемого в моче иммунологическим методом, основанным на реакции торможения гемагглютинации, либо радиоиммунологическим - в крови. Продукт синцитиотрофобласта определяется с 19-го дня после овуляции; в 5 недель гестации количество ХГ составляет 5000 ЕД, в 8 недель достигает максимального содержания 80000 ЕД, затем снижается к 12 неделе до 12000 ЕД, и в течение II-III триместра остается постоянным на уровне 10-20000 ЕД.

С 7-й недели беременности исследуется прогестерон (или продукт его метаболизма - прегнандиол). Экскреция прегнандиола повышается от 6мг в сутки в 6-8 недель до 36-40 мг к концу беременности. Снижение его концентрации указывает на угрозу прерывания беременности и необходимость соответствующего гормонального лечения, а во II-ой половине гестации он является показателем гормональной активности плаценты. В зависимости от тяжести ФПН концентрация прогестерона снижается на 30-80%. Повышенная продукция данного гормона также неблагоприятна. Это может наблюдаться из-за увеличения массы плаценты при таких патологических состояниях, как Rh-сенсibili-

зация, сахарный диабет.

В оценке развития беременности основная роль придается плацентарному лактогену (ПЛ). ПЛ образуется только плацентой и не подвергается заметным количественным колебаниям в течение суток, что позволяет рассматривать его как удобный и точный тест для характеристики функции плаценты. Содержание плацентарного лактогена в 5-6 недель беременности составляет около 3 н/моль/л и увеличивается к 39-40 неделе до 300 н/моль/л. При ФПН отмечается снижение концентрации ПЛ в сыворотке крови на 50%. При развитии гипоксии плода ПЛ уменьшается в 3 раза и более. В случае внутриутробной гибели плода уменьшение ПЛ достигает 80%, причем это происходит значительно раньше, чем регистрируется прекращение сердцебиений плода. Диагностическое значение имеет сопоставление концентрации ПЛ в крови и околоплодных водах. В норме это соотношение составляет от 9:1 до 14:1, при умеренной ФПН оно снижается до 6:1, при тяжелой - менее 6:1.

Важное практическое значение как метода мониторинга наблюдения за фетоплацентарным комплексом приобрело определение эстрогенных гормонов, так как их синтез осуществляется и в плаценте, и в организме плода, и в надпочечниках плода (синтез андрогенных предшественников). Снижение экскреции эстриола (составляющего 95% от суммарных эстрогенов) с мочой ниже 12 мг в сутки указывает на выраженное ухудшение состояния плода и фетоплацентарного комплекса. Признаком ФПН является также снижение эстриолового индекса, который представляет собой соотношение количества гормонов в плазме и в моче, а также уменьшение эстриола в околоплодных водах.

Для оценки маточного, маточно-плацентарного, плодово-плацентарного и плодового кровотока уже сравнительно давно используется реография матки и радиоизотопная плацентосцинтиграфия. В настоящее время ведущим методом диагностики гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод является ультразвуковая доплерометрия. Доплеровское исследование основано на изменении частоты испускаемых ультразвуковых импульсов при отражении от клеточных элементов движущейся крови. При количественной оценке определяется объемная скорость кровотока через сечение сосуда за единицу времени. Более широкое распространение получил качественный анализ кривых, при котором основное значение имеет не абсолютная скорость движения крови, а соотношение скоростей кровотока в разные фазы сердечного цикла. Основное внимание обращается на максимальную систолическую скорость, отражающую сократительную функцию сердца, и конечную диастолическую скорость, которая определяется периферическим сосудистым сопротивлением. На основании соотношения этих показателей вычисляются пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР) и систоло-диастолическое отношение (СДО). Наиболее часто изучается кровоток в маточных артериях, сосудах пуповины, аорте и внутренней сонной артерии плода. При ФПН происходит увеличение ПИ, ИР и СДО в сосудах пуповины в результате снижения диастолического кровотока, что свидетельствует о повышении периферического сопротивления в плодовой части плаценты. Изменения происходят также в аорте и внутренней сонной артерии плода. Повышение ИР в аорте плода при одновременном его снижении во внутренней сонной артерии рас-

сматривается как показатель централизации кровообращения в условиях гипоксии. Отсутствие поступательного движения крови в фазу диастолы (обратный диастолический кровоток) говорит о критическом нарушении перфузии и может быть выявлено только с помощью доплерометрии. Метод отличается безопасностью, неинвазивностью, высокой информативностью, относительной простотой, возможностью использования в течение всей беременности, в том числе и на ранних сроках гестации, что и делает его незаменимым в современном акушерстве. Доплерометрическое исследование маточно-плацентарного кровотока должно использоваться как скрининговый метод выявления ФПН.

Ценную информацию о плаценте и ее компенсаторных возможностях дает ультразвуковое сканирование. Оно позволяет определить локализацию и структуру плаценты, а также провести плацентометрию (измерение ее толщины, площади и объема). Признаками ФПН являются преждевременное созревание и такие патологические изменения, как кисты плаценты и кальциноз. При этом отмечается ее истончение до 2 см или утолщение более 5 см, уменьшение или увеличение площади и объема в зависимости от патологии беременности.

При диагностике недостаточности функции плаценты используется определение в сыворотке крови матери активности окситоциназы - энзима, инактивирующего окситоцин. Максимальная активность данного фермента наблюдается при сроке беременности 32 недели и составляет более 6 ЕД, в родах - 7,8 ЕД. Снижение окситоциназы до 4 ЕД после 32 недели беременности указывает на значительное ухудшение состояния плода. Особенно низкая активность окситоциназы отмечается при внутриутробной гибели плода.

Определенную роль в диагностике ФПН играет изменение активности ТЩФ - специфического для плаценты фермента. Быстрое увеличение и последующее резкое падение его активности при динамическом наблюдении (каждые 1-2 недели) при сроках беременности от 20 до 36 недель свидетельствует о дисфункции плаценты и является негативным прогностическим признаком для плода. Прогноз для плода особенно неблагоприятен, если подъем и снижение активности ТЩФ наблюдаются в ранние сроки беременности.

Комплексное обследование беременной при ФПН включает в себя методы оценки состояния плода, ибо они непосредственно зависят от степени сохранности компенсаторных механизмов плаценты. К ним относятся:

- оценка роста и развития плода путем измерения высоты дна матки с учетом окружности живота, роста и массы тела беременной;
- ультразвуковая биометрия плода;
- исследование биофизического профиля плода;
- изучение сердечной деятельности плода (ЭКГ, ФКГ, КТГ с функциональными пробами).

В диагностический комплекс входят также данные амниоскопии, результаты биохимического исследования околоплодных вод, полученных при амниоцентезе, и некоторые показатели гомеостаза матери.

Плацентарная недостаточность не должна приводить к тяжелой патологии у плода, и поэтому необходимо проводить комплекс профилактических мероприятий:

- исключение влияния вредных факторов (курения, алкоголя, лекарств) незадолго до предполагаемой бе-

ременности, в период предзачатия и в первые дни и недели гестации;

- санация очагов инфекции, лечение хронических заболеваний до зачатия и во время беременности;

- сбалансированное питание, полноценный и несколько удлиненный сон;

- выделение и взятие на диспансерный учет беременных группы высокого риска развития ФПН; проведение им профилактических лечебных мероприятий, направленных на повышение компенсаторно-приспособительных механизмов фетоплацентарной системы. С этой целью трижды в течение беременности (в сроки до 12 недель, в 20-22 недели и 30-32 недели) женщины направляются в стационар, где получают курс глюкозы, аскорбиновой кислоты, кокарбоксилазы, сосудорасширяющие средства, аминокислоты, препараты железа в течение 12-14 дней.

Основными направлениями в терапии ФПН, помимо лечения основного заболевания, являются улучшение маточно-плацентарного кровообращения, нормализация газообмена между матерью и плодом, улучшение метаболической функции плаценты и воздействие на организм плода, минуя плаценту (используя параплацентарный путь обмена).

Применяемые методы и отдельные средства воздействуют на несколько функций плаценты сразу. Нормализация маточно-плацентарной перфузии, безусловно, улучшает и транспорт питательных веществ и газообмен плода, а также является важным фактором нормализации синтеза гормонов. Коррекция метаболических изменений улучшает газообмен и гормональную функцию плаценты, что в свою очередь способствует нормализации ее гемодинамики.

Улучшение состояния фетоплацентарного комплекса достигается разнообразными физическими и медикаментозными средствами. Диатермия, индуктометрия и ультразвук околопочечной области рефлекторно расслабляют матку, вызывают расширение сосудов. С этой же целью проводится электрофорез магния, электро-релаксация матки, абдоминальная декомпрессия. Оксигенотерапия проводится в виде кислородных коктейлей по 150-200 мл в день, вдыхания 50-60% кислородо-воздушных смесей с помощью маски, либо баротерапии в режиме давления 1,3-1,8 атм. Некоторые исследователи указывают на возможность применения игло-рефлексотерапии.

Из медикаментозных средств при лечении ФПН последние 20 лет широко применяются производные пурина (теофиллин и эуфиллин). Эуфиллин оказывает спазмолитическое и сосудорасширяющее действие, положительно влияет на периферический кровоток в плаценте, почках и сердце матери. Обычно вводится внутривенно по 5-10 мл 2,4% раствора (теофиллин - по 0,2 г внутрь). Компламин сочетает свойства теофиллина и никотиновой кислоты, назначается по 2 мл 15% раствора внутримышечно 1-2 раза в сутки или внутрь по 0,15-0,3 г после еды 3 раза в день. Никошпан также содержит никотиновую кислоту и обладает спазмолитической и выраженной антиагрегантной активностью. Его назначают внутрь по 0,1 г 3 раза в день.

Трентал - оказывает сосудорасширяющее действие, снижает периферическое сосудистое сопротивление, усиливает коллатеральное кровообращение, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови. В стационаре лечение начинают с инфузий препарата внутривенно, затем через 5-7 дней переходят на прием

внутрь (по 0,1 г 3 раза в день после еды). Наибольший клинический эффект наблюдается при сочетанном введении трентала с реополиглюкином.

Для лечения ФПН используются препараты токолитического действия, бета-миметики (партусистен, алу-пент, ритодрил, дилатон). Стимулируя бета-рецепторы, они расслабляют матку, расширяют ее сосуды. Наибольший эффект отмечается при введении небольших доз вещества, поэтому предпочтительнее назначать их внутрь (партусистен по 5 мг 3-4 раза в сутки) в течение 4-6 недель. Для предупреждения побочных эффектов (головокружения, тахикардии, тремора) рекомендуется сочетать бета-миметики с сибигином и изопринином.

С целью коррекции реокоагуляционных расстройств проводятся инфузии низкомолекулярных дextrанов (реополиглюкина, реомакродекса, декстрана). Лучший эффект отмечается при сочетанном введении реополиглюкина 400-500 мл с гепарином. Курантил также обладает дезагрегантными свойствами. Активно воздействуя на гемодинамику организма матери и маточно-плацентарный кровоток, он легко проникает через плаценту, и позитивно влияет на плод. Вводит курантил внутривенно, капельно, по 2-4 мл с 5% раствором глюкозы или с реополиглюкином в течение 7-10 дней, в сочетании с приемом внутрь по 0,025 г 3-4 раза в сутки.

Необходимым звеном в комплексной терапии ФПН является коррекция метаболических и окислительно-восстановительных процессов. Главный источник энергии для плода - глюкоза. Она улучшает газообмен, увеличивает содержание гликогена в плаценте, органах матери и плода. Ее предпочтительнее назначать в виде длительных внутривенных инфузий 5-10% раствора с адекватной дозой инсулина. Для нормализации углеводного обмена назначают кокарбоксилазу (внутривенно или внутримышечно по 100 мг ежедневно), которая также активизирует аэробные процессы метаболизма и положительно влияет на гемодинамику. Нестероидные анаболики участвуют в синтезе белковых молекул и являются общими стимуляторами белкового обмена. Оротат калия назначается по 0,5 г, рибоксин по 0,2 г 3 раза в день курсами по 4-6 недель. Рекомендуются глютаминовая кислота (0,5 г), метионин (0,5 г), фолиевая кислота (0,001 г). При низком содержании белка (ниже 60 г/л) назначают нативную плазму по 150 г внутривенно капельно.

Целесообразно назначение препаратов железа (ферроплекс, фенюльс, активферрин, конферрон, ферроцерон), аскорбиновой кислоты, витаминов В1, В6, В12. Выраженными антиоксидантными свойствами обладает витамин Е (100-150 мг в сутки, курсами по 7-14 дней). Эссенциале-форте (содержит витамины В1, В6, В12, никотинамид и фосфолипиды) также является мощным антиоксидантом, нормализует фосфолипидный обмен и улучшает микроциркуляцию. Препарат вводится внутривенно по 10 мл 10 дней, затем внутрь по 2 капсулы 3 раза в день 3-4 недели.

Терапию ФПН необходимо начинать сразу после установления диагноза. В течение 10-12 дней лечение проводится в акушерском стационаре, затем продолжается в женской консультации. Длительность курса должна составлять не менее 6 недель, перечисленные выше препараты следует применять в различных сочетаниях и разумных пределах. Эффективность терапии тем выше, чем раньше начато лечение.

ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ

По заключению ВОЗ, самым беспощадным убийцей и причиной страдания на земле является крайняя бедность. Это главный фактор сокращения продолжительности жизни, развития хронических, инфекционных, психических заболеваний, стресса, суицидов. В последние годы бедность получила широкое распространение в России, что привело к значительному росту различных алиментарных дефицитов, в том числе и железа. Даже в Москве и Московской области - регионах экономически благополучных - железодефицитная анемия (ЖДА) у грудных детей возросла до 30 - 50 %%. Обращает на себя внимание рост ЖДА среди беременных женщин, особенно в последний триместр беременности, до 90% случаев.

Драматизм сидеропении сводится не только к её широкому распространению, но, прежде всего, к органной патологии, которая затрагивает все ткани и системы человека. Это связано с тем, что железо, входя в состав 70 ферментов, обеспечивает окислительное фосфорилирование, тканевое дыхание каждой клетки и все процессы жизнеобеспечения тканей, поэтому при дефиците железа (ДЖ) развивается дистрофия тканей. В клинике ЖДА хорошо известны такие симптомы, как сухость кожи, волос, атрофия сосочков языка, ломкость ногтей. С помощью биопсии слизистой желудка, двенадцатиперстной и тощей кишки, а также нагрузочных проб, доказано развитие энтеропатии, приводящей к синдрому мальабсорбции (1). Кроме того, при ДЖ повышается всасывание свинца, токсически действующего на ЦНС (1). Важным аспектом гипосидероза является снижение ин-

теллекта детей (2).

Различными аспектами ДЖ сотрудники нашей кафедры занимаются 35 лет. За это время частота сидеропении претерпевала разнонаправленную динамику. Так, в конце 60-х и начале 70-х годов среди детей раннего возраста ЖДА была диагностирована в 36% случаев с максимальным уровнем на первом году жизни (54%). В 80-е годы частота ЖДА снизилась до 12%, а в 90-е вновь выросла до 30% у детей раннего возраста. Латентный дефицит железа (ЛДЖ) в этой возрастной группе был зарегистрирован в 41% случаев. Таким образом, 71% детей в возрасте первых 3-х лет испытывают ДЖ. У детей в возрасте от 7 до 13 лет ЖДА диагностирована в 12% случаев, а ЛДЖ - у 23% с максимальным уровнем в возрасте 7 лет (43%) и минимальным - в 9 лет (21%). Половых различий у школьников в частоте сидеропении не отмечено.

Таким образом, во всех возрастных группах ЛДЖ превышал частоту ЖДА.

При сопоставлении фоновой и инфекционной заболеваемости детей с ДЖ с детьми без такового, обращала на себя внимание высокая заболеваемость сидеропенических детей (табл. 1).

Как следует из таблицы, индекс здоровья грудных детей, страдающих ДЖ, более чем в 3 раза ниже такового у здоровых детей. Число часто болеющих детей (более 4-х раз в год) оказалось в 4,5 раза выше при ДЖ. Основной нозологией инфекционной заболеваемости были ОРВИ, реже кишечные инфекции. Обращает на себя внимание рост пищевой аллергии при ДЖ, что связано с развитием энтеропатии и нарушением местного иммунитета в желудочно-кишечном тракте (3).

Пневмонией сидеропенические дети болели в 2 раза чаще, и по данным Тураева А.Т. (4) летальность среди них в 4 раза превышала таковую, среди детей

Таблица 1

Заболеваемость детей раннего возраста (в %)

Заболевания	Здоровые дети	Дети с ДЖ
До 1 года не болели	56	17
Часто болели	7	31
Рахит	10	56
Пищевая аллергия	10	20
Очаги хронической инфекции	-	14
Перенесли кишечную инфекцию	2	12,5

Таблица 2

Заболеваемость детей в возрасте 7-13 лет (в %)

Заболевания	Здоровые дети	Дети с ДЖ
Очаги хронической инфекции (гайморит, тонзиллит, периодонтит, аденоидит)	17	66
Пневмония	2	14,6
Гепатит	6	12,5
Кишечная инфекция	6	13
Частые ОРВИ	17	55,5
Пищевая и лекарственная аллергия	12	43

болеющих пневмонией без ДЖ. Согласно данным Chandra R. et al. (3), при сальмонеллезе у детей с сидеропенией летальность достигала 26%, у детей же без ДЖ летальности не наблюдалось.

Заболеваемость школьников с ДЖ представлена в таблице 2.

Более высокая заболеваемость сидеропенических детей отмечалась гастроудоденитом, пиелонефритом, бронхиальной астмой, множественным кариесом зубов. Следует отметить, что по всем нозологиям частота инфекционной заболеваемости при ЖДА выше, чем при ЛДЖ. Школьная успеваемость детей с ДЖ была ниже, чем у здоровых детей.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о высокой инфекционной заболеваемости и аллергии детей, страдающих гипосидерозом, у них более чем в 3 раза чаще формируются очаги хронической инфекции, что наносит значительный ущерб здоровью ребенка. Клинически можно думать о развитии иммунодефицитного состояния при ДЖ.

Для подтверждения этого предположения мы исследовали у детей с ДЖ неспецифические факторы защиты и некоторые показатели клеточного и гуморального иммунитета (5, 6, 7, 8, 9, 10).

Так, содержание лизоцима в слюне и сыворотке крови у детей с ДЖ было в 2 раза ниже по сравнению со здоровыми детьми (табл. 3). Такая же закономерность наблюдалась и в отношении бактерицидности крови.

Фагоцитарный показатель снижался с 78,4% у здоровых до 63,8% при ЛДЖ и до 50,1% при ЖДА. Завершенность фагоцитоза соответственно редуцировалась с 74,3% до 60,7% при ЛДЖ и до 57% при ЖДА.

Снижение переваривающей способности фагоцитов было связано с падением активности миелопероксидазы в них с 2,78 СЦК до 1,56СЦК при ЖДА. (СЦК - средний цитохимический коэффициент).

При сопоставлении активности фагоцитоза с инфекционной заболеваемостью детей установлено, что чем ниже был фагоцитоз, тем чаще у детей формировались очаги хронической инфекции.

Как следует из таблицы 4, содержание Т-лимфоцитов у детей с ДЖ прогрессивно снижалось с нарастанием его тяжести. В 2 раза редуцировалась РБТЛ при ЖДА (РБТЛ - реакция бластной трансформации лимфоцитов).

Снижение пролиферативной активности Т-лимфоцитов при ДЖ связано с падением в 3-5 раз скорости включения в клетку предшественников ДНК-НЗ-тимидина (11), что может быть обусловлено падением активности железосодержащих ферментов, участвующих в синтезе ДНК. Содержа-

ние Т-хелперов и Т-супрессоров во всех 3-х группах оставалось практически на одном уровне. При сопоставлении инфекционной заболеваемости сидеропенических детей с показателями клеточного иммунитета выявлена обратная зависимость. Чем меньше было у ребенка лимфоцитов, и чем ниже была их пролиферативная активность, тем чаще дети болели вирусными и другими инфекционными заболеваниями, составляя группу часто болеющих детей.

При изучении уровня сывороточных иммуноглобулинов (Ig) установлен более низкий уровень Ig A - 0,432 мг/мл у здоровых детей, 0,347 мг/мл при ЛДЖ и 0,335 мг/мл при ЖДА. Что касается содержания IgG и IgM, то статистически значимых различий в 3-х исследуемых группах не выявлено.

Таким образом, гипосидероз сопровождается сни-

Таблица 3

Содержание лизоцима слюны и сыворотки крови в титруемых единицах

	Здоровые дети (M ± m)	ЛДЖ (M ± m)	ЖДА (M ± m)
Лизоцим слюны	748 ± 66	413 ± 4	394 ± 51
Лизоцим сыворотки крови	397 ± 32	144 ± 42	138 ± 96

жением фагоцитарной активности гранулоцитов, лизоцима в слюне и в сыворотке крови, клеточного иммунитета.

В связи с этим возникает вопрос о способности сидеропенических детей вырабатывать поствакцинальный иммунитет. С этой целью нами были исследованы титры противокоревых, противостолбнячных и антидифтерийных антител при ЛДЖ, ЖДА в сравнении со здоровыми детьми. При вакцинации ЖКВ 5% детей с ЖДА оказались серонегативными и у 45% с ЛДЖ, у 50% с ЖДА был получен слабый иммунный ответ (титр 1(10) против 27% - в норме. Средний иммунный ответ (титр 1(20 - 1(30) был выявлен у 50% здоровых, у 37% с ЛДЖ и у 35% с ЖДА и сильный иммунный ответ (титр 1(40) наблюдался у 15% больных ЖДА, 18% с ЛДЖ и у 23% здоровых.

На дифтерийную вакцинацию у здоровых детей

в 4-5 раза чаще присутствовали у здоровых детей. Но наибольшие различия получены по не вскрытым антигенам - Blank, которые в 12 раз чаще регистрировались при ДЖ по сравнению со здоровыми детьми.

Что касается силы иммунного ответа, то в 2-х сравниваемых группах она ассоциировалась с разными антигенами. В группе здоровых детей сильный иммунный ответ был связан с антигенами HLA DR7, DR3 и DR5, а у детей с ДЖ при носительстве данных антигенов получен слабый иммунный ответ, у детей с сидеропенией в данной ситуации наблюдались все три вида иммунного ответа, хотя преобладал слабый иммунный ответ.

Разница в силе иммунного ответа в трех изучаемых группах при носительстве одних и тех же антигенов II класса HLA может быть связана с наличием у детей иных аллелей этих антигенов, либо с участием в иммунном ответе других антигенов, в частности Q. В тоже время, проводимые исследования убедительно показали отрицательное влияние сидеропении на силу поствакцинального иммунитета. В связи с этим, представляется целесообразным перед вакцинацией исследовать сывороточный ферритин и при его уровне ниже 10 нг/мл проводить 3-х месячный курс ферротерапии, после которой вакцинировать ребенка. Это особенно важно при вакцинации ЖКВ, так как противокоревой иммунитет максимально страдает при ДЖ.

Таблица 4

Показатели клеточного иммунитета

	Здоровые дети	ЛДЖ	ЖДА
Количество Т-л (%)	43,4	27,4	26,4
РБТЛ (%)	32,2	23,1	16,6
СД4 (%)	34,7	35,1	37,5
СД8 (%)	19,9	20,1	19

чаще (48%) отмечался средний иммунный ответ (титр 0,312-0,625 МЕ/мл), тогда как при ДЖ у 48% имел место слабый иммунный ответ (0,078-0,156 МЕ/мл).

На столбнячный анатоксин у 40% здоровых детей наблюдался сильный иммунный ответ (12560) и у 35% - средний (титр 1160 - 1280). При ДЖ преобладал слабый иммунный ответ (38%).

Сопоставляя титр антител с уровнем сывороточного ферритина, получена прямая зависимость. Минимальный титр антител на все три антигена наблюдался у детей с уровнем ферритина 5 нг/мл и ниже.

Таким образом, при дефиците железа преобладал слабый иммунный ответ на вакцинацию ЖКВ и дифтерийно-столбнячным анатоксином. Чаще всего слабый иммунный ответ и серонегативность имели место на вакцинацию ЖКВ. В то же время известно, что сила иммунного ответа связана с генами II класса HLA, в частности - с DR. При изучении частоты встречаемости HLA DR1, DR2, DR3, DR4, DR5, DR6, DR7, Blank антигенов в группе здоровых детей и больных ДЖ (12) установлены достоверные различия по трем антигенам. Так антиген DR2 в 2,5 раза чаще выявлялся при сидеропении, а DR4 и DR5, напротив,

ЛИТЕРАТУРА

1. Парванта И. //Материалы 6-го Международного симпозиума. - М., 1998. - С. 120-123.
2. Secharidi U. //Am. J. Clin.Nutr. - 1989. - Vol. 50.- P. 675-686.
3. Chandra R., Woodford B., Hyam P. //Iron metabolism. - Amsterdam, 1977. - P. 249-272.
4. Тураев А.Т. Особенности алиментарной анемии у детей раннего возраста в условиях Узбекистана: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1974.
5. Гараничев В.С., Казакова Л.М., Комарова М.А. и др. //Педиатрия. - 1984. - №9. - С. 31-33.
6. Гараничев В.С. Причины инфекционной заболеваемости у детей с дефицитом железа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Иваново, 1988.
7. Казакова Л.М., Гараничев В.С. /В кн.: II Всерос. съезд гематологов и трансфузиологов. - Челябинск, 1986. - С. 265-267.
8. Казакова Л.М., Гараничев В.С. /В кн.: I Всерос. съезд гематологов и трансфузиологов. - Львов, 1985. - С. 349-350.
9. Казакова Л.М., Макрушин И.М. //Педиатрия. - 1992. - №10. - С. 71-72.
10. Казакова Л.М., Тетюхина Л.Н. //Педиатрия. - 1987. - №4. - С. 72-73.
11. Dallman P. //Am. J. Clin. Nutr. - 1987. - Aug. (2). - P. 329-334.
12. Устюжанина В.В., Казакова Л.М., Шабалдин А.В. //Педиатрия. - 1999. - №6. - С. 30-32.

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ - ЗДОРОВЬЕ РЕБЁНКА - ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ

Статья известного в Кузбассе профессора и общественного деятеля Галины Александровны УШАКОВОЙ написана в жанре эмоционального научно-публицистического очерка. Статистика и оценки автора направлены на формирование у читателя критического отношения к сложившейся обстановке в области охраны здоровья матери и ребенка.

В структуре населения Российской Федерации женщины составляют более 53% - 78,1 млн. человек, из них более половины (38,6 млн.) находятся в репродуктивном возрасте, т.е. в периоде выполнения основной биологической и социальной функции - воспроизводства потомства, продолжения человеческого рода.

Женщины относятся к той части населения, которая наиболее чувствительно реагирует на все изменения в общественной, экономической и социальной жизни страны, - прежде всего, состоянием своего здоровья, репродуктивным поведением, качеством здоровья своих детей. Состояние здоровья женщины это показатель, который характеризует состояние здоровья общества на определенный момент и определяет его на отдаленное будущее.

В настоящем сообщении использованы мате-

риалы Департамента народонаселения Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), Международного фонда охраны здоровья матери и ребёнка, Министерства Здравоохранения РФ, Госкомстата по Кемеровской области и собственных многолетних исследований.

Общая заболеваемость женщин России за 1991 - 1997 гг. выросла на 7,5%; в её структуре произошли значительные изменения (Табл. 1). Увеличилась доля заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением. Особенно возросли заболевания системы крови и кроветворных органов, болезни нервной системы, врождённые аномалии, болезни эндокринной системы. Значительно увеличилась распространённость злокачественных заболеваний, особенно рака молочной железы. Заболеваемость раком молочной железы увеличивается более быстрыми темпами, чем другие виды онкопатологии.

В 1997г., по сравнению с 1991 годом, среди женщин выросли болезни социального неблагополучия: заболеваемость сифилисом - в 38 раз (в Кемеровской области - в 160 раз); активным туберкулёзом - в 1,6 раза; алкоголизмом - в 1,3 раза; наркоманией - почти в 10 раз. Число зарегистрированных случаев сифилиса значительно увеличилось за последние годы во всех странах СНГ, но более всего - в России. Сегодня перед нами во весь рост встала проблема сифилиса у беременных и врождённого

Таблица 1

Заболеваемость женщин (данные МЗ РФ)

На 100 000 населения	1991	1995	1997
1. Злокачественные новообразования	246,3	262,9	282,1
2. Активный туберкулёз	20	28	32
3. Сифилис	7	167	267
4. Наркомания	0,8	3,3	7,4
5. Психические расстройства	219,6	296,2	313

сифилиса у детей.

Особое внимание привлекают болезни репродуктивной системы у женщин России. Уровни болезней женских половых органов составляют 20 - 70 промилле. Наиболее высокие показатели зарегистрированы у женщин цветущего возраста - 25 - 29 и 30 - 39 лет. Болезни этого класса представлены воспалительными заболеваниями, расстройствами менструальной функции, бесплодием, эндометриозом, злокачественными опухолями молочной железы, шейки и тела матки, яичников, хориона. За сравнительно небольшой промежуток времени (1991 - 1997 гг.) распространённость всех заболеваний увеличилась (Табл. 2).

Картина общей заболеваемости становится особенно тревожной при анализе здоровья самой активной в репродуктивном отношении части женского населения - беременных женщин (Табл. 3). Состояние их здоровья непосредственно определяет состояние здоровья их детей. По данным специальных исследований, установлено, что на начало беременности к категории здоровых относится только 12,7% женщин. Анамнез современных женщин, вступающих в беременность, уже отягощён различными экстрагенитальными заболеваниями. За последнее десятилетие доля таких женщин среди беременных возросла почти в 5 раз. Наиболее распространёнными, тяжёлыми заболеваниями и осложнениями беременности являются анемии, болезни почек, системы кровообращения, поздние гестозы (Табл. 4). По всем позициям

Таблица 2

Болезни репродуктивной системы у женщин в России (данные МЗ РФ)

На 100 000 населения	1991	1995	1997
1. Воспалительные заболевания репродуктивной системы	869,4	1049,4	1205,4
2. Женское бесплодие	253	206,6	217,8
3. Расстройства менструальной функции	345,7	452,5	644,6
4. Эндометриоз	97,4	123,5	168,2
5. Рак молочной железы	40,5	48	52
6. Рак шейки и тела матки, плаценты	29,7	31,7	33,7
7. Рак яичника	12,9	13,6	14,3

отмечается существенный рост заболеваний. Ухудшение состояния здоровья беременных женщин сопровождается снижением числа нормальных родов. Роды стали представлять серьёзные испытания для матери, плода, новорождённого (и для врача - тоже). Частота нормальных родов составляет менее трети. Среди осложнений родов и послеродового периода отмечается рост распространённости таких заболеваний и осложнений, как анемия, болезни системы кровообращения, мочеполовой системы, поздние гестозы.

Нездоровье матери, в первую очередь, отражается на качестве здоровья новорождённых: за 1992 - 1997 гг. заболеваемость новорождённых увели-

чилась в 1,9 раза. При этом, значительно выросло количество заболеваний с высоким риском смертности и требующих длительного дорогостоящего лечения, которое далеко не всегда предупреждает инвалидизацию детей: синд-

Таблица 3

Динамика состояния беременных женщин (в % к числу закончивших беременность)

Классы болезней	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1. Анемия	21,7	25,5	29,2	34,4	35,8	37,7
2. Болезни почек	9,4	10,8	12,3	12,9	13,8	14,6
3. Болезни системы кровообращения	6,1	6,7	7,5	7,7	8,7	9,4
4. Поздний гестоз	12,6	13,8	15,1	15,7	15,9	16,9

ром респираторных нарушений и врожденные пороки - на 45%, сепсис - на 53%, гемолитическая болезнь - на 38%.

Здоровье подростков вызывает особую тревогу: среди всех возрастных групп наиболее резкие изменения заболеваемости произошли среди подростков 15-17 лет. Если среди взрослого населения страны общая заболеваемость за 1991 - 1997 гг. выросла на 7,5%; то среди подростков - на 38%. В заболеваемости произошли серьезные структурные изменения: в 2,7 раза увеличилась распространённость новообразований и болезней эндокринной системы, в 2 раза - инфекционных и паразитарных заболеваний, в 2,4 раза - заболеваний органов мочеполовой системы, в 3,1 раза - болезней крови и кроветворных органов, в 1,8 раза - болезней костно-мышечной системы. Более половины подростков страдают хроническими заболеваниями. Заболеваемость девочек-подростков на 10-15% выше, чем среди юношей.

Репродуктивное здоровье детей и подростков стало привлекать внимание лишь в последнее время. По данным специальных исследований, распространённость гинекологических заболеваний среди подростков составляет 12-15%, а по последним данным (А.И. Баранов, А.Л. Санников, Р.В. Банникова, 1997) - 507 промилле. В структуре патологической поражённости преобладают нарушения менструальной функции и воспалительные заболевания матки и придатков. Отмечается стремительный рост воспалительных заболеваний - в 5,7 раза в 1997 г., в сравнении с 1991 г.

Раннее начало половой жизни вызвало целый шлейф проблем, среди которых одной из важнейших является феномен "подросткового материнства". В последние годы каждый десятый новорождённый рождается у матери моложе 20 лет, ежегодно около 1,5 тысяч детей - у матерей в возрасте 15 лет, 9 тысяч - в 16 лет и 30 тысяч - в 17 лет. У юных беременных гораздо чаще развиваются анемии, поздние гестозы, роды заканчиваются преж-

девременно.

Широкое распространение алкоголизации и особенно наркотизации подростков стало для страны настоящим бедствием. За 10 лет число подростков, больных наркоманией, выросло в 10 раз, что превышает уровень заболеваемости наркоманией у взрослых в 2,5 раза. Из-за серьёзных отклонений в состоянии здоровья от 20 до 50% подростков имеют ограничения в выборе профессии.

По данным Госкомстата РФ, число аборт у девушек-подростков за 1994 - 1997 гг., т.е. за период реализации Федеральной программы "Планирование семьи", сократилось почти на 30%, однако, их число, как абсолютное, так и на 100 девушек-подростков, остаётся очень высоким, в 3-4 раза превышая показатели таких стран, как Швеция,

Таблица 4

Заболеваемость, осложнившая течение родов и послеродового периода

Классы болезней	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1. Анемия	1225,9	1461,1	1800,1	2099,9	2305,2	2491,8
2. Болезни системы кровообращения	385	434,6	494,5	532,2	599,7	657,7
3. Поздние гестозы	1139,7	1311,8	1487,5	1567,8	1697,7	1850,7
4. Болезни мочевыводящей системы	581,8	707	824,3	870,3	928,3	1008,4

Финляндия, Дания. На протяжении ряда лет стабильной (10%) остаётся доля аборт у подростков от числа произведённых аборт.

Здоровье детей дополняет общую мрачную картину заболеваемости населения. Рост общей заболеваемости у детей за 1991-1997 гг. увеличился на 8,4%. Отмечается стремительный рост хронических заболеваний. Он выше, чем у взрослых по всем классам болезней: новообразования, болезни эндокринной, мочеполовой системы, костно-мышечной и системы крови, психические расстройства.

Серьёзную обеспокоенность вызывает рост заболеваемости сифилисом. За период с 1990 г. число новых случаев сифилиса возросло у подростков в 60-70 раз. Случаи вновь выявленного сифилиса у подростков до 19 лет составляют 15,6% от общего числа новых случаев этого заболевания. В 1997 г. число детей и подростков, заболевших сифилисом, превысило 28 тысяч человек, из них

дети до 14 лет составили более 10%. При этом 66% заразились половым путём. Отмечается рост врождённого сифилиса: у каждого четвёртого заболевшего ребёнка до 14 лет диагностирован врождённый сифилис.

Структура и распространённость заболеваний репродуктивной системы у девочек-подростков свидетельствует о глубоких нарушениях на популяционном уровне: самая высокая распространённость патологической поражённости репродуктивной системы диагностируется у детей до года - 501 промилле, что свидетельствует о внутриутробном поражении этой системы. Обращает на себя внимание усложнение структуры патологии системы репродукции.

Серьёзного внимания заслуживают вопросы пренатального здоровья. Внутриутробный, или пренатальный период занимает ничтожно малый отрезок времени в общей продолжительности жизни человека - всего 9 месяцев. Однако, именно в этот период формируется здоровье и нездоровье человека, причём не только на организменном уровне, но и определяется здоровье последующих поколений. Сегодня практически доказанной является давно высказанная гипотеза передачи патологии "от органа к органу", "от индивида к индивиду", а в последнее время можно говорить о передаче патологии "от популяции к популяции".

К сожалению, сегодня речь идёт о сформировавшемся порочном репродуктивном, воспалительном, нейро-эндокринном, метаболическом, психопатологическом круге, связанном с внутриутробным периодом жизни человека.

Одним из механизмов повреждения здоровья человека и популяции в целом является повреждение половых клеток, особенно яйцеклетки, несмотря на огромное количество степеней защиты, которые они имеют.

Причин, которые привели к катастрофическому состоянию здоровья женщин и их детей, очень много. Создаётся впечатление, что Россия представляет огромный полигон, где идёт многолетнее испытание влияния таких основных составляющих жизнеобеспечения, как воздух, вода и питание. Суммарный выброс вредных веществ только от автотранспорта составляет в 615 городах России 15,6 млн. тонн. В условиях постоянного превышения предельно допустимых концентраций (ПДК) вредных веществ в атмосферном воздухе проживают десятки миллионов человек; число жителей, испытывающих влияние десятикратного превышения ПДК различных веществ, составляет 40-50 млн. человек. В целом по стране более чем в 10% исследованных проб атмосферного

воздуха установлено превышение ПДК по таким ингредиентам, как бензопирен, сероводород, пыль, фенол, хлор, окись азота, синтетические жирные кислоты, окислы азота, продукты биологического синтеза. Загрязнение воздуха свинцом (от транспорта, авиации, пирострел в космической технике) оказывает прямое патологическое влияние на различные системы детей, в том числе половую.

Год от года всё более обостряются проблемы обеспечения населения доброкачественной питьевой водой. Каждая пятая исследованная проба не отвечает санитарно-гигиеническим стандартам, каждая десятая - микробиологическим. Длительное использование питьевой воды с высоким уровнем загрязнения является непосредственной причиной соматической патологии. Например, высокое и повышенное содержание нитратов приводит в патологии системы кроветворения.

Среди факторов, определяющих здоровье детей, наибольшую в обеспечении достойного качества жизни, защиты от врождённых аномалий, снижения риска неполноценного развития и заболеваний детского возраста играет питание женщины во все возрастные периоды и, особенно, в период подготовки к беременности и вынашивания плода. Эпидемиологические исследования последних лет показывают, что роль недостаточного или несбалансированного питания может быть сопоставима с ролью генетических факторов и активных химических или инфекционных воздействий. Если в продуктах питания имеется дефицит необходимых солевых компонентов, то в ткани плода будут обязательно включены химические соединения, в том числе вредные, которые близки по механизму всасывания к необходимым. Описан целый класс детских заболеваний внутриутробно-алиментарного происхождения.

Исследования реального питания, проведённые в Санкт-Петербурге в 1994 г., показали, что только 6% беременных женщин имели достаточное энергетическое обеспечение, а каждая пятая получала менее 1500 ккал при норме не менее 2500 ккал. 28% женщин имели исходную недостаточность питания и увеличили её во время беременности. Почти закономерными были дефициты йода - 100%; железа, кальция, цинка, хрома, фолиевой кислоты - 60-80%; витаминов групп А, В, С, Д. У 40-60% не хватает природного антиоксиданта - бета-каротина.

Не будет преувеличением утверждение о том, что наше отставание от развитых стран по уровню младенческой смертности обусловлено в меньшей степени качеством медицинского обслуживания детей, сколько дефицитом питания женщин.

Имеются научные исследования по причинно-следственным связям дефицита питания беременных женщин и развития у детей патологических состояний. Например, недостаточность витамина А вызывает риск дыхательных расстройств с высокой летальностью.

В экономически развитых странах давно от разговоров перешли к делу - осуществляется массовое производство большого набора обогащённых витаминами продуктов питания: муки и хлебобулочных изделий, молока, фруктовых соков, безалкогольных напитков, продуктов детского и диетического питания.

Наконец, трудно оценить то влияние, которое оказывает на здоровье женщин и их потомства страх. Уже не одно поколение живёт в атмосфере хронического страха и “затравленности”, в этом отношении нет никакого просвета. Только за последние годы произошли изменения, которые ещё более этому способствовали. Этот страх разнолик. Страх “потерять работу” - на конец 1997 г. общая численность безработных составила 8,1 млн. человек, из них 46% - женщины. Две трети безработных выпускников учебных заведений - женщины. Среди безработных почти 40% в расцвете репродуктивной функции - до 30 лет; 44% имеют высшее и среднее медицинское образование. Страх “нищеты и голода” - среди семей с детьми до 16 лет доля с доходами ниже прожиточного минимума в 1995 г. составила 54,5%. Доля бедных среди семей с тремя детьми в 1996 г. составила 70%, а среди семей с четырьмя и более детьми - 90%. Значительная часть многодетных семей не имеет и половины прожиточного минимума. Глобальный страх - страх перед войной. У этого страха есть далеко идущие последствия: он закладывается в память неродившихся детей, если его испытывает беременная.

Материнская смертность - интегрированный показатель благополучия или неблагополучия политической, экономической, социальной системы государства, уровня оказания медицинской помощи. Это один из глобальных показателей, которые учитывает ВОЗ при оценке уровня и качества медицинской помощи женщинам и состояния их здоровья. Официальные показатели материнской смертности, публикуемые Госкомстатом России, неточны и существенно занижены, они значительно отличаются от экспертных оценок ВОЗ. Это заключение основано на сопоставлении данных о материнской смертности, рассчитанных по материалам отраслевой статистики МЗ РФ, и расчётов Госкомстата на основании записей актов о смерти.

Структура материнской смертности неблагоп-

риятна и отражает общее неблагополучие состояния здоровья беременных женщин, рожениц и родильниц. В структуре материнской смертности преобладают предотвратимые причины: кровотечения, сепсис, токсикозы, аборт, экстрагенитальная патология. Очень показателен статус умерших женщин: 40% домохозяйки, 40% ни разу не посетили врача, каждая десятая - моложе 19 лет.

Динамика основных демографических процессов в России теснейшим образом связана с репродуктивным поведением и репродуктивным здоровьем женщин. На протяжении нынешнего столетия в России, как и в других европейских странах, произошёл переход к малодетной семье. Ситуация, сложившаяся в нашей стране в 90-е годы, оценивается, как беспрецедентная для мирного времени: за 1992 - 1994 гг. естественная убыль населения составила 4,2 млн. человек. Превышение уровня смертности над рождаемостью, которое началось в 1992 г., получило зловещее название “русский крест”. Трагедия заключается в том, что у нас нет так называемого “репродуктивного потенциала”, о чём свидетельствуют нетто- и брутто-коэффициенты. Показатель суммарного коэффициента рождаемости в России в последние годы резко сократился и достиг в 1997 г. 1,23; став одним из самых низких в мире. Репродуктивное поведение молодых семей характеризуют следующие данные: если в 1992 г. не высказали желания иметь детей 8 % бездетных супругов, в 1994 г. - 24% (возраст от 18 до 44 лет); 44% планировали иметь одного ребёнка, 31% - двух и только 3% - трёх и более детей.

Общие потери в числе новорождённых за последние 5 лет составили 3,2 млн. человек. Даже если бы рождаемость не снижалась дальше, уже одно это определило серьёзный провал в возрастной структуре населения России. Одной из особенностей рождаемости в России является рост внебрачной рождаемости, в 1997 г. она составила 25,3%. На ситуацию с рождаемостью неблагоприятное влияние оказывают процессы брачности и разводимости. Ежегодно из-за разводов 470 тысяч детей остаются без одного из родителей, а за последнее десятилетие (1988 - 1997 гг.) число таких детей составило 5,2 млн. человек.

Высокий уровень смертности привёл к возрастанию масштабов сиротства: каждый пятый ребёнок становится сиротой до совершеннолетия.

Наконец, те процессы, которые происходят в России, совершенно закономерно привели страну в тот статус, который она занимает в планетарном интерьере: Россия - единственная крупная страна, где интенсивно идёт процесс вымирания.

Естественно возникает вопрос, насколько сло-

жившаяся ситуация осознана обществом и государством, и какое место она занимает в системе ценностей и проблем?

Формально Российская Федерация свои обязанности по отношению к охране здоровья женщин, в том числе, репродуктивного, определила большим пакетом документов, разработанных в соответствии с международными правовыми документами, в частности с Найробийскими перспективными стратегиями в области улучшения положения женщин, Конвенцией ООН о ликвидации всех форм дискриминации женщин, Пекинской Платформой действий по положению женщин. Права женщин на охрану их здоровья определены 16-ю законами РФ, 11-ю так называемыми идеологическими Указами Президента РФ и Постановлениями Правительства РФ. Фактически же принимаемые государством меры не сдерживают развития неблагоприятных последствий проводимых реформ: не реализуются права женщин и детей на бесплатную медицинскую помощь, гарантированную Конституцией; значительно сокращены расходы на здравоохранение, которые всегда не превышали 3,2% от внутреннего валового продукта, а в последние годы стали ещё меньше; система социальных льгот и выплат для семей с детьми не поспевает за стоимостью жизни; не реализуются гарантии государства в отношении питания беременных женщин, кормящих матерей и детей до 2х лет; резко деформированы взаимоотношения между федеральными органами власти и органами местного самоуправления, что привело к непосредственным трудностям в системе здравоохранения. Таким образом, законодательная, нормативная ресурсная база, на основе которой реализуются обязательства государства перед женщинами и детьми, направленные на укрепление и сохранение их здоровья, неадекватна проводимым социально-экономическим реформам, не гарантирует провозглашённые намерения, не имеет достаточных финансовых ресурсов для достижения целей, не имеет механизмов реализации принятых законодательных актов, требует внесения поправок, дополнений и изменений в существующие законы.

Об уровне осознанности проблемы здоровья женщин и детей очень точно сказал академик В.П. Казначеев: “Общественное внимание привлекается к таким проблемам, как инфляция, неплатежи, спад производства, преступность, защита незащищённых категорий граждан и т.д., на которые предполагается направить острие антикризисных программ. Насколько нам известно, ни одна политическая партия, ни один кандидат в предста-

вительные органы в центр и на места не выдвигают в качестве приоритета важнейшую национальную задачу - восстановления репродуктивного потенциала страны, обеспечения выживания российского суперэтноса”.

А ведь идеология охраны репродуктивного здоровья нации была сформулирована ещё в 1761 году нашим великим соотечественником М.В. Ломоносовым. В послании к императрице Елизавете “О сохранении и размножении русского народа” он писал: “Начало сего полагаю самым важным делом: сохранение и размножение русского народа, в чём состоит величие, могущество и богатство всего государства, а не в обширности, тщетной без обитателей”.

Стратегия сохранения здоровья и репродуктивного потенциала нации имеет много направлений, из которых главными являются государственная активная демографическая политика, охрана репродуктивного здоровья и система образования, здравоохранения, социальной помощи, работа общественных организаций и т.д. Каждое направление имеет свои задачи и методы решения. Издание журнала “Мать и дитя в Кузбассе” позволит решать профессиональные задачи, связанные с улучшением оказания медицинской помощи женскому и детскому населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.В., Санников А.Л., Банникова Р.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин. // Архангельск, изд-во АГМА, - 1997. - 177с.
2. Здоровье женщин России. Аналитический доклад (экономические, социальные, правовые и медицинские аспекты). Под ред. Ваганова Н.Н. // М., “Информсвязьиздат”, - 1998. - 96с.
3. Казначеев В.П. Здоровье нации. Просвещение. Образование. // Кострома, изд-во КГПУ, - 1996. - 248с.
4. Население России. Третий ежегодный доклад. Под ред. Вишневского А.Г. // М., “Центр демографии и экологии человека”, - 1996. - 112с.
5. Ушакова Г.А., Ёлгина С.И., Сурков Н.И. Демография и репродуктивное здоровье женского населения Кузбасса. // Кемерово, “Летопись”, - 1997. - 72с.
6. Ушакова Г.А., Ёлгина С.И. Проблемы сохранения медико-биологического потенциала воспроизводства населения в регионе (медико-социальные и клинические проблемы детской репродуктологии). // Кемерово, “Беловский полиграфист”, - 1999. - 110с.

НОВЫЕ СПЕЦИАЛЬНЫЕ МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ ДЛЯ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ

Недостаточная обеспеченность качественными молочными продуктами для детского питания, либо полное их отсутствие во многих населенных пунктах Кузбасса резко осложнили задачи территориальных педиатрических служб области, связанные с полноценностью питания наших детей.

Информация, представленная в этой статье, должна заинтересовать организаторов здравоохранения и глав администраций городов и районов области.

В первом полугодии 2000 года Цех Детского Питания Кемеровского молочного комбината начал выпуск новых специальных молочных продуктов для детского питания: “Творог ДМ”, “Молоко детское стерилизованное витаминизированное” и “Кефир детский”, разработанных Всероссийским научно-исследовательским институтом молочной промышленности. Продукты столь высокого качества для детского питания ранее в Кемеровской области были недоступны, выпуск подобных продуктов на существующих молочных кухнях невозможен.

Достоинством выпускаемых продуктов является их высокая пищевая ценность, стерильность, гарантированное отсутствие солей тяжелых металлов, консервантов, стабилизаторов и других вредных веществ.

Для изготовления детских продуктов используется отборное, гарантированное молоко высшего или первого сорта из лучших молочных хозяйств Кемеровской области. Обязательным условием исходного сырья является содержание белка в молоке выше 30 г/л и низкая бактериальная обсемененность - менее 500 типичных бактерий в 1 литре. Особенностью обработки является стерилизация молока путем ультравысокотемпературной обработки - при температуре 136-138°C в течение 3 секунд. Чрезвычайно высокая для молока температура обеспечивает его стерильность, а кратковременность воздействия предотвращает коагуляцию молочных белков, что повышает их усвояемость и сохраняет естественный молочный вкус продукта. Стерильность выпускаемой продукции обеспечивается также закрытым технологическим процессом, использованием асептических емкостей и аппаратов от момента загрузки сырья до момента выпуска упакованной продукции. Современное высоко автоматизированное производство позволяет осуществлять выпуск продукции без какого-либо участия человеческих рук.

Уникальный способ приготовления “Творога ДМ” (Творог для малышей), основанный на методе ультраfiltrации, позволяет использовать практически всю сухую часть молока, включая сывороточные белки, что значительно повышает его пищевую ценность. В 100 г “Творога ДМ” содержится 8,5 г белка, 10,0 г жира и 3,5 г углеводов, энергетическая ценность составляет 138 ккал. “Творог ДМ” может использоваться:

- для детей в возрасте от 6 до 12 месяцев, в качестве блюда лечебного питания; показанием к назначению является необходимость увеличения в рационе количества белка - гипотрофия, анемия, синдром нарушенного всасывания, недоношенные дети; количество потребляемого творога составляет от 30 до 50 г ежедневно;

- в питании детей от 1 года до 3 лет, как отдельное

блюдо в количестве 50 г в день;

- детям дошкольного и школьного возраста, в качестве диетического питания, - при патологии желудочно-кишечного тракта, печени, в послеоперационном периоде и др.

“Молоко детское стерилизованное витаминизированное” является неадаптированным молочным продуктом, содержит в 100 г - 3,2 г жира (обычное промышленное молоко - 2,5 г), 2,9 г белка, 4,1 г молочного сахара, калорийность - 59 ккал, обогащено витаминами А (1650 МЕ в 1 л) и С (0,05 г в 1 л).

“Молоко детское стерилизованное витаминизированное” может назначаться:

- детям первого года жизни, находящимся на естественном вскармливании, с 8 месяцев до 1 года жизни, в качестве блюда прикорма, по 150-180 мл в день;

- детям, находящимся на искусственном вскармливании, с 8 месяцев до 1 года, в качестве заменителя грудного молока или прикорма, не более 600 мл в день;

- всем детям 2-го и 3-го года жизни в качестве самостоятельных блюд полдника или ужина по 200-400 мл в день.

Использование данного продукта для приготовления блюд, требующих тепловой обработки (каши, пюре и др.) нерационально, т.к. при этом он теряет свои уникальные пищевые свойства - белки подвергаются коагуляции, распадается аскорбиновая кислота, теряется натуральный молочный вкус.

“Кефир детский” является неадаптированным кисломолочным продуктом, содержание основных пищевых ингредиентов в нем аналогично содержанию в “Молоке детском”. В отличие от обычного кефира, “Кефир детский” имеет более низкий уровень кислотности. Показан к применению:

- детям первого года жизни, находящимся на естественном вскармливании, с 8 месяцев до 1 года жизни в качестве прикорма по 150-180 мл в день;

- детям первого года жизни, находящимся на искусственном вскармливании, и имеющим дисбактериоз кишечника, пищевую аллергию, гипотрофию, лактазную недостаточность - с 6 месяцев до 1 года жизни, в качестве заменителя грудного молока и прикорма не более 600 мл в день;

- детям 2-го и 3-го года жизни в качестве самостоятельного блюда полдника или ужина - 200-400 мл в день.

Срок годности молока - 3 месяца, кефира и творога - 6 дней. Дата на упаковке указывает конечную дату годности. В открытом виде в условиях холодильника могут храниться до 12 часов.

Экспертная оценка и определение показаний для назначения характеризующихся в статье продуктов детского питания проведены экспертной комиссией в составе: проф. Давыдов Б.И., проф. Перевощикова Н.К., доц. Сутулина И.М., доц. Черных Н.С.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ИХ В РЕДАКЦИЮ

1. Научная статья должна сопровождаться официальным Направлением от учреждения, в котором выполнена работа, и иметь визу научного руководителя с указанием - является ли статья диссертационной.

Кроме того, необходимы копии авторского свидетельства, удостоверения на изобретение и рационализаторское предложение или разрешения на публикацию, если эти изобретения и рациональные предложения упомянуты в тексте статьи.

2. Статья должна быть напечатана на одной стороне, весь текст через двойной интервал, шрифтом Times, кеглем 14, на листе формата А4. Поля: верхнее и нижнее - 2,5 см, левое - 3,5 см, правое - 1,5 см. В редакцию необходимо присылать первые два экземпляра и электронную версию статьи на дискете.

3. В электронной версии статьи текст и таблицы должны быть набраны в Word 7,0, шрифтом Times New Roman, размер 14, интервал двойной; рисунки, графики, схемы - в Excel 7,0 отдельными файлами, в черно-белом исполнении.

4. В начале пишутся инициалы и фамилии авторов, название статьи, учреждения, из которого она вышла.

5. Статью должны подписать все авторы. Обязательно нужно указать фамилию, имя, отчество автора, с которым редакция будет вести переписку, его адрес (с почтовым индексом) и телефон.

6. Объем оригинальной статьи не должен превышать 10 страниц, число рисунков - не более 5-6.

7. К статье необходимо приложить резюме на русском языке размером 1/4 страницы машинописи, в начале которого полностью повторить фамилии авторов и название. В конце резюме нужно написать 3-5 ключевых слов статьи и сокращенное название статьи (до 5 слов).

8. Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясным, без длинных введений и повторений. При наличии опечаток или орфографических ошибок, статья может быть отклонена от публикации.

9. Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены и на полях подписаны автором; в сноске необходимо указать источник, его название, год выпуска, страницы.

10. Сокращения слов не допускаются, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов. В статьях должна быть использована система единиц СИ.

11. Специальные термины следует приводить в рус-

ской транскрипции. Химические формулы, дозы и рецептура визируются автором на полях (автор несет за них все виды ответственности, включая уголовную).

12. Таблицы должны быть построены наглядно, иметь название, их заголовки точно соответствовать содержанию граф. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и соответствовать цифрам в тексте. В тексте необходимо указать место таблицы и её порядковый номер.

13. Количество иллюстраций (фотографии, рисунки, чертежи, диаграммы) должно быть безусловно необходимым.

Фотографии должны быть контрастными, рисунки - четкими. На обороте каждой иллюстрации ставятся номер рисунка, фамилия автора и пометка "верх" и "низ". Графики и схемы не должны быть перегружены текстовыми подписями.

14. Подписи к рисункам даются на отдельном листе с указанием номера рисунка и к какой странице рукописи каждый из них относится; в тексте необходимо указать место рисунка.

В подписях приводится объяснение значения всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений.

15. Список литературы должен быть напечатан через один интервал, на отдельном листе, каждый источник - с новой строки под порядковым номером. В списке перечисляются все авторы, которые приводятся в тексте, по мере цитирования, не в алфавитном порядке.

В списке должны быть обязательно приведены: по книгам - фамилия автора и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам - фамилия автора и его инициалы, полное название статьи, название журнала, сборника, год, номер и страницы от-до.

За правильность данных, приведенных в литературных списках, ответственность несут авторы.

Упоминаемые в статье авторы должны быть приведены обязательно с инициалами, на них необходимо указать в списке литературы. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции.

16. Редколлегия оставляет за собой право рецензировать, сокращать и исправлять статьи, о чем автор извещается до публикации статьи в журнале.

17. Статьи, опубликованные ранее или направленные в другие журналы, присылать нельзя.

18. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.