

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области



Рецензируемый научно-практический медицинский журнал
Основан в 2000 году

Главный редактор
Л.М. КАЗАКОВА

Учредитель:
МУЗ МДКБ

Адрес редакции:
г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
тел./факс: (384-2) 73-52-43
www.medpressa.kuzdrav.ru
e-mail: m-i-d@mail.ru

Издатель:
НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Шеф-редактор:
А.А. Коваленко

Научный редактор:
Н.С. Черных

Макетирование:
А.А. Черных

**Руководитель
компьютерной группы:**
И.А. Коваленко

Художник:
Т.С. Ахметгалиева

Директор:
С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в
Южно-Сибирском территориальном
управлении Министерства РФ по делам
печати, телерадиовещания и средств
массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-0182 от 31.08.2000 г.

Отпечатано:
ЗАО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово,
ул. Сибирская, 35.

Тираж: 1500 экз.

Распространяется по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Баженова Л.Г.
Воронина Е.А.
Давыдов Б.И.
Копылова И.Ф.
Котович М.М.
Манеров Ф.К. (зам. главного редактора)
Перевощикова Н.К.
Прокопович Ю.Д.
Ровда Ю.И.
Сутулина И.М. (зам. главного редактора)
Ушакова Г.А. (зам. главного редактора)
Черных Н.С. (ответственный секретарь)
Шелепанов В.М.
Щепетков С.П.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Артымук Н.В. (Кемерово), Белоусова Т.В. (Новосибирск),
Казначеева Л.Ф. (Новосибирск), Коровина Н.А. (Москва),
Коськина Е.В. (Кемерово), Кравец Е.Б. (Томск), Кривцова
Л.А. (Омск), Леонтьева И.В. (Москва), Мальцев С.В.
(Казань), Михайлуц А.П. (Кемерово), Соболева М.К. (Но-
восибирск), Строкольская Т.А. (Кемерово), Таранушенко Т.Е.
(Красноярск), Федоров А.В. (Барнаул), Филиппов Г.П.
(Томск), Ходакова Н.И. (Кемерово), Чупрова А.В. (Новоси-
бирск), Школьников М.А. (Москва)

ОГЛАВЛЕНИЕ:

ISSN: 1991-010X
Mat' i ditya v Kuzbasse
Mat' ditya Kuzbasse

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- М.М. Котович, А.И. Камзычаков, Ф.К. Манеров, Н.В. Матвеева**
ЗНАЧЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНИ ПЕЧЕНИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА3
- О.Б. Анфиногенова, Б.И. Давыдов, О.В. Шмакова**
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДИФФУЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ9
- Н.Н. Миняйлова, Т.С. Хоботкова, Ю.И. Ровда**
ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ
ПАРАМЕТРЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ15
- Б.И. Глуховец, Н.А. Белоусова, И.Б. Глуховец, А.А. Шрайбер, С.А. Шрайбер**
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНОГО
ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА19
- О.И. Андриянова, Ф.К. Манеров, Ю.А. Чурляев, И.Г. Хамин**
ЭТИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ЮГА КУЗБАССА23
- Е.Б. Павлинова, Н.Г. Худенко, Т.И. Сафонова**
БРОНХОФОНОГРАФИЯ КАК НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ
БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ29
- Н.А. Лукина, Ю.С. Родина, В.И. Черняева, М.В. Пономарева**
РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР СОВРЕМЕННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ
ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ПОДРОСТКОВ33
- Е.В. Уткин, М.В. Варушина, Е.В. Довбета**
ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ МОЛОДЕЖНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ36

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

- А.В. Звонкова, Н.Г. Кульчицкая, Ю.В. Гареева**
СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПЕРСИСТЕНЦИИ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА39

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

- Н.А. Махалова, А.В. Новосельцева**
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО41

ЮБИЛЕЙ

- КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ № 2 КЕМГМА – 10 ЛЕТ43

НЕКРОЛОГ

- ПАМЯТИ ТИТОВОЙ ЕКАТЕРИНЫ ГЕОРГИЕВНЫ44

УКАЗАТЕЛИ

- УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ «МАТЬ И ДИТЯ В КУЗБАССЕ» ЗА 2006 ГОД45
- ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ ЖУРНАЛА «МАТЬ И ДИТЯ В КУЗБАССЕ» ЗА 2006 ГОД47

МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

- НОВЫЕ КНИГИ И СТАТЬИ48

М.М. Котович, А.И. Камзычаков, Ф.К. Манеров, Н.В. Матвеева
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ЗНАЧЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНИ ПЕЧЕНИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

В статье на материале 827 пункционных биопсий печени проведен анализ значения гистологических изменений в диагностике и контроле эффективности противовирусной и патогенетической терапии хронических гепатитов у детей. Показано, что даже при отсутствии вирусологической ремиссии у части пациентов значительно улучшаются показатели воспаления и фиброза. У детей первых трех месяцев жизни с синдромом холестаза данные биопсии печени имеют определяющее значение в прогнозе выживаемости. Отдельный материал посвящен исследованию влияния на печень длительного приема метотрексата у детей с ювенильным ревматоидным артритом.

Ключевые слова: хронические гепатиты, дети, биопсия печени.

Успехи развития гепатологии за последние 20 лет обозначены, прежде всего, расшифровкой большинства этиологических факторов, повреждающих печень, и созданием новой классификации хронических гепатитов (ХГ). Доминирующая роль в развитии хронических заболеваний печени (ХЗП), как у детей, так и у взрослых, принадлежит гепатотропной вирусной инфекции [1, 2, 3]. В то же время, у детей в развитии ХЗП имеют место врожденные аномалии обмена веществ и врожденные пороки развития желчевыводящих путей. Аутоиммунные заболевания, такие как аутоиммунный гепатит (АИГ) и первично-склерозирующий холангит (ПСХ), дебютируют в детском возрасте и имеют неблагоприятный прогноз [4].

Особенности ХЗП у детей требуют четких диагностических критериев для установления диагноза, определения показаний к лечению и контроля его эффективности. Так как клинические и лабораторные показатели не всегда отражают реальную картину патологического процесса, гистологическая оценка биоптатов печени является наиболее ценным исследованием в изучении особенностей течения данной патологии.

В современной классификации ХГ (V.J. Desmet, M. Gerber, J. Hoofnagle и соавт., 1994) учитываются 4 основных критерия оценки: этиология, патогенез, степень активности и стадия хронизации заболевания. Для клинического патолога принципиально новым в современной классификации является необходимость оценивать раздельно некротические, воспалительные и фибропластические изменения; определять по их выраженности степень активности (тяжести) процесса и стадию его хронизации в баллах, то есть проводить полуколичественный (ранговый) анализ. Так, индекс гистологической активнос-

ти (ИГА), известный как «индекс Knodell», складывается из перипортальных некрозов гепатоцитов, включая мостовидные и мультилобулярные (0-10 баллов); внутридольковых фокальных некрозов и дистрофии гепатоцитов (0-4 балла); воспалительного инфильтрата в портальных трактах (0-4 балла). По суммарной оценке ИГА в баллах в новой классификации предлагается выделять ХГ минимально-активный (1-3 балла), слабовыраженный или мягкий (4-8 баллов), умеренный и тяжелый (9-12 и 13-18 баллов, соответственно).

Совершенно новым является предложение оценивать стадию хронизации процесса. Для количественной оценки степени фиброза предлагаются несколько систем подсчета: индекс фиброза (ИФ) R.G. Knodell, шкалы ISHAK, METAVIR, гистологический индекс склероза (ГИС) Desmet [5, 6]. Последний (именно им пользовались мы) основывается на определении степени выраженности фиброза, его локализации и сохранности долькового строения печени. В связи с этим, выделяют портальный и перипортальный фиброз (слабый — 1 балл); фиброз с хотя бы одной порто-портальной септой (умеренный — 2 балла); порто-портальные септы и хотя бы одна порто-центральная септа (выраженный — 3 балла); септы с формированием псевдолобулярных структур (цирроз — 4 балла). Значимость (удобство) применения полуколичественного анализа Кноделля оценена положительно в клинической практике [1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. Очень важным, по мнению многих авторов, является использование новой классификации ХГ в эволюционных изменениях биоптата при проведении этиотропной терапии ХГ вирусной этиологии и естественного течения болезни, а так же при контроле эффективности иммуносупрессивной терапии АИГ [1, 2, 3, 7, 8, 13].

Среди основных задач, выставляемых клиницистом для морфолога, обсуждается: уточнение диагноза, определение степени активности процесса и установление его стадии (продолжительности), контроль эффективности проводимого лечения. Клиницист (оператор), в свою очередь, обязан выполнить требования информативности биоптата: длина не менее 15-20 мм и наличие не менее 5 порталных трактов.

Неоднозначность подходов педиатров к важности гистологического заключения обусловлена осторожностью в связи с преувеличенным риском осложнений при проведении пункционной биопсии печени (не документированных по данным литературы, как прерогатива детства) и некоторыми деонтологическими аспектами (в частности, отказ родителей от проведения исследования). Единичные публикации, посвященные техническому исполнению и осложнениям пункционной биопсии печени (ПБП) у взрослых, подчеркивают необходимость качественного предварительного исследования гемостаза и квалификации оператора, то есть увеличение осложнений с количеством вколов, уменьшение последних при проведении УЗИ контроля [14, 15, 16]. Среднее количество осложнений составляет 0,2-0,5 % случаев, причем тяжелые (кровотечение, пневмоторакс) крайне редки.

Квалифицированный отбор и подготовка больного к проведению ПБП является наиболее важным моментом для получения значимой диагностической информации и, самое главное, для предотвращения возможных осложнений. Обоснование показаний для проведения ПБП у детей проводится коллегиально при участии в обсуждении опытного специалиста.

К показаниям для проведения пункционной биопсии печени у детей относятся:

- 1) клинический и/или биохимический симптомокомплекс хронического гепатита, цирроза печени;
- 2) холестаз внутрипеченочный (дуктопения);
- 3) клинические и лабораторные данные, указывающие на болезни накопления;
- 4) лекарственный гепатит;
- 5) порталная гипертензия, в особых случаях и внепеченочная для исключения врожденного фиброза печени;
- 6) очаговые поражения печени (прицельная биопсия под контролем методов визуализации);
- 7) при трансплантации печени (проводится до и после операции для диагностики осложнений: реакции отторжения, инфекций, истечения желчи);
- 8) гепатомегалия и/или спленомегалия, в том числе и при нормальных биохимических показателях, при исключении острых заболеваний;
- 9) продолжительное повышение аминотрансфераз неуточненной этиологии;
- 10) подозрение на жировую печень.

Отдельные моменты показаний для проведения пункционной биопсии печени у детей следует прокомментировать. Любое увеличение печени не уточненной причины в течение продолжительного времени (3 месяца и более) может считаться показанием к проведению ПБП с целью установления диагноза. В отличие от взрослых пациентов, выявление

увеличения печени при длительном наблюдении может быть единственным признаком врожденных нарушений обмена веществ. Хроническое лекарственное поражение печени в педиатрической практике редкость, тем не менее, при известных гепатотоксических эффектах принимаемых препаратов (метотрексат), в ряде случаев, ее проведение целесообразно. Очаговые поражения печени у детей также редки, и требуют обсуждения этого метода диагностики в каждом конкретном случае. Жировая печень встречается у детей с метаболическими гепатопатиями, у больных сахарным диабетом, является осложнением длительной стероидной терапии.

Опираясь на опыт своих учителей (прежде всего, профессор Малаховский Ю.Е., около 3000 биопсий), собственную практику (около 1000 биопсий у детей), можно сказать, что технически выполнить процедуру у ребенка не сложнее, чем у взрослого пациента. Это — большая масса органа относительно массы тела, более легко прокалываются кожа и близлежащие ткани, незначительно выражен подкожно-жировой слой. Односекундный метод Менгини позволяет игнорировать ритм дыхания. Рекомендуемые дополнительные движения ассистента (сдавление грудной клетки в конце выдоха для ограничения дыхательной экскурсии) могут усилить боязнь ребенка и отвлечь оператора для дополнительного контроля. Биопсия может оказаться неудачной, «пустой» при циррозе печени (ЦП) вследствие большой плотности ткани, взятие нужного количества образца ткани затрудняет асцит. Основная трудность биопсии печени у детей состоит в психологическом факторе, прежде всего, в опасении родителей, да и лечащих врачей. Кроме того, во время проведения процедуры контакт пациента и оператора установить намного сложнее, чем у взрослых. Учитывая, что при местной анестезии повторный вкол, в случае неудачного первого, ребенку сделать сложно, проводить ПБП детям должен опытный оператор.

Мы используем ПБП с 1966 года и обобщения о ее диагностических возможностях (на материале 2440 биопсий) уже были опубликованы [17]. За период с 1992 по 2003 гг. выполнены 827 ПБП. Обследованы 563 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 16 лет с предполагаемыми ХЗП. Пункционная биопсия печени на диагностическом этапе выполнена у 553-х детей (96,6 %); при динамическом наблюдении и оценке эффективности лечения у детей с ХГ произведено 165 повторных (через 6-10 месяцев после окончания лечения) и 64 отдаленных (через 5-10 лет) морфологических исследований. У детей с синдромом холестаза в возрасте от 14 дней до 3-х месяцев проведены 31 ПБП. Показаниями для проведения ПБП являлись, прежде всего, клинико-лабораторный симптомокомплекс типа ХГ и/или цирроза печени (у 80 % больных), значительно реже холестаза, увеличение печени и/или селезенки неясного генеза (20 %). С целью изучения гепатотоксического эффекта метотрексата проведено 16 биопсий печени у детей с ювенильным ревматоидным артритом при условии продолжительности приема препа-

рата 1,5-2 года и средней суммарной дозе 1500 мг и более.

Пункция печени проводилась в специальном кабинете многопрофильного детского стационара, в структуре которого есть детское хирургическое отделение и отделение гравитационной хирургии крови. Использовались, в основном, одноразовые иглы Менгини с диаметром просвета 1,2-1,4 мм. Ультразвуковое исследование печени проводилось всем детям до и после процедуры. Общая анестезия применена у 39 пациентов (4,7 %). Информативным считался биоптат длиной не менее 15 мм, содержащий не менее 5 портальных трактов, таких было большинство. У 116 детей (14 %) информация оценена по 3-м портальным трактам, и у 19 пациентов (2,3 %) материал оказался не информативным. Повторный взкол в случае визуально оцененной, недостоверной информации детям не проводился, у 11 детей (1,3 %) материал получить не удалось («пустые» биопсии).

Наблюдались следующие осложнения: выраженный, но кратковременный пневмоторакс — у 1 ребенка (0,1 %), болевой синдром, потребовавший медикаментозного вмешательства — у 11 (1,3 %), артериальная гипотензия (вазовагусная реакция) — у 2 (0,2 %). Все процедуры проведены с согласия родителей или опекунов. Оценка биоптатов проводилась согласно новой классификации гепатитов (Лос-Анджелес, 1994): по суммарному баллам ИГА (R. Knodell) и ГИС (V.J. Desmet).

Является ли ПБП решающим фактором в установлении диагноза ХГ? В проведенном исследовании из 563-х детей, направленных с диагнозом ХГ, последний выявлен у 494-х. Таким образом, ошибочный диагноз на основании только клинических и лабораторных исследований был установлен у 69 детей (12,3%). У 10 из них ПБП не проводилась ввиду отсутствия показаний (8) и отказа родителей (2). Среди 59 детей, у 16 (27,1 %) в ткани печени не было выявлено каких-либо изменений; у 11 (18,6 %) имела место очаговая дистрофия гепатоцитов. Морфологическое исследование в сопоставлении с данными клинического обследования у 19 детей (27,5 %) выявило внепеченочную портальную гипертензию, в том числе и врожденный фиброз печени (4), у 8 (13,5 %) — стеатоз печени, у 3-х (5,1%) — только фиброз портальных трактов в отсутствие инфекционного анамнеза и у 2-х (3,4%) — морфологические признаки острого гепатита. Несмотря на то, что в подавляющем большинстве случаев данные анамнеза, клинического и лабораторного обследования соответствовали морфологическому диагнозу ХГ, проведение ПБП при установлении диагноза позволяет избежать ряда ошибок. Не исключено, что в единичных случаях увеличение печени не имеет патологического морфологического субстрата или требует более квалифицированного гистологического исследования.

Согласно новой классификации, гистологическая активность гепатита выявлена у 165 детей из 232-х с ХГВ (71,1 %), у 91 из 117 больных ХГС (77,7 %), и у всех 43-х детей с АИГ. У остальных детей мор-

фологический диагноз трактовался как неактивный гепатит.

Соответствовала ли степень морфологической активности выраженности клинических изменений (в частности, активности АЛТ) при различных этиологических вариантах ХГ на этапе установления диагноза? Следует отметить, что детям с нормальным уровнем АЛТ, даже при подтвержденной инфекции ВГВ или ВГС, ПБП проводилась крайне редко.

Среди 92-х детей с типичным течением ХГВ минимальная, низкая и умеренная активность АЛТ выявлена в 31,6 %, 52,7 % и 15,8 % случаев, соответственно. В то же время, морфологическая активность оценена как минимальная и слабовыраженная у 18,9 % и 37,8 %, а умеренная и высокая (тяжелый гепатит) — у 27 % и 16,2 % детей, соответственно. Фиброз был слабовыраженным у 27 %, умеренным и выраженным — у 54,1 % и 13,5 % больных, соответственно; цирроз печени выявлен у 5,4 % детей. Отдельно следует выделить 26 детей с ХГВ и наличием антинуклеарных аутоантител, у которых активность АЛТ была высокая (65,4 %) и умеренная (34,6 %), а воспаление в ткани печени оценено как тяжелое и умеренное в 53,3 % и 42,3 % случаев, соответственно; цирроз печени выявлен у 11,3 % детей этой группы.

У 81 ребенка с ХГС минимальная, низкая и умеренная активность АЛТ выявлена в 75 %, 20,8 % и 4,2 % случаев, соответственно, а воспаление в ткани печени оказалось умеренно выраженным и тяжелым в 31,2 % и 10,4 % случаев, соответственно. Фиброз был умеренным и выраженным у 41,6 % и 41,6 % детей, соответственно, цирроза ни у кого не отмечено.

Таким образом, морфологические изменения при ХГВ и, особенно, при ХГС оказались тяжелее, чем их клиническая и лабораторная интерпретация, что являлось в дальнейшем одним из основных критериев назначения лечения.

Аутоиммунный гепатит, установленный у 43-х детей, отличался высокой активностью АЛТ у 88 % больных, наличием тяжелого гепатита и цирроза печени — у 90,5 % и 40,5 % детей, соответственно. Причем, диагностика цирроза печени у части детей была исключительно морфологическая.

Отражает ли морфологическая картина этиологические особенности гепатитов? Специфические маркеры HBV инфекции (ацидофильные тельца Каунсильмена, «мастовостекловидные гепатоциты» и «песочные ядра») выявлялись лишь у 38 % детей; при высоком балле ИГА — практически отсутствовали. У детей до 3-х лет отмечено преобладание фиброза над воспалительными изменениями.

При ХГС поражение желчных протоков (пролиферативные и деструктивные изменения) выявлено у 40,6 % детей; жировая дистрофия гепатоцитов — у 45,8 %; цепочки лимфоцитов внутри синусоидов и лимфоидные фолликулы — у 22,8 % пациентов.

Биопсия печени является обязательным условием постановки диагноза АИГ. Учитывая достаточно

быструю динамику аутоиммунного поражения печени и формирование ЦП, при наличии выраженных клинических симптомов ее надо проводить не дожидаясь 6-месячного срока наблюдения. Гистологическая картина АИГ характеризуется множественными перипортальными (ступенчатыми) некрозами (ткань, изъеденная молью), которые выявляются практически у 100 % больных. У 35-42 % больных выявляются порто-портальные или порто-центральные мостовидные некрозы с образованием розеток печеночных клеток. Обширные инфильтраты портальных полей и внутريدольковой стромы имеют, преимущественно, лимфогистиоцитарный состав с примесью большого количества плазматических клеток. Специфических морфологических маркеров АИГ не существует. Основными условиями «чистоты» диагноза являются отсутствие признаков вирусных инфекций в ткани печени, поражения желчных протоков, жировой дистрофии (в отсутствие длительной ГКС-терапии) и маркеров алкогольного гепатита. К гистологическим особенностям АИГ можно отнести наиболее высокие, в сравнении с иными ХГ, средние показатели суммарного балла ИГА и наличие исходного ЦП у 47 % больных.

Так, суммарный балл ИГА при АИГ практически в 2 раза выше, чем при ХГВ и ХГС (15 против 8 и 7,8, соответственно). Индекс воспаления при ХГВ формируется преимущественно лобулярным компонентом, при ХГС — перипортальными некрозами и портальной инфильтрацией. Наибольшая выраженность всех составных частей ИГА отмечается при АИГ (табл. 1)

Таблица 1
Составные части индекса гистологической активности

Индекс Кноделя (баллы):	Среднее значение		
	ХГВ	ХГС	АИГ
Перипортальные некрозы (0-10)	3,01 ± 0,96	3,06 ± 0,92	8,84 ± 1,25
Интралобулярная дегенерация (0-4)	3,07 ± 0,21	2,13 ± 0,93	3,08 ± 0,16
Портальная инфильтрация (0-4)	2,21 ± 0,32	2,69 ± 0,26	3,17 ± 0,12
Суммарный балл (0-18)	8,29 ± 0,49	7,88 ± 1,46	15,09 ± 1,53

Для оценки непосредственных и отдаленных результатов этиотропной терапии ХГВ и ХГС в сравнении с естественным течением болезни и патогенетической терапии АИГ мы проводили динамические морфологические исследования.

При наблюдении детей с ХГВ в повторных ПБП, проведенных через 6-10 месяцев после окончания монотерапии ИФН-альфа (Интрон А, Роферон А), средний ИГА достоверно уменьшился с $8,29 \pm 0,79$ до $5,47 \pm 1,03$, средний ГИС практически не изменился ($1,97 \pm 0,46$ и $2,01 \pm 0,14$). Длительная вирусологическая ремиссия (отсутствие ДНК HBV в течение 12 месяцев после окончания лечения) отмечена в 22,2 % случаев. Эффективность проводимого лечения заключалась в полном исчезновении гистологической активности у 25 % больных, снижении количества детей с морфологически тяжелым гепатитом с 16,2 % до 3,1 % (через 6-12 месяцев). В то

же время, ЦП, выявленный при первой биопсии у 2-х больных (5,4 %), в повторных исследованиях отмечен у 3-х детей (25 %).

Сравнительные клинко-морфологические исследования проведены при отдаленных (7-10 лет) наблюдениях у 19 детей, получавших ИФН-альфа, и у 22-х больных с естественным течением ХГВ (группа сравнения), проведено 12 и 10 отдаленных ПБП, соответственно. Морфологическая активность отсутствовала у 25 % детей, получавших ИФН-альфа, и у 10 % пациентов группы сравнения, оставалась высокой только у 10 % детей группы сравнения; ЦП выявлен у 25 % и 40 % детей, получавших и не получавших лечение, соответственно. За период наблюдения ЦП возник у 1 больного, получавшего лечение и у 3-х детей группы сравнения, кроме того, у 1 больного на фоне ЦП диагностирована гепатоцеллюлярная карцинома.

При наблюдении естественного течения ХГС отмечен медленный характер изменений в ткани печени, но, в целом, очевидна тенденция к прогрессии морфологических изменений при спонтанной нормализации АЛТ почти у половины детей.

В то же время, несмотря на то, что стойкая элиминация РНК HCV отмечена лишь в 17,4 % случаев, у большинства больных, получавших лечение ИФН-альфа, подтверждено морфологическое улучшение. Средние показатели суммарного балла ИГА, составляющие $7,88 \pm 1,46$ баллов при диагностической ПБП, в повторных гистологических исследованиях снизились до $5,45 \pm 0,98$ у леченых детей и остались практически прежними ($7,24 \pm 1,03$) у детей, не получавших лечение.

При гистологических исследованиях биоптатов печени, проведенных через 6-8 месяцев после окончания лечения и отдаленных (не менее 5 лет) наблюдений в ткани печени в динамике выявлено у 13 % и 18,8 % больных, получавших ИФН-альфа, против 0 % и 11,7 % у не леченых детей, соответственно. Количество детей с тяжелым вариантом гепатита уменьшилось с 11,8 % до 6,3 % при отдаленных наблюдениях против увеличения последнего с 9,4 % до 11,7 % у пациентов, не получавших лечение, соответственно.

Тяжелый фиброз, выявленный у 40,7 % детей в обеих группах при диагностической ПБП, в отдаленных наблюдениях после проведенного лечения выявлен лишь у 18,8 % больных против 52,9 % у детей, не получавших ИФН-альфа.

Таким образом, морфологическое улучшение у детей с ХГС, получавших противовирусную терапию, наиболее достоверно отражено в положительной динамике фиброза.

Проведенный клинко-морфологический мониторинг этиотропной терапии ХГВ и ХГС позволил выделить исходные значения ИГА, как важного предиктора благоприятного прогноза. Так, длительная ремиссия достигнута у больных, морфологический

Таблица 2

Морфологическая характеристика синдрома врожденного гепатита у новорожденных и детей первых трех месяцев жизни (14 дней – 3 месяца) (n = 31)

Морфологический признак	абс	%	Вероятная причина
Некрозы центрлобулярные	3	9,7	Сепсис (St.Aur., E.coli), Herpes, Гипоксия
Гигантоклеточная трансформация	15	48,6	CMV, HBV, Toxo, Herpes, St.aur., epid., hom.; E.coli, B.klebs., неизвестна
Очаги эритромиелоза	6	19,6	Те же
Холестаз внутриклеточный	24	77,4	Те же + галактоземия
Пролиферация холангиол	4	12,9	Чаще CMV
Дуктулярная гипоплазия	3	9,7	CMV, неизвестна
Хронический активный гепатит	5	16,1	CMV, неизвестна
Порто-портальные и портоцентральные септы	7	22,5	Неизвестна
Ложные дольки	3	9,7	Неизвестна

вариант гепатита у которых при диагностической ПБП был минимальным или слабовыраженным, и лишь в единичных случаях — умеренным. Суммарный балл индекса Кноделля у детей с последующей длительной ремиссией составил $5,86 \pm 0,94$, в то время, как у больных с отсутствием эффекта терапии — $8,97 \pm 0,72$ (различия достоверны).

У детей с АИГ тяжелый гепатит, выявленный в дебюте у 90,5 % при катамнестическом наблюдении (7-10 лет), оказался у 8,3 % пациентов, цирроз печени — у 40,5 % больных при первой ПБП против 66,6 % в отдаленных наблюдениях, соответственно. В прогрессии ЦП, возможно, имеет место и жировая дистрофия гепатоцитов, выявляемая у 26 % пациентов с АИГ при повторных ПБП, как побочный эффект длительной терапии глюкокортикостероидами.

Неспецифичность гистологических признаков у детей первых месяцев жизни связана со стереотипностью ответа печени на любой патологический агент в этом возрасте. Мы попытались сопоставить морфологические изменения в ткани печени у детей первых месяцев жизни с выявленным этиологическим фактором. Патологические процессы в печени у новорожденных и младенцев обусловлены различными причинами, установить которые достаточно сложно.

Это, прежде всего, бактериальные и вирусные инфекции, что оправдывает целенаправленное применение антибиотиков и высокодозных внутривенных иммуноглобулинов. Гистологические изменения оказались неспецифичными (табл. 2). Наиболее часто выявлялись внутриклеточный холестаз и гигантоклеточная трансформация гепатоцитов. Выявление порто-портальных и порто-центральных септ, ложных долек, вероятно, является исходом воспалительных реакций в период раннего фетогенеза. Тем не менее, не оказывая помощь клиницисту в установлении этиологии заболевания и выборе метода лечения, данные ПБП определяют прогноз и показания для проведения ранней трансплантации печени.

С целью изучения гепатотоксического эффекта метотрексата проведено 16 биопсий печени у детей с ювенильным ревматоидным артритом. Изменения в ткани печени выявлены у всех пациентов: жировая дистрофия гепатоцитов (5 детей), гидропическая дистрофия (11), дольковый гепатит (2), гранулематозный воспалительный процесс (1), холестаз внутриклеточный (1), лимфогистиоцитарная инфильтрация портальных трактов (4), фиброз слабый (3), выраженный (1). У пациентки с выраженным фиброзом выявлена хроническая инфекция вируса гепатита С. Для уточнения клинических значений выявленных изменений в ткани печени требуются дальнейшие наблюдения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На материале 827 ПБП, проведенных у детей в возрасте от 14 дней до 16 лет, показано значение гистологических изменений при ХЗП для практической деятельности педиатра.

Выполнение ПБП по методу Менгини одноразовыми наборами обеспечивает безопасность проведения исследования и информативность полученного материала.

Новые ранговые системы оценки активности морфологического процесса и его стадии внесли более достоверную, чем визуальная оценка, информацию о диагнозе ХГ, позволили проанализировать влияние лечения на динамику воспаления и фиброза, что помогало формировать дальнейшую тактику ведения больного и определять прогноз.

Очень важным является положительная динамика морфологических изменений у пациентов, у которых, несмотря на проводимое лечение, не произошло элиминации вируса. В то же время, морфологические изменения в ткани печени, выявленные у детей первого года жизни (врожденный гепатит, холестазы, нарушения обмена веществ), нуждаются в обсуждении и систематизации.

Проведение гистологических исследований ткани печени у детей с ювенильным ревматоидным артритом, которые длительно получали метотрексат, показало, что, в отличие от взрослых, гепатотоксический эффект препарата выражен незначительно.

Совместная многолетняя работа педиатра и морфолога подтвердила значение биопсии печени как «золотого стандарта диагностики» и наиболее достоверного метода контроля эффективности терапии хронических заболеваний печени у детей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Майер, К.-П. Гепатит и последствия гепатита: пер. с нем. /К.-П. Майер. — М., 1999.
2. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей: пер. с англ. /Шерлок Ш., Дули Дж. — М., 1999.

3. Котович, М.М. Роль этиотропной и патогенетической терапии в клинической и морфологической эволюции хронических гепатитов у детей /М.М. Котович: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2003.
4. Autoimmune Hepatitis in childhood: A 20-year experience /Gregorio G.V., Portmann B., Reid F. et al. //Hepatology. – 1997. – V. 25. – P. 541-547.
5. Classification of chronic hepatitis: Diagnosis, grading and staging /Desmet V.J., Gerber M., Hoofung J.H. et al. //Hepatology. – 1994. – V. 19. – P. 1513-1520.
6. Ishak, K.G. Pathologic features of chronic hepatitis. A review and update. /Ishak K.G. //Am. J. Clin. Pathol. – 2000. – V. 113. – P. 40-55.
7. Горбаков, В.В. Оценка результатов 5-летнего наблюдения пациентов с ХГС, леченных интерфероном-альфа /Горбаков В.В., Каршиева А.В. //Рос. журн. гастроэнт., гепат., колопрокт. – 1999. – № 5. – С. 85.
8. Значение морфологических исследований в диагностике и лечении парентеральных вирусных гепатитов /Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Гусев Д.А., Чирский В.С. //Вирусные гепатиты: достижения и перспективы. – 2003. – № 2. – С. 11-16.
9. Первый опыт работы с новой международной классификацией хронического гепатита у детей /Малаховский Ю.Е., Смирнова Н.П., Бекузаров С.С., Городилов Ю.А. //Педиатрия. – 2000. – № 3. – С. 54-58.
10. Серов, В.В. Морфологические критерии оценки этиологии, степени активности и стадии процесса при вирусных хронических гепатитах В и С /Серов В.В., Севергина Л.О. //Арх. патол. – 1996. – Т. 58, Вып. 4. – С. 61-64.
11. Brunt, E.M. Grading and staging the histopathology lesions of chronic hepatitis: The Knodel histology activity index and beyond /Brunt E.M. //Hepatology. – 2000. – V. 31. – P. 241.
12. The role of liver biopsy in chronic hepatitis C /Saadeh S., Cammell G., Carey William D. et al. //Hepatology. – 2001. – V. 33. – P. 196-200.
13. Clinical and Histological Outcome After Hepatitis B-Antigen to Antibody Seroconversion in Children With Chronic Hepatitis B /Ruiz-Moreno M., Otero M., Millan A. et al. //Hepatology. – 1999. – V. 29. – P. 572-575.
14. Cadranet, J.F. Practices of liver biopsy in France: results of a prospective nationwide study /Cadranet J.F., Rufat P., Degos F. //Hepatology. – 2000. – V. 32. – P. 477-481.
15. Falck-Ytter, Y. The risks of percutaneous liver biopsy. To the Editors /Falck-Ytter Y., McCullough A.J. //Hepatology. – 2001. – V. 32.
16. Practice and complications of liver biopsy. Results of a nationwide survey in Switzerland /Froehlich F., Lamy O., Fried M., Gonvers J. //Dig. Dis. Sci. – 1993. – V. 38. – P. 1480-1484.
17. Малаховский, Ю.Е. Тридцатилетний опыт пункционной биопсии печени у детей /Малаховский Ю.Е., Котович М.М., Камзычаков А.И. //Педиатрия. – 1998. – № 2. – С. 22-29.



ИДЕНТИФИЦИРОВАНЫ БИОМАРКЕРЫ СОНЛИВОСТИ

Уровни амилазы в слюне, предположительно, являются "простым и поддающимся количественному определению биомаркером сонливости", сообщают американские ученые.

Исследование продемонстрировало, что у людей, бодрствующих в течение 28 часов, значительно увеличивалась активность амилазы и уровни матричной РНК по сравнению с пациентами из циркадно-подобранной группой контроля, пишет доктор Пол Дж. Шай (Paul J. Shaw) из Медицинской Школы Вашингтонского Университета и коллеги.

Авторы отмечают, что в настоящее время не существует никаких поддающихся количественному определению маркеров для измерения сонливости человека, вызывающей ухудшение когнитивных функций и дефицит внимания, ассоциируемый с увеличением риска автомобильных аварий и производственных травм.

В проведенном исследовании ученые использовали генетические и фармакологические инструменты для диссоциации сонливости и времени бодрствования у *Drosophila melanogaster*.

Результаты показали высокую корреляцию между уровнями амилазы и сонливостью. Дальнейшее тестирование у людей подтвердило, что амилаза слюны является биомаркером сонливости.

Авторы считают, что полученные данные представляют собой первый шаг в развитии методики для определения сонливости в уязвимых группах.

Источник: Solvay-pharma.ru

О.Б. Анфиногенова, Б.И. Давыдов, О.В. Шмакова

Кемеровская государственная медицинская академия,

Кафедра детских болезней,

г. Кемерово

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДИФФУЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Проведено эпидемиологическое и клиническое изучение здоровья детского населения г. Кемерово. Выявлены аналитические, клинические и лабораторно-инструментальные особенности течения хронического гастродуоденита у детей и подростков с диффузным нетоксическим зобом.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, диффузный нетоксический зоб, диагностические критерии.

Epidemiological and clinical studying of children's health in Kemerovo city was lead. It brought out anamnestic, clinical and laboratory-tool peculiarities of streaming of chronic gastroduodenitis among the children and teenagers with diffusive nontoxic goiter.

Key words: chronic gastroduodenitis, total nontoxic goiter, diagnostic criteria.

Хронические заболевания органов пищеварения относятся к наиболее распространенным патологическим состояниям, нередко приводящим к снижению качества жизни подрастающего поколения [1, 2]. Конец XX и начало нового столетия ознаменовались ростом распространенности хронического гастродуоденита (ХГД) у детей и подростков [3, 4].

Частота хронических форм патологии пищеварительного тракта объяснима, в частности, сочетанностью поражения с другими органами и системами [5]. Одновременное воспаление органов пищеварения, бронхолегочной, эндокринной, мочеполовой и других систем приобретает в настоящее время характер самостоятельной значимой проблемы [6, 7, 8, 9].

Доказана патогенетическая зависимость дискоординации эндокринной системы от изменения секреторной, двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки [10, 11]. Так, установлена прямая корреляционная связь между дебитом соляной кислоты и низким содержанием секретина [12]. Интересны публикации о взаимовлиянии гормонов щитовидной железы (ЩЖ), гипофиза и системы пищеварения (ТЗ, Т4, ТТГ, гастрин, мелатонин, серотонин) [13].

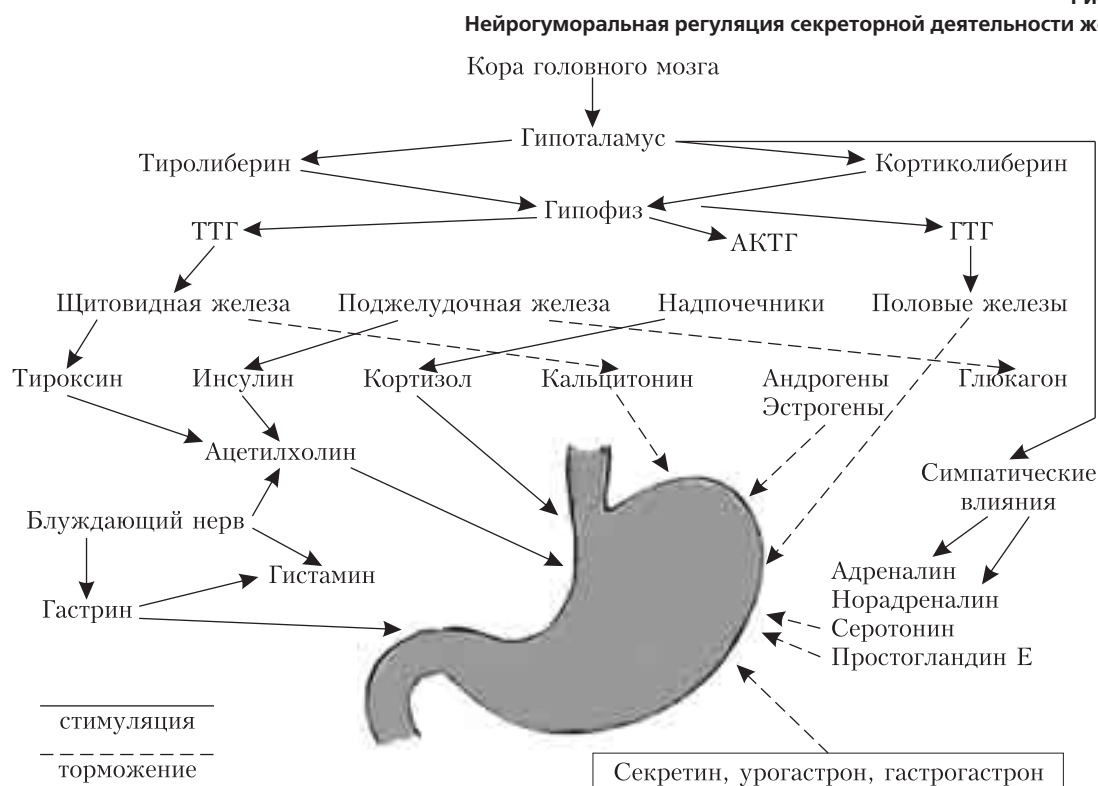
Мазурин А.В. и Запруднов А.М. (1980) предполагали, что ХГД сопровождается отклонениями ряда функций эндокринных желез, нарушающих механизмы секреции и кислотообразования. Выявлено повышение концентрации ТТГ, угнетение фун-

кционального состояния ЩЖ при обострении ХГД. Повышение ТТГ как отражение функциональной активности передней доли гипофиза, по-видимому, представляет компенсаторно-адаптационную реакцию организма на дистрофические изменения слизистой оболочки (СО) желудка и дуоденум [14]. По данным авторов, имеет место прямая зависимость между уровнем желудочной секреции и концентрацией ТТГ в крови больных детей, и обратная — с гормонами ЩЖ. Получены данные о тесной связи гормонов, вырабатываемых эндокринными органами, с морфофункциональным состоянием желудка и двенадцатиперстной кишки [15]. ТТГ не только регулирует деятельность ЩЖ, но и способен усиливать желудочную секрецию и повышать «агрессивные» свойства желудочного сока. Т4, ТЗ оказывают выраженное трофическое действие на СО желудка [16]. При зобе продукция соляной кислоты угнетается, вызывая торпидность воспалительного процесса [17]. Нейрогуморальная регуляция секреторной деятельности желудка представлена рисунком 1 [18].

Уровень ТТГ наиболее высок у детей в возрасте 9-10 и 13-15 лет, что, по-видимому, объясняет частое обострение ХГД в этом возрасте [15].

По данным ВОЗ, хроническая патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта, сочетанная с диффузным нетоксическим зобом (ДНЗ), относится к числу экологически зависимых, и приоритетна для промышленно развитых стран [19, 20, 21]. В связи

Рисунок 1



с этим, мы обратились к изучению особенностей течения ХГД у детей и подростков, имеющих ДНЗ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом изучения уровня здоровья детей г. Кемерово, распространенности среди них ХГД и ДНЗ послужили 7488 человек в возрасте 4-15 лет, посещающих дошкольные и школьные учреждения. Отдельному исследованию подверглись 136 детей от 6 до 15 лет, сочетавших ХГД и ДНЗ.

Диагностика ХГД основывалась на клинических, лабораторных и инструментальных данных. Для определения кислотообразующей функции желудка использовался метод многоканальной внутрижелудочной рН-метрии по Е.Ю. Линару [22]. Проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ЭФГДС, гистологическое изучение биоптатов СО желудка и ХЕЛИК-тест.

Изменения ЩЖ подтверждались пальпаторно, ультразвуковым исследованием с определением объема органа по F. Delange (1997). Изучен гормональный профиль (сТ4, Т4), уровень ТТГ, йодурия. Обследование детей и подростков также включало ЭКГ, КИГ, исследование параметров местного иммунитета (общий белок, лизоцим, SIgA) ротового секрета.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием прикладных программ Statistica-6, критериев доказательной медицины [23, 24].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Заболеваемость ХГД диагностирована у 2997 детей и подростков (40 %). Минимум случаев зарегистрирован в дошкольном возрасте (8 %). На первом году школьного обучения число больных резко возросло (40,1 %). Второй пик частоты ХГД наступал к 10 годам (52 %), то есть к периоду гормональной перестройки организма.

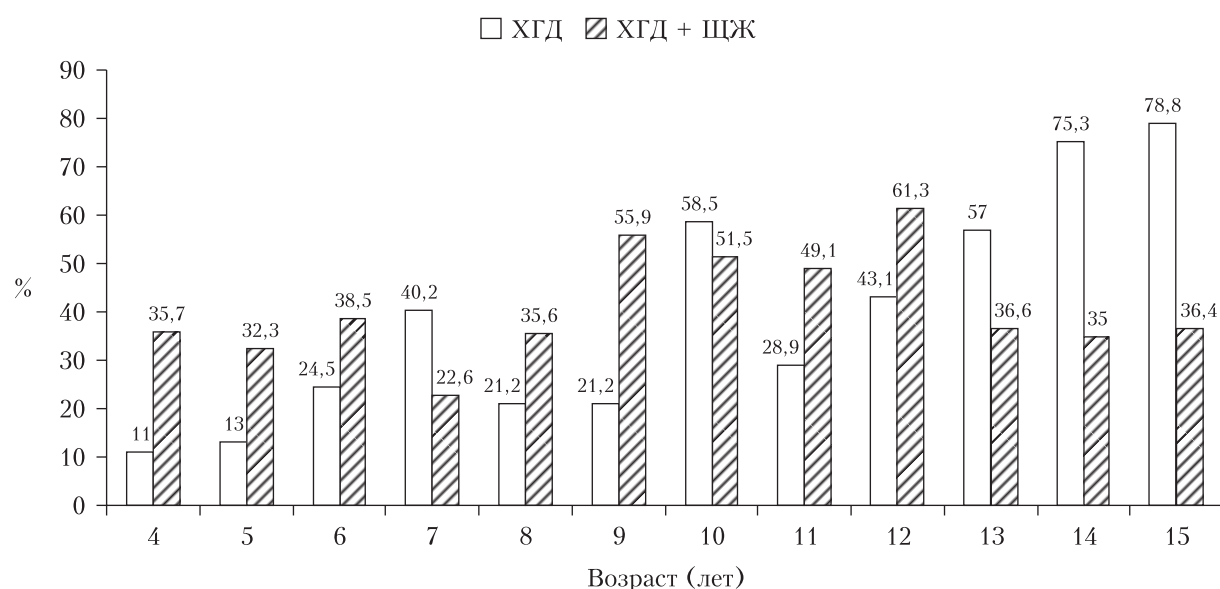
При осмотре 7488 детей диагноз ДНЗ был подтвержден у 3641 (48,6 %). Распространенность зоба среди дошкольников составила 22,6 %, а достоверное увеличение больных к 15 годам достигло 77,4 %. Мы установили, что из 2997 детей и подростков г. Кемерово, страдающих ХГД, у 1282 человек диагностирован ДНЗ, что составило 42,8 % (рис. 2).

Выявлена прямая корреляционная зависимость частоты ХГД от уровня ДНЗ у детей и подростков ($r = 0,9$ при $p < 0,001$). Эта закономерность наиболее манифестна в дошкольном и младшем школьном возрасте, что объяснимо недостаточной адаптацией к условиям окружающей среды и низким порогом йодной обеспеченности. В среднем, сочетанность двух заболеваний зарегистрирована у каждого третьего ребенка, больного ХГД.

Следующим этапом нашего исследования было изучение анамнеза, клиники и лабораторно-инструментальных данных 136 пациентов с микст-патологией (табл.).

Рисунок 2

Частота сочетанной патологии у детей Кемерово



Таблица

Диагностические критерии хронического гастродуоденита у детей с диффузным нетоксическим зобом (n = 136)

Критерии		n	%
Анамнестические критерии			
Возраст	6-11 лет	62	45,6 ± 4,3
	12-15 лет	74	54,4 ± 4,3
Пол	Мальчики	42	30,9 ± 4
	Девочки	94	69,1 ± 4
Факторы риска	Нерациональное питание	121	89 ± 2,7
	Нарушение режима дня	107	78,7 ± 3,5
	Стресс	76	55,9 ± 4,3
	Наследственность ЖКТ	106	77,9 ± 3,6
	Экологические вредности	136	100 ± 0
	Детские инфекционные заболевания	58	42,7 ± 4,2
	Патология ЩЖ у родственников	92	67,6 ± 4,0
Сроки диагностики ДНЗ	Первично диагностированное	81	59,6 ± 4,2
	Ранее диагностированное	55	40,4 ± 4,2
Сроки диагностики ХГД	Первично диагностированный	41	30,2 ± 4
	Ранее диагностированный	95	69,9 ± 4
Частота рецидивов	Ежеквартально	129	94,9 ± 1,9
	Каждое полугодие	7	5,2 ± 1,9
	Один раз в год	-	-
Социальный уровень семьи	Низкий	78	57,4 ± 4,2
	Средний	43	31,6 ± 4
	Высокий	15	11,0 ± 2,7
Клинические критерии			
Абдоминальный синдром	Боли в эпигастральной и пилородуоденальной зонах, приступообразные, не связанные с характером питания	118	86,8 ± 2,9
Диспептический синдром	Тошнота, отрыжка кислым, воздухом, запоры	126	92,6 ± 2,2
Астеновегетативный синдром	Слабость, головная боль, субфебрилитет, недомогание	121	89 ± 2,7
Вегетативный статус	Преобладание парасимпатического звена ВНС, брадикардия, гипотония	19 из 51	37,3 ± 5,8

Таблица (продолжение)

Психоземotionalный статус	Повышенная эмоциональность, раздражительность	114	83,8 ± 3,2*
Телосложение	Макросоматотип	36	26,5 ± 3,8
	Микросоматотип	80	58,8 ± 4,2*
	Мезосоматотип	20	14,7 ± 3
Степень физического развития	Гармоничное	76	55,9 ± 4,2**
	Дисгармоничное	42	30,9 ± 4**
	Резко дисгармоничное	18	13,2 ± 2,9
Критерии инструментального обследования			
ЭФГДС (морфологические формы изменения СОЖ и СОД)	Поверхностная	57	41,9 ± 4,2*
	Гипертрофическая	25	18,4 ± 3,3
	Эрозивная	32	23,5 ± 3,6
	Смешанная	22	16,2 ± 3,2
рН-метрия (кислотообразовательная функция желудка)	Повышенная	62	45,7 ± 4,3*
	Пониженная	23	16,9 ± 3,3
	Нормальная	51	37,5 ± 4,2*
УЗИ ЩЖ	Изменено	129	94,9 ± 4,2*
	Не изменено	7	5,2 ± 1,9
УЗИ органов брюшной полости	Изменено	117	86,0 ± 3*
	Не изменено	19	14 ± 3
ЭКГ (циклическая деятельность сердца)	Функциональные изменения, аномалии хордального аппарата, ПМК	74 (из 89)	83,2 ± 4*
Критерии лабораторного исследования			
Исследования на <i>H. pylori</i> (гистологический, дыхательный ХЕЛИК-тест)	Хеликобактер-негативные	136	100 ± 0
Тиреоидный гормональный профиль	ТТГ мкМЕ/л СТ4 нг/л		1,1 ± 0,1
Йодурия (дефицит йода в организме, мкг/дл) (41 чел.)	Норма (>10)	1	2,4 ± 2,4
	Легкая степень (5-10)	16	39 ± 5,8
	Средняя степень (2-5)	15	36,6 ± 7,5
	Тяжелая степень (< 2)	9	22 ± 6,5
Местный иммунитет (компоненты ротового секрета)	Лизоцим - угнетение активности в 1,3 раза		
	SlgA - угнетение активности в 1,4 раза		
	Общий белок - нормальное содержание		

Примечание: * - $p < 0,001$, ** - $p < 0,01$.

Анализ анамнеза выявил следующую последовательность приоритетов: наследственную предрасположенность к заболеваниям пищеварительной системы (77,9 %) и к тиреоидной патологии (67,6 %), нерациональное питание (89 %), частые стрессовые ситуации в семье и школе (55,9 %). Менее половины пациентов (40,4 %) состояли на учете у эндокринолога, у остальных детей увеличение ЩЖ подтверждено нами впервые.

При клиническом обследовании преобладали боли в эпигастальной и пилородуоденальной зонах, приступообразные, не зависящие от характера питания (86,8 %). Дети акцентировали наше внимание на отрыжку, тошноту, головную боль, изжогу, утомляемость, сухость кожи, ломкость ногтей и выпадение волос.

Проведено соматологическое исследование, включающее соматометрию и соматоскопию (рис. 3).

Анализ полученных данных выявил у детей, страдающих ХГД + ДНЗ, гармоничное физическое развитие в 55,9 % случаев, дефицит массы тела — в 23,5 %, общую задержку развития — в 9,6 %, в сравнении со

здоровыми детьми ($p < 0,001$). Отклонения полового развития зарегистрированы у 8 подростков (10,8 %) в виде отставания в формировании молочных желез, оволосении лобка, в становлении менструальной функции у девушек. У юношей на 2-3 года позже приходило оволосение в подмышечных впадинах, изменение тембра голоса, рост щитовидного хряща.

Получены данные ультразвукового исследования ЩЖ (рис. 4).

Статистически закономерным было нарастание объема ЩЖ у подростков обоего пола при длительности заболевания ХГД более 4-х лет. Увеличение объема органа в сравнении с нормативными показателями составила 1,2-2,9 см³ на каждые 0,1 м² поверхности тела. I степень увеличения диагностирована у 127 детей (93,4 %), II степень — у 9 человек (6,6 %). При диффузном нетоксическом зобе у детей, страдающих ХГД, имелись изменения эхо структуры ЩЖ с гипер- и гипоехогенными участками паренхимы (94,9 %). Подобные морфофункциональные изменения возможны в условиях дефицита йода и высокой техногенной нагрузки промышленного го-

Рисунок 3
Оценка физического развития детей с ХГД и ДНЗ

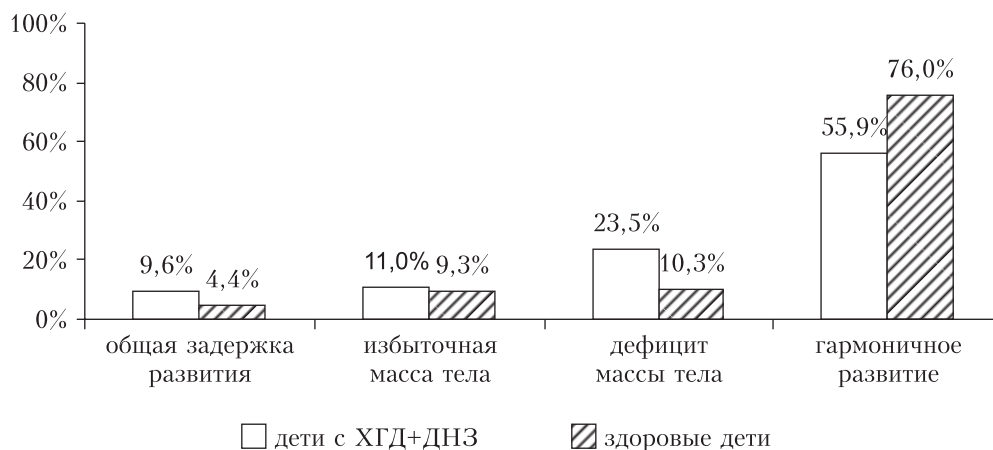
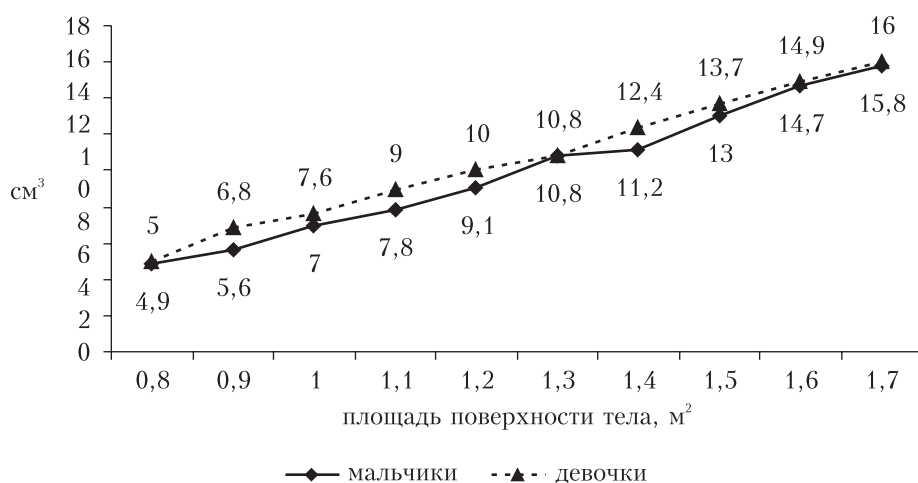


Рисунок 4
Динамика роста щитовидной железы у больных детей



рода. Сравнительные результаты с когортой здоровых детей показали, что размеры ЩЖ у больных находились в прямой корреляционной зависимости от длительности заболевания ХГД ($r = 0,75$) и, в меньшей степени, от поверхности тела ребенка ($r = 0,58$).

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выявило преимущественно гипотонический вариант дисфункции желчного пузыря, как наиболее частую патологию, во всех возрастных группах (91,9 %). Гипертонический вариант нарушений моторики, сочетанный с дисфункцией поджелудочной железы, мы наблюдали преимущественно у детей младшего школьного возраста. Реактивные изменения печени и поджелудочной железы диагностированы у каждого третьего ребенка.

Результаты эндоскопического исследования верхнего отдела пищеварительной системы свидетельствовали об изменении слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки: у каждого 4-го ребенка диагностирована эрозивная форма ХГД, у каждого 5-го — гипертрофическая, у каждого 6-го —

смешанная. 41,9 % обследованных детей имели поверхностную форму воспаления СО ($p < 0,01$).

Функциональные нарушения моторики зарегистрированы в виде дуоденального и гастроэзофагального рефлюксов (25,8 % и 19,4 %, соответственно). В препубертатном возрасте чаще наблюдался первый вариант, у подростков — второй. Активность патоморфологических изменений в фундальном и пилорическом отделах желудка коррелировала со степенью выраженности гормональных отклонений со стороны ЩЖ.

У абсолютного большинства пациентов выявлена повышенная кислотообразующая функция желудка. В их число вошли больные с эрозивной, гипертрофической, смешанной и частично поверхностной формами ХГД. Нормальную кислотообразующую функцию желудка имели 51 человек (37,5 %). О единстве патогенетических механизмов интестинальной и тиреоидной патологии свидетельствует снижение уровня сТ4 и повышение концентрации ТТГ в 1,3 раза, по сравнению с нормальным уровнем.

Расстройства сердечно-сосудистой системы в виде отклонений на ЭКГ зарегистрированы в 83,8 % случаев (синусовая тахикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, дисметаболические нарушения).

Кардиоритмография позволила определить отклонения в исходном вегетативном тоне и вегетативной реактивности, присущие детям при тиреоидной и гастропатологии. Нами выявлены следующие изменения сердечного ритма: повышение вариабельного размаха (Дх, сек), уменьшение частоты интервала (Мо, %), преобладание медленно-волновых компонентов. Эти изменения свидетельствовали об эйтонии (43,1 %) и ваготонии (37,3 %), а у 19,6 % пациентов зарегистрирована симпатико- и гиперсимпатикотония ($p < 0,05$).

Содержание йода в моче соответствовало уровню среднетяжелого дефицита (медиана экскреции йода составляет 4,85 мкг/дл) у 1/3 больных детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Статистический анализ проведенного исследования позволил сделать выборку наиболее информативных факторов риска ХГД, сочетанного с диффузным нетоксическим зобом. В их число вошли наследственный фактор и стрессовые жизненные ситуации, нарушения режима дня и нерациональное питание.

У детей с зобом мы чаще диагностировали повышенный уровень тревожности и раздражительности, вне зависимости от выраженности желудочной и кишечной диспепсии.

Формирование ХГД среди детей и подростков с зобом носило атипичное течение: без выраженного абдоминального синдрома, с признаками поверхностного и эрозивного воспаления СО желудка и дуоденума, с повышенным кислотообразованием. Установленные клинические, лабораторные и инструментальные критерии течения ХГД у детей и подростков с зобом найдут, по нашему мнению, применение в решении вопросов патогенеза, ранней диагностики и своевременного лечения данных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

- Баранов, А.А. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии /А.А. Баранов, П.Л. Щербаков //Вопр. совр. пед. – 2002. – Т. 1, № 1. – С. 12-16.
- Роль факторов экологического риска в развитии заболеваний органов пищеварения у детей по материалам Московской области /Л.А. Щеплягина, Н.И. Урсова, И.Ю. Абрамова и др. //Рос. журн. гастроэнт., гепат. и колопрокт. – Прил. 11. – 2000. – Т. X, № 5. – С. 109.
- Голованова, Е.С. Роль гепатобилиарной системы и желудка в детоксикации организма при гастродуоденитах у детей /Е.С. Голованова, А.И. Алинова //Рос. пед. журн. – 2006. – №1. – С. 21-24.
- Щербаков, П.Л. Вопросы педиатрической гастроэнтерологии /П.Л. Щербаков //Рус. мед. журн. – 2003. – Т. 11, № 3. – С. 107-112.
- Van der Horst-Bruinsma, I.E. Influence of non-inherited maternal HLA-DR antigens on susceptibility to rheumatoid arthritis /I.E. Van der Horst-Bruinsma //Ann. Rheum. Dis. – 1998. – V. 57. – P. 672-675.
- Котлярова, М.С. Особенности сочетанной патологии почек и органов пищеварения немикробной этиологии /М.С. Котлярова //Рос. пед. журн. – 2003. – № 2. – С. 19-21.
- Особенности гастропатологии у детей с бронхиальной астмой /Л.А. Разина, В.А. Филин, И.И. Балаболкин и др. //Матер. VII конгр. пед. – М., 2002. – С. 232.
- Сафина, А.И. Структура гастроэнтерологической заболеваемости у детей с пиелонефритом /А.И. Сафина, Э.А. Гайнуллина //Матер. VII конгр. пед. – М., 2002. – С. 264.
- Чернявская, Г.М. Поражение гастродуоденальной системы при бронхиальной астме (клинические и патоморфологические аспекты) /Г.М. Чернявская: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 2004. – 57 с.
- Дюкарева, А.М. Особенности здоровья и образа жизни молодежи /А.М. Дюкарева //Пробл. соц. гиг. и история мед. – 1995. – № 2. – С. 23-26.
- Филимонов, Р.М. Подростковая гастроэнтерология: руков. для врачей /Р.М. Филимонов. – М., 1990. – 283 с.
- Мицух, В.Г. Энтероинсулярные гормоны при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью /В.Г. Мицух, Е.М. Нейко //Врач. дело. – 1995. – № 1-2. – С. 59-62.
- Alarcyn, T. In vitro activity of famotidine, ranitidine, omeprazole, lansoprazole and bismuth citrate against clinical isolates of Helicobacter pylori /T. Alarcyn, D. Domingo, T. Sbnchez //Bur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. – 1998. – V. 17, № 4. – P. 275-277.
- Мазурин, А.В. Уровень ТТГ и функциональное состояние щитовидной железы при язвенной болезни и гастродуоденитах у детей /А.В. Мазурин, А.М. Запруднов, В.А. Филин //Вопр. дет. гастроэнтерол. – Горький, 1980. – Вып. 1. – С. 99-103.
- Запруднов, А.М. Патогенетические аспекты нарушения гормонального равновесия у детей с гастродуоденитами /А.М. Запруднов //Педиатрия. – 1987. – № 6. – С. 8-11.
- Липовский, С.М. Гормоны желез внутренней секреции и их роль в патологии органов пищеварения /Липовский С.М. – Л., 1972. – 128 с.
- Булгаков, А.А. Особенности патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у детей с диффузным зобом щитовидной железы /А.А. Булгаков, В.Д. Трифонов //Матер. XI конгр. дет. гастроэнтер. – М., 2004. – С. 81-83.
- Пайков, В.Л. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах /В.Л. Пайков, С.Б. Хацкель, Л.В. Эрман. – СПб., 1998. – 534 с.
- Волков, А.И. Динамика эпидемиологических показателей заболеваемости органов пищеварения у детей /А.И. Волков, Е.П. Усанова //Матер. VII конгр. пед. – М., 2002. – С. 54-55.
- Лобыкина, Е.Н. Распространенность йоддефицитного зоба среди населения крупного промышленного центра Западной Сибири и совершенствование методов его профилактики /Е.Н. Лобыкина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новокузнецк, 1998. – 173 с.
- Мазурин, А.В. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии /А.В. Мазурин, Л.Н. Цветкова, В.А. Филин //Педиатрия. – 2000. – № 5. – С. 19-22.
- Васильев, Ю.В. Терапия неязвенной функциональной диспепсии /Ю.В. Васильев //Рус. мед. журн. – 2002. – Т. 4, № 2. – С. 35-38.
- Кондратьева, Е.И. Доказательные подходы в медицине: метод. пособие /Е.И. Кондратьева. – Томск, 2003. – 34 с.
- Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины /Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М., 1998. – 352 с.

* * *

Н.Н. Миняйлова, Т.С. Хоботкова, Ю.И. Ровда
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская клиническая больница № 7,
г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В данной статье представлена информация по проблеме ожирения и метаболического синдрома (МС) у детей и подростков. Отражены преимущества и недостатки основных видов лечения и профилактики ожирения среди этих больных. Дана краткая характеристика препарата Глюкофаж и редкий опыт его применения в педиатрической практике. Отмечено позитивное влияние препарата на некоторые антропометрические показатели, уровень САД и метаболические параметры у больных с ожирением. Побочных эффектов у детей, принимавших Глюкофаж, отмечено не было. Учитывая все выше изложенное, необходимо продолжить изучение влияния Глюкофажа на основной обмен растущего организма при более длительном его применении.

Ключевые слова: метаболический синдром (МС), конституционально-экзогенное ожирение (КЭО), инсулинорезистентность (ИР).

In given article the information on a problem of obesity and metabolic set of symptoms among children and teenagers is submitted. Advantages and disadvantages of the basic kinds of treatment and prophylaxis of obesity among these patients are reflected. The brief characteristic of the preparation Glukophage and infrequent experience of its application in pediatric practice are given. Positive influence the preparation on some anthropometric parameters, the level of systolic arterial pressure and metabolic parameters among patients are marked. By-effects among children accepting Glukophage are not marked. Taking into account all this information it is necessary to continue studying of Glukophage's influence on the basic exchange of growing organism.

Key words: metabolic the set of symptoms, the constitutional exogenous obesity, the resistance to an insulin.

Ожирение у детей и подростков является одной из актуальных проблем современного здравоохранения. Количество этих больных неуклонно растет, и удваивается каждые три десятилетия [1, 2]. В Кузбассе избыточную массу тела имеют 21,1 % школьников, а ожирение — 14,5 % детей и подростков. Статистика показывает, что от 30 до 50 % таких больных сохраняют это заболевание и во взрослом периоде жизни [2].

По итогам Всероссийской диспансеризации детей 2002 года болезни эндокринной системы занимают второе место среди всей впервые выявленной патологии. И в их структуре 25 % принадлежит ожирению [3, 4]. Растущая распространенность данной патологии у детей и подростков способствует росту новой нозологической формы (включающей в себя симптом ожирения) — метаболического синдрома (МС) [5]. Сдвиги гормонально-метаболического ста-

туса при МС приводят к быстрому ремоделированию сосудов, что создает предпосылки для возникновения и прогрессирования ряда тяжелых заболеваний, приводящих к сокращению полноценного периода жизни, ранней инвалидизации и преждевременной смерти (ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ), инсульт, инфаркт миокарда, СД 2 типа и др.) [6].

По мере роста медицинской, экономической и социальной значимости проблемы ожирения все более актуальным становится вопрос об эффективности его лечения у детей и подростков, которая пока остается достаточно низкой [7]. Основными методами терапии являются изменение пищевого поведения с повышением физической активности. Однако, по мнению Американской ассоциации по изучению ожирения у детей, эффект при использовании данных методов наступает лишь у 50 % больных. И только 4-

5 % детей с ожирением могут достичь существенно-го снижения массы тела без медикаментозной поддержки [2]. В связи с этим, для лечения ожирения в детском возрасте необходим поиск более интенсивных лечебных мероприятий. Целью назначения лекарственных препаратов является повышение эффективности стандартного лечения, профилактика рецидивов ожирения и сосудисто-метаболических осложнений. Однако медикаментозная терапия ожирения в детском возрасте практически не разработана, и в настоящее время в этой области имеется большое количество вопросов. Бороться с повышенным аппетитом ребенка очень сложно, при этом использование ингибиторов активности липазы (орлистат, ксеникал) и центральных аноректиков (сибутрамин, меридиа) в детской практике сегодня ограничено.

Учитывая имеющиеся данные о роли ожирения (особенно висцеро-абдоминального) и инсулинорезистентности в механизмах формирования и развития МС, перспективной для фармакотерапии является группа препаратов, улучшающих чувствительность тканей к инсулину — сенситайзеров, к которым относятся препараты группы метформина (Глюкофаж, Сиофор).

Согласно современным научным исследованиям, метформин и его аналоги заняли прочные позиции в терапии взрослых пациентов с сахарным диабетом 2 типа с сердечно-сосудистым метаболическим синдромом и синдромом поликистозных яичников. Имеются сообщения об успешном применении метформина в лечении взрослых больных с ожирением и без СД 2 типа, с целью профилактики формирования ранних метаболических и сосудистых осложнений, радикально влияющих на качество жизни.

В последнее время в печати появились публикации с результатами исследований по оценке эффективности применения метформина в лечении ожирения у детей и подростков. Несмотря на их немногочисленность, терапия метформином признается перспективной в плане коррекции гормонально-метаболических показателей у детей с МС (М. Freemark, Е.А. Одуд и соавт) [7]. Наиболее известной в мире коммерческой маркой метформина является препарат Глюкофаж, который использовался в таких широком известных проспективных исследованиях, как UKPDS (UK prospective Diabetes Study) и DPP (Diabetes Prevention Program) [8]. В 2004 году на симпозиуме 4-го Московского съезда эндокринологов Глюкофаж получил одобрение 17 европейских стран, которые участвовали в процедуре взаимного признания документов для применения Глюкофажа у детей старше 10 лет. Исследования, предварившие расширение показаний к применению Глюкофажа, проводились, в том числе, и на базе Всероссийского Эндокринологического научного центра в г. Москве [8]. Выше сказанное определило наш выбор препарата Глюкофаж для данной научной работы, которая проведена на основании разрешения этического комитета ГОУ ВПО КемГМА и информированного согласия родителей пациентов с ожирением.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности лечения Глюкофажем синдрома ожирения у детей и подростков, независимо от его нозологической принадлежности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели на первом этапе исследования была отобрана экспериментальная группа детей и подростков в количестве 72 человек (54 % — девочки и 46 % — мальчики) в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст $13,4 \pm 0,2$ лет) с различными формами ожирения (конституционально-экзогенное, простая и переходная формы, метаболический синдром), проходивших обследование на базе ГУЗ Кемеровской областной клинической больницы и МУЗ ДКБ № 7 г. Кемерово за период 2003-2005 гг.

Клиническое обследование включало: оценку физического развития, измерение окружности талии (ОТ) на уровне пупка и окружности бедер (ОБ) на уровне подвздошного гребня; расчет индекса массы тела, $\text{кг}/\text{м}^2$ (ИМТ); измерение артериального давления (АД) методом Короткова. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось по показаниям, результаты оценивались по перцентильным таблицам с учетом возраста, пола и роста, согласно рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии (АГ) у детей и подростков, разработанным Всероссийским научным обществом кардиологов и ассоциацией детских кардиологов России (2003).

Степень ожирения оценивали согласно классификации Ю.А. Князева, (1982) по избыточной массе тела, выраженной в процентах. В результате, I степень ожирения имели 5 человек (7 %), II степень — 37 человек (51 %) и III степень — 30 человек (42 %). ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$) составил $24,16 \pm 1,04$, $27,19 \pm 0,49$ и $32,6 \pm 0,53$, соответственно.

Тип ожирения определяли по индексу отношения ОТ/ОБ. Если у мальчиков величина индекса была выше 0,9, а у девочек — выше 0,8, то диагностировалось верхнее (висцероабдоминальное) ожирение. Его имели 79 % больных (57 человек). Значение индекса ОТ/ОБ менее 0,9/0,8 (мальчики/девочки) соответствовало равномерному и нижнему (глютеофemorальному) типу ожирения, которое диагностировано у 21 % (15 человек). [5,9].

Из метаболических параметров изучали углеводный, жировой (по липидному профилю) и пуриновый (по уровню мочевой кислоты — МК) обмены. Состояние углеводного обмена оценивали по уровню тощачковой гликемии, С-пептида, гликированного гемоглобина (HbA1c), оральному глюкозо-толерантному тесту (ОГТТ). Липидный профиль включал: уровень общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП)). Контроль параметров проводился через 30 и 90 дней лечения Глюкофажем.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 5,0 STATISTICA.

Включенные в обследование 72 ребенка были разделены на две группы. Первую группу составили 45 человек (53 % девочки и 47 % мальчиков) в возрасте от 10 до 17 лет, которые в качестве лечения вместе с гипокалорийной диетой и дозированной физической нагрузкой получали препарат Глюкофаж в дозе по 500 мг 2 раза в день (после еды, в обед и ужин) в течение 90 дней. Средний возраст больных составил $13,4 \pm 0,3$ лет. Средний процент избытка массы тела соответствовал $47,7 \pm 2,3$ %. Средний ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$) составил: I ст. — $24,3 \pm 0,65$; II ст. — $27,5 \pm 0,65$; III ст. — $32,7 \pm 0,7$.

Вторая группа (контрольная) включала 27 человек (55 % — девочки, 45 % — мальчики), в возрасте от 10 до 17 лет, средний возраст составил $13,3 \pm 0,4$ лет. Средний процент избытка массы тела соответствовал $45,3 \pm 2,8$ %. ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$) составил: I ст. — $23,9 \pm 3,1$; II ст. — $26,7 \pm 0,76$; III ст. — $32,5 \pm 0,88$. Все дети этой группы находились на стандартном лечении (стол № 8 по Певзнеру) и оптимизации физической активности.

В целом, до начала лечения исследуемые группы по половому, возрастному составу, структуре тяжести ожирения, среднему уровню САД, ИМТ, степени метаболических нарушений (гиперурикемия, дислипидемия, показатели углеводного обмена) статистически значимых различий не имели.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Назначение Глюкофажа проводилось независимо от нозологической формы ожирения. Обе группы больных находились в статистически равных условиях. Исследуемые исходные клинико-метаболические параметры и полученные результаты проведенного лечения Глюкофажем представлены в таблицах 1 и 2. В первой группе через 30 дней отмечалась положительная динамика в виде статистически значимого снижения средних величин процента избыточной массы тела, параметров систолического артериального давления (САД), тощаковой гликемии, ТГ, ОХС и увеличения уровня ХС

ЛПВП. Через 90 дней, помимо положительной динамики выше перечисленных параметров, зарегистрировано статистически значимое снижение ИМТ, уровня мочевой кислоты, ХС ЛПНП, С-пептида и HbA1c, что свидетельствует о достоверно позитивном влиянии Глюкофажа на основные параметры МС у детей, которые являются производными инсулинорезистентности (табл. 1).

Во второй группе через 30 и 90 дней часть параметров имели положительную динамику (снижение среднего уровня тощаковой гликемии, триглицери-

Таблица 1
Результаты исследования средних значений клинико-лабораторных параметров в первой группе (на лечении глюкофажем) ($n = 45$, $M \pm m$)

Исследуемые параметры	Исходные значения (1)	Через 30 дней лечения (2)	Через 90 дней лечения (3)
Рост (см)	$156,3 \pm 1,37$	$156,4 \pm 1,34$	$157,6 \pm 1,22$
Масса (кг)	$72,4 \pm 2,5$	$69,9 \pm 2,2$	$69,8 \pm 2,4$
ОТ (см)	$85,8 \pm 1,4$	$84,9 \pm 1,28$	$83,7 \pm 1,2$
ОБ (см)	$93,1 \pm 1,3$	$92,8 \pm 1,3$	$92,4 \pm 1,3$
ОТ/ОБ	$0,91 \pm 0,01$	$0,91 \pm 0,01$	$0,90 \pm 0,01$
% избытка массы	$47,7 \pm 2,3$	$42,6 \pm 2,0^*$	$40,0 \pm 2,0^{**}$
ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$)	$29,4 \pm 0,6$	$28,2 \pm 0,5$	$27,7 \pm 0,5^{**}$
Мочевая кислота (мкмоль/л)	$393,1 \pm 9,9$	$370,6 \pm 11,9$	$359,7 \pm 9,6^{**}$
Тощаковая гликемия (ммоль/л)	$4,38 \pm 0,11$	$4,12 \pm 0,08^*$	$3,96 \pm 0,06^{**}$
ХС (ммоль/л)	$4,73 \pm 0,1$	$4,45 \pm 0,1^*$	$4,2 \pm 0,1^{**}$
ТГ (ммоль/л)	$1,1 \pm 0,04$	$0,93 \pm 0,03^*$	$0,89 \pm 0,04^{**}$
ХС ЛПВП (ммоль/л)	$1,1 \pm 0,01$	$1,37 \pm 0,03^*$	$1,38 \pm 0,02^{**}$
ХС ЛПНП (ммоль/л)	$3,09 \pm 0,09$	$2,8 \pm 0,8$	$2,35 \pm 0,08^{**}$
САД (мм рт.ст)	$135,4 \pm 1,48$	$127,1 \pm 1,07^*$	$120,6 \pm 0,8^{**}$
С-пептид (нг/мл)	$2,33 \pm 0,1$	-	$2,07 \pm 0,1^{**}$
HbA1c (%)	$5,8 \pm 0,1$	-	$5,34 \pm 0,1^{**}$

Примечание: * различия статистически значимые между 1 и 2 при $p < 0,05$;

** различия статистически значимые между 1 и 3 при $p < 0,05$.

Таблица 2
Результаты исследования средних значений клинико-лабораторных параметров второй группы (без применения глюкофажа) ($n = 27$, $M \pm m$)

Исследуемые параметры	Исходные значения (1)	Через 30 дней лечения (2)	Через 90 дней лечения (3)
Рост (см)	$155,5 \pm 2,0$	$156,6 \pm 2,0$	$157,5 \pm 1,9$
Масса (кг)	$70,7 \pm 3,4$	$71,9 \pm 3,5$	$73,3 \pm 3,4$
ОТ (см)	$83,2 \pm 1,2$	$83,3 \pm 1,1$	$83,5 \pm 1,2$
ОБ (см)	$92,1 \pm 1,8$	$91,9 \pm 1,8$	$91,6 \pm 1,7$
ОТ/ОБ	$0,90 \pm 0,02$	$0,91 \pm 0,02$	$0,92 \pm 0,01$
% избытка массы	$45,3 \pm 2,81$	$46,1 \pm 2,8$	$46,9 \pm 2,8$
ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$)	$28,9 \pm 0,1$	$28,7 \pm 0,8$	$29 \pm 0,8$
Мочевая кислота (мкмоль/л)	$386,6 \pm 13,3$	$358,1 \pm 20,6$	$395,4 \pm 11,9$
Тощаковая гликемия (ммоль/л)	$4,5 \pm 0,1$	$4,4 \pm 0,2$	$4,3 \pm 0,1$
ХС (ммоль/л)	$4,86 \pm 0,1$	$4,96 \pm 0,8$	$4,94 \pm 0,1$
ТГ (ммоль/л)	$1,10 \pm 0,06$	$1,18 \pm 0,8$	$1,05 \pm 0,08$
ХС ЛПВП (ммоль/л)	$1,11 \pm 0,02$	$1,11 \pm 0,03$	$1,16 \pm 0,03$
ХС ЛПНП (ммоль/л)	$3,20 \pm 0,1$	$3,31 \pm 0,15$	$3,0 \pm 0,2$
САД (мм рт.ст)	$135,2 \pm 2,0$	$131,1 \pm 3,93$	$137,0 \pm 1,7$
С-пептид (нг/мл)	$2,2 \pm 0,21$	-	$2,4 \pm 0,1$
HbA1c (%)	$5,89 \pm 0,2$	-	$5,5 \pm 0,3$

демии, ХС ЛПНП, HbA_{1c}, повышение уровня ХС ЛПВП), но без статистической значимости (табл. 2).

Следовательно, проведенные исследования показали наличие достоверного терапевтического эффекта за счет включения Глюкофажа в стандартную схему лечения детей с различными формами ожирения, что подтверждается статистически значимым улучшением ряда клинико-лабораторных показателей.

Побочных эффектов у больных, принимавших Глюкофаж, нами не зарегистрировано. У 32 человек (71 %) с 15 по 90 день лечения (в среднем, на $45 \pm 5,2$ день), согласно стандартному анкетированию, отмечалось клинически значимое снижение аппетита.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достоверном положительном влиянии Глюкофажа на углеводный, жировой и пуриновый обмен, показатели САД, ИМТ и процент избытка массы тела, что свидетельствует о его высокой эффективности и многофакторном фармакологическом воздействии. Это позволяет считать целесообразным включение данного препарата в комплексную схему лечения детей и подростков с различными формами ожирением.

При применении больными Глюкофажа в суточной дозе 1000 мг в течение 90 дней побочных явлений не зарегистрировано.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ожирение у подростков /Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Чернова Л.А., Бельгов А.Ю. – СПб., 2003. – 216 с.
2. Дедов, И.И. Ожирение /Дедов И.И., Мельниченко Г.А. – М., 2004. – 456 с.
3. Корсунский, А.А. Справка к коллегии министерства здравоохранения Российской Федерации «Об итогах Всероссийской диспансеризации детей 2002 года» /Корсунский А.А. //Мать и Дитя в Кузбассе. – 2003. – № 4(15). – С. 3-6.
4. Решение коллегии МЗ РФ от 08.04.2003 «Об итогах Всероссийской диспансеризации детей 2002 года» //Мать и Дитя в Кузбассе. – 2003. – № 4(15). – С. 6-10.
5. Миняйлова, Н.Н. Клинико-параclinical характеристика нозологических форм ожирения у детей /Н.Н. Миняйлова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Кемерово, 2003.
6. Аметов, А.С. Перспективы влияния гипотензивной терапии на патогенетические механизмы синдрома инсулинорезистентности /Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Смагина Л.В. //Проблемы эндокринологии. – 2005. – Т. 51, № 1. – С.34-40.
7. Одуд, Е.А. Метаболический синдром у детей и подростков с ожирением: возможности диагностики, профилактики и лечения /Одуд Е.А., Бородин О.В., Тимофеев А.В. //http://www.pharmateca.ru/cgi-bin/statyi.pl?sid=264&mid=1085056570&magid=23&full=1.
8. Симпозиум, посвященный новым возможностям лечения и профилактики сахарного диабета 2 типа, завершил 4-й Московский съезд эндокринологов /http://www.rcc.ru/Rus/?ID=10803&PRID=913.
9. Can Waist Circumference Identify Children With the Metabolic Syndrome? /Valeria Hirschler et al. //Arch. Ped. Ad. Med. – 2005. – August, V. 159. – P. 740-744.

* * *

IBM РАЗРАБОТАЛА ТЕХНОЛОГИЮ ДЛЯ БОРЬБЫ С ПОДДЕЛЬНЫМИ ЛЕКАРСТВАМИ

IBM сообщила в пятницу, что разработала способ помочь дистрибьюторам, производителям и розничным продавцам бороться с поддельными лекарствами. Для контроля за качеством продукции будет использоваться уже существующая технология. В упаковку лекарства будет встроена миниатюрная радиоантенна, которая будет передавать свой уникальный идентификационный номер, улавливаемый датчиком на компьютере. Такая проверка будет осуществляться на нескольких этапах товародвижения, что облегчит отслеживание местонахождения упаковки, а также упростит ведение инвентаризационного учета.

Представители IBM сообщили, что использование новой технологии создаст условия, при которых розничные продавцы и дистрибьюторы смогут общаться с производителями по защищенным каналам, что позволит с уверенностью определить, является ли лекарство неясным образом попавшей на рынок подделкой или нет. Они также сообщили, что тестируют работу системы вместе с несколькими крупными производителями лекарств, однако сообщить названия этих компаний отказались.

Источник: Gazeta.ru

Б.И. Глуховец, Н.А. Белоусова, И.Б. Глуховец, А.А. Шрайбер, С.А. Шрайбер

ГУЗ Ленинградское областное детское патологоанатомическое бюро,
г. Санкт-Петербург

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Представлены морфологические данные легких 122 новорожденных с массой тела от 500 г до 999 г, с продолжительностью жизни до 111 часов. Установлена зависимость морфологических изменений от срока гестации, продолжительности жизни и проводимых реанимационных мероприятий.

Ключевые слова: недоношенные новорожденные, легкие, патологическая анатомия.

Morphological data of lungs of 122 newborns with body mass from 500 g to 999 g with duration of life under 111 hours are presented. It was found that morphological changes depend on the date of gestation, the duration of life and the carried out resuscitation measures.

Key words: premature newborns, lungs, pathological anatomy.

Преждевременные роды являются одним из самых важных аспектов проблемы охраны здоровья матери и ребенка. В целом, частота преждевременных родов в России составляет 5-10 %, в том числе частота рождения детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) — 0,2-0,4 %.

Выживаемость новорожденных с ЭНМТ, по данным зарубежных авторов, с учетом применения реанимационных технологий, составляет 50 %. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, основной причиной смерти новорожденных с ЭНМТ является респираторный дистресс-синдром (РДСН), т.к. эффективность от проводимого лечения колеблется от 28 до 80 % [1, 2, 3].

Целью проведенных исследований послужило изучение патогенетических взаимоотношений основных морфологических проявлений РДСН (ателектазы, гиалиновые мембраны, легочные кровоизлияния) у новорожденных с экстремально низкой массой тела с учетом гестационного срока, продолжительности жизни и морфологических проявлений восходящего инфицирования последа [4] (мембранит, плацентит, фуникулит) и легких плода (врожденная пневмония).

Основными объектами исследования послужили легкие 122 умерших новорожденных с массой тела от 500 г до 999 г при сроке гестации от 22 до 28 недель и продолжительностью жизни от нескольких минут до 111 часов (диагр. 1). В большинстве наб-

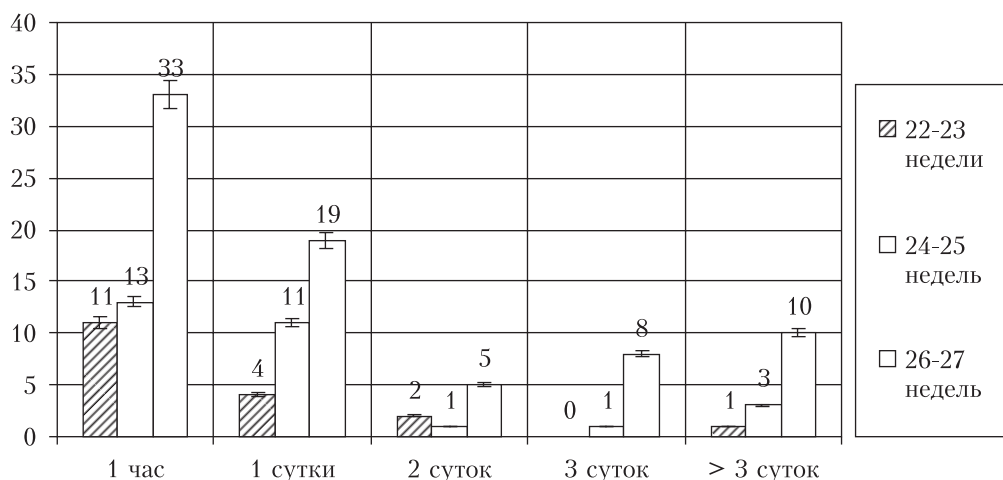
людений осуществлялись реанимационные мероприятия, включая искусственную вентиляцию легких и введение сурфактанта.

Закономерной особенностью новорожденных с ЭНМТ является выраженная зависимость продолжительности их жизни от срока гестации, что соответствует имеющимся представлениям о гестационных параметрах структурно-функционального созревания легких [1, 5]. В исследованной группе наблюдений 95,6 % новорожденных, родившихся на 22-23 неделе беременности, умерли в первый час жизни. При увеличении гестационного возраста до 24-25 недель и, особенно, 26-27 недель жизнеспособность новорожденных значительно возрастала (диагр. 1).

В работе использован специальный метод «топографического зондирования микроскопической структуры легких», основанный на регистрации определенных морфологических признаков в 10 полях зрения (объектив 40, окуляр 12) на парафиновых препаратах каждой доли легких, окрашенных гематоксилином и эозином и полихромным красителем по Маллори. Подобным образом осуществлялось микроскопическое сканирование 50 полей зрения, по итогам которого подсчитывался коэффициент распределения учетных признаков (КРУП) по формуле: $KPUP = n : N$, где n — частота выявления признака, N — количество исследованных полей зрения.

Патоморфологические проявления РДС в исследованных наблюдениях неонатальной смертности бы-

Диаграмма 1
Соотношение продолжительности жизни
и гестационного возраста умерших новорожденных с ЭНМТ



ли представлены основными патологическими процессами (врожденные ателектазы, гиалиновые мембраны, геморрагическая апopleксия), осложнениями (острая эмфизема, гемосидероз), сочетанной патологией (внутриутробная пневмония).

Использованный нами способ топографической оценки структуры легких позволил установить, что у новорожденных с ЭНМТ респираторный дистресс-синдром начинает формироваться во внутриутробном периоде.

Внутриутробные ателектазы являются наиболее постоянным патологическим процессом в легких мертворожденных, и в исследованном аутопсийном материале были обнаружены в 63 случаях из 122 (51,3 %). Величина КРУП при всех сроках беременности находилась в пределах 0,8-1,0. Морфогенез внутриутробных ателектазов включает в себя коллаптоидную стадию, которая документируется исчезновением просвета бронхиол и альвеолярных ходов с последующим формированием солидных эпители-

ально-стромальных конгломератов, содержащих резистентные легочные артериолы (адгезивная стадия). Начальные (коллаптоидные) проявления ателектазов регистрируются в основном при наиболее ранних сроках беременности (до 24 недель) ($Q = 0,82$) и минимальной (до 24 часов) продолжительности жизни ($Q = 0,67$).

В патогенезе внутриутробных ателектазов определенное значение имеет гипогидратация легких, что проявляется снижением общего содержания легочной жидкости при всех учтенных сроках беременности в группе наблюдений с врожденными ателектазами в сравнении с контрольной группой новорожденных без ателектазов (диагр. 2).

Кроме того, обнаружена прямая корреляционная связь степени распространенности врожденных ателектазов с продолжительностью безводного периода ($Q = 0,71$) и меньшая по своей статистической значимости обратная зависимость ($Q = -0,43$) от срока беременности (табл. 1).

Диаграмма 2
Содержание легочной жидкости при внутриутробных ателектазах и в группе сравнения
(мертворожденные без ателектазов) при различных сроках беременности

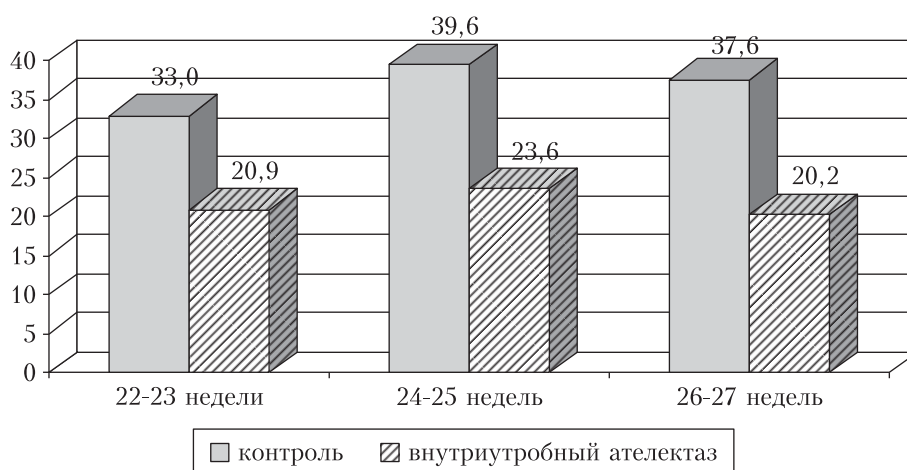


Таблица 1

Зависимость степени выраженности врожденных ателектазов от длительности безводного периода

Безводный период (часы)	КРУП		
	22-23 недели	24-25 недель	26-27 недель
< 6	0,89	0,87	0,86
6-12	0,90	0,87	0,87
12-24	0,98	0,92	0,93
> 24	0,99	0,96	0,98

Полученные данные позволяют считать, что формирование врожденных ателектазов начинается во внутриутробном периоде в связи с нарушением гидратации легких, обусловленным преждевременным излитием околоплодных вод [3, 6]. Дальнейший исход патологического процесса в значительной мере зависит от общей жизнеспособности новорожденного и эффективности реанимационной терапии. По мере увеличения гестационного возраста повышается устойчивость альвеолярного эпителия и, тем самым, предотвращается необратимая консолидация колабированных участков легочной ткани.

Острая эмфизема легких является закономерным осложнением внутриутробных ателектазов ($Q = 0,77$) и наиболее выражена в субплевральных отделах, что, по-видимому, обусловлено особенностями морфогенеза бронхиального дерева у маловесных плодов. Кроме того, развитие острой эмфиземы в исследованном аутопсийном материале имело абсолютную ассоциативную связь с искусственной вентиляцией легких ($Q = 1$).

Гиалиновые мембраны, обнаруженные в 23 наблюдениях (18,9 %) умерших новорожденных с ЭНМТ, преобладали в верхних и средней доле легких и были представлены двумя морфологическими разновидностями — типичными пристеночными мембранами, выстилающими расширенные альвеолярные структуры в зонах постнатальной аэрации, и обтурирующими мембранами, закрывающими просвет спавшихся альвеол в зонах врожденных ателектазов. Первые из них появлялись в расширенных альвеолярных ходах и, как правило, формировали разветвленные сетевидные структуры. В отличие от этого, обтурирующие мембраны отличались изолированной локализацией среди ателектазированных полей легочной ткани.

Развитие гиалиновых мембран имело закономерную связь с продолжительностью жизни новорожденных, которая, в свою очередь, во многом зависела от гестационного срока. В связи с этим, гиалиновые мембраны, как правило, регистрировались у более зрелых и потому более жизнеспособных новорожденных и отсутствовали у менее зрелых детей, умерших в первый час после рождения (табл. 2).

При анализе структурных изменений в легких живорожденных плодов отмечено, что дополнительным условием для возникновения гиалиновых мембран является пос-

тнатальная гиперемия легких с выраженным венозным полнокровием и диапедезными кровоизлияниями в легочной ткани.

Легочные кровоизлияния были обнаружены в 11 исследованных наблюдениях (9,2 %) летальных исходов у новорожденных с ЭНМТ. Диапедезные геморрагии особенно характерны для легких более зрелых новорожденных (табл. 2), умерших в первые часы жизни. Отмеченные обстоятельства, по-видимому, имеют определенную патогенетическую связь с ригидностью легочных артериол, исходной емкостью микроциркулярного русла легких и степенью послеродовой гиперемии легких, а также во многом зависят от тяжести гипоксического синдрома новорожденных. По мере увеличения срока жизни маловесных новорожденных, легочные кровоизлияния дополнительно документируются появлением гемосидерофогов в просвете бронхиоларно-альвеолярных структур.

Изложенные в таблице 2 данные свидетельствуют о том, что внутриутробные ателектазы являются ведущим морфологическим проявлением РДСН при всех сроках беременности. При этом с увеличением гестационного возраста отмечается некоторое снижение КРУП (от 0,97 до 0,86). Частота развития и степень выраженности гиалиновых мембран значительно возрастает по мере увеличения от срока беременности (от 0,12 до 0,46), что может быть связано с большей продолжительностью жизни и длительным пребыванием на ИВЛ новорожденных 26-27 недель. Частота развития кровоизлияний увеличивается пропорционально гестационному возрасту — от 1,1 % при беременности 22-24 недели до 12,4 % в 25-27 недель, одновременно с этим увеличивается и КРУП — от 0,31 до 0,56.

В исследованном материале признаки восходящего инфицирования околоплодной среды, по данным комплексного исследования последов, выявлены в 71 наблюдении из 122 (58,1 %). Из них, в 27 наблюдениях (38 %) обнаружены характерные морфологические проявления **внутриутробной пневмонии** [7, 8]. При восходящей инфекции околоплодной среды внутриутробные ателектазы определяются в 22 наблюдениях (30,9 %), гиалиновые мембраны — в 15 (21,1 %), кровоизлияния — в 7 (9,8 %).

Непосредственные проявления внутриутробной пневмонии имеют высокую положительную ассоциативную связь с ателектазами ($Q = 0,82$), и в меньшей мере сочетаются с гиалиновыми мембранами ($Q = -0,55$). В первом случае инфицирование око-

Таблица 2
Морфологические проявления РДСН при различных сроках беременности

Срок беременности	Проявления РДСН								
	Ателектаз			Гиалиновые мембраны			Легочные кровоизлияния		
	п	%	КРУП	п	%	КРУП	п	%	КРУП
22-24 недели	18	45,3	0,97	7	9,2	0,12	3	1,3	0,31
25-27 недель	14	38,8	0,86	16	36,4	0,46	8	12,4	0,56

лоплодной жидкости способствует адгезии альвеолярно-бронхиоларных структур и не препятствует развитию внутриутробной пневмонии. В отличие от этого, формирование гиалиновых мембран ограничивает воспалительные реакции легочной ткани. Кроме того, развитие внутриутробной пневмонии происходит в связи с ранним (антенатальным) инфицированием легких плода, а гиалиновые мембраны возникают на фоне более позднего (интранатального) инфицирования, которое вызывает десквамацию альвеолярного эпителия и, тем самым, нарушает механизм сурфактантного метаболизма легких новорожденного [1, 7, 9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В основе патогенеза РДС новорожденных с ЭНМТ лежит исходная акушерская и инфекционная патология в сочетании с исходной структурно-функциональной незрелостью легких и необходимостью искусственной вентиляции легких, что определяет индивидуальные особенности морфологических проявлений легочной патологии, и во многом определяет клинические исходы жизни.

✱ ✱ ✱

ЛИТЕРАТУРА:

1. Пузырева, Н.И. Синдром дыхательных расстройств и сурфактант легких у новорожденных /Н.И. Пузырева, Р.М. Ларюшкин, Н.К. Рыжова. – М., 1987. – 275 с.
2. Bernstein I.M., Horbar J.D., Badger G.L. et al. //Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 182(1). – P. 198-206.
3. Stevenson D.K., Wrigth L.L., Lemons J.A. et al. //Am. J. Obstet. Gynecol. – 1998. – Vol. 179(6). – P. 1632-1639.
4. Глуховец, Б.И. Патология последа /Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. – СПб., 2002. – 448 с.
5. Bernischke, K. Pathology of the Human Placenta /Bernischke K., Kaufmann P. – Springer-Verlag, 1995.
6. Kurkinen-Raty M., Koivisto M., Jouppila P. //Obstet. Gynecol. – 1998. – Vol. 92(3). – P. 408-415.
7. Глуховец, Н.Г. Патогенетические особенности поздних самопроизвольных выкидышей при восходящем инфицировании плодного пузыря: Реакции последа /Н.Г. Глуховец //Арх. патол. – 2000. – № 2. – С. 33-37.
8. Глуховец, Н.Г. Патоморфология органов поздних самопроизвольных выкидышей при восходящем инфицировании плодного пузыря /Н.Г. Глуховец //Арх. патол. – 2000. – № 4. – С.41-45.
9. Милованов, А.П. Патология системы «мать-плацента-плод» /Милованов А.П. – М., 1999. – 256 с.

ВЕГЕТАРИАНЦЫ УМНЕЕ МЯСОЕДОВ

Такой вывод содержится в недавнем исследовании, проведенном британскими медиками. Оно показало, что у тысячи людей, придерживающихся растительного рациона, коэффициент умственного развития на пять пунктов превышает IQ тех, кто не мыслит жизни без сочного стейка, пишет газета Daily Mail.

В статье, опубликованной в "Британском медицинском журнале" (British Medical Journal), ученые отмечают, что диета, богатая овощами и фруктами, каким-то образом стимулирует работу головного мозга.

При этом исследователи допускают, что более интеллектуально развитые люди сознательно становятся вегетарианцами. Таким образом, пока не понятно, где здесь причина, а где следствие. Исследователи из Саутгемптонского университета в течение 20 лет следили за состоянием более 8000 добровольцев.

Когда испытуемым мальчикам и девочкам исполнилось по 10 лет, ученые провели первую серию тестов, направленных на определение их IQ.

Когда "подопытные" достигли 30-летнего возраста, ученые поинтересовались их пищевыми пристрастиями, в частности, выделили вегетарианцев и мясоедов. Затем ответы сопоставили с тем IQ, который был у этих людей в детстве.

Типичные вегетарианцы имели в детстве IQ порядка 105, то есть на пять единиц выше тех, кто продолжал питаться мясом. Тем не менее, дальнейший анализ показал, что более "головастые" с детства имеют больше шансов стать вегетарианцами.

Вегетарианцы чаще всего получают различные ученые степени и занимают престижные должности. Особых различий в IQ между строгими вегетарианцами и теми, кто продолжает есть рыбу или курицу, нет, но надо признать, что чистых вегетарианцев значительно меньше.

Источник: 15.12 13:31 MIGnews.com

О.И. Андриянова, Ф.К. Манеров, Ю.А. Чурляев, И.Г. Хамин

*Филиал ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ЭТИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ЮГА КУЗБАССА

Целью данной работы явилось изучение причин острой почечной недостаточности (ОПН) у детей и обоснование рекомендаций по ее лечению. За период 1979–2004 гг. наблюдалось 59 детей с ренальной ОПН. Установлено, что 90 % случаев ОПН в нашем регионе связаны с гемолитико-уремическим синдромом (ГУС), острой кишечной инфекцией (ОКИ), острым гломерулонефритом (ОГН), острым внутрисосудистым гемолизом (ОВСГ). Основной причиной ОПН у 66,1 % детей являлась ОКИ. За последние 10 лет частота ГУС снизилась с 55 % до 40 %. Выделены предикторы неблагоприятного исхода ОПН: ранний возраст, анурическая форма ОПН, нарушение сознания до сопора и комы. Наиболее часто совокупность этих симптомов наблюдается у больных с ГУС, при котором почки являются основным органом-мишенью, и возможности лечения при анурии длительностью более 7 дней без диализа ограничены. При другой этиологии ОПН ограничение жидкости, гипотензивная терапия и обменный плазмаферез (ПА) позволяют больным дожить до восстановления функции почек без заместительной почечной терапии, избегая серьезных осложнений.

Ключевые слова: *кортикальный некроз, острая почечная недостаточность, гемолитико-уремический синдром, заместительная почечная терапия, плазмаферез.*

The aim of our research was to study the etiology of acute renal failure (ARF) in children and to develop recommendations on treatment of ARF depending on its etiology. During the period from 1979 to 2004 59 children were treated in our hospital for the renal form of ARF. In 90 % of our patients ARF was caused by hemolytic uremic syndrome (HUS), acute intestinal infection (All), acute intravascular hemolysis and acute glomerulonephritis. The major cause of ARF in 66,1% children was All. The frequency of HUS decreased from 55 % to 40 % during the last decade. Multifactorial analysis showed that early age, anuria and conscious disturbances from sopor to coma were significant predictors for morbidity and mortality in children with ARF. Most frequently this combination was seen in patients with HUS, when the kidneys were the main target of the disease. That's why the possibilities for management of children with HUS and anuria more than 7 days without starting dialysis are strictly diminished. While in ARF of any other etiology volume restriction, hypotensive therapy and exchange plasmapheresis allow patients to avoid renal substitution therapy and to survive to the recovery of renal function without severe complications.

Key words: *cortical necrosis, acute renal failure, hemolytic uremic syndrome, renal substitution therapy, plasmapheresis.*

Острая почечная недостаточность у детей вне синдрома полиорганной недостаточности наблюдается с частотой 0,8–4 случая на 100000 детей [1, 2]. Основной формой сформировавшейся ОПН у детей является ренальная, так как постренальные причины в генезе ОПН крайне редки, а прerenальные — либо разрешаются в процессе лечения, либо трансформируются в ренальную ОПН. Несмотря на очевидность и клиническую доступность критериев ОПН, диагноз

больным выставляется с опозданием, что нередко приводит к развитию водно-электролитных нарушений, которые в основном являются причиной летальных исходов в ранний период ОПН. При длительности ОПН более 3 дней исход определяется тщательностью контроля водно-электролитного обмена, нозокомиальных инфекций и возможностью восстановления функции почек.

Стремление улучшить результаты лечения ОПН сопровождается, по аналогии с ОДН, тенденцией

максимально раннего начала заместительной почечной терапии (ЗПТ), независимо от причины ОПН, уровней мочевины и калия плазмы крови [2]. Необходимо учитывать, что у значительной части больных ОПН обратима, а проведение ЗПТ требует немалых экономических затрат и нередко сопровождается осложнениями. Кроме того, ЗПТ у детей в России до недавнего времени была малодоступна.

Целью данной работы являлось изучение причин ОПН у детей и оптимизация методов ее лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 1979-2004 гг. мы наблюдали 59 больных с ренальной ОПН в возрасте от 1 мес. до 17 лет в отделении МЛПУ «Городская детская клиническая больница № 4» г. Новокузнецка. Критериями постановки диагноза анурической ОПН считали снижение диуреза менее 60 мл/м²/сут., олигурической ОПН — менее 250 мл/м²/сут. при восстановленной гемодинамике без ответа на диуретики и отсутствии постренальных причин ОПН с документированной азотемией (креатинин плазмы > 0,11 ммоль/л, мочевины > 8,5 ммоль/л).

Дети первого года жизни составили 39 %, 1-3 лет — 35,6 %, 3-7 лет — 5,1 % и старше 7 лет — 20,3 %. Мальчики незначительно преобладали над девочками — 54,2 % против 45,8 %. Непосредственно в клинику госпитализированы 23,7 % детей. Остальные 76,3 % переведены из других больниц с ОПН длительностью более 2 суток. Всем больным, наряду с общеклиническими методами, рентгенограммой грудной клетки, в динамике проводились лабораторные исследования унифицированными методами: развернутый анализ крови, ионограмма, общий белок и фракции, остаточный азот, мочевина, креатинин. При наличии гемолиза определялись свободный гемоглобин, общий билирубин и фракции. Для идентификации инфекций проводились бактериологические, серологические исследования. В период анурии объем вводимой жидкости у 33,9 % больных ограничивался до 10-15 мл/кг/сутки и у 8,5 % с ОГН — до 1-5 мл/кг/час. При отсутствии рвоты, диареи жидкость вводили через рот в виде сливок с медом, 40 % глюкозы. В связи с сохраняющимися потерями, у 57,6 % больных проводилась внутривенная дотация жидкости растворами 20-40 % глюкозы до 20-40 мл/кг/сутки.

Обменный ПА использовался у 38 из 59 детей (64,4 %) с ОПН для удаления продуктов гемолиза, уменьшения эндогенной интоксикации, снижения объема циркулирующей плазмы (ОЦП). В первые двое суток от момента поступления в клинику ПА был начат у 71,1 %. Суммарный объем удаленной плазмы не превышал 1 ОЦП у 39,5 % больных, 1-2 ОЦП у 44,7 % и 2,5-9 ОЦП у 15,8 %.

ЗПТ использовалась в 6 случаях (10,2 %): перитонеальный диализ (4) и гемодиализ с ультрафильтрацией (2), и у 5 больных сочеталась с ПА. Показаниями к ЗПТ были: гиперкалиемия ($K > 7,5$ ммоль/л), сопровождающаяся брадикардией и изменениями на

ЭКГ (2), тяжелая гиперволемика с нарастанием неврологической симптоматики (3) и суточный прирост мочевины > 10 ммоль/л (1).

Необходимость проведения ИВЛ возникла у 27,1 % детей (16), из них 93,8 % были дети раннего возраста. К началу ИВЛ все больные имели нарушение сознания от сопора (12) до комы (4), 62,5 % — судорожный синдром, 87,5 % находились в анурической стадии ОПН.

Анализ данных проведен методами описательной статистики. Статистическая значимость различий средних величин определялась по критерию Стьюдента, а абсолютных величин — с использованием критерия Фишера и критерия χ^2 с поправкой Йетса. Во всех процедурах статистического анализа рассчитывали достигнутый уровень значимости (p), при этом критический уровень значимости принимался равным 0,05. Статистическая обработка данных проведена с использованием русифицированной версии программ «Microsoft Excel», пакета прикладных программ «STATISTICA».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За период 1990-2004 гг. ренальная ОПН в г. Новокузнецке наблюдалась с частотой $0,96 \pm 0,01$ на 100000 детей. Среди госпитализированных в клинику частота ОПН за эти годы составила $0,48 \pm 0,02$ %, а среди детей, лечившихся в отделении реанимации — $0,92 \pm 0,13$ %. Аналогичные данные 8-летних исследований частоты ОПН приводят Moghal N.E. et al. [1]. Хотя частота только гемолитико-уремического синдрома (ГУС) в Москве составляет 2-3 случая, а в Московской области — 4-5 случаев на 100000 детского населения [2].

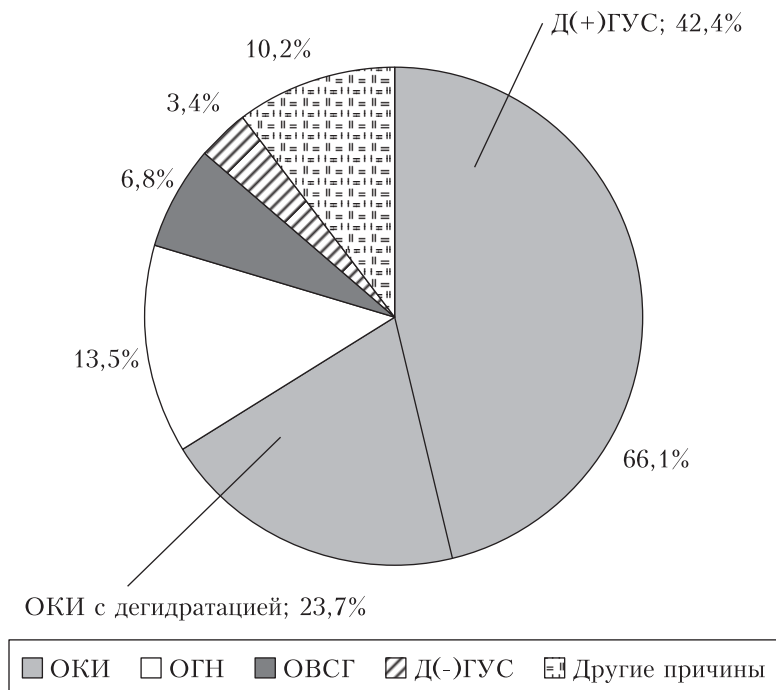
Причиной ОПН у 45,8 % детей был ГУС, у 23,7 % — ОКИ, у 13,5 % — ОГН, у 6,8 % — ОВСГ. К более редким причинам ОПН относились: люпус-нефрит — 3,4 %, лекарственный острый тубулоинтерстициальный нефрит (ОТИН) — 3,4 %, мочекишечный инфаркт и врожденный порок сердца — по 1,7 %. Следовательно, до 90 % ОПН в нашем регионе связаны с ГУС, ОКИ, ОГН, ОВСГ. Если учесть, что у 25 из 27 детей ГУС ассоциирован с ОКИ (Д + ГУС), то оказывается, что ОКИ являлась причиной ОПН у 2/3 детей (66,1 %). Наши данные по причинам ОПН согласуются с данными других авторов [3]. У всех детей ОКИ сопровождалась диареей, из них у 69,2 % — с частотой более 5 раз, явления геморрагического колита отмечались у 28,2 % (рис. 1). Этиология диареи установлена у 33,3 % больных. Д(-) ГУС у двух детей раннего возраста жизни был связан с переносимой пневмонией, у одного из них из плеврального экссудата выделен пневмококк.

В остром периоде постинфекционного гломерулонефрита ОПН наблюдалась в 13,5 % случаев (8). Это были преимущественно дети старше 7 лет (6 из 8), и 50 % из них перенесли накануне стрептококковую инфекцию.

У детей раннего возраста в 90,9 % случаев (40 из 44) причиной ОПН являлись ГУС (59,1%), ОКИ

Рисунок 1

Причины острой почечной недостаточности у детей



(25 %) и ОВСГ (6,8 %), а у детей старше 7 лет в 91,6 % (11 из 12) – ОГН (50 %), ОКИ (25 %) и СКВ (16,6 %). Однако одни авторы [4] связывают с ГУС 92 % ренальной ОПН у детей, а другие [5] отмечают доминирование ОГН (47 %) в структуре ренальной ОПН у детей. Возможно, эти расхождения обусловлены различиями возраста, так как и мы отмечаем значимые отличия в причинах ОПН у детей в зависимости от возраста.

В анурической фазе ОПН находились 71,2 % больных, в олигурической – 28,8 %. Анурия сохранялась до 7 дней у 47,5 % и свыше 7 дней – у 23,7 %. Среди детей с анурией длительностью более 7 дней доминировал ГУС (78,6 %).

При поступлении в отделение уровень мочевины 8,5-12 ммоль/л наблюдался у 13,5 % детей, 13-20 ммоль/л – у 37,3 %, 21-30 ммоль/л – у 37,3 % и превышал 30 ммоль/л – у 11,9 %. Показатель креатинина плазмы составлял 0,11-0,12 ммоль/л у 45,8 % детей, 0,13-0,29 ммоль/л – у 44 %, выше 0,3 ммоль/л – у 10,2 %. При сохранении олигоанурии более 3 дней уровень мочевины составил > 25 ммоль/л у 19,6 % детей (11 из 56) и креатинин > 0,3 ммоль/л – у 23,2 % (13 из 56), а при анурии более 7 дней – у 35,2 % (19 из 54) и у 33,3 % (18 детей из 54), соответственно. При этом уровень мочевины > 40 ммоль/л наблюдался у 14,8 % (8 из 54), креатинин > 0,5 ммоль/л – у 1,8 % (1 из 54). Следовательно, показатели азотемии, в первую очередь, определялись продолжительностью анурии. Кроме того, для детей с ОПН оказались не характерны высокие показатели креатинина, что обусловлено доминированием детей раннего возраста, облада-

ющих незначительной мышечной массой.

Нарушение сознания различной степени тяжести имелось при поступлении у 76,3 % больных с ОПН. Из них, у 33,9 % больных оценка по шкале ком Глазго (ШКГ) составила менее 12 баллов. Генерализованные клонико-тонические судороги отмечались у 15,3 % детей.

Артериальная гипертензия (АГ) у пациентов с ГУС наблюдалась у 88,9 %, с ОГН – у 100 %, с ОКИ – у 21,4 %, с ОВСГ – у 25 %. АГ статистически значимо чаще отмечалась у больных с ГУС и ОГН, по сравнению с больными, у которых ОПН была вызвана ОКИ ($p = 0,0006$ и $p = 0,001$, соответственно) и ОВСГ ($p = 0,0198$ и $0,018$, соответственно). Анурия, АГ, нарушение сознания, судороги у детей с ОПН в наших наблюдениях отмечались значительно чаще, чем у других авторов [6, 7, 3], что, возможно, обусловлено более поздней диагностикой ОПН на предшествующих этапах.

Нарушения водно-электролитного обмена имелись у всех детей (рис. 2).

Задержка жидкости проявлялась от пастозности (54,2 %) до выраженных отеков (35,6 %). Синдром «влажных» легких был выявлен клинически и документирован рентгенологически у 39 % детей. Гиперкалиемия (> 5,0 ммоль/л) отмечалась у 20,3 % детей, но только у двух она достигла критических значений – 7,3 ммоль/л на 6-й день анурии и 9,2 ммоль/л на 9-й, и потребовала проведения ЗПТ. Гипонатриемия < 130 ммоль/л была обусловлена гипергидратацией и наблюдалась у 23,7 %. Среди них, у 6,8 % детей уровень натрия составлял менее 120 ммоль/л, и все эти больные переводились из других больниц, из них 2 – в коме. Водно-электролитные нарушения явились непосредственной причиной смерти только у одного ребенка с ятрогенной гипергидратацией (прибавка массы тела более 13 % за сутки). Следовательно, при гипо-, гипернатриемии абсолютным показанием к ЗПТ является не уровень натрия, а темп развития этих нарушений и клиника. Таким образом, абсолютные показания к диализу при водно-электролитных нарушениях были у 4 больных: критическая гиперкалиемия (2), гипонатриемия < 120 ммоль/л (1) и прибавка массы тела (МТ) более 13 % с гипонатриемией < 120 ммоль/л (1).

Повышение среднемолекулярных пептидов (СМП) являлось показателем эндогенной интоксикации неидентифицированными токсическими метаболитами. Показатели СМП были наиболее высокие на 3-й день анурии у больных с ГУС, по сравнению с больными с ОГН и ОВСГ (рис. 4). Уровень СМП был достоверно выше у больных с анурией, по сравнению с олигурией, и нарастал в динамике при анурии более 7 дней.

Рисунок 2
Нарушения электролитного обмена у больных с ОПН

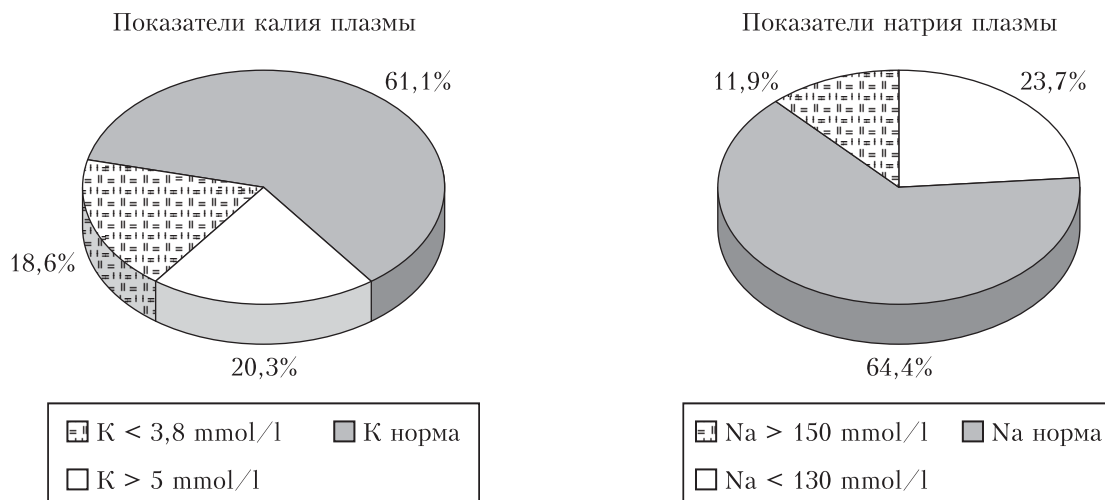
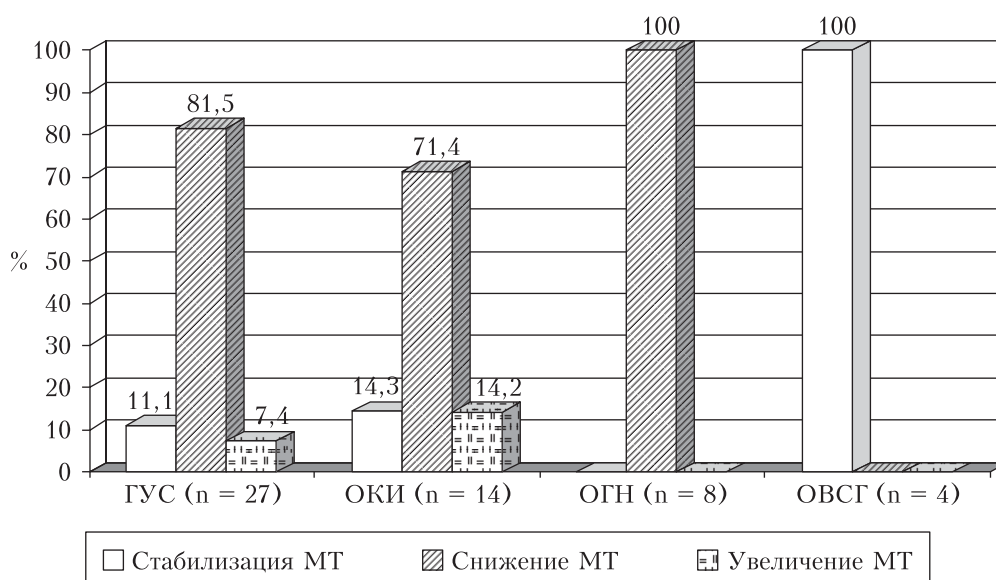


Рисунок 3
Динамика массы тела в олигоанурической стадии ОПН



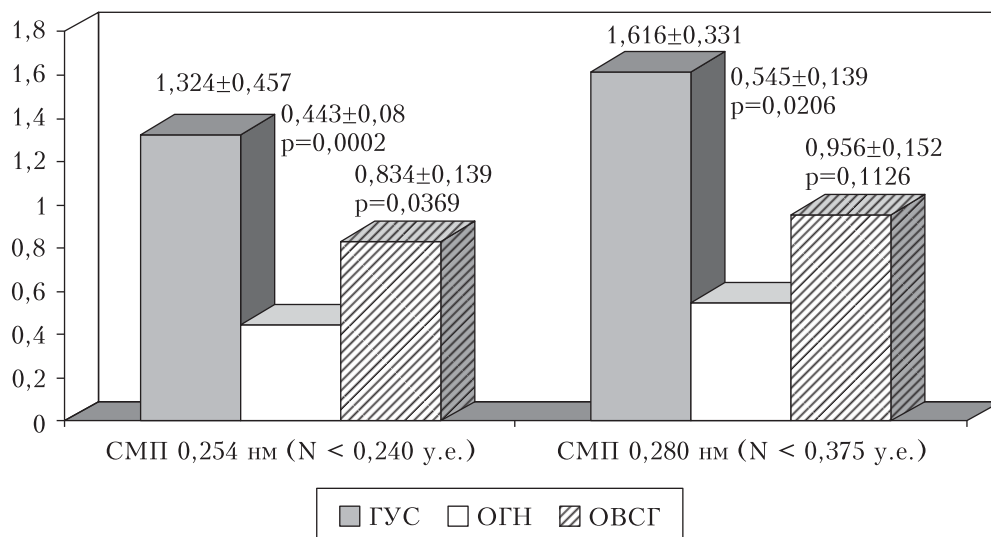
При поступлении всем больным назначались лазикс в дозе 2-3 мг/кг и инфузия дофамина в дозе 2,5-3,0 мкг/кг/мин, однако диурез не был получен ни у одного больного. Неэффективность применения дофамина и салуретиков при ОПН отмечают и другие авторы [8, 9, 10]. Ограничение вводимой жидкости с тщательным контролем гидробаланса и МТ не менее 3 раз в сутки позволило добиться ее контроля и снижения на 0,1-3,6 % в сутки у 92,4 % больных.

ПА использовали у 64,4 % больных. При гиперволемии с синдромом «влажных» легких и АГ он был эффективен у 84,2 %, в лечении энцефалопатии (< 12 баллов ШКГ) – у 60 %. С целью удаления продуктов гемолиза ПА проведен у 28 больных, из них отмечен эффект у всех больных с ОВСГ

(просветление плазмы) и у 70,8 % с ГУС (17 из 24). ЗПТ проводилась 6 больным (критическая гиперкалиемия – 2, гипергидратация – 3, гипергидратация и прирост мочевины более 10 ммоль в сутки – 1), и была эффективна у 4-х из них. Умерли двое детей: 1 – с ГУС и 1 – с шигеллезом и фетальным гепатитом.

Летальность среди больных с ренальной ОПН составила 16,9 % (10 из 59). Анурическая стадия при остром некрозе канальцев (ОНК) и ОТИН обратима, так как диурез появлялся у всех больных. Кортикальный некроз (КН) документирован на аутопсии у 11,8 % и только при ГУС. Наряду с тромбозом большей части клубочков, у 6,8 % имелся тромбоз мозговых сосудов. Среди детей с длительностью анурии до 7 дней умерли 7 из 28 пациентов

Рисунок 4

Показатели среднемолекулярных пептидов в венозной крови на 3 день анурической стадии ОПН ($M \pm \sigma$)

(25 %). Летальный исход в эти сроки был связан с водно-электролитными нарушениями (1), инфекционными осложнениями (госпитальная пневмония – 2, септический шок – 2), конкурирующим с шигеллезом фетальным гепатитом с очагами некрозов (1), микротромбозом сосудов мозга и почек (1). При гистологическом исследовании почек обнаружен КН у 4 больных с ГУС – фибриновые тромбы (до 90 %) в капиллярах гломерул и ОНК у 3 детей с ОВСГ (1) и ОКИ (2). При анурии более 7 дней умерли 3 из 14 (21,4 %) и у всех документирован тотальный и субтотальный КН.

Терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ХПН) развилась у 5,1 %, и только после ГУС. На аутопсии у всех выявлен двухсторонний нефросклероз.

Мы проанализировали исходы ОПН за период 1985-2004 гг. (табл.). Было установлено достоверное ($p = 0,026$) снижение летальности с 35 % в 1985-1994 гг. до 8,6 % в 1995-2004 гг., которое связано, преимущественно, с изменением структуры ОПН (снижение частоты ГУС с 55 % в 1985-1994 гг. до 40 % 1995-2004 гг.) и улучшением лечения (летальность при ГУС снизилась в 1,7 раза). Аналогичную тенденцию снижения частоты ГУС с 58 % в 1970-х гг. до 30 % в последнем десятилетии отмечают и другие авторы [11, 12].

Изучая причины неблагоприятных исходов ОПН установлено, что все умершие дети были раннего возраста, находились в анурической стадии ОПН, имели нарушение сознания до сопора и комы. Среди 44 детей раннего возраста умерли 10 (22,7 %) и ХПН развилась у 3 (6,8 %), а среди 15 детей старше трех лет неблагоприятных исходов не было ($p = 0,0431$).

Все больные (39), имевшие по ШКГ 13 баллов и более, выжили. Из детей с нарушением сознания до сопора (9-12 баллов) умерли 33 % (5 из 15). При развитии комы (8 баллов и менее) летальность составила 100 %. Следовательно, наличие сопора и, особенно, комы у больных с ОПН имеет неблагоприятное прогностическое значение ($p = 0,0005$).

В группе пациентов с анурией умерли 10 из 42 больных, среди 17 детей с олигурией летальных случаев не было ($p = 0,0248$).

Длительно сохраняющийся (> 15 дней) гиперлейкоцитоз наблюдался у 33,3 % детей с ГУС и характеризовал наличие КН. Функция почек у этих больных или не восстановилась совсем, или в последующем развилась ХПН.

Таким образом, предикторами неблагоприятного исхода ОПН являлись: ранний возраст, анурическая стадия ОПН, нарушение сознания до сопора и комы. Так как эти симптомы наиболее характерны для ГУС, то наличие его является главным крите-

Таблица
Характеристика ОПН и ее исходы за период 1985-2004 гг.

Признак	1985-1994 гг. (n = 20)	1995-2004 гг. (n = 35)
	абс. ч. (%)	абс. ч. (%)
ГУС	11 (55 %)	14 (40 %)
День поступления от начала анурии ($M \pm \sigma$)	$3,1 \pm 2,6$	$2,4 \pm 1,1$
Дети раннего возраста	17 (85 %)	23 (65,7 %)
Анурическая ОПН	17 (85 %)	22 (62,9 %)
ПА проводили	17 (85 %)	15 (57,2 %)
Общая летальность	7 (35 %)	3 (8,6 %)*
Летальность среди больных с анурией	7 (41,2 %)	3 (13,6 %)
Летальность среди больных с ГУС	4 (36,4 %)	3 (21,4 %)
ХПН	1 (5 %)	2 (5,7 %)

Примечание: * различия статистически значимы ($p = 0,026$) по сравнению с летальностью 1985-1994 гг.

рием тяжести и неблагоприятного исхода ОПН. Эти положения разделяют и другие авторы [13, 14, 15, 16]. Однако нам не удалось подтвердить неблагоприятное влияние судорог, а также применение ИВЛ на исходы ОПН [7, 13].

С момента развития ОПН больные имеют определенный тип морфологических поражений почек, играющий главную роль в исходе ОПН. Летальность при ОНК была обусловлена только водно-электролитными нарушениями и/или сопутствующей инфекцией, так как возможности восстановления функции почек при ОНК морфологически не лимитированы. Наиболее тяжелая морфология ОПН у детей — КН — наблюдалась только при ГУС, и исход заболевания при контроле водно-электролитного обмена и нозокомиальных инфекций предопределен и зависит от массы пораженных нефронов — выздоровление, ХПН или тромботическая нефрэктомия. Это положение иллюстрируют следующие факты: длительность олигурии у 14,8 % больных ГУС составила $2,5 \pm 1,0$ дней, анурия у 44,4 % детей не превышала 7 суток ($3,5 \pm 1,9$), у 40,7 % — более 7 дней ($13,7 \pm 5,4$), из них у 11,1 % на аутопсии документирован тотальный кортикальный некроз и еще у 11,1 % развилась ХПН. Таким образом, морфология ОПН играет главную роль в исходе заболевания.

Следовательно, ЗПТ необходима при критических показателях водно-электролитного обмена ($K > 7,5$ ммоль/л, прирост МТ более 10 % и гипонатриемия < 120 ммоль/л, развившиеся за 1-2 дня). Анурия до 7 дней при поддержании водно-электролитного баланса, предупреждении нозокомиальных инфекций, уровне сознания по ШКГ 13 баллов и более не требует ЗПТ даже при уровне мочевины более 25 ммоль/л, если причиной ОПН явились ОКИ, ОГН, ОВСК. В этих случаях консервативная терапия (ограничение жидкости, контролируемое обязательным снижением МТ на 0,3-1 % в сутки, гипотензивные средства), в сочетании с ПА при гемоллизе и гиперволемии, позволяет дожить до восстановления функции почек без серьезных осложнений.

При неэффективности лечения (критические показатели гомеостаза и/или уровень сознания менее 12 баллов по ШКГ) или сохранении анурии > 7 дней целесообразно начинать ЗПТ. Гиперлейкоцитоз, сохраняющийся > 2 недель, и анурия > 4 недель свидетельствуют о развитии тотального КН и невозможности восстановления функции почек. В этих случаях ЗПТ необходима как этап подготовки к трансплантации. ХПН развилась у 5,1 % и только при ГУС. Предикторами ее являлись: анурия более 7 дней, длительно сохраняющийся гиперлейкоцитоз, выход из ОПН через продолжительную олигурию (10-18 дней) и отсутствие нормализации азотистых шлаков спустя 30 дней от появления диуреза.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют, что у одной половины больных ОПН

является осложнением основного заболевания, ранняя диагностика которого и адекватная консервативная терапия позволяют добиться восстановления функций почек. Другая половина случаев (45,8 %) связана с ГУС — наиболее тяжелой формой ОПН у детей раннего возраста, при которой почки являются основным органом-мишенью и возможности лечения ее без ЗПТ ограничены.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Moghal, N.E. A review of acute renal failure in children: incidence, etiology and outcome /Moghal N.E., Brocrlbank J.T., Meadow S.R. //Clin. Nephrol. — 1998. — N 49(2). — P. 91-95.
2. Зверев, Д.В. Гемолитико-уремический синдром у детей; эффективность перитонеального диализа /Зверев Д.В. /Нефрология и диализ. — 2000. — № 2. — С. 1-2.
3. Anderson, R.J. Острая почечная недостаточность /Anderson R.J., Schrier R.W. /В кн.: Браунвальд Е (ред.) Внутренние болезни. Т. 6. — М., 1995. — С. 231-246.
4. Зверев, Д.В. Перитонеальный диализ при острой почечной недостаточности у детей /Зверев Д.В., Музуров А.Л., Долецкий А.С. //Анестезиол. и реаниматол. — 2002. — № 1. — С. 32-35.
5. Шарипов, А.М. Диагностика острой почечной недостаточности в педиатрической нефрологии /Шарипов А.М., Умарова З.С. //Анестезиол. и реаниматол. — 2001. — № 1. — С. 70-72.
6. Begue, R.E. Escherichia coli and hemolytic uremic syndrome /Begue R.E., Mehta D.I., Blecker U. //South. Med. J. — 1998. — N 91. — P. 798-804.
7. Uremic hemolytic syndrome. Analysis of 43 cases /Mencha Bartolomi S., Marthnez de Azagra A., de Vicent Aymat A. et al. //An. Esp. Pediatr. — 1999. — N 50(5). — P. 467-470.
8. Smith, G.C. Лечение острой почечной недостаточности /Smith G.C. //Реаниматол. и интенс. терапия. — 2001. — № 1. — С. 11-15.
9. Kellum, J.A. Use of dopamine in acute renal failure: A meta-analysis /Kellum J.A., M. Decker J. //Crit. Care Med. — 2001. — N 29(8). — P. 1526-1531.
10. Marai, I. Dopamine in acute renal failure /Marai I., Levi Y. //Harefuah. — 2001. — N 140(7). — P. 644-647, 677.
11. Andreoli, S.P. The pathophysiology of the hemolytic uremic syndrome /Andreoli S.P. //Curr. Opin. Nephrol. Hypertens. — 1999. — N 8(4). — P. 459-464.
12. Changing clinical course of hemolytic uremic syndrome in children /Zurowska A., Gockowska Z., Czarniak P., Marczak E. //Pol. Merkuriusz. Lek. — 2000. — N 8(46). — P. 234-235.
13. Foreman, J.W. Почечная недостаточность /Foreman J.W. /В кн.: Полин Р.А., Дитмар М.Ф. (ред.) Секреты педиатрии. — М., СПб., 1999. — 575 с.
14. Kaplan, B.S. The pathogenesis and treatment of Hemolytic Uremic syndrome /Kaplan B.S., Meyers K.E., Schulman S.L. //J. Am. Soc. of Nephrol. — 1998. — P. 1126-1132.
15. Spizzirri, F.D. Childhood hemolytic uremic syndrome in Argentina — long-term follow-up and prognostic features /Spizzirri F.D., Rahman R.C. //Pediat. Nephrol. — 1997. — N 11. — P. 156-160.
16. Папаян, А.В. Аспекты этиопатогенеза, лечения и прогнозирования гемолитико-уремического синдрома у детей /Папаян А.В., Панков Е.А. //I конгр. педиатров-нефрологов России. — СПб., 1996. — С. 337.

* * *

Е.Б. Павлинова, Н.Г. Худенко, Т.И. Сафонова

Омская государственная медицинская академия.

Омская областная детская клиническая больница,

г. Омск

БРОНХОФОНОГРАФИЯ КАК НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Болезни органов дыхания являются наиболее частой патологией у детей. Исследование функции внешнего дыхания является обязательным для оценки состояния бронхолегочной системы у детей при этих заболеваниях. Своевременная оценка функции внешнего дыхания имеет важное диагностическое значение. Для анализа временных и частотных характеристик спектра дыхательных шумов, возникающих при изменении проходимости воздухоносных путей бронхов, применен новый метод – резонансная осциллометрия (бронхофонография), которая позволяет визуализировать звуковые характеристики дыхания, часто не выявляемые при физикальном обследовании детей. Кроме того, этот метод не имеет ограничений по возрасту, отсутствуют противопоказания и побочные эффекты.

Ключевые слова: болезни органов дыхания, функция внешнего дыхания, бронхофонография, дети.

The diseases of the respiratory organs are the most frequent pathology in children. A study of the function of external respiration is required for evaluating the state of bronchopulmonary system in children with these illnesses. The timely estimation of the function of external respiration has great diagnostic value. For the analysis of the temporary and frequency characteristics of the spectrum of respiratory it is noise, that appear with a change in the passability of the aeriferous ways of bronchi, is used new method – resonance of ostsilometriya (bronkhofonografiya), which makes it possible to visualize the sonic lines of respiration, frequently not revealed with the physical inspection of children. Furthermore, this method does not have limitations with respect to the age, there is no contra-evidence and side effects.

Key words: the diseases of the respiratory organs, the function of external respiration, bronkhofonografiya, children.

Болезни органов дыхания являются наиболее частой патологией у детей. По данным некоторых авторов, бронхообструктивный синдром диагностируется в 50 % случаев всех заболеваний дыхательных путей и является патогномичным симптомокомплексом для таких нозологических форм, как обструктивный бронхит, бронхиальная астма, муковисцидоз и другие. Исследование функции внешнего дыхания является обязательным для оценки состояния бронхолегочной системы у детей при этих заболеваниях. Своевременная оценка функции внешнего дыхания имеет важное диагностическое значение и является крайне необходимой для мониторинга состояния пациента и терапии заболевания.

В настоящее время стандартными методами изучения функции внешнего дыхания являются спирог-

рафия, пневмотахометрия, пикфлоуметрия. Однако у детей раннего возраста практически отсутствуют возможности объективной оценки вентиляционной недостаточности. Поэтому для анализа временных и частотных характеристик спектра дыхательных шумов, возникающих при изменении проходимости воздухоносных путей бронхов, был применен новый метод – резонансная осциллометрия (бронхофонография), которая позволяет визуализировать звуковые характеристики дыхания, часто не выявляемые при физикальном обследовании детей. Кроме того, этот метод не имеет ограничений по возрасту, отсутствуют противопоказания и побочные эффекты.

Бронхофонография – метод оценки дыхательного паттерна. Данный метод основывается на анализе амплитудно-частотных характеристик спектра дыхательных шумов. Метод позволяет зафиксировать

временную кривую акустического шума, возникающего при дыхании, с последующей математической обработкой. Частота колебаний дыхательных шумов определяется в пределах от 0 до 12,4 кГц с последующим расчетом «акустической» работы дыхания. Компьютерный комплекс позволяет отображать фиксируемые дыхательные шумы на экране монитора, а также объективно оценивать характеристики дыхательных шумов, которые не выявляются при физикальном обследовании. Зона высоких частот (выше 5 кГц) коррелирует со звуковыми характеристиками сухих хрипов.

Метод бронхофонографии позволяет расширить функциональную оценку легких, получаемую рутинными методами обследования, а также точно оценить тяжесть бронхиальной астмы.

Оцениваемые с помощью бронхофонографии параметры: амплитуда колебаний; длительность вдоха; длительность респираторного (дыхательного) цикла; наличие высокочастотных колебаний; «акустическая» работа дыхания (итоговая интегральная характеристика, получаемая при анализе бронхофонограмм, пропорциональная физической работе легких, затрачиваемой на совершение акта дыхания, рассчитывается как площадь под кривой на бронхофонограмме во временной области; единицы измерения — джоули (Дж); при увеличении сопротивления в дыхательных путях для осуществления акта дыхания затрачивается большая работа); мощность дыхания (площадь под кривой в частотной области).

Для оценки паттерна дыхания используется аппаратный комплекс, принцип работы которого основан на фиксировании и последующей оценке амплитудно-частотных характеристик дыхательных шумов. Комплекс состоит из датчика, аналого-цифрового преобразователя (встраиваемая плата для персонального компьютера), и позволяет визуализировать и объективно оценивать звуковые характеристики дыхания, часто не выявляемые при физикальном обследовании. Датчик, снабженный специальным загубником, помещается в ротовую полость пациента и с достаточной точностью передает все особенности дыхания.

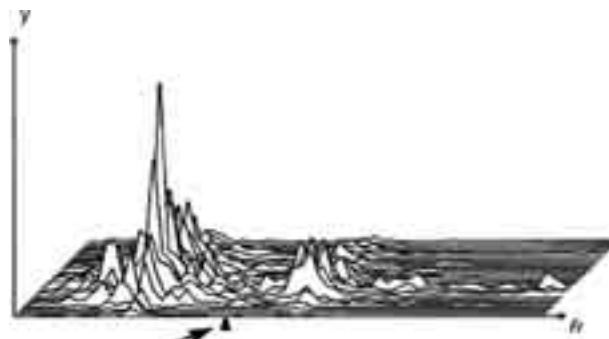
Непосредственная регистрация дыхательных шумов осуществляется с помощью датчика, обладающего высокой чувствительностью в широкой полосе воспринимаемых частот, включая те частоты, которые не фиксируются при выслушивании традиционным стетофонендоскопом. В аппаратную часть комплекса также входит набор специальных фильтров, предназначенных для формирования частотного спектра, который содержит информацию о специфических акустических феноменах, возникающих во время респираторного цикла. Известно, что кардиальные шумы, обусловленные работой сердца, являются в акустическом плане наиболее интенсивными. С целью исключения их маскирующего влияния предусмотрен набор специальных отсекающих низкочастотных фильтров. По этой причине сканирование респираторного цикла производится в частотном диапазоне

от 100 до 12600 Гц. Результаты компьютерной обработки данных сканирования отображаются на экране персонального компьютера. Полученное таким образом графическое изображение бронхофонограммы получило название «паттерн дыхания».

Процедура записи дыхательных шумов производится в положении сидя, при спокойном дыхании, в течение короткого промежутка времени (не более 5-10 секунд).

Обзорная бронхофонограмма (рис. 1), представленная на экране компьютера в трехмерном изображении, разделена по оси частот курсором, который выделяет зону высокочастотных колебаний (> 5 кГц).

Рисунок 1
Обзорная бронхофонограмма
(трехмерное изображение)



Разделительный курсор (5 кГц)

С помощью диагностического комплекса регистрируются специфические (высокочастотные) акустические феномены, возникающие при заболеваниях бронхолегочной системы и претерпевающие определенные изменения под воздействием заболевания. Присутствие колебаний в высокочастотном спектре коррелирует с наличием у обследуемого пациента признаков бронхиальной обструкции. Низкочастотный спектр включает в себя шумы, вызванные наличием мокроты в воздухоносных путях, а также заболеваниями верхних отделов дыхательного тракта (ринит, синусит). Высокочастотный спектр включает в себя шумы, возникающие при спазме бронхов среднего и мелкого калибра.

Цель исследования — выявить величины акустической работы дыхания в зависимости от нозологического варианта и клинических проявлений бронхообструктивного синдрома у детей от 0 до 15 лет.

ПРОВЕДЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа проводилась на базе ОДКБ пульмонологического отделения в течение 2005-2006 гг. Нами было обследовано 60 детей с бронхообструктивным синдромом различного генеза: первую группу составили больные бронхиальной астмой — 25 человек; вторую — больные с острым обструктивным бронхитом — 20 человек; третью группу — больные муковисцидозом — 15 человек. Контрольную группу

составили здоровые дети — 22 человека. Все обследуемые дети были в возрасте от 0 до 15 лет.

Достоверность полученных цифровых значений оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Контрольные значения работы дыхания здоровых детей, у которых отсутствовали клинические проявления бронхообструктивного синдрома, составили в среднем 0,3 Дж в диапазоне до 5 кГц и 0,004 Дж в диапазоне более 5 кГц — эти данные были приняты за исходные величины (рис. 2). Достоверных отличий бронхофонограммы в зависимости от пола и возраста детей этой группы выявлено не было.

При осмотре детей с бронхообструкцией у большинства была выявлены следующие симптомы: шумное частое дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, цианоз, частый мучительный сухой кашель, беспокойство, хрипы, втяжение уступчивых мест грудной клетки (рис. 3).

При анализе дыхательных шумов у группы детей с клиническими проявлениями бронхиальной астмы в приступном периоде в высокочастотном спектре было отмечено увеличение акустической работы дыхания до 1,95 Дж, в среднем около 0,7 Дж ($p < 0,01$). При регистрации бронхофонограммы тем же детям перед выпиской, то есть в межприступный период (рис. 4), было диагностировано достоверное снижение амплитуды дыхательных шумов в диапазоне более 5 кГц до 0,3 Дж ($p < 0,01$). При анализе данных бронхофонографии у детей с бронхиальной астмой достоверных различий между возрастными группами до 5 лет и старше 5 лет не получено. В то же время, полученные данные у здоровых детей и у детей с бронхиальной астмой достоверно различались, в том числе и в возрасте до 5 лет. Степень выраженности изменений у детей первой группы при исследовании бронхофонографии четко коррелировала со степенью обструктивной вентиляционной недостаточности по данным спирографии.

У детей с острым обструктивным бронхитом акустическая работа в высокочастотном спектре составила, в среднем, около 0,1 Дж.

При анализе детей с муковисцидозом, имеющих влажный кашель с выделением вязкой мокроты, тот же показатель составил 0,03 Дж. Показатели разных возрастных групп между собой достоверно не различались.

Таким образом, работа дыхания у детей, страдающих бронхиальной астмой и острым обструктивным бронхитом, была достоверно активнее, чем у пациентов, больных муковисцидозом. Это, вероятно, можно объяснить более тяжелыми проявлениями бронхообструктивного синдрома в 1 и 2 группах, а также различными патогенетическими механизмами нарушения проходимости дыхательных путей при данных нозологических формах.

Интересен тот факт, что в группе здоровых детей у 3 человек (13 %) показатели бронхофоногра-

Рисунок 2
Бронхофонограмма пациента контрольной группы

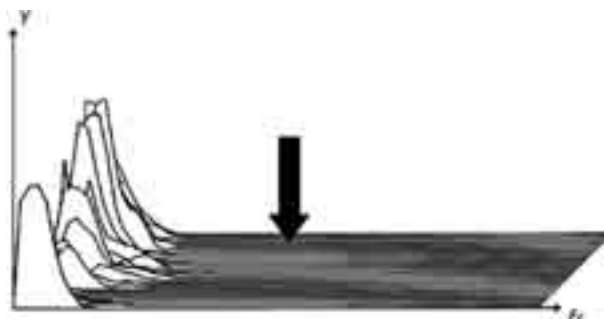


Рисунок 3
Бронхофонограмма ребенка с сухими рассеянными хрипами и выраженной бронхиальной обструкцией по данным спирографии

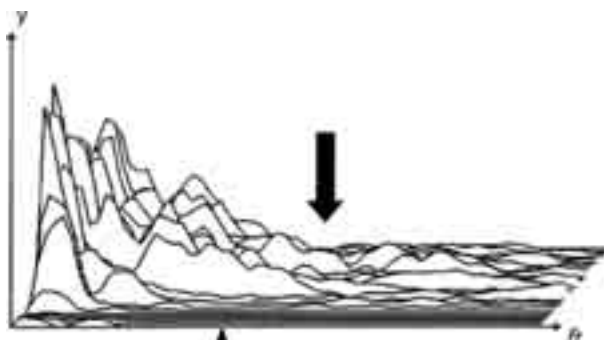
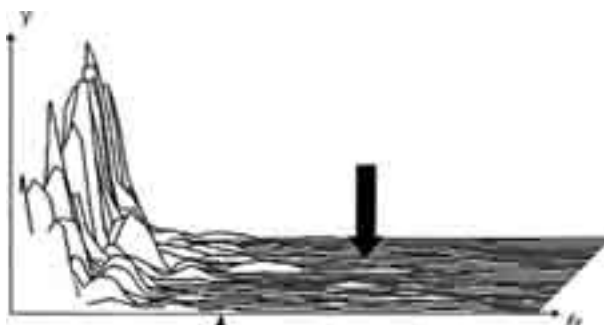


Рисунок 4
Бронхофонограмма ребенка без аускультативных изменений в виде хрипов, бронхиальная обструкция выявлялась только по данным спирографии



фии отличались от средних значений, достигая в высокочастотном спектре 0,1 Дж, что может быть связано с наличием у данных детей скрытой бронхиальной обструкции.

ВЫВОДЫ:

1. Выявлена прямая зависимость между величиной акустической работы дыхания и наличием клинических проявлений бронхообструктивного синдрома у детей.

2. Величина работы дыхания не зависит от пола и возраста пациентов.
3. Значения характеристики дыхательных шумов у детей с муковисцидозом достоверно ниже, чем у детей 1 и 2 групп, что связано с преобладанием легкого течения бронхообструктивного синдрома у данных пациентов, обусловленного наличием вязкой мокроты.
4. Бронхофонография может быть успешно применена для комплексной диагностики бронхообструктивного синдрома у детей с первых месяцев жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бронхофонография в комплексной диагностике бронхиальной астмы у детей /Геппе Н.А., Малышев В.С., Лисицын М.Н. и др. //Пульмонология. – 2002. – Т. 12, № 5. – С. 33-39.
2. Компьютерный диагностический комплекс «Pattern» /Малышев В.С., Дементьева Г.М., Рюмина И.И. и др. //Физика и радиоэлектроника в медицине и биотехнологии: междунар. науч.-техн. конф. – Владимир, 1996. – С. 36-37.
3. Лукина, О.Ф. Современные методы функциональной диагностики в педиатрии /Лукина О.Ф., Куприянов О.О. //Рус. мед. журн. – 1999. – Т. 7, № 4. – С. 6-7.

* * *

МОРЩИНЫ НЕ ПОДДАЮТСЯ КРЕМАМ, ДАЖЕ САМЫМ ДОРОГИМ

Эксперты Consumer Reports, самого авторитетного американского журнала, оценивающего качество товаров, пришли к выводу, что дорогая косметическая продукция действует ничуть не лучше, чем дешевые кремы. Согласно результатам исследования, самым эффективным средством против морщин назван крем Olay Regenerist, который стоит 19 долларов.

Однако ни один из проверенных кремов не повлиял существенно на внешний вид кожи. Исследователи выяснили, что после 12 дней использования крема высокого качества разгладили некоторые линии и морщины, но в целом их глубина уменьшилась меньше, чем на 10 процентов - изменение едва видимое для глаза.

Тесты также показали, что не существует никакой связи между ценой и эффективностью косметических средств, говорит представительница журнала.

Участницы эксперимента от 30 до 70 лет накладывали крем против морщин на одну сторону лица и обычный увлажняющий крем - на другую. С помощью оптического устройства эксперты проверяли изменения в глубине морщин и складок кожи.

Слегка разочарованные участницы эксперимента, впрочем, не намерены расставаться с кремами, уверяя, что дело не в эффективности средства, а в самоощущении.

Американцы тратят больше миллиарда долларов в год на кремы против морщин, а цена косметических средств варьируется от 19 до 335 долларов.

Источник: 13.12 11:45 MIGnews.com

Н.А. Лукина, Ю.С. Родина, В.И. Черняева, М.В. Пономарева

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Кемеровский клинический диагностический центр,
г. Кемерово*

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР СОВРЕМЕННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ПОДРОСТКОВ

Охрана репродуктивного здоровья населения, особенно детей и подростков, является одной из актуальных проблем современной медицины. Это обусловлено неблагоприятной медико-демографической ситуацией и резким ухудшением здоровья женщин фертильного возраста. Проблема охраны репродуктивного здоровья женского населения, особенно детского и подросткового, в современной России стала междисциплинарной. Она обусловила важное направление государственной политики.

Особую тревогу вызывает состояние репродуктивного здоровья у девочек-подростков, которые будут поддерживать основной уровень рождаемости в первые десятилетия нового века. Именно у девочек-подростков, среди всех возрастных групп женского населения, в состоянии здоровья произошли резкие изменения. За период 1991–2004 гг. общая заболеваемость девочек-подростков выросла на 38,7 %.

Общая гинекологическая заболеваемость в России, по мнению различных авторов, составляет от 12 % до 34 %, т.е. в гинекологической помощи нуждаются, в среднем, 23 женщины из 100.

В последние годы прослеживается тенденция к увеличению числа девочек-подростков с нарушением менструальной функции, что, вероятно, связано с ухудшением экологической ситуации в регионе, снижением социально-бытовых и материальных условий жизни некоторых групп населения. Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный и культурный резерв общества.

Для изучения потребительского рынка лекарственных средств, применяемых в подростковой гинекологии, нами проведено маркетинговое исследо-

вание на базе Центра охраны репродуктивного здоровья МУЗ ДГКБ № 5. В результате анализа структуры обращаемости в центр по возрастам установлено, что 78 % составляют девочки-подростки в возрасте до 19 лет. В результате исследования структуры гинекологической заболеваемости среди девочек-подростков выявлено: 61 % составляют нарушения менструального цикла; 25,4 % воспалительные заболевания; 8,2 % нарушения полового созревания; 5,4 % прочие.

Так как проблема подростковой заболеваемости в области остается актуальной, в качестве целевого сегмента исследования нами были выбраны девочки-подростки с различными нарушениями менструального цикла: с дисменореями — 34 %, с межменструальными маточными кровотечениями — 29 %, с предменструальным синдромом — 21 %, с аменореей — 16 %.

Анализ ассортимента лекарственных средств, применяемых в терапии исследуемых заболеваний, показал, что ведущее место занимают гормональные препараты, при этом курс лечения рассчитан от 3-х месяцев и более. Наиболее часто в составе комбинированной терапии в данной возрастной категории используются гормональные контрацептивные средства (ГКС). Анализ литературных данных показал, что на данном этапе исследования в области применения ГКС для лечения выделенных гинекологических заболеваний не проводились, формулярный список для изучаемой группы препаратов не разработан.

Цель исследования — проведение рационального, научно-обоснованного отбора современных, высокоэффективных и безопасных ГКС и составление перечня препаратов, рекомендуемого для включения в формулярные списки при разработке медико-экономических стандартов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Девочки-подростки в возрасте от 10 до 19 лет, специалисты Областного центра охраны репродуктивного здоровья, амбулаторные карты, листы назначения. В процессе исследования были использованы следующие методы: контент-анализ, маркетинговый анализ, экспертных оценок, логический, фармакоэкономический, статистический.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С целью совершенствования медицинской и фармацевтической помощи больным, страдающим различными нарушениями менструального цикла, была проведена экспертная оценка гормональных контрацептивных средств, используемых при лечении выделенных заболеваний. В ходе исследования сформированы две группы экспертов, состоящих из медицинских (15 человек) и фармацевтических (8 человек) работников, число экспертов удовлетворяло заданному уровню доверительной вероятности (95 %).

С учетом того, что ГКС относятся к препаратам рецептурного отпуска, мнение врачей-гинекологов было более весомо. Для повышения надежности и достоверности метода определялась компетентность каждого эксперта с помощью коэффициентов: использования номенклатуры, осведомленности эксперта, приобретенного опыта и квалификационного уровня. Средний коэффициент компетентности составил 1,98, что соответствует высокому уровню компетентности специалистов-экспертов.

Методом априорного ранжирования врачам-гинекологам предлагалось распределить гормональные контрацептивные средства в зависимости от их эффективности при лечении нарушений менструального цикла, безопасности и частоты назначения; фармацевтическим работникам — от наличия в ассортименте аптеки, стоимости и частоты приобретения.

Согласованность экспертов подтверждена показателями коэффициентов конкордации — 0,737 и Пирсона (0,95 — группа экспертов в целом, 0,947 — врачи-гинекологи, 0,951 — провизоры). Все коэффициенты статистически значимы.

Комплексная методика отбора наиболее конкурентоспособных, безопасных и эффективных ГКС проводилась на основании расчета коэффициентов весомости (M_i), выраженности побочных эффектов ($K_{впэ}$) и коэффициента эффективности ($K_{эф}$) по следующему алгоритму:

1. Ранжирование лекарственных средств внутри группы по каждой нозологической форме заболевания.
2. Расчет среднего ранга по каждому препарату путем деления суммы рангов по всем нозологическим формам заболеваний, подвергавшихся анализу, на количество нозологических форм.
3. Суммирование значений коэффициентов M_i , $K_{впэ}$, $K_{эф}$ по каждому препарату.

4. Проведение комплексной оценки по суммарному значению коэффициентов: чем больше это значение у препарата, тем выше эффективность и менее выражены побочные эффекты, по сравнению с другими анализируемыми препаратами данной группы. По результатам проведенных расчетов весь исследуемый ассортимент был распределен по группам конкурентоспособности в зависимости от полученных значений суммы коэффициентов.

Наиболее конкурентоспособными ГКС (1,32-1,17) оказались Регулон, Линдинет, Новинет, Логест, Марвелон, Мерсилон; конкурентоспособными (1,16-1,04) — Ригевидон, Жанин, Три-мерси, Диане-35, Микрогинон, Тризистон, Ярина, Три-регол; практически неконкурентоспособными (1,03-0,8) — Овидон, Минизистон, Триквилар, Фемоден; неконкурентоспособными (менее 0,7) — Чарозетта, Микролют, Антеовин, Экслютон, Нон-овлон, Силест.

В группе комбинированных эстроген-гестагенных трехфазных КС конкурентоспособными признаны Три-регол, Тризистон и Три-мерси. В группе гестагенсодержащих препаратов (Чарозетта, Микролют, Экслютон) получены низкие значения коэффициентов, т.к. данная группа практически не применяется в терапии дисфункциональных маточных кровотечений, аменореи и дисменореи. Таким образом, разработанная методика может быть использована как в фармацевтических, так и в лечебных учреждениях с целью рационального применения препаратов для лечения различных нарушений менструального цикла.

Разработанный перечень препаратов может быть рекомендован для включения в формулярные списки при разработке медико-экономического стандарта в комплексной терапии выделенных заболеваний.

Безусловно, назначение того или иного препарата определяется, в первую очередь, врачом в зависимости от состояния больного, с учетом эффективности и безопасности препарата. В то же время, при прочих равных условиях показатели доступности могут служить дополнительной информацией для осуществления рационального выбора препарата потребителем.

На следующем этапе было проведено фармакоэкономическое исследование и сравнительная оценка стоимости курса лечения выделенных заболеваний для препаратов, получивших наиболее высокую оценку конкурентоспособности. Для этого были рассчитаны коэффициенты, сравнивающие стоимость курса лечения с показателями дохода потребителя. Возможность для потребителя оплатить необходимое лечение определялась с помощью коэффициента доступности (K_d).

$K_{d1} = (\text{Средняя цена ЛС} / \text{Средняя з/плата}) \times 100$;
 $K_{d2} = (\text{Средняя цена ЛС} / \text{Прожиточный минимум}) \times 100$;

$K_{d3} = (\text{Стоимость курса лечения} / \text{Средняя з/плата}) \times 100$;

$K_{d4} = (\text{Стоимость курса лечения} / \text{Прожиточный минимум}) \times 100$.

При расчетах использовались данные о средней заработной плате в месяц (на 01.04.05.) — 5876 руб. и прожиточном минимуме (I квартал 2005 г.) — 2406 руб. Исходя из расчетных формул, чем меньше значение коэффициента доступности, тем более выгодно для потребителя приобретение препарата [1].

Расчет коэффициентов доступности проводился для всех нозологических форм заболеваний с учетом схем лечения и количества курсов (табл.).

Таблица

Расчет коэффициентов доступности гормональных контрацептивных средств на примере лечения дисфункциональных маточных кровотечений

Наименование препарата	Средняя цена, руб.	Стоимость курса лечения, руб.	Кд1	Кд2	Кд3	Кд4
Регулон (таб. №21)	85,5	342	1,46	3,55	5,82	14,21
Новинет (таб. №21)	107	428	1,82	4,45	7,3	17,79
Линдинет (таб. №21)	161	644	2,74	6,69	10,96	26,77
Марвелон (таб. №21)	280	1120	4,76	11,64	19,06	46,55
Логест (др. № 21)	295	1180	5,02	12,26	20,08	49,04
Мерсилон (таб. №21)	315	1260	5,36	13,09	21,44	52,37

Данные, представленные в таблице, свидетельствуют о том, что при сравнении цены препарата с доходами потребителей при лечении дисфункциональных маточных кровотечений наилучшее соотношение у препаратов-дженериков Регулон и Новинет. При пересчете на курс лечения оказывается, что более доступным также является лечение Регулоном и Новинетом. Аналогичные данные получены при анализе схем лечения и расчетах коэффициентов доступности при лечении дисменореи, аменореи и предменструального синдрома.

На заключительном этапе исследования разработан список, состоящий из 15 современных, высоко-

эффективных и безопасных препаратов. В состав перечня вошли, в основном, препараты III поколения, содержащие в своем составе в качестве гестагенного компонента дезогестрел, диеногест, линестрел. Наиболее конкурентоспособными для лечения исследуемых заболеваний являются препараты Регулон, Новинет, Линдинет, Марвелон, Логест, Мерсилон. Препараты имеют мало побочных эффектов, оказывают минимальное влияние на метаболические процессы в организме и хорошо переносятся при длительном применении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании расчетов коэффициентов весомости, эффективности и выраженности побочных эффектов проведена комплексная оценка эффективности и безопасности гормональных контрацептивных средств, применяемых в подростковой гинекологии. Составлен и научно обоснован перечень, состоящий из современных, высокоэффективных препаратов, который способствует формированию оптимального ассортимента гормональных контрацептивных средств в фармацевтических организациях и позволяет повысить качество оказания медицинской и фармацевтической помощи пациентам, страдающим различными нарушениями менструального цикла.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ивченко, О.Г. Маркетинговое исследование потребителя и спроса контрацептивных лекарственных средств /О.Г. Ивченко: //Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пятигорск, 2002. — 22 с.

* * *

ФИЛЬМЫ УЖАСОВ СОЗДАЮТ ИЛЛЮЗИЮ СНЯТИЯ СТРЕССА

Просмотр фильмов ужасов создает у людей иллюзию снятия стресса и побуждает молодежь к агрессии, передает utro.ru слова замдиректора Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им.Сербского, профессора Зураба Кекелидзе.

По мнению профессора, фильмы ужасов поддерживают в человеке внутреннюю тревогу и склонность смотреть эти картины присуща людям с тревожно-мнительной психикой.

Кекелидзе считает, что в ближайшие годы количество фильмов ужасов в России будет увеличиваться, а потом интерес к подобным картинам уменьшится. К тому же люди старшего возраста смотрят фильмы ужасов реже, потому что были воспитаны на других моральных ценностях.

Источник: [Mediactivist.ru](http://mediactivist.ru)

ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ МОЛОДЕЖНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Планирование семьи является одной из актуальных проблем современности, а также одной из основных составляющих федеральных и международных программ большинства стран мира. При этом проблема охраны репродуктивного здоровья молодежи, формирующей культурный, трудовой и репродуктивный потенциал страны, носит медико-социальный характер и до настоящего времени не нашла своего оптимального решения.

До настоящего времени уровень абортс среди женщин России в возрасте до 20 лет продолжает оставаться одним из самых высоких в мире [1]. По данным социологических исследований, до настоящего времени свыше 60 % молодежи не информированы о методах контрацепции и последствиях искусственного прерывания беременности [4]. Данная проблема для нашей страны имеет национальный характер, особенно с учетом низкого уровня рождаемости: из 10 беременностей 7 завершаются абортами и только 3 — родами, каждый десятый аборт в стране производится у лиц в возрасте до 19 лет, более двух тысяч абортс ежегодно производится подросткам до 14 лет [3]. Сохраняется высокий уровень осложнений после абортс: более 70 % женщин после его проведения страдают воспалительными заболеваниями женской половой сферы, высок уровень эндокринных нарушений, невынашивания беременности, бесплодия [3, 7].

Следует отметить, что за последние 7 лет число женщин, использующих современные методы контрацепции, уменьшилось в нашей стране почти на 10 % — с 9,5 млн. (24,5 % к числу женщин фертильного возраста) в 1998 г. до 8,6 млн. (22,2 %) в 2002 г. [6]. Основная проблема контрацепции в России — негативное отношение части населения к гормональным противозачаточным средствам по причине недостаточной информированности и образования в этой области. В результате этого, в настоящее время менее 25 % женщин репродуктивного возраста в России используют современные средства контрацепции, тогда как, по данным анализа специалистов и международного опыта, для снижения распространенности абортс до уровня экономически развитых стран необходимо обеспечение их доступности для 70-75 % женщин детородного возраста.

Не отличаются в лучшую сторону и аналогичные показатели по Кемеровской области, где только 28,2 % женщин используют современные средства контрацепции, при стабильно низком показателе исполь-

зования гормональных контрацептивов (только 7 % от числа женщин фертильного возраста или 114,5 на 1000 женщин фертильного возраста) [5].

Поэтому, также как и в целом по стране, в Кузбассе основным методом регуляции рождаемости остаются абортс. Показатели числа абортс по Кемеровской области в 2004 г. составили 46,9 на 1000 женщин фертильного возраста и 1,3 абортс на 1 роды. Особую тревогу вызывает количество абортс, проводимых женщинам в возрасте до 20 лет, так как каждый десятый аборт в области был выполнен именно этой возрастной категории. Ежегодно возрастает удельный вес абортс у первобеременных в общем числе абортс. Данный показатель в России в 2002 г. составил 11,3 % [4].

Одно из основных направлений охраны репродуктивного здоровья женщин молодого возраста — предупреждение нежелательной беременности. Однако и среди учащейся молодежи наблюдается тенденция к уменьшению использования гормональной контрацепции, с 53,1 % в 2003 г. [5] до 32,6 % в 2005 г., что во многом связано с экономическими причинами.

Целью работы явилось изучение частоты и способов использования различных методов контрацепции среди наиболее информированной части молодежи — студентов высших учебных заведений.

Для достижения поставленной цели было проведено добровольное и анонимное анкетирование 428 молодых женщин, обучающихся в ВУЗах г. Кемерово, которые были разделены на 2 основные группы. Первую составили 223 студентки медицинской академии (КемГМА), в которой вопросы планирования семьи входят в учебную программу, вторую — 205 студенток из числа тех учебных заведений, в которых вопросы планирования семьи не преподаются: РГТУ — 54 чел., КузГУКИ — 53, КемГУ — 49, КемТИПП — 49 чел. Возраст опрошенных варьировал от 17 до 27 лет (средний возраст — $21,2 \pm 0,2$ лет). Средний возраст начала половой жизни составил $18,2 \pm 0,2$ лет, при среднем возрасте начала половой жизни в России 16,1 лет [2].

Результаты анкетирования показали, что использовали методы предупреждения нежелательной беременности 206 женщин (92,4 %) первой группы и 187 женщин (91,2 %) второй группы. При этом наиболее популярной среди представительниц 1-й группы из всех методов контрацепции оказалась гормональная. Ее использовали 53,4 % студенток (119 из

223) или 57,8 % от числа использующих методы контрацепции. Представительницы 2-й группы использовали гормональные препараты достоверно реже ($p < 0,001$) — 29,8% (61 из 205), или 32,6 % от числа использующих методы контрацепции. При этом наиболее популярными в студенческой среде оказались три препарата (мерсилон, три-мерси и ярина), на долю которых приходится более 50 % от числа всех использованных препаратов.

Барьерные методы применяли 68 чел. (33 %), пользовались различными спермицидами 9 (4,4 %), использовали внутриматочные контрацептивы 4 (1,9 %), практиковали традиционные методы (прерванный половой акт, метод Огино-Кнауса) 6 чел. (2,9 %) из числа представительниц первой группы. При этом студентки младших курсов (с 1-го по 3-й) в большинстве случаев (52,9 %) отдавали предпочтение барьерным методам, а студентки старших курсов КемГМА (с 4-го по 6-й) — методам гормональной контрацепции (63,3 %). Представительницы второй группы наиболее часто использовали барьерные методы — в 64,7 % случаев (121 чел.), а в 2,7 % случаев (5 чел.) использовали спермициды.

Используемый метод предохранения от нежелательной беременности женщинам 1-й группы наиболее часто (53,4 %) был рекомендован врачом; 20,4 % студенток свой выбор основывали на рекламных публикациях, еще в 10,2 % случаев на выбор метода повлияло мнение подруг, в 6,8 % — мнение полового партнера и в 3,4 % — мнение родственников. Остальные 5,8 % представительниц первой группы выбирали наиболее приемлемый метод самостоятельно.

Студенткам второй группы также наиболее часто метод контрацепции был рекомендован врачом (30,5 %), что оказалось достоверно ниже, чем в первой группе ($p < 0,001$). В гораздо большем числе случаев, по сравнению с первой группой, на выбор повлияло мнение подруг (27,3 %), еще в 18,7 % случаев — рекламные публикации, в 9,1 % — родственники, в 1,6 % — половой партнер, 13,4 % студенток выбрали способ контрацепции самостоятельно.

Полное удовлетворение используемым методом отметили большинство опрошенных женщин (73,7 %), тогда как 26,3 % из них высказывали неудовлетворение в той или иной степени. Причиной неудовлетворения наиболее часто называлось то, что нет 100 % уверенности в надежности метода (66,7 %). Из других причин указывались такие, как увеличение массы тела, мастодиния и межменструальные кровянистые выделения, а также неприятные субъективные ощущения после приема препарата.

На первый взгляд, полученные данные выгодно отличаются от среднестатистических по стране и Кемеровской области. Однако при более глубоком анализе можно отметить, что только 56,1 % студенток использовали современные низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК), тогда как 8,2 % регулярно использовали постинор. Не оправдан также выбор в качестве первого контрацептива для данной возрастной группы таких пре-

паратов, как высокодозированный КОК овидон (2 случая), подкожный имплант норплант (1 случай) или прогестагенный препарат экслютон (2 случая), что подтверждается высокой частотой побочных явлений при их приеме. Тогда как в настоящее время для молодых женщин с целью контрацепции рекомендуется использовать только низко- и микродозированные препараты [2].

В результате неправильного выбора контрацептивного препарата 7 студенток, ранее применявших гормональную контрацепцию, вынуждены были от нее отказаться из-за развития ряда побочных реакций. Отрицательный опыт применения КОК приводит к нежеланию применять их в будущем. Не совсем оправданно для молодых женщин и применение методов контрацепции, отличающихся низкой надежностью, таких как прерванный половой акт и календарный метод. Проведенный опрос показал, что большинство из студенток владеют информацией о современных средствах контрацепции, а отказ от их применения мотивировали высокой стоимостью современных контрацептивов.

Следует отметить, что 25 студенток имели в анамнезе аборт, а 14 — более двух абортов. Помимо этого, 3 женщины отмечали в анамнезе наличие самопроизвольных абортов и 2 — внематочной беременности. При этом у 6 студенток из числа перенесших искусственное прерывание беременности, послео abortный период осложнился развитием эндометрита, а у 5 — острым сальпингитом.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать следующие **выводы**:

1. Проблема рациональной контрацепции весьма далека от своего решения даже среди наиболее информированной части молодежи, о чем свидетельствуют отмеченные недостатки в выборе методов предохранения от нежелательной беременности и высокая частота абортов.
2. Более высокая распространенность современных средств контрацепции среди тех студенток, у которых вопросы планирования семьи включены в учебную программу, свидетельствует о том, что проведение целенаправленной работы по популяризации высокоэффективных методов предупреждения нежелательной беременности среди студенток младших курсов является тем резервом, который позволит улучшить показатели репродуктивного здоровья молодежи.
3. Значительное число образованных женщин, прибегающих к аборту и, в том числе, к повторным прерываниям беременности, свидетельствует об отсутствии у большей части населения негативного отношения к данной проблеме.
4. Недостаточно широкое распространение современных средств контрацепции является во многом следствием экономических проблем в стране, и не могут быть устранены только усилиями медиков, без существенного увеличения дохода на душу населения и достаточного финансирования здравоохранения, особенно в области охраны материнства и детства.

5. Оптимальные способы решения данной проблемы включают в себя повышение социально-экономического уровня населения, решение финансовых и жилищных проблем, укрепление статуса семьи и выделение субсидий на современные средства контрацепции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты) /О.Г. Фролова, И.А. Жирова, Е.И. Николаева и др. – М., 2003. – 160 с.
2. Корхов, В.В. Контрацептивные средства: Руков. для врачей /Корхов В.В. – СПб., 2000. – 156 с.
3. Руководство по охране репродуктивного здоровья /В.И. Кулаков, В.Н. Серов, Л.В. Адамян и др. – М., 2001. – 568 с.
4. Баклаенко, Н.Г. Современные методы профилактики абортов: Науч.-практ. прогр. /Н.Г. Баклаенко, А.И. Давыдов, М.А. Шахламова. – М., 2004. – 83 с.
5. Уткин, Е.В. Использование методов контрацепции студенческой молодежью /Уткин Е.В., Иванова О.Б. //Мать и дитя: Матер. VI Рос. форума. – М., 2004. – С. 513-514.
6. Шарапова, О.В. Медико-социальные и правовые аспекты абортов в Российской Федерации /Шарапова О.В., Баклаенко Н.Г. //Планир. семьи. – 2003. – № 3. – С. 2-7.
7. WHO Complication of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment. – Geneva, 1995. – 147 p.



ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ ЛЕЧИТ ЛУЧШЕ ДИЕТЫ

Женщинам, которые страдают от ожирения, никакая диета не поможет улучшить здоровье, утверждают британские ученые.

Они провели исследования, в ходе которого группе женщин предлагалось вместо соблюдения строгих диет заниматься физическими упражнениями.

В результате выяснилось, что здоровье их стало гораздо лучше, и, кроме того, улучшилось их психологическое состояние. В ходе программы женщины также учили правильно питаться и им оказывали социальную поддержку. Спустя год участницы исследования похудели ненамного, но все они стали здоровее и были довольны жизнью.

Группа ученых из британских университетов в Лидсе и Халле, которые представляют результаты своего исследования на научной конференции в Кембридже, утверждает, что здоровый образ жизни способствует улучшению здоровья, независимо от веса.

В исследовании принимали участие 62 женщины в возрасте от 24 до 55 лет. По соотношению своего веса с ростом все они попадали под категорию "страдающих избыточным весом".

В ходе программы они должны были четыре часа в день заниматься физическими упражнениями, в том числе гимнастикой тай-чи и водной аэробикой. Кроме того, их учили понимать информацию на упаковках продуктов, готовить, а также давали советы, как управлять своим аппетитом.

Одно из упражнений диетолога заключалось в том, что участницы программы должны были "растянуть" одну шоколадку на целую неделю. Им рекомендовали не придерживаться никаких диет и есть все, что они хотят, но в умеренных количествах.

Несмотря на то, что женщинам не удалось к концу программы намного похудеть, они стали чувствовать себя значительно лучше. Нормализовались давление, пульс, снизился уровень холестерина в крови. Кроме того, улучшился их общий тонус, и они стали увереннее в себе.

Как указывает психолог из университета в Лидсе Эрика Борколес, врачи не должны сводить все к потере веса, а просто стараться помочь своим пациентам стать здоровее.

"Важно, чтобы мы направляли людей по верному пути. Мы должны добиваться психологического и физического здоровья пациентов, а для этого нужно переосмыслить существующие методы. Вместо того чтобы садиться на диету, измените режим питания. Можно есть все, что хочется, но при этом соблюдать умеренность", - указывает Эрика Борколес.

По ее словам, программа, разработанная городским муниципалитетом Лидса, вполне доступна, поскольку женщинам после ее окончания предоставляли скидки на продолжение физических упражнений в различных классах.

"Люди с любым весом могут снизить риск заболеваний, если они будут вести здоровый образ жизни", - добавила она.

В будущем году ученые проверят прогресс контрольной группы женщин через четыре года после участия их в специальной программе, сообщает Би-би-си.

Источник: 05.12 06:24 MIGnews.com

СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПЕРСИСТЕНЦИИ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Проблема патологии пола привлекает особое внимание и является весьма значимой, поскольку от правильности определения пола в наиболее раннем возрасте зависит психо-эмоциональное здоровье ребенка и его семьи. Пол человека представляет собой совокупность генетических и фенотипических признаков и определяется 4 составляющими: генетическим полом, гонадным полом, фенотипическим полом, психо-социальной ориентацией. Дефекты на любом из этих уровней могут привести к патологии пола [1].

Одним из вариантов патологии пола является синдром персистенции мюллеровых протоков (СПМП). К настоящему времени известно около 100 случаев СПМП. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу, встречается только у лиц, имеющих мужской генетический пол. Женщины являются гомозиготными носителями мутации гена АМН (antiMullerian hormone), репродуктивная функция у них не нарушена.

Выделяют две клинико-морфологические формы СПМП. Первая встречается чаще и характеризуется наличием крипторхизма с одной стороны и паховой грыжи с противоположной стороны. Часто имеет место поперечная эктопия яичка. Реже встречается вторая форма СПМП, при которой матка располагается в области малого таза, а оба яичка находятся в ее широкой связке. При СПМП яички нормально дифференцированы и при отсутствии крипторхизма содержат половые клетки.

Антимюллеров гормон, или MIS-фактор (АМН — antiMullerian hormon, MIS — Mullerian Inhibiting Substance), продуцируемый клетками Сертоли, так же как и тестостерон, синтезируемый клетками Лейди-га и гормонопродуцирующими клетками сетчатой зоны коры надпочечников, является ключевым гормоном при дифференцировке пола по мужскому типу [2].

Секреция АМН начинается сразу после дифференцировки гонад по мужскому типу при сроке 7-8 недель гестационного возраста. АМН экспрессируется клетками Сертоли в антенатальном периоде, при рождении, а также в детском возрасте, вплоть до пубертатного периода. Затем его экспрессия резко подавляется, что связано с повышением уровня тестостерона. Низкий уровень экспрессии АМН мо-

жет сохраняться у взрослого индивидуума. Присутствие рецептора АМН установлено для мужских гонад плода и новорожденного. АМН, воздействуя на чувствительные к нему клетки-«мишени», вызывает дегенерацию мезенхимных и эпителиальных клеток области мюллеровых протоков, приводя к регрессии этих протоков. При отсутствии действия АМН происходит развитие мюллеровых протоков в матку, маточные трубы и верхнюю треть влагалища. Возможно, что АМН имеет значение для развития яичек, созревания половых клеток и опухолевой регрессии, а также может действовать как локальный регулятор развития соматических клеток в яичках.

Действие АМН реализуется через связывание с АМН-рецепторным комплексом и его активацией. Нарушения реализации биологической функции АМН на любом этапе АМН-сигнального пути, такие как отсутствие АМН или его сниженная секреция клетками Сертоли, низкая активность секретируемого гормона, отсутствие АМН-рецептора или его сниженная активность, могут приводить к развитию СПМП.

Belville С. и соавторы, обследовав 69 семей с СПМП, в 45 % случаев выявили мутации в гене АМН, в 39 % случаев — мутации в гене АМНRII, в 16 % случаев — каких-либо мутаций в этих генах не обнаружено [1].

Типичным является случай СПМП, установленный у ребенка раннего возраста, обратившегося по поводу отсутствия яичек в мошонке.

Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 7 месяцев, отечной формы гестоза с 8 месяцев, хронической гипоксии плода. Роды в 37-38 недель, самостоятельные. Оценка по шкале Апгар 8 баллов. Масса при рождении 3260 г, длина тела — 53 см. К году масса тела равна 10 кг, рост — 75 см. Ребенок находился на грудном вскармливании до 2 месяцев, затем на искусственном, адаптированными смесями. Моторное развитие соответствовало возрасту, страдает дислалией. Профилактические прививки — по возрасту. Перенесенные заболевания: 2 раза ОРВИ, термический ожог правой кисти 2 степени.

В возрасте 1 года ребенок поступил в урологическое отделение ДГКБ № 5 в связи с ущемлением пахово-мошоночной грыжи слева, крипторхизма справа. Во время операции в грыжевом мешке об-

наружена рудиментарная матка и яичник с маточной трубой. Содержимое заправлено в брюшную полость. При гистологическом исследовании обнаружена ткань яичка. Проведено кариотипирование: 46ХУ. Далее мальчик не обследовался и не наблюдался.

В возрасте 2 лет 3 месяцев ребенок поступил в педиатрическое отделение ДГКБ № 5. Фенотип ребенка мужской, физическое развитие среднее (рост — 87 см, масса тела — 12 кг), гармоничное, телосложение правильное. Подкожно-жировой слой распределен равномерно. Зубы молочные (всего 20). Кожные покровы смуглые, умеренной влажности. Дыхание пуэрильное над всеми легочными полями. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Половые органы сформированы по мужскому типу, мошонка сформирована правильно, растяжима, складчатая, срединный шов выражен, слева пальпируется яичко 3 × 3 см, плотное, фрагментированное, справа яичко не определяется, половое развитие по возрасту. Половой член — 4,5 см, хорошо сформированы кавернозные тела и головка, уретра на головке.

При ультразвуковом исследовании слева в мошонке определяется образование, похожее на яичко 13 × 7 × 6, структура не изменена, справа яичко не визуализируется. В малом тазу определяется тяжистое образование, отклоненное вправо (матка?). Надпочечники нормальной структуры, размеры: правый — 7 × 13, левый — 6 × 13.

При гормональном обследовании уровень гонадотропных гормонов, тестостерона в норме (ФСГ — 5,1 мМЕ/мл, ЛГ — 3,9 мМЕ/мл). При стимуляции хоригоном уровень тестостерона повысился в 6 раз (тестостерон базисный — 3,87 нм/л, после хоригона (1000 МЕ в течение трех дней) — 17,9 нм/л). Кариотип (повторно) 46ХУ. Электролиты крови: К — 4,18 мм/л, Na — 141,0 мм/л (соотношение Na/К — 29,4). Костный возраст соответствует 2 годам.

Для уточнения диагноза и определения половой принадлежности ребенок был направлен в Республиканскую детскую больницу № 1 (г. Москва) в отделение эндокринологии детского и подросткового возраста. При обследовании в гормональном статусе уровень гонадотропных гормонов, тестостерона, эстрадиола в пределах возрастной нормы (ЛГ — 0,69 мЕ/л, ФСГ — 0,28 мЕ/л, Тс — менее 0,35 мм/л, Эс — 1,2 пм/л, Пролактин — 7,81 мЕ/л), ДЭА-С —

менее 0,02 мкг/мл, ТТГ — 2,02. После стимуляции хоригоном уровень тестостерона и эстрадиола увеличился более чем в 10 раз (Тс — 14,22 ммоль/л, Эстрадиол — 46,64 пмоль/л). При ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлено: левый тестикул в мошонке 17 × 8 × 15 мм, головка придатка 6 × 4 мм, структура — повышенной эхогенности, однородная. Правый тестикул — в мошонке и в паховом канале не визуализируется. За мочевым пузырем выявлено трубчатое образование 27 × 8 × 14 мм (матка?) однородной структуры. Простата четко не визуализируется. При проведении биопсии левого яичка: фрагменты тканей яичка, строение которого соответствует возрасту больного. Проведена проба с профазы: клинически — гиперемия и отек мошонки, левый тестикул 4 см³, справа — оболочки, вода. Проведена диагностическая лапароскопия: матка в малом тазу, размером около 2 см, смещена влево, спаяна с брюшиной. Левое паховое кольцо заращено, проследить ход сосудов невозможно в связи с выраженным спаечным процессом. Правое паховое кольцо не заращено, в него уходит круглая связка матки. За маткой, на маточной трубе — тестикул, размером 3 × 1,5 см, с придатком, хорошо выражены тестикулярные сосуды. Произведена биопсия и мобилизация яичка. Послеоперационный период протекал гладко. Назначена гормональная терапия хоригоном по 500 ЕД 2 раза в неделю в течение 90 дней, поливитамины.

Несмотря на сохраненную дифференцировку яичек, у больных с СПМП часто отмечается бесплодие. Оно может быть следствием поздно устраненного оперативным методом крипторхизма, приводящего к атрофии семенных канальцев, вторичной андрогенной недостаточности, а также нарушений соотношения анатомических структур придатка яичка и семявыносящих протоков, которое вызвано присутствием дериватов мюллеровых протоков. В связи с этим, оперативное лечение целесообразно проводить до двухлетнего возраста.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Липпе, Б. Нарушение половой дифференцировки /Липпе Б. //Эндокринология /Под ред. Н. Лавина. — М., 1999.
2. Черных, В.Б. Синдром персистенции мюллеровых протоков /Черных В.Б., Курило Л.Ф. //Проблемы репродукции. — 2001. — № 4.



ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО

Вспомогательные репродуктивные технологии все шире используются при лечении различных форм бесплодия. Успешное решение проблем, связанных с диагностикой и лечением бесплодия, привело к постановке новых задач, поскольку целью лечения бесплодия является не только наступление беременности, но в первую очередь рождение здоровых детей при сохранении здоровья женщины. Актуальной на сегодняшний день является разработка методов ведения беременностей, наступивших вследствие применения вспомогательных репродуктивных технологий [1]. В литературе имеются многочисленные и противоречивые сведения об особенностях течения и исхода беременности у женщины с бесплодием в анамнезе, однако публикации о течении беременности после ЭКО носят единичный характер.

По совокупности факторов, связанных с этиологией и патогенезом бесплодия, характером и длительностью лечения, возрастом, соматическим здоровьем, особенностями психоэмоционального статуса и технологии ЭКО, пациентки после ВРТ относятся к группе риска по невынашиванию беременности. У всех беременных, прошедших программу ЭКО, имеется хотя бы один, а чаще несколько факторов, отягощающих течение беременности.

К ним относятся:

- отягощенный гинекологический анамнез пациенток — длительный стаж бесплодия, средний возраст 30-35 лет, гинекологические заболевания, урогенитальные инфекции, хирургические вмешательства в анамнезе, наличие сочетанной эндокринной и соматической патологии;
- проведение индукции суперовуляции, в результате которой нарушается соотношение эстрадиола к прогестерону, с низким уровнем последнего связывают более высокий риск невынашивания беременности после ЭКО;
- возможность развития синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ);
- высокая частота наступления многоплодной беременности;
- риск эктопической беременности;
- высокая частота осложненно протекающей беременности, в том числе вследствие развития истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), гестозов и фетоплацентарной недостаточности (ФПН);
- высокий уровень невынашивания и недонашивания беременности и оперативного родоразрешения.

Вся дальнейшая тактика ведения беременности строится с учетом этих особенностей.

Индукция суперовуляции рассматривается как фактор риска невынашивания беременности в связи с возникающей относительной гиперэстрогенией, которая нарушает секреторную трансформацию эндометрия [2]. Вследствие низкого уровня эндогенного прогестерона поддержание лютеиновой фазы гестагенами является обязательным с момента переноса эмбрионов до 12-16 недель гестации. С этой целью используют препараты натурального микронизированного прогестерона (утрожестан), а также синтетические прогестины (дуфастон). При этом предпочтение отдают вагинальным формам, в силу их фармако-кинетических преимуществ. По показаниям используют препараты хорионического гонадотропина. Подбор дозы индивидуален.

Известно, что стимуляция суперовуляции может привести к развитию тяжелых форм синдрома гиперстимуляции яичников, характеризующегося нарушением деятельности всех систем организма женщины и представляющего угрозу для ее жизни. По данным разных авторов, у пациенток с СГЯ беременность диагностируется почти в 2 раза чаще, чем у пациенток без СГЯ [3, 4]. Однако и самопроизвольное прерывание беременности на разных сроках происходит у них почти в 2 раза чаще, а своевременные роды наступают почти в 1,5 раза реже, чем у пациенток без СГЯ. В случае развития СГЯ лечение, в зависимости от степени тяжести синдрома, проводят в условиях стационара. Основная цель терапии — восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК). Ведущим методом лечения при умеренной и тяжелой формах СГЯ является инфузионная терапия коллоидно-кристаллоидными растворами, направленная на восстановление ОЦК, устранение гемоконцентрации, гипопроотеинемии, электролитного дисбаланса, улучшение реологических свойств крови, профилактику ОПН, РДСВ, тромбоэмболических осложнений [5]. Назначение диуретиков не оправдано, так как при нормализации ОЦК диурез восстанавливается. При напряженном асците проводится эвакуация асцитической жидкости (кульдоцентез). Хирургическое лечение осуществляется только при клинике острого живота (перекрут яичника, разрыв кисты яичника с внутренним кровотечением).

Многоплодие, доля которого больше популяционных показателей, является одной из причин прерывания беременности после ЭКО. При наступле-

нии трех-, четырехплодной беременности, с согласия женщины, проводится медицинская редукция «лишних» эмбрионов не позднее 8-9 недель беременности.

Через 4 недели после переноса эмбрионов проводится ультразвуковая диагностика наступления беременности с обязательным определением местонахождения плодного яйца, что необходимо для раннего выявления эктопической (трубной и, особенно, шеечной) беременности.

Примерно в 60 % случаев причиной прерывания беременности во втором триместре является ИЦН [6], которая чаще имеет место при гиперандрогении, а так же при многоплодии. Следовательно, в эти сроки проводится диагностика и коррекция ИЦН.

Во втором и третьем триместрах проводятся диагностика и лечение ФПН и гестозов общепринятыми методами.

Учитывая возраст пациенток и отягощенный анамнез, в отношении них должна существовать настоятельная потребность относительно пороков развития плода.

В конце третьего триместра определяются сроки и метод родоразрешения.

Мы считаем, что для снижения частоты осложнений течения беременности, наступившей после лечения в программах ВРТ должна существовать пре-

емственность в работе между специалистами центров ЭКО и службы родовспоможения, результатом чего будет рождение здорового ребенка.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье: проблемы, достижения, перспективы /Кулаков В.И. //Проблемы репродукции. – 1999. – № 2. – С. 6-9.
2. Особенности течения беременности и родов у женщин после лечения бесплодия парлоделом /Овсянникова Т.В., Пшеничникова Т.Я., Осенин А.А., Сперанская Н.В. //Акушерство и гинекология. – 1987. – № 4. – С. 32-35.
3. Калинина, Е.А. Синдром гиперстимуляции яичников при экстракорпоральном оплодотворении и переносе эмбрионов в полость матки /Е.А. Калинина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1995. – 26 с.
4. Quintuplet pregnancy and third degree ovarian hyperstimulation despite withholding human chorionic gonadotrophin /Lipitz S., Ben-Rafael Z., Bider D. et al. //Hum. Reprod. – 1991. – V. 6., N 10. – P. 1478-1479.
5. Симптомы гиперстимуляции яичников: Руководство /Корнеева И.Е., Калинина Е.А., Камилова Д.П., Иванова А.В. – М., 2004. – 27 с.
6. Лебедев, А.С. Проблемы эндокринологии в акушерстве и гинекологии /Лебедев А.С., Якунина Л.В., Бойко М.В. //Матер. II съезда Рос. асс. врачей акуш.-гинеко. – М., 1997. – С. 69-70.

* * *

РЕСЛИНГ ПОМОГАЕТ ЖЕНЩИНАМ ИЗБАВИТЬСЯ ОТ СТРЕССА

Днем Сандра Мартинез работает в нью-йоркской юридической фирме, но ночью она становится Сандрой Клаус - борцом в любительских соревнованиях среди женщин по реслингу.

Сандра присоединилась к соревнованиям, участницы которых борются друг с другом в украшенном оранжевыми рыбками бассейне, наполненном синим желе.

Она утверждает, что реслинг позволяет женщинам вести себя так, как им бы иногда хотелось. По ее словам, соревнования позволяют им выразить гнев в забавной и безопасной форме. Другие участницы говорят, что реслинг помогает им выплеснуть скопившуюся агрессию.

Ее соперницы, имеющие различные профессии, от няни до агента по недвижимости, обычно выступают под псевдонимами: Богемская рождественская фея, Шоколадный гром и Бетти - удар слева.

Организатор любительских соревнований Дана Стерлинг, проектировщик освещения, говорит, что ей трудно объяснить матери, что это спорт и забава, из-за существующих в обществе стереотипов. Она говорит, что женщины выходят на ринг красиво одетыми, и их выступления отличаются от представлений о голых женщинах, копошащихся в грязи на ринге.

Источник: 16.12 20:13 MIGnews.com

КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ № 2 КемГМА – 10 ЛЕТ

10 лет — это много или мало? В аспекте времени кафедра акушерства и гинекологии № 2 Кемеровской государственной медицинской академии еще очень молода. Кафедра основана в марте 1996 года.

Первой заведующей кафедрой и директором клиники ГУЗ КОКБ была кандидат медицинских наук, доцент Ольга Теодоровна Шраер, выпускница КГМИ. Первыми сотрудниками кафедры были доценты к.м.н. Г.А. Мозес и Е.В. Уткин, ассистенты к.м.н. Т.П. Янчилина, Н.В. Артымук, Т.Ю. Марочко, А.П. Шин.

За десятилетний период на кафедре прошли обучение более 3000 студентов педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов, более 60 врачей интернов и более 50 клинических ординаторов. Выпускники кафедры работают во многих городах Кемеровской области: Кемерове, Новокузнецке, Междуреченске, Прокопьевске, Березовском, Тайге, а также в других городах России. Сотрудниками кафедры проведено более 10 сертификационных и тематических циклов для практических врачей, где обучалось более 250 врачей-курсантов.

Постоянно ведется поиск новых форм обучения, внедрение новых технологий в учебно-педагогический процесс. В ноябре 2005 года, совместно с кафедрой акушерства и гинекологии № 1 КемГМА, проводился семинар по обучению врачей акушеров-гинекологов новым хирургическим технологиям. В проведении семинара и освоении новых технологий принимал активное участие руководитель клиники женских болезней, главный акушер-гинеколог Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, заведующий кафедрой женских болезней и репродуктивной медицины Института усовершенствования врачей, доктор медицинских наук, профессор Кира Евгений Федорович. Впервые в Кузбассе проводилась демонстрация гинекологических операций в режиме «on-line» при доброкачественных опухолях половых органов, аномалиях расположения гениталий, недержании мочи. Кира Е.Ф. провел 12 симультанных операций (эндоскопические гистерэктомии в сочетании с различными модификациями пластических операций на тазовом дне, слинговыми технологиями и т.д.), а также прочитал курс лекций, посвященных юридическим и этическим аспектам деятельности акушеров-гинекологов, вопросам репродуктологии и тазовой хирургии. Данная форма обучения является уникальным опытом взаимодействия с клиниками ведущих учреждений страны.

Методическая работа сотрудников кафедры многогранна, и включает в себя выездную работу по городам и районам Кемеровской области с лекциями для практических врачей и среднего медицинского персонала по

актуальным вопросам акушерства и гинекологии. Коллектив кафедры принимает активное участие в проведении научно-практических конференций, как в рамках ГУЗ КОКБ, так и регионального и российского масштаба. В апреле 2005 года была проведена Российская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». За прошедшие годы для практических врачей на кафедре подготовлено 23 методических пособия.

Коллектив кафедры принимает активное участие в лечебной работе клинических баз. Сотрудники кафедры владеют современными хирургическими технологиями в акушерстве и гинекологии. Только в 2006 г. пролечены 630 чел., прооперированы 209 больных.

В настоящее время основными научными направлениями кафедры являются репродуктивное здоровье женщин с нейроэндокринной патологией в различные возрастные периоды, молекулярно-генетические аспекты гиперпластических процессов эндометрия и рака эндометрия, экологическая репродуктология, проблемы фетоплацентарной патологии. За прошедший период опубликовано более 300 печатных работ, в том числе 63 статьи, издано 3 монографии.

Для решения поставленных научных, методических и практических задач сотрудники кафедры осуществляют совместные проекты с крупнейшими учреждениями страны: Национальным медико-хирургическим центром им. Н.И. Пирогова (г. Москва), НИИ молекулярной биологии и биофизики (г. Новосибирск), НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний (г. Новокузнецк).

В настоящее время штат кафедры включает 9 сотрудников: заведующая кафедрой доктор медицинских наук Наталья Владимировна Артымук, доценты Евгений Валентинович Уткин, Татьяна Ивановна Фетисова, Татьяна Юрьевна Марочко, ассистенты Татьяна Петровна Янчилина, Валентина Ивановна Черняева, Галина Павловна Зуева. Все преподаватели кафедры являются кандидатами медицинских наук.

С 2004 года кафедру возглавляет доктор медицинских наук Н.В. Артымук. В 2003 году Н.В. Артымук защитила докторскую диссертацию на тему «Репродуктивное здоровье женщин с гипоталамическим синдромом. Система профилактики и реабилитации его нарушений». В настоящее время под руководством Н.В. Артымука защищены 3 кандидатские диссертации, продолжается работа над 9 диссертациями.

В настоящее время коллектив кафедры является высокопрофессиональным, творческим, перспективным научно-педагогическим коллективом, способным успешно решать задачи по обучению студентов и последипломной подготовке врачей.

* * *

ПАМЯТИ ТИТОВОЙ ЕКАТЕРИНЫ ГЕОРГИЕВНЫ



2 ноября 2006 года, после продолжительной болезни, ушла из жизни Титова Екатерина Георгиевна — замечательный врач, педагог, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Кемеровского государственного медицинского института.

Екатерина Георгиевна прошла славный жизненный путь. После окончания Алма-Атинского медицинского института в 1951 году была направлена на работу врачом акушером-гинекологом в Кемеровскую область, где и работала в течение 8 лет врачом-ординатором родильного дома № 1 города Кемерово. Во время работы ординатором Екатерина Георгиевна проявляла себя вдумчивым, талантливым врачом, владеющим современными методами лечения в области акушерства и гинекологии. Работая над изучением гемодинамических сдвигов во время беременности и родов у женщин с заболеваниями сердца, Е.Г. Титова освоила ряд методик обследования функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

В связи с организацией кафедры акушерства и гинекологии в Кемеровском медицинском институ-

те, в 1959 году Екатерина Георгиевна была приглашена на должность ассистента. Работая на кафедре, Е.Г. Титова приложила много сил в организацию учебного процесса и активно продолжила научную работу. Ее исследования были обобщены в кандидатской диссертации «Профилактика осложнений беременности у женщин с пороками сердца», защищенной в 1966 году. Екатерина Георгиевна успешно совмещала научную и практическую работу. На основании проведенной работы ею выработаны и внедрены в практику родильного дома № 1 г. Кемерово ряд профилактических мероприятий по предупреждению патологических кровотечений в родах и послеродовом периоде у женщин с указанной патологией. Работа Е.Г. Титовой «Лечебная физкультура в комплексной подготовке беременных с пороками сердца к родам» демонстрировалась на ВДНХ в 1974 году.

В 1966 году Екатерина Георгиевна была избрана на должность доцента кафедры, в 1967 году утверждена в ученом звании доцента. С марта 1977 года Екатерина Георгиевна возглавляла кафедру акушерства и гинекологии Кемеровского медицинского института. В это же время, впервые за Уралом, на клинической базе кафедры (родильный дом № 1) под руководством Е.Г. Титовой было открыто самостоятельное отделение анестезиологии и реанимации родильного дома.

Екатерина Георгиевна является автором 64 печатных работ, 6 рационализаторских предложений, 3 методических рекомендаций. Выполненные научные исследования имеют большое практическое значение.

Е.Г. Титова постоянно и безотказно осуществляла консультативную помощь в лечебных учреждениях города, принимала активное участие в повышении квалификации врачей-стажеров и клинических ординаторов.

За свой добросовестный труд Екатерина Георгиевна награждена значком «Отличник здравоохранения», юбилейной медалью «За доблестный труд», в ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина — медалью «Ветеран труда».

Е.Г. Титова — замечательный педагог, ученый и незаурядный врач, пользовалась большим уважением и любовью коллег.

Широко эрудированной, глубоко порядочной и отзывчивой, беспредельно преданной своему делу и профессии врача — такой знали Екатерину Георгиевну Титову.

*Коллективы кафедр
акушерства и гинекологии КемГМА*

* * *

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ «МАТЬ И ДИТЯ В КУЗБАССЕ» ЗА 2006 ГОД

ПОЛЕМИКА

К ПРОБЛЕМАМ НРАВСТВЕННОСТИ В МЕДИЦИНЕ /Давыдов Б.И. 3 (3)

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В Г. КЕМЕРОВО /Копылова И.Ф., Ефимова И.В. 3 (13)

ЛЕКЦИИ

ВРОЖДЕННАЯ КРАСНУХА /Афанасьев Н.Н. 2 (8)

ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ /Казакова Л.М. 2 (3)

НЕРЕВМАТИЧЕСКИЕ КАРДИТЫ /Ровда Ю.И. 1 (3)

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ
ПРЕПАРАТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА /Игишева Л.Н. 3 (9)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

БРОНХОФОНОГРАФИЯ КАК НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ

БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ /Павлинова Е.Б., Худенко Н.Г., Сафонова Т.И. 4 (29)

ВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ /Карась И.Ю., Гришакова В.А., Равинг Л.С., Карась Д.В., Красильникова К.С. 2 (32)

ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ
ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ /Миняйлова Н.Н., Хоботкова Т.С., Ровда Ю.И. 4 (15)

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
РУБЦА НА МАТКЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ /Хорошко Е.Е., Курзанцева О.М. 3 (26)

ГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ /Насырова С.Ф. 3 (32)

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ДИФFUЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ /Анфиногенова О.Б., Давыдов Б.И., Шмакова О.В. 4 (9)

ЗНАЧЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНИ ПЕЧЕНИ
В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА /Котович М.М., Камзычаков А.И., Манеров Ф.К., Матвеева Н.В. 4 (3)

ЗНАЧИМОСТЬ ТРАНСФЕРРИНА В ДИАГНОСТИКЕ
ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА /Казакова Л.М., Козырева Н.В., Шабалдин А.В. 1 (16)

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО
ЭНДОМЕТРИТА /Рудакова Е.Б., Лихачев А.В., Богданова О.Н., Лузин А.А., Мозговой С.И., Наумкина Е.В. 2 (11)

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ
ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ /Строева В.П. 1 (23)

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО ПОДХОДА
К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА
У БЕРЕМЕННЫХ /Габитова Н.А., Диш О.Г., Белова Н.Г., Агаркова Л.А., Дикке Г.Б. 2 (18)

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНОГО
ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ
МАССОЙ ТЕЛА /Глуховец Б.И., Белоусова Н.А., Глуховец И.Б., Шрайбер А.А., Шрайбер С.А. 4 (19)

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ
ОЖИРЕНИЕМ /Самойлова Ю.Г., Кравец Е.Б., Семке В.Я., Белокрылова М.Ф. 3 (20)

ЛОКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕТЕЙ /Абрамян С.М. 2 (15)

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВУЮ
СИСТЕМУ, ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ОБМЕН И СЕКРЕЦИЮ КОРТИЗОЛА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ /Нефедова Ж.В., Соболева М.К. 2 (35)

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ И ГРИППА ПРЕПАРАТОМ «АНАФЕРОН ДЕТСКИЙ» У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД /Кондратьева Е.И., Матвеева Л.А., Шемякина Т.А., Логвиненко Ю.И.	2 (24)
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НОРМОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ /Марочко Т.Ю., Артымук Н.В., Батина Н.А.	1 (32)
ОПЫТ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ ГИСТЕРОСКОПОВ /Злобина Л.А., Короткевич А.Г., Ревницкая Ю.Ю.	3 (34)
ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ВОЛНОВОЙ СТРУКТУРЫ У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 31-35 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА /Пешиков О.В.	2 (39)
ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ГОРОДЕ НОВОКУЗНЕЦКЕ /Яковлев Я.Я., Манеров Ф.К.	1 (35)
ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ МОЛОДЕЖНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ /Уткин Е.В., Варушина М.В., Довбета Е.В.	4 (36)
ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО НЕОНАТОЛОГА /Давыдов Б.И., Оболонская О.Г., Ачкасова А.А., Кармалитова Т.В.	1 (19)
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ Г. КЕМЕРОВО /Булнина Е.Г., Ровда Ю.И.	1 (26)
РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР СОВРЕМЕННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ПОДРОСТКОВ /Лукина Н.А., Родина Ю.С., Черняева В.И., Пономарева М.В.	4 (33)
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНАФЕРОНА У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (ОРВИ) /Ровда Ю.И., Ровда Т.С., Переделкина О.В., Протасова Т.А., Кобылянская Г.В.	1 (39)
РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ ЭРОЗИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ /Смирнова Е.В., Скударнов Е.В., Лобанов Ю.Ф.	1 (12)
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (СКОРАЯ ПОМОЩЬ) /Сергеев А.П., Латыпов А.С., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б.	3 (40)
СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ /Артымук Н.В., Ушаков А.В.	1 (8)
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ, ИРТ, ТЭС-ТЕРАПИИ, ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ И СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ /Додонов А.Н., Трубин В.Б., Глебова Н.Н., Трубина Т.Б., Егорова О.В.	2 (21)
СТРУКТУРА ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ И ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ГОРМОНОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ /Антропова Н.Е., Вайхель И.К.	3 (36)
СТРУКТУРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ХРОМОСОМ У ЖЕНЩИН КУЗБАССА /Минина В.И., Дружинин В.Г., Шабалдин А.В., Ахматьянова В.Р., Савченко Я.А., Ветрова И.В.	3 (16)
ТУБЕРКУЛЕЗ У ПОДРОСТКОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ /Лукашова Е.Н., Копылова И.Ф.	2 (29)
ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СТОП /Головкин С.И., Лясин Б.М., Гибадуллин Д.Г., Красавин Г.Н., Баковский В.Б.	1 (30)
ЭТИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ЮГА КУЗБАССА /Андриянова О.И., Манеров Ф.К., Чурляев Ю.А., Хамин И.Г.	4 (23)
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА У ЖЕНЩИН С НЕСОСТОЯВШИМСЯ АБОРТОМ В АНАМНЕЗЕ /Тайчинова С.Ф., Фролов А.Л., Гильманов А.Ж.	2 (45)
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МАГНЕ В6 С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ /Равинг Л.С.	3 (29)

ОБМЕН ОПЫТОМ

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РОДИЛЬНИЦ /Полторацкая Л.П., Новикова О.Н.	3 (44)
КАЧЕСТВО АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ /Мухина В.В., Кочкина Т.В., Шибаинкова А.Б.	1 (41)

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ /Сергеева О.Н., Гареева Ю.В., Арыжаков В.П., Антонов А.А., Шрайбер А.А., Шрайбер С.А.	1 (45)
СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПЕРСИСТЕНЦИИ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА /Звонкова А.В., Кульчицкая Н.Г., Гареева Ю.В.	4 (39)
СЛУЧАЙ СИСТЕМНОГО ЛЕГОЧНОГО ВАСКУЛИТА (СИНДРОМА ЧАРГА-СТРОССА) В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ /Мещеряков В.В., Сальникова О.А., Павлинова Е.Б., Юровский С.Г., Сафонова Т.И.	1 (42)

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ

МЕДНЫМ КУПОРОСОМ /Каменев А.А., Сиворонов К.Н., Афанасьев Д.В., Каменева Е.А., Иванников Н.Ф. 3 (46)

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО /Махалова Н.А., Новосельцева А.В. 4 (41)

* * *

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ ЖУРНАЛА
«МАТЬ И ДИТЯ В КУЗБАССЕ» ЗА 2006 ГОД

А

Абрамян С.М. 2 (15)
Агаркова Л.А. 2 (18)
Андрянова О.И. 4 (23)
Антонов А.А. 1 (45)
Антропова Н.Е. 3 (36)
Анфиногенова О.Б. 4 (9)
Артымук Н.В. 1 (8),
..... 1 (32)
Арыжаков В.П. 1 (45)
Афанасьев Д.В. 3 (46)
Афанасьев Н.Н. 2 (8)
Ахматьянова В.Р. 3 (16)
Ачкасова А.А. 1 (19)

Б

Баковский В.Б. 1 (30)
Батина Н.А. 1 (32)
Белова Н.Г. 2 (18)
Белокрылова М.Ф. 3 (20)
Белоусова Н.А. 4 (19)
Богданова О.Н. 2 (11)
Бунина Е.Г. 1 (26)

В

Вайхель И.К. 3 (36)
Варушина М.В. 4 (36)
Ветрова И.В. 3 (16)

Г

Габитова Н.А. 2 (18)
Гареева Ю.В. 1 (45),
..... 4 (39)
Гибадуллин Д.Г. 1 (30)
Гильманов А.Ж. 2 (45)
Глебова Н.Н. 2 (21),
..... 3 (40)
Глуховец Б.И. 4 (19)
Глуховец И.Б. 4 (19)
Головкин С.И. 1 (30)
Гришакова В.А. 2 (32)

Д

Давыдов Б.И. 1 (19),
..... 3 (3),
..... 4 (9)
Дикке Г.Б. 2 (18)
Диш О.Г. 2 (18)
Довбета Е.В. 4 (36)
Додонов А.Н. 2 (21)
Дружинин В.Г. 3 (16)

Е

Егорова О.В. 2 (21)
Ефимова И.В. 3 (13)

З

Звонкова А.В. 4 (39)
Злобина Л.А. 3 (34)

И

Иванников Н.Ф. 3 (46)
Игишева Л.Н. 3 (9)

К

Казакова Л.М. 1 (16),
..... 2 (3)
Каменев А.А. 3 (46)
Каменева Е.А. 3 (46)
Камзычаков А.И. 4 (3)
Карась Д.В. 2 (32)
Карась И.Ю. 2 (32)
Кармалитова Т.В. 1 (19)
Кобылянская Г.В. 1 (39)
Козырева Н.В. 1 (16)
Кондратьева Е.И. 2 (24)
Копылова И.Ф. 2 (29),
..... 3 (13)
Короткевич А.Г. 3 (34)
Котович М.М. 4 (3)
Кочкина Т.В. 1 (41)
Кравец Е.Б. 3 (20)
Красавин Г.Н. 1 (30)
Красильникова К.С. 2 (32)
Кульчицкая Н.Г. 4 (39)
Курзанцева О.М. 3 (26)

Л

Латыпов А.С. 3 (40)
Лихачев А.В. 2 (11)
Лобанов Ю.Ф. 1 (12)
Логвиненко Ю.И. 2 (24)
Лузин А.А. 2 (11)
Лукашова Е.Н. 2 (29)
Лукина Н.А. 4 (33)
Лясин Б.М. 1 (30)

М

Манеров Ф.К. 1 (35),
..... 4 (3),
..... 4 (23)
Марочко Т.Ю. 1 (32)
Матвеева Л.А. 2 (24)

Матвеева Н.В. 4 (3)
Махалова Н.А. 4 (41)
Мещеряков В.В. 1 (42)
Минина В.И. 3 (16)
Миняйлова Н.Н. 4 (15)
Мозговой С.И. 2 (11)
Мухина В.В. 1 (41)

Н

Насырова С.Ф. 3 (32)
Наумкина Е.В. 2 (11)
Нефедова Ж.В. 2 (35)
Новикова О.Н. 3 (44)
Новосельцева А.В. 4 (41)

О

Оболонская О.Г. 1 (19)

П

Павлинова Е.Б. 1 (42),
..... 4 (29)
Перedelкина О.В. 1 (39)
Пешиков О.В. 2 (39)
Полторацкая Л.П. 3 (44)
Пономарева М.В. 4 (33)
Протасова Т.А. 1 (39)

Р

Равинг Л.С. 2 (32),
..... 3 (29)
Ревницкая Ю.Ю. 3 (34)
Ровда Т.С. 1 (39)
Ровда Ю.И. 1 (3),
..... 1 (26),
..... 1 (39),
..... 4 (15)
Родина Ю.С. 4 (33)
Рудакова Е.Б. 2 (11)

С

Савченко Я.А. 3 (16)
Сальникова О.А. 1 (42)
Самойлова Ю.Г. 3 (20)
Сафонова Т.И. 1 (42),
..... 4 (29)
Семке В.Я. 3 (20)
Сергеев А.П. 3 (40)
Сергеева О.Н. 1 (45)
Сиворонов К.Н. 3 (46)
Скударнов Е.В. 1 (12)
Смирнова Е.В. 1 (12)

Соболева М.К. 2 (35)
Строева В.П. 1 (23)

Т

Тайчинова С.Ф. 2 (45)
Трубин В.Б. 2 (21),
..... 3 (40)
Трубина Т.Б. 2 (21),
..... 3 (40)

У

Уткин Е.В. 4 (36)
Ушаков А.В. 1 (8)

Ф

Фролов А.Л. 2 (45)

Х

Хамин И.Г. 4 (23)
Хоботкова Т.С. 4 (15)
Хорошко Е.Е. 3 (26)
Худенко Н.Г. 4 (29)

Ч

Черняева В.И. 4 (33)
Чурляев Ю.А. 4 (23)

Ш

Шабалдин А.В. 1 (16),
..... 3 (16)
Шемакина Т.А. 2 (24)
Шибайкина А.Б. 1 (41)
Шмакова О.В. 4 (9)
Шрайбер А.А. 1 (45),
..... 4 (19)
Шрайбер С.А. 1 (45),
..... 4 (19)

Ю

Юровский С.Г. 1 (42)

Я

Яковлев Я.Я. 1 (35)

* * *





Кемеровская областная научная медицинская библиотека представляет новые книги и статьи, поступившие в фонд библиотеки, по теме: "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ. ПЕДИАТРИЯ"

КНИГИ

1. Детская оториноларингология: рук. для врачей: в двух томах /под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. – М.: Медицина, 2005. – Т. I. – М.: Медицина, 2005. – 660 с.; Т. II. – М.: Медицина, 2005. – 528 с. (Шифр 616.21-053.2(035) Д-38)
2. Зрительные функции и их коррекция у детей: рук. для врачей /под ред. С.Э. Аветисова, Т.П. Кашенко, А.М. Шамшиновой. – М.: Медицина, 2005. – 872 с. (Шифр 617.75-053.2 З-90)
3. Коколина, В.Ф. Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста: рук. для врачей /В.Ф. Коколина. – 4-е изд., перераб., доп. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2005. – 340 с. (Шифр 618.1-053.2 К-59)
4. Паразитарные инвазии в практике детского врача /В.Н. Тимченко, В.В. Леванович, Н.С. Абдукаева и др. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2005. – 288 с. (Шифр 616.99-053.2 П-18)
5. Росин, Ю.А. Допплерография сосудов головного мозга у детей /Ю.А. Росин. – 2-е изд., доп. – СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2006. – 114 с. (Шифр 616.831-073 Р-75)

СТАТЬИ ИЗ ЖУРНАЛОВ

1. Абдулхабирова, Ф.М. Йододефицитные заболевания и беременность /Ф.М. Абдулхабирова //Гинекология. – 2006. – № 2. – С. 54-57.
2. Анастасевич, Л.А. Железодефицитная анемия у детей грудного и младшего возраста /Л.А. Анастасевич, А.В. Малоч //Лечащий врач. – 2006. – № 7. – С. 66-70.
3. Асланов, А.Г. Профилактика гиповитаминозов у беременных /А.Г. Асланов, П.В. Буданов, М.В. Рыбин //Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – № 2. – С. 69-74.
4. Балаболкин, И.И. Лечение аллергических болезней у детей /И.И. Балаболкин //Клин. фармакология и терапия. – 2006. – № 4. – С. 100-104.
5. Башмакова, Н.В. Современные подходы к профилактике гестоза /Н.В. Башмакова //Акушерство и гинекология. – 2006. – № 5. – С. 45-47.
6. Гуменюк, Е.Г. Современные подходы к профилактике и лечению инфекции мочевыводящих путей во время беременности /Е. Г. Гуменюк //Журн. акушерства и жен. болезней. – 2005. – № 4. – С. 81-87.
7. Ефимов, А.П. Комплекс упражнений для профилактики и лечения плоскостопия у детей и взрослых /А.П. Ефимов, С.К. Нестерова //ЛФК и массаж. – 2006. – № 8. – С. 25-28.
8. Игнатко, И.В. Профилактика плацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска /И.В. Игнатко, М.В. Рыбин, В.Д. Дуболазов //Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – № 1. – С. 11-20.
9. Ильенко, Л.И. Новые аспекты диагностики и коррекции дисбактериоза кишечника у детей /Л.И. Ильенко, В.Ф. Демин, И.Н. Холодова //Вестн. РГМУ. – 2006. – № 4. – С. 53-58.
10. Леонтьева, И.В. Проблема артериальной гипертензии у детей /И.В. Леонтьева //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 5. – С. 7-24.
11. Литвицкий, П.Ф. Воспаление /П.Ф. Литвицкий //Вопр. соврем. педиатрии. – 2006. – № 4. – С. 75-81.
12. Малоч, А.В. Пиелонефрит у детей /А.В. Малоч, В.А. Гаврилова, Ю.Б. Юрасова //Лечащий врач. – 2006. – № 7. – С. 20-24.
13. Объемные образования сердца у детей и подростков /Б.А. Константинов, М.А. Нечаенко, Л.М. Кузнецова //Анналы РНЦХ. – 2006. – Вып. 15. – С. 12-17.
14. Оптимизация исхода многоплодной индуцированной беременности /А. Стыгар, Т. Назаренко, Х. Сурмава и др. //Врач. – 2006. – № 9. – С. 63-66.
15. Особый ребенок. Знайте и умеете. В помощь специалистам и родителям детей, страдающих ДЦП /Е.Т. Лильин, Е.Н. Крутякова, Е.А. Зайцева //Журн. акушерства и жен. болезней. – 2006. – № 1. – С. 3-49.
16. Острые респираторные вирусные инфекции в практике врача-педиатра /Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников, И.В. Леписева, В.А. Иванов //Consilium medicum: прил. «Педиатрия». – 2006. – № 1. – С. 19-26.
17. Пневмония /В.К. Таточенко, Г.А. Самсыгина, А.И. Синопальников, В.Ф. Учайкин //Педиатр. фармакология. – 2006. – № 4. – С. 22-31.
18. Подчерняева, Н. Тромбоз в педиатрической практике /Н. Подчерняева //Врач. – 2006. – № 9. – С. 20-23.
19. Профилактика пищевой аллергии в раннем детском возрасте /С.Г. Макарова, Т.Э. Боровик, И.М. Гусева и др. //Вопр. соврем. педиатрии. – 2006. – № 4. – С. 69-74.
20. Радзинский, В.Е. Профилактика послеродовых инфекций у женщин с бактериальным вагинозом /В.Е. Радзинский, И.М. Ордянц //Гинекология. – 2006. – № 2. – С. 16-18.
21. Синдром гематурии у детей /Т.В. Сергеева, В. Комарова, С.В. Дмитриенко, А.Н. Цыгин //Качество жизни. Медицина. – 2006. – № 4. – С. 68-71.
22. Тарасова, И.С. Новые направления в диагностике, лечении и профилактике железодефицитных состояний /И.С. Тарасова, В.М. Чернов //Consilium medicum: прил. «Педиатрия». – 2006. – № 1. – С. 51-56.
23. Юдина, Е.В. Внутриутробные инфекции: как поставить диагноз плоду? Часть II /Е.В. Юдина //Пренат. диагностика. – 2006. – № 3. – С. 172-183.

КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

✉ 650061 г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22;
☎ (8-3842) 52-19-91 (директор), 52-89-59 (абонент),
52-71-91 (информ.-библиогр. отд.); Факс (8-3842) 52-19-91

e-mail: medibibl@kuzdrav.ru
<http://www.kuzdrav.ru/medlib>
☎ с 8-18; суббота - 9-17; выходной день - воскресенье.