

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области

Мать и Дитя в Кузбассе

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., д.м.н., проф. (Новокузнецк)
Давыдов Б.И., д.м.н., проф. (Кемерово)
Копылова И.Ф., д.м.н., проф. (Кемерово)
Котович М.М., д.м.н., проф. (Новокузнецк)
Манеров Ф.К., д.м.н., проф. (Новокузнецк)
Перевощикова Н.К., д.м.н., проф. (Кемерово)
Ровда Ю.И., д.м.н., проф. (Кемерово)
Сутулина И.М., к.м.н., доц. (Кемерово) - зам. главного редактора
Ушакова Г.А., д.м.н., проф. (Кемерово) - зам. главного редактора
Черных Н.С., к.м.н., доц. (Кемерово) - ответственный секретарь
Шелепанов В.М. (Кемерово)
Шипачев К.В., д.м.н., проф. (Кемерово)
Щепетков С.П., к.м.н. (Новокузнецк)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Артымук Н.В., д.м.н., проф. (Кемерово), Белокриницкая Т.Е.,
д.м.н., проф. (Чита), Белоусова Т.В., д.м.н., проф. (Новосибирск),
Блохин Б.М., д.м.н., проф. (Москва), Занько С.Н., д.м.н., проф.
(Витебск, Респ. Беларусь), Захарова И.Н., д.м.н., проф. (Москва), Зе-
ленина Е.М. (Кемерово), Казначеева Л.Ф., д.м.н., проф. (Новоси-
бирск), Коськина Е.В., д.м.н., проф. (Кемерово), Кравец Е.Б., д.м.н.,
проф. (Томск), Кривцова Л.А., д.м.н., проф. (Омск), Леонтьева И.В.,
д.м.н., проф. (Москва), Подолужный В.И., д.м.н., проф. (Кемерово),
Санникова Н.Е., д.м.н., проф. (Екатеринбург), Скударнов Е.В.,
д.м.н., проф. (Барнаул), Соболева М.К., д.м.н., проф. (Новосибирск),
Сутурина Л.В., д.м.н., проф. (Иркутск), Филиппов Г.П., д.м.н.,
проф. (Томск), Medard M. Lech (Медард М. Лех), MD, PhD (War-
saw, Poland).

Журнал входит в Российский индекс научного цитирования

Обязательные экземпляры журнала находятся
в Российской Книжной Палате, в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал и Базы данных ВИНТИ РАН

№2 (37) 2009

ОГЛАВЛЕНИЕ:

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

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Кондратьева Т.А., Артымук Н.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ3

ЛЕКЦИЯ

Шабалдина Е.В., Тихонюк В.П., Шабалдин А.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ8

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Анфиногенова О.Б., Рудаева Е.Г., Шмакова О.В., Нейжмак З.Ф.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ13

Басманова Е.Д., Перевощикова Н.К., Танинчук С.Л.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА17

Вавилова В.П., Караульнова Т.А., Вайман О.А., Нечаева И.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА У ТУБИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ22

Черных А.А., Сутулина И.М., Черных Н.С., Лучанкина Л.А., Лылова Н.Н., Баталова Т.Е., Герасимова С.С.

ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНУЮ АСПИРАЦИЮ,
НА РАЗВИТИЕ АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ25

Уткин Е.В.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ30

Болгова И.В., Ровда Ю.И., Миняйлова Н.Н., Останина Е.В., Ворошилина К.И., Завразина М.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО АНАМНЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ37

Николаева Л.Б., Тришкин А.Г.

АЛЬФАФЕТОПРОТЕИН В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН41

ОБМЕН ОПЫТОМ

Чегошева Т.В.

НОВОРОЖДЕННЫЙ БЕЛОВЧАНИН. КАКОЙ ОН СЕГОДНЯ?46

МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

НОВЫЕ КНИГИ И СТАТЬИ48

* * *

Кондратьева Т.А., Артымук Н.В.

ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ

В статье представлен обзор современных доступных литературных данных по эпидемиологии, диагностике и лечению бесплодия.

Ключевые слова: бесплодие, пеллоидотерапия.

Kondratieva T.A., Artimuk N.V.
Kemerovo regional clinical hospital,
Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo

MODERN APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INFERTILITY

This paper present review currently available literary data what is devoted to epidemiology, diagnosis and treatment of infertility.

Key words: infertility, peloid therapy.

В настоящее время актуальность проблемы бесплодного брака не вызывает сомнения. По данным ВОЗ, их частота колеблется в широких пределах и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира. Бесплодный брак значительно влияет на демографические показатели, в связи с чем данная проблема приобретает не только медико-биологическое, но и большое социальное значение [2, 13]. Группой экспертов ВОЗ (1993) установлен критический уровень 15 %, при котором бесплодие может рассматриваться как фактор, значительно влияющий на демографические показатели в стране и представляющий собой государственную проблему [23]. Согласно сводным данным литературы, частота бесплодия в мире колеблется от 8 до 29 % [2, 3, 13, 14]. Причем, за последние годы число бесплодных браков в мире возросло на 5,3 %. В Европе бесплодными являются около 10 % супружеских пар, в США — 8-15 %, в Канаде — около 17 % [14, 23, 32].

Доля бесплодных браков на территории России колеблется от 8 до 21 % и в настоящее время не имеет тенденции к снижению [2, 3]. Проведенные в последнее десятилетие исследования отечественных авторов позволяют дать характеристику бесплодия на Дальнем Востоке, в Московской области и в Сибири [18, 19, 21]. Частота бесплодия среди женщин

малых народностей Хабаровского края составляет 4,6 % [2]. По данным эпидемиологического исследования в с. Троицк Московской области показатель бесплодного брака в популяции составил 8,2 % [18]. Для Западно-Сибирского региона этот показатель составил 16,7-19 % в городах и 17 % в сельской местности, в Восточно-Сибирском регионе — 21 % [19, 21].

В 42,6-65,3 % случаев бесплодие в браке обусловлено нарушениями репродуктивной функции женщины, до 30-50 % — мужчины, в 27,7-48,4 % — нарушениями у обоих супругов. Приблизительно в 2,3 % случаев причину бесплодия выявить не удается [2].

Отмечено, что в Европейских странах преобладает первичное бесплодие, на долю которого приходится 69-73 %. По мнению ряда авторов, это обусловлено относительно низкой частотой инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и аборт [14]. В то же время, О.С. Филиппов (1999), изучая причины возникновения бесплодия в Западно-Сибирском регионе, выявил преобладание вторичных нарушений репродуктивной функции, что, по мнению автора, обусловлено все возрастающей частотой ИППП [21]. По данным Сутуриной Л.В. (2007), в Восточно-Сибирском регионе также преобладает вторичное бесплодие [19].

Среди женщин сельских районов бесплодие встречается в несколько раз реже, чем среди горожанок, что особенно характерно для представительниц интеллектуального труда [14]. Однако Сутурина Л.В. (2007), изучая характер бесплодия в Восточно-Си-

Корреспонденцию адресовать:

Кондратьева Татьяна Александровна,
E-mail: neybc@inbox.ru

бирском регионе, не выявила различий в частоте бесплодия в городе и селе [19].

Во многих исследованиях сообщается об увеличении частоты бесплодных браков вследствие влияния на генеративную функцию человека экологии и окружающей среды, в частности, химизации, радиации, вредного промышленного производства. Подчеркивается роль современного города, как комплексного фактора роста численности бесплодных браков, особенно в странах с бурной урбанизацией, что обусловлено увеличением числа женщин, контактирующих с профессиональными вредностями [18, 21, 26, 33, 35].

Одним из наиболее значимых факторов в проблеме бесплодия у женщин является возраст пациенток старше 30 лет, что является кумулятивным показателем «накопления» факторов риска бесплодия.

Вторым по значимости фактором, по мнению ряда авторов, влияющим на фертильность, является аборт.

Третье ранговое место среди факторов, влияющих на возникновение бесплодия, занимают ИППП и их последствия. Согласно данным эпидемиологического исследования, частота таких заболеваний, как трихомониаз, хламидиоз и уреаплазмоз в 8-10 раз выше, чем в группе фертильных женщин.

Четвертое ранговое место занимают различные гинекологические заболевания, причем ведущее место среди них принадлежит хроническим воспалительным процессам придатков и матки [2, 18, 21, 25, 30, 34].

Для систематизации результатов многоцентровых международных исследований и стандартизированной оценки алгоритмов обследования бесплодных супружеских пар ВОЗ разработала перечень причин нарушений репродуктивной функции. К ним относятся: сексуальная дисфункция, гиперпролактинемия, органические нарушения гипоталамо-гипофизарной области, аменорея с повышенной выработкой фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), нерегулярный менструальный цикл и/или ановуляция, врожденная аномалия половых органов, двусторонняя непроходимость маточных труб, спаечный процесс в малом тазу, эндометриоз, приобретенная патология матки и канала шейки матки, туберкулез половых органов, ятрогенные причины, отрицательный посткоитальный тест (ПКТ), необъяснимое (отсутствие видимых причин при применении всех методов обследования) [23].

В настоящее время для анализа заболеваемости в качестве единого руководства во всех странах мира экспертами ВОЗ рекомендована Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) [10].

Наиболее распространенными формами нарушения репродуктивной функции у женщин выступают трубно-перитонеальная (35-40 %), эндокринная (30-40 %) и наружный генитальный эндометриоз (17-55 %) [2, 4, 8, 11, 12].

Анализ причин, вызывающих бесплодный брак, показал, что его структура значительно отличалась в зависимости от исследуемого региона. Так, в Африке наиболее часто выявлялась патология в виде трубно-перитонеального фактора перенесенной инфекции гениталий. В то же время, в странах Азии наиболее часто встречался эндометриоз, а в развитых странах наиболее часто ставился диагноз «необъяснимого» бесплодия [26]. В России в структуре причин женского бесплодия наиболее часто выявляются трубно-перитонеальный фактор и нарушения овуляции [4, 19].

Диагностические мероприятия при бесплодии начинают со сбора данных анамнеза. Уточняют семейный анамнез и наследственность, перенесенные заболевания, особенности менструального цикла, детородную функцию.

При общем осмотре обязательно определяют отношение окружности талии к окружности бедер, подсчитывают индекс массы тела, оценивают степень оволосения по шкале Ферримана-Голвея и степень развития молочных желез по шкале Таннера и наличие галактореи.

Инфекционный скрининг у женщин с бесплодием включает: бактериоскопическое и бактериологическое изучение содержимого влагалища, ДНК-диагностика ИППП, исследование крови на наличие IgG и IgM к возбудителям токсоплазмоза и вирусу краснухи.

При олиго- и аменорее обязательно определение содержания в крови гормонов: пролактина, фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего гормонов (ЛГ), тиреотропного гормона (ТТГ), эстрадиола (Е2), тестостерона, кортизола, дегидроэпандростерона сульфата (ДЭАС), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4). По показаниям оценивают содержание оксипрогестерона (17-ОП). Существуют различные методы диагностики овуляции, основанные на учете циклических гормональных и морфологических изменений, происходящих в организме женщины. Тесты функциональной диагностики включают оценку графика базальной температуры, подсчет цервикального числа по Insler. В настоящее время используют домашний тест на овуляцию «Клиаплан». Ультразвуковой мониторинг с использованием влагалищного датчика позволяет непосредственно наблюдать рост фолликула и овуляцию [9, 16].

До настоящего времени отсутствуют объективные научно обоснованные методы, доказывающие существование иммунологических форм бесплодия у жен-

Сведения об авторах:

Кондратьева Татьяна Александровна, врач акушер-гинеколог, ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница, г. Кемерово, Россия.

Артымук Наталья Владимировна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, г. Кемерово, Россия. E-mail: roddom_kokb@mail.ru

щин. Не утратил своего значения посткоитальный тест (ПКТ). Он позволяет оценить биологическую совместимость сперматозоидов и цервикальной слизи женщины. В настоящее время основным скрининговым иммунологическим методом обследования является МАР-тест, при помощи которого определяют антиспермальные антитела в эякуляте. Выявление антиспермальных антител у женщин не имеет большой клинической значимости [5].

Инструментальные методы исследования являются неотъемлемой частью исследования. Гистеросальпингография (ГСГ) — рутинный рентгенологический метод оценки проходимости и определения характеристик внутреннего просвета маточных труб. Обсуждение ее диагностической ценности остается предметом дискуссий. Эхогистеросальпингоскопия — метод исследования состояния маточных труб методом ультразвуковой гистеросальпингоскопии. Кимпертубация с применением компьютерной обработки данных используется в качестве дополнительного метода оценки функционального состояния маточных труб.

Ультразвуковое исследование органов малого таза, щитовидной железы, молочных желез позволяет визуализировать различные патологические процессы.

Рентгенография черепа и турецкого седла показана больным с нарушением ритма менструаций для диагностики нейроэндокринных заболеваний. Метод позволяет выявить признаки повышения внутричерепного давления.

Магниторезонансная томография (МРТ) показана пациенткам с увеличением концентрации ПРЛ в плазме крови при подозрении на опухоли гипоталамо-гипофизарной системы [9, 11, 16].

Без применения эндоскопических методов диагностики причину бесплодия в браке считают не установленной. Лапароскопия — является не только заключительным этапом диагностики, но и первым этапом лечения трубно-перитонеального бесплодия. Гистероскопия проводится как в качестве самостоятельного метода диагностики, так и в комплексе с лапароскопией пациенткам с бесплодием для уточнения состояния полости матки и эндометрия [17]. Диагноз можно считать установленным только после проведения указанного выше объема исследований и сроки обследования не должны превышать 2-6 месяцев [27]. У 5-12 % пар причина бесплодия может оставаться невыясненной.

Лечение бесплодия включает методы восстановления естественной фертильности (МВЕФ) и методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Применение МВЕФ считается наиболее рациональным. К ним относят лапароскопию в сочетании с гистероскопией для проведения хирургической коррекции выявленных изменений органов малого таза, различные методы и схемы индукции овуляции, коррекцию метаболических расстройств, лечение гиперпролактинемии, гиперандрогении, нарушений функции щитовидной железы, гипоталамо-гипофизарных расстройств [9, 11, 12, 22, 37, 38].

Характер терапии после лапароскопии определяется результатами эндоскопического вмешательства и данными патоморфологического исследования эндометрия и других биоптатов, полученных во время операции.

При отсутствии эффекта от лечения в течение 1 года могут предлагаться методы вспомогательных репродуктивных технологий. В настоящее время применяются: стандартная программа экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) — собственно ЭКО, ЭКО и перенос эмбрионов (ПЭ); трансцервикальный перенос гамет (ГИФТ) и зигот (ЗИФТ) в маточные трубы; программа суррогатного материнства; ЭКО с интрацитоплазматической инъекцией сперматозоидов (ЭКО + ICSI); программа донации ооцитов (ДО) [24].

Эффективность различных методов лечения бесплодия различна: при эндокринных формах бесплодия достигает 50-80 %, при трубно-перитонеальном не превышает 10-25 %, при использовании методов вспомогательных репродуктивных технологий на один лечебный цикл составляет 20-35 % [2]. Это диктует необходимость поиска новых эффективных направлений в лечении бесплодия.

Одним из древнейших методов терапии гинекологических больных естественными природными факторами является грязелечение (пелоидотерапия). С 60-х годов пелоидотерапия широко и с успехом применяется в комплексе лечения бесплодия, что отражено в многочисленных публикациях отечественных и зарубежных авторов [6, 7, 20].

По содержанию органических веществ выделяют 4 вида лечебной грязи: иловая, торфяная, сапропелевая и сопочная. В курортной практике чаще других используют иловую грязь. Сульфидные иловые грязи образуются преимущественно в минеральных (соляных) приморских и маретиковых озерах. Грязь характеризуется небольшим содержанием органических веществ (менее 10 %), насыщенностью сульфидами железа и водорастворимыми солями [7].

Лечебное влияние грязей складывается из действия теплового, механического и химического факторов. Теплопроводность сульфидных иловых грязей за счет высокого содержания в них минеральных веществ почти вдвое больше, чем торфяных. Вследствие этого, при одной и той же температуре, процедура с применением сульфидной иловой грязи является более нагрузочной на организм, чем процедура с применением торфяной или сапропелевой грязи. Механический фактор является существенным при полостном грязелечении. Химический фактор — воздействие содержащихся в грязях органических и неорганических соединений, биологически активных веществ, микроэлементов, газов и др. Неорганические химические компоненты в основном абсорбируются кожей, вызывая раздражение ее многочисленных рецепторов и сосудов [7]. Грязям, особенно сульфидным иловым, присуще бактерицидное действие, обусловленное присутствием в них некоторых агентов типа бактериофагов и веществ типа антибиотиков. Лечебные грязи оказывают десенсибилизи-

рующее, обезболивающее, рассасывающее и противовоспалительное действие. Пелоидотерапия улучшает гемодинамику органов малого таза, снижает активность экссудативного и инфильтративного процессов, размягчает спаечные структуры, усиливает гормональную функцию яичников [6].

Анализ данных литературы дает основание говорить о необходимости отказа от использования высоких температур большой длительности и количества процедур. В настоящее время как усредненный рассматривается курс, состоящий из 10-12 (до 14) процедур, температуры 38-42°C, длительностью 15-20 минут и расстановкой — через день или два дня подряд с днем перерыва. Обычно курс грязелечения проводят один раз в год, иногда, по показаниям, чаще. Интервал между курсами не менее 6 месяцев [7]. Поскольку лечебные грязи — один из наиболее мощных факторов, стимулирующих эстрогенную насыщенность организма, важным аспектом их клинического применения является строгий учет противопоказаний.

Различают общие и местные грязевые процедуры. В гинекологической практике более распространена аппликационная методика грязелечения в виде общих и местных грязевых аппликаций. Наиболее предпочтительным является полостное грязелечение — введение грязи во влагалище или прямую кишку.

В современных условиях вне курорта все чаще применяют фармацевтические препараты грязи. Технологии вакуумной экстракции позволили получить полный комплекс лекарственных веществ из нативной грязи, не нарушая активности ее биологических ингредиентов, а удобная форма препарата (свечи) расширила применение грязелечения до поликлинического и домашнего использования. Во внекурортной практике в комплексной терапии воспалительных заболеваний шейки матки и влагалища, а также для ускорения очищения раны и эпидермизации эктопий после энзимической деструкции, используются свечи «Тамбуил». Новинкой в курортной гинекологии является препарат «Паратамга», сочетающий в себе все лечебные свойства Тамбуканской иловой грязи, экстрактивных веществ и теплоносителя парафина [7].

В гинекологической практике широко используются грязи Мертвого моря. Это уникальный богатейший источник минералов и микроэлементов. Лечебная грязь Мертвого моря относится к группе хлор-сульфидных илов. Черная грязь Мертвого моря является высокоминерализованной — в 1 л грязи содержится 242,4 г действующих веществ. Для сравнения — минерализация грязей Тамбуканского озера Кавказских минеральных вод — 60 г/л, Анапской иловой сульфидной грязи — 31,5 г/л. Содержание калия в Мертвом море почти в 20 раз выше, чем в Атлантическом океане, магния — в 35 раз, кальция — в 42 раза, брома — в 80 раз. Лечебная грязь Мертвого моря, единственная в мире, обладает столь уникальным составом, благодаря которому и достигается мощнейший целебный эффект. Кли-

ническое изучение грязей Мертвого моря для лечения гинекологических больных показало их высокую эффективность и безопасность [6].

Тем не менее, количество исследований отечественных и зарубежных авторов по изучению эффективности, безопасности, механизмов воздействия пелоидов при различных гинекологических заболеваниях незначительно. До настоящего времени плацебо контролируемых исследований в данном направлении не проводилось, а механизм влияния лечебных грязей на репродуктивную функцию женщин в настоящее время до конца не изучен, что диктует необходимость проведения дальнейших исследований в этой области.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баскаков, В.П. Эндометриозная болезнь /Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. — СПб., Н-л., 2002.
2. Бесплодный брак /под ред. В.И. Кулакова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 19 с.
3. Гинекология /под ред. В.Н. Серова, Е.Ф. Кира. — М.: Литтерра, 2008. — 778-780с.
4. Гинекологическая эндокринология /под ред. В.Н. Серова — М.: МЕД-пресс-информ, 2004. — 528 с.
5. Голубева Е.Л. Аутоантитела при бесплодии и их влияние на функции сперматозоидов /Е.Л. Голубева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 24 с.
6. Клиническое применение соли и грязи мертвого моря в лечении хронических заболеваний половых органов у женщин и мужчин: руководство для врачей /Дикке Г.Б. и соавт. — М., 2008. — 19 с.
7. Евсеева, М.М. Естественные и преформированные физические факторы в восстановительном лечении женщин с последствиями хронических воспалительных заболеваний органов малого таза /М.М. Евсеева: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2008.
8. Ищенко, А.И. Эндометриоз. Диагностика и лечение /Ищенко А.И., Кудрина Е.А. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.
9. Корнеева, И.Е. Современная концепция диагностики и лечения бесплодия в браке /И.Е. Корнеева: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2003. — 38 с.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. В 3-х томах: Пер. с англ. — ВОЗ, Женева: Медицина, 1995.
11. Назаренко, Т.А. Женское бесплодие, обусловленное нарушениями процесса овуляции (клиника, диагностика, лечение) /Т.А. Назаренко: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1998. — 39 с.
12. Овсянникова, Т.В. Эндокринное бесплодие у женщин при гиперпролактинемии /Овсянникова Т.В. //Гинекология. — 2004. — Т. 6, № 3. — С. 121-123.
13. Практическая гинекология /под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской. — М. МЕД-пресс-информ, 2001. — С. 266-300.
14. Результаты клинико-эпидемиологического исследования репродуктивного здоровья населения по методологии ВОЗ //Вестник Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. — 1998. — № 1. — С. 60-63.
15. Репродуктивная эндокринология: пер. с англ.: в 2-х тт. /под ред. S.S.C. Yen, R.B. Jaffe. — М.: Медицина, 1998.
16. Руководство ВОЗ по стандартизированному обследованию и диагностике бесплодия супружеских пар: пер. с англ. — М., 1997. — 91 с.
17. Савельева, Г.М. Лапароскопия в гинекологии /Савельева Г.М. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2000. — 250 с.

18. Селезнева И.Ю. Бесплодный брак: Эпидемиологическое исследование /И.Ю. Селезнева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 20 с.
19. Сутурина, Л.В. Эпидемиология бесплодия и перспективы развития ВРТ в Иркутской области /Л.В. Сутурина, Н.В. Протопопова, Е.Т. Кузьменко //Репродуктивные технологии сегодня и завтра: Тез., 6-8 сентября 2007. – С. 10-11.
20. Уткин, Е.В. Реабилитация женщин с нарушениями репродуктивной функции в условиях санатория: метод. реком. /Уткин Е.В., Артымук Н.В. – 2007. – 26 с.
21. Филлипов, О.С. Бесплодный брак в Западной Сибири /О.С. Филлипов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 31 с.
22. Чечурова, Т.Н. Оптимизация методов консервативного лечения бесплодия у больных с СПКЯ /Т.Н. Чечурова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 23 с.
23. Эпидемиология бесплодия: Докл. научн. группы ВОЗ. – М., 1977. – С. 4-15.
24. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы): руков. для врачей /под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 782 с.
25. Barret, S. A review on pelvic inflammatory disease /Barret S., Taylor C. //Royal Society of Medicine Press. – 2005. – Vol. 16. – P. 715-720.
26. Bergstrom, S. Reproductive failure as a health priority in Third World: a review /Bergstrom S. //East Afr. Med. – 2003. – Vol. 69. – P. 174-180.
27. Investigation of the infertile couple: when is the appropriate time to explore female infertility? /Brosens I. et al. //Human Reproduction. – 2004. – Vol. 19(8). – P. 1686-1692.
28. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care /Boivin J., Bunting L. et al. //Human Reproduction. – 2007. – Vol. 22. – P. 1506-1512.
29. Prospective multicentre randomized controlled trial to evaluate factors influencing the success rate of office diagnostic hysteroscopy /Campo R., Van Belle Y. et al. //Human Reproduction. – 2005. – Vol. 5. – P. 258-263.
30. Cates, W. Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease, and infertility: an epidemiologic update /Cates W., Rolfs R., Aral S. //Epidemiol. Rev. – 2000. – Vol. 12. – P. 199-200.
31. Obstetric outcome after endoscopic transaction of uterine septum /Doridot V., Gervais A., Taylor S. et al. //J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. – 2003. – Vol. 10(2). – P. 271-275.
32. Evers, J.L.H. Female infertility /Evers J.L.H. //Lancet. – 2002. – Vol. 360. – P. 151-159.
33. The risk of infertility among hairdressers /Hougaard K., Hannerz H. et al. //Human Reproduction Update. – 2006. – Vol. 21(12). – P. 3122-3126.
34. Environmental factors in infertility /Hruska K., Furth P. et al. //Clin. Obstetrics and Gynecology. – 2001. – Vol. 43. – P. 821-829.
35. Infertility and the provision of infertility services in developing countries /Ombelet W., Cooke I. et al. //Human Reproduction Update. – 2008. – Vol. 10. – P. 312-320.
36. Preuttipan, S. A prospective comparative study between hysterosalpingography and hysteroscopy in the detection of intrauterine pathology in patients with infertility /Preuttipan S., Linastica V. //J. Obstet. Gynecol. Res. – 2003. – Vol. 29(1). – P. 33-37.
37. Poppe, K. Thyroid disorders in infertile women /Poppe K., Velkneirs B. //Ann. Endocrinol. – 2003. – Vol. 64(1). – P. 45-50.
38. Reaven G. Diete and syndrome X /Reaven G. //J. Curr. Atheroscler. Rep. – 2000, Nov. – Vol. 6. – P. 503-507.
39. Effectiveness of treatment strategies of some women with pelvic inflammatory disease /Roberta B. Ness et al. //Obstetrics and Gynecology. – 2005. – Vol. 106. – P. 573-580.

* * *

СТУДЕНТЫ-МЕДИКИ ЧАСТО СТРАДАЮТ ОТ ДЕПРЕССИИ

Более трети студентов-медиков и молодых врачей испытывают симптомы депрессии. Такие данные были получены бразильскими учеными по результатам исследования, опубликованного в журнале BMC Medical Education.

Сержио Балдассин (Sergio Baldassin) и его коллеги из Региональной медицинской школы АВС, близ Сан-Паулу, провели опрос среди 480 студентов-медиков.

Выяснилось, что 38 % студентов испытывают как минимум 10 из 63 симптомов депрессии. Наиболее часто медики страдали от так называемых аффективных проявлений депрессии: уныния, неудовлетворенности, раздражительности, плаксивости и замкнутости. Кроме того, у них нередко встречались соматические проявления депрессии, в частности, заторможенность, бессонница, хроническая усталость, снижение веса и потеря интереса к сексу. Когнитивные симптомы депрессии - пессимизм, чувство вины, страх перед взысканиями, неудовлетворенность и неуверенность в собственных знаниях, безынициативность и суицидальные мысли - встречались несколько реже. В наибольшей степени от симптомов депрессии страдали студенты женского пола. В свою очередь, потомственные медики испытывали их значительно реже, показало исследование.

Ученые отметили, что наиболее опасным с точки зрения психического здоровья студентов является период окончания ВУЗа и интернатуры. Начинающие врачи боятся попасть впросак из-за нехватки знаний, а также испытывают неуверенность при проведении физического обследования пациентов, заявили исследователи. По их мнению, в этот период преподавателям ВУЗов следует быть особенно внимательными к студентам, чтобы не допустить попыток суицида.

Источник: Medportal.ru

Шабалдина Е.В., Тихонюк В.П., Шабалдин А.В.

Кемеровская государственная медицинская академия,
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5»,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Течение болезней уха у детей характеризуется рядом клинических симптомов, позволяющих врачам общего профиля сориентироваться в отношении правильной постановки диагноза и определения тактики ведения пациента. Кроме того, учитывая потенциальную возможность развития тяжелой внутричерепной патологии как отогенного осложнения, своевременная терапия острого среднего отита позволяет спасти жизнь ребенку. В условиях повсеместной нехватки квалифицированной детской оториноларингологической помощи большая ответственность при первичном осмотре больного ребенка возлагается на врача-педиатра. В лекции рассматриваются современная классификация острого среднего отита, основные морфофункциональные предпосылки развития данного заболевания у детей, особенности клинических проявлений, диагностики, а также основные схемы лечения острой патологии среднего уха у детей.

Ключевые слова: острый средний отит, диагностика, лечение.

Shabaldina E.V., Tihonjuk B.P., A.V. Shabaldin

Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo regional clinical hospital,
Institute of coal and coalchemistry SO RAN,
Kemerovo

FEATURES OF FLOW SHARP MIDDLE OTITIS FOR CHILDREN

The stream of illnesses of ear for children is characterized in a number of clinical symptoms which help to the doctors of general type to diagnose it correctly and to determine tactic of the medical looking after patients. In addition, there is potential possibility of development of heavy intracranial pathology as complications, that is why timely therapy of sharp middle otitis allows to rescue child life. The role of paediator is important and responsible in examination of sick child in the conditions of general shortage of otorhinolaryngological skilled a help a child.

There is modern classification of types of sharp middle otitis in this article, basic morfo-functional entrance terms of development of this illness for children, features of their clinical shows, their diagnosticians, and also the basic diagrams of treatment of sharp pathology of middle ear for children are examined.

Key words: sharp middle otitis, diagnostics, treatment.

Острым средним отитом называют воспалительное заболевание слизистой оболочки воздухоносных полостей среднего уха. Данная патология не является изолированным заболеванием только барабанной полости, а представляет со-

бой процесс, в той или иной степени захватывающий все полости височной кости.

Острые воспалительные заболевания среднего уха у детей по-прежнему встречаются часто, и не имеют тенденции к уменьшению. Их частота среди всех заболеваний в детском возрасте составляет 65-70 %. Основным контингентом являются дети до 3 лет — 71-75 %. Пик заболеваемости приходится на 6-18 месяцев. 44 % детей переносят острый средний отит на 1 году жизни 1-2 раза. Если у детей старшего возраста заболеваемость в основном не носит сезонности, то у грудных детей и у детей в раннем возрасте наблюдается выраженная сезонность, связан-

Корреспонденцию адресовать:

Шабалдина Елена Викторовна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел. раб.: 8 (3842) 39-64-32.
E-mail: weit2007@yanex.ru

ная с эпидемиями вирусных и инфекционных заболеваний. Отмечено, что чем меньше возраст ребенка, тем чаще воспаление среднего уха носит двусторонний характер. Двусторонний отит в возрасте до 1 года встречается в 70-85 % случаев, от 1 года до 3 лет — в 50-65 %, от 4 до 7 лет — только в 18-25 % случаев. Сказывается функциональная незрелость организма, более выраженная общая реакция (высокая температура, интоксикация), быстрое нарастание симптомов, но при правильном своевременном лечении такая же быстрая их обратная регрессия.

Воспалительные заболевания среднего уха у детей очень часто возникают на фоне инфекционных заболеваний. В последние годы в педиатрической практике повышается роль атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы), анаэробов (неклостридиальная инфекция), вирусов. Возрастает роль аллергических заболеваний, на фоне которых значительно ухудшается течение воспалительных заболеваний среднего уха. Патогенез заболеваний ЛОР-органов и других систем организма ребенка очень сложный, но их взаимосвязь прослеживается весьма четко. В многочисленных ситуациях вряд ли возможно выявить первичный процесс.

Остановимся на существующей на сегодняшний день классификации острых средних отитов.

Наиболее полно определяет все формы воспалительного процесса в среднем ухе классификация, предложенная М.Я. Козловым. Автор подразделяет заболевание на 5 форм:

- явный острый средний отит;
- латентный острый средний отит;
- экссудативно-аллергический рецидивирующий средний отит;
- острые средние отиты при инфекционных заболеваниях;
- травматический острый средний отит.

Все изложенные формы делятся на перфоративное и неперфоративное течение.

С практической точки зрения удобна классификация, предложенная В.Т. Пальчуном, А.И. Крюковым, Д.Л. Муратовым, которая адекватно раскрывает патогенез и клиническую картину острого среднего отита.

1. **Стадия острого евстахеита**, когда отмечаются лишь воспаление слизистой оболочки слуховой трубы и нарушение функции последней. За счет снижения давления в полостях среднего уха появляются следующие симптомы:

- ощущение заложенности и шум в ухе;
- состояние больного не меняется, температура тела остается нормальной (если речь не идет об

ОРВИ или гриппе, явившихся причиной заболевания).

2. **Стадия острого катарального воспаления в среднем ухе**. На этой стадии возникает асептическое воспаление слизистой оболочки среднего уха с образованием серозного экссудата. Снижение слуха, шум в ухе, ощущение заложенности нарастают, но эти симптомы уходят на второй план, поскольку начинает доминировать боль вследствие сдавления болевых рецепторов экссудатом и выраженного отека слизистой оболочки. При этом ухудшается общее состояние больного, температура тела повышается до субфебрильной.

3. **Доперфоративная стадия гнойного воспаления в среднем ухе** обусловлена тубогенным инфицированием среднего уха и выходом форменных элементов, главным образом нейтрофилов, из капилляров слизистой оболочки полостей среднего уха и нагноением экссудата. Боль резко усиливается, приобретает нестерпимый характер, иррадирует по ветвям тройничного нерва в зубы, шею, глотку, глаза (дистантная оталгия). Больные отмечают выраженное снижение слуха, усиление шума в ухе. Общее состояние пациента резко ухудшается. Температура тела достигает фебрильных цифр.

4. **Постперфоративная стадия острого гнойного воспаления в среднем ухе** знаменуется появлением перфорации барабанной перепонки и истечением гноя в наружный слуховой проход. Протеолитическая активность гнойного экссудата и давление на перепонку достигают максимума, вследствие чего образуется перфорация. Боль на этой стадии значительно ослабевает. Пациент жалуется на гноетечение из уха, шум в ухе и снижение слуха. Общее состояние и температура тела пациента нормализуются.

5. **Репаративная стадия**. Симптомы острого воспаления купируются, перфорация закрывается рубцом. Сохраняются снижение слуха и шум в больном ухе. Общее состояние больного не нарушено. Специфичность течения острого среднего отита в детском возрасте, в первую очередь, определяется строением уха ребенка.

1. Наружный слуховой проход у грудных детей слабо развит, короткий, узкий, костная часть представлена лишь барабанным кольцом. Поэтому в случае острого среднего отита надавливание на козелок приводит к резкому усилению боли и беспокойству ребенка.

2. У грудного ребенка, когда сосцевидный отросток еще не развит, нижняя стенка слухового прохода прикрепляется к шиловидному отростку, ле-

Сведения об авторах:

Шабалдина Елена Викторовна, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, г. Кемерово, Россия.

Тихонюк Владислав Петрович, врач высшей категории, заведующий отделением детской оториноларингологии, ГУЗ Областная клиническая больница, г. Кемерово, Россия.

Шабалдин Андрей Владимирович, д.м.н., зам. директора по научной и инновационной работе, МУЗ «Детская городская клиническая больница №5», г. Кемерово, Россия.

жащему почти горизонтально и находящемуся в непосредственном соседстве с нисходящей частью лицевого нерва, что обуславливает легкость возникновения его пареза, а также повышает риск травмы лицевого нерва при антротомии.

3. Форма барабанной перепонки круглая, расположена почти горизонтально, относительно более толстая, чем у взрослых. В связи с этим, при накоплении воспалительного экссудата в барабанной полости может отсутствовать выпячивание барабанной перепонки, несмотря на нарастание симптомов интоксикации; гною легче проникнуть в сосцевидную пещеру через широкий вход. Отсюда в сомнительных случаях у детей грудного и раннего возраста расширяются показания к парацентезу:

- резкий подъем температуры;
- выраженный болевой синдром;
- значительные явления токсикоза, особенно нейротоксикоза;
- появление симптомов пареза лицевого нерва;

У ослабленных детей парацентез необходимо проводить как можно раньше.

1. Стенки барабанной полости у детей до 1 года жизни тонкие, в отдельных участках представлены дегисценциями, в результате чего возможно беспрепятственное распространение инфекции.
2. К моменту рождения ребенка полости среднего уха выполнены эмбриональной миксоидной тканью, которая является хорошей питательной средой для микрофлоры, что, наряду с облегчением тубарного инфицирования, составляет одну из причин частых отитов у детей. Сохранение миксоидной ткани также может явиться причиной развития тяжелей и перемычек в виде складок, препятствующих оттоку гноя при воспалении среднего уха и нередко приводящих к тугоухости.
3. В раннем детском возрасте глоточное устье слуховой трубы находится на уровне горизонтальной плоскости твердого неба и заднего конца нижней носовой раковины, а задний валик окружает устье как бы полукольцом. Это следует учитывать при проведении аденотомии, результатом которой может стать рубцевание, стеноз устья слуховой трубы и последующая тугоухость.
4. Между частями пирамиды височной кости имеются щели (каменисто-чешуйчатая, сосцевидно-чешуйчатая, чешуйчато-барабанная), которые зарастают к 4 году жизни ребенка. В связи с этим, острый средний отит у детей может принять бурное течение с явлениями менингизма.
5. Процесс пневматизации сосцевидного отростка осуществляется одновременно с замещением диплоэтической костной ткани компактной, которое в основном завершается в возрасте 8-12 лет и совпадает с полным развитием системы пневматизации сосцевидного отростка.

Особенности ОСО у детей определяются как уже перечисленными выше анатомическими, так и многими патоморфологическими и общими особенностями организма. Так, острый средний отит редко

протекает изолированно, чаще на фоне патологии других органов (пневмония, инфекционные заболевания). Нередки диспептические явления (понос и рвота).

Своевременная диагностика острого среднего отита сопряжена с рядом трудностей:

1. Латентное течение, неспецифичность симптомов приводят к несвоевременному осмотру оториноларингологом. Особенно часто это происходит при малосимптомном течении и отсутствии классических проявлений острого отита: гипертермии, боли в ухе, гноетечения.
2. Оценка болевых ощущений зависит от терпеливости ребенка. Необходимо очень внимательное сопоставление и настоящая врачебная наблюдательность, чтобы на основании рассказа родителей и внешнего впечатления составить объективную картину общего состояния.
3. Велика информативность анамнеза, получаемого от родителей. Ребенок вскрикивает при сосании груди, но при кормлении с ложечки ведет себя спокойно. Косвенно указывает на отит, если ребенок вскрикивает во сне, тянется рукой к уху, трется затылком о подушку. Надавливание на козелок усиливает беспокойство ребенка.
4. Отоскопия не дает четких сведений: гиперемия барабанной перепонки может развиваться вследствие крика ребенка, но может отсутствовать при активном процессе, гнойный экссудат может не накапливаться в барабанной полости за счет его эвакуации через широкую слуховую трубу.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Система лечебных мероприятий определяется стадией острого среднего отита, преобладанием тех или иных симптомов процесса и общим состоянием больного. Учитывая первостепенность тубогенного пути инфицирования среднего уха, активные лечебные мероприятия должны быть направлены на санацию носоглотки и полости носа. Набухшая слизистая оболочка носа препятствует нормальному дыханию и вентиляции барабанной полости через евстахиеву трубу. Это затрудняет отток из барабанной полости через трубу, тем более что при рините наблюдается также набухлость слизистой оболочки носоглотки, в частности устья евстахиевой трубы. Для смягчения этих явлений рекомендуется применение сосудосуживающих препаратов. Ребенку следует запретить втягивать слизь из носа в полость рта, а также сильно сморкаться, особенно одновременно через обе ноздри, так как это ведет к повышению давления в носоглотке и проникновению инфицированного секрета из носовой полости через евстахиеву трубу в барабанную полость.

В начальной стадии отита на первый план выступают боли в ухе, зависящие от раздражения веточек тройничного нерва. Местно назначают капли, вливаемые в наружный слуховой проход. Хороший эффект может быть от капель, обладающих и обезболивающим эффектом. В сегодняшней практике

оториноларингологов появилась масса препаратов, позволяющая проводить местное лечение острых средних отитов. Однако не следует забывать о том, что местное применение антибактериальных капель не в коей мере не является альтернативой общей антибактериальной терапии. Кроме того, у детей следует очень осторожно относиться к использованию ушных капель, содержащих ототоксичные антибиотики (гентамицин, неомицин, полимиксин) при перфоративном среднем отите. Из местных антибактериальных препаратов можно отметить водный раствор рифампицина (отофа), так как это единственные ушные антибактериальные капли, разрешенные к использованию при перфоративных средних отитах у детей с рождения.

Согревающий компресс вызывает длительное расширение сосудов, увеличивая приток крови и лимфы; усиливаются ферментативные и осмотические процессы и вся жизнедеятельность клеток; инфильтрация и застой уменьшаются, что способствует разрешению воспалительного процесса.

В отношении назначения общей антибактериальной терапии при лечении острого среднего отита единого мнения среди специалистов нет, так как в 60 % случаев выздоровление наступает и без их применения. Поэтому в данном вопросе определяющим является обоснование назначения антибиотика. Для этого, прежде всего, учитывается клиническая картина заболевания, возраст ребенка, ЛОР-анамнез, сопутствующие заболевания, социально-культурный уровень родителей, доступность квалифицированной медицинской помощи.

Основным принципом антибактериальной терапии острого среднего отита в детском возрасте является рациональный подход, который включает следующие категории:

- широкий спектр действия;
- безопасность;
- хорошая переносимость;
- активность против наиболее вероятных возбудителей (пневмококк, гемофильная палочка);
- способность преодолевать резистентность этих возбудителей к антибиотикам;
- бактерицидный эффект;
- высокая концентрация в очаге воспаления и крови;
- удобство приема и дозировки.

Антибиотики следует применять при среднетяжелом и тяжелом течении острого среднего отита, особенно у детей до 2 лет. Детям старше 2 лет при отсутствии болевого синдрома и выраженных симптомов интоксикации, температуре тела до 38 градусов в течение суток можно ограничиться только симптоматической терапией. Однако при отсутствии в течение 24 часов положительной динамики необходимо назначать антибактериальную терапию.

После назначения антибиотиков через 48-72 часа проводят повторную оценку общего состояния ребенка. Если оно не улучшилось, то необходимо сменить антибиотик. Длительность курса антибиотикотерапии составляет 7 дней. В подавляющем большинстве слу-

чаев антибиотики следует назначать внутрь. Разумеется, при подозрении на развитие осложнения или отказе от приема per os следует применять парентеральное введение антибиотиков в условиях стационара.

В случае если принято решение о назначении антибиотика, то препаратами выбора 1 ряда должны являться пенициллины и цефалоспорины, и в первую очередь амоксициллин с пероральным путем введения. Это обусловлено тем, что среди доступных пероральных пенициллинов и цефалоспоринов данный препарат является наиболее активным против пенициллинрезистентных пневмококков. При впервые возникшем остром среднем отите или у детей с острым средним отитом, не получавших антибиотиков в течение предыдущего месяца, амоксициллин назначают из расчета 40 мг/кг в сутки, 3 раза в день; курс 7 дней. Препарат применяют внутрь независимо от приема пищи. Однако амоксициллин разрушается бета-лактамазами, которые могут продуцировать гемофильная палочка и моракселла. Поэтому острые средние отиты данного этиологического происхождения, а также при острых средних отитах у детей, получавших антибиотики в течение последнего месяца, у часто болеющих детей, при неэффективной терапии амоксициллином предлагается лечить амоксициллином-клавуланатом в дозе 40 мг/кг в сутки, 3 раза в день внутрь перед приемом пищи; курс 7 дней, цефуроксимом-аксетилем, зиннатом или внутримышечными инъекциями цефтриаксона 50 мг/кг 1 раз в день в течение 3 дней.

В настоящее время макролиды рассматриваются как антибиотики 2-го ряда и применяются при аллергии к бета-лактамам. Назначают кларитромицин из расчета 15 мг/кг в сутки, 2 раза в день внутрь независимо от еды; курс 7 дней.

Тактику применения ко-тримоксазола нельзя считать правильной, так как к данному препарату отмечается высокий уровень резистентности пневмококка и гемофильной палочки, а также существует высокий риск развития тяжелых побочных реакций со стороны кожи (синдромы Стивенса-Джонса и Лайелла).

Таким образом:

- учитывая высокую патогенетическую взаимосвязь заболеваний среднего уха с другими системами организма, лечение детей раннего возраста нужно обязательно проводить в тесном сотрудничестве оториноларинголога с педиатром;
- четко соблюдать показания к назначению антибактериальной терапии; при лечении детей не всегда хорош принцип «чем новее и сильнее антибиотик, тем лучше»;
- учитывая возможность бурного развития стадий процесса, рекомендуется особый режим ведения детей.

Особенно это касается детей первых трех лет жизни. На амбулаторном этапе при первичном обращении оценка динамики лечения должна проводиться не позднее, чем через сутки. В случае невозможности осмотра ребенка оториноларингологом в

такой срок, необходимо решить вопрос либо о его госпитализации, либо обеспечить ежедневное наблюдение участкового педиатра.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Богомилский, М.Р. Острый средний отит у детей: уч.-метод. пособие /Богомилский М.Р., Минасян В.С. – М.: РГМУ, 2000. – 10 с.
2. Козлов, М.Я. Острые отиты и их осложнения /Козлов М.Я. – М.: Медицина, 1986.
3. Пальчун, В.Т. Болезни уха, горла и носа /Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. – М.: Медицина, 1980. – 487 с.
4. Солдатов, И.Б. Руководство по оториноларингологии /Солдатов И.Б. – М.: Медицина, 1994.
5. Темкин, С.Я. Острый отит и его осложнения /Темкин С.Я. – М.: Медицина, 1995 – 205 с.
6. Чистякова, В.Р. Острая и хроническая нейросенсорная тугоухость /Чистякова В.Р. //Заболевания уха у детей: сб. тр. – М.: Медицина, 1987. – 116 с.
7. Детская оториноларингология /под ред. Богомилского М.Р., Чистяковой В.Р. – М., Медицина, 2005. – I том. – 659 с.
8. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: нац. руков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 731 с.
9. Surian, L. Probleme der akuten otitis media bei kinderen /Surian L. //HNO. Praxis. – 2007. – Bd 5, N 11. – S. 327-328.



МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИЗБАВЛЯЕТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА

Музыка значительно уменьшает стресс, тревогу и депрессию у беременных женщин уже через две недели после терапии, обнаружили клиницисты Медицинского университета Гаосюн и Национального университета Ченг Кунга на Тайване.

Средний возраст женщин, принимавших участие в исследовании, был около 30 лет, при этом половина из них ждали ребёнка в первый раз. Предоставленный будущим матерям 30-минутный компакт-диск содержал спокойную, расслабляющую музыку, которая имитировала частоту сердцебиения между 60 и 80 ударами в минуту. Композиции включали мелодии Брамса, Бетховена, Дебюсси, звуки природы и элементы китайской традиционной музыки. Женщин просили слушать диски в течение получаса каждый день. Большинство прослушивало музыку перед сном или во время отдыха.

Психологи отметили, что после двухнедельной музыкальной терапии уровни стресса у будущих мам снизились на статистически значимые 2,14 пунктов, большинство женщин перестали испытывать волнение и тревогу по поводу родов и избавились от предродовой депрессии. По словам экспертов, во время беременности многие женщины переживают нервное напряжение и эмоциональные расстройства, даже если это не первая беременность. Бороться с негативными явлениями специалисты предлагают простым, приятным, недорогим и эффективным способом - слушать релаксирующую музыку.

Источник: Ami-tass.ru

Анфиногенова О.Б., Рудаева Е.Г., Шмакова О.В., Нейжмак З.Ф.

Кемеровская государственная медицинская академия,

Кафедра детских болезней,

г. Кемерово

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Внимание исследователей к хроническому гастродуодениту, ассоциируемому с *Helicobacter pylori* (HP), обусловлено значительным распространением микроорганизма на слизистых оболочках верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Среди детского населения HP считают основным фактором хронизации воспалительного процесса и предполагаемой связью со злокачественными новообразованиями. В публикации даны сведения о диагностических и клинических особенностях хеликобактерного гастродуоденита, необходимые для оптимизации лечения и профилактики.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, *Helicobacter pylori*, дети, подростки, качество жизни.

Anfinogenova O.B., Rudaeva E.G., Shmakova O.V., Neydgmak Z.F.

Kemerovo State Medical Academy,

Department child's illnesses,

Kemerovo

CHRONIC GASTRODUODENIT HELICOBACTER ETIOLOGY OF CHILDREN AND TEENAGERS

Considerable spreading of *Helicobacter pylori* (HP) on mucous membranes of overhead part of gastroenteric highway is very importen problem for researchers who associate chronic gastrodoudenit with this microorganism. As consider HP is main factor of chronic inflammatory process among children. There is a connection HP with malignant new formations as it ssu-med. In this article there is information about diagnostic and clinical features of helicobacter gastrodoudenit. This information very importen for optimizations of treatment and prophylaxis.

Key words: chronic gastrodoudenit, *Helicobacter pylori*, children, teenagers, quality of life.

В структуре заболеваемости детей и подростков Российской Федерации болезни органов пищеварения и их хронизация возросли за последнее десятилетие в 1,7 раза [1, 2]. Этим объясняется актуальность и интерес исследователей к диагностике хронических форм гастродуоденита, приводящих к ухудшению качества жизни [3, 4]. К известным негативным факторам формирования хронического гастродуоденита (ХГД) относят *Helicobacter pylori* — бактерию, обитающую в слизистой оболочке желудка и выселяющую Marshall

и Warren в 1983 году. ХГД хеликобактерного генеза широко распространен среди младших школьников и подростков, длительно нарушая качество жизни, способствует развитию частых рецидивов данной патологии, осложненных форм заболевания [2, 5-7].

Мы констатируем низкий уровень диагностики хеликобактерного ХГД, что создает определенные трудности в своевременности назначения патогенетической терапии. Подобное явление закономерно из-за не типичных для этого возбудителя клинико-диагностических и прогностических признаков заболевания.

Цель проведенного исследования — изучить особенности многофакторных срезов формирования ХГД, провоцирующим моментом которого послужила спиралевидная, граммнегативная палочка, располагающаяся под пристеночной слизью на эпителиальных клетках желудка и двенадцатиперстной кишки — *Helicobacter pylori*.

Корреспонденцию адресовать:

Анфиногенова Ольга Борисовна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел. раб.: 8 (3842) 64-29-99.
E-mail: olg.anf@mail.ru

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование проводилось в г. Кемерово на базе гастроэнтерологического центра МУЗ Детской клинической больницы № 2 (директор — А. Ачкасова, заведующий кафедрой детских болезней — проф. Б. Давыдов).

Под нашим наблюдением находилось 903 ребенка в возрасте от 6 до 16 лет с патологией верхнего отдела пищеварительного тракта, госпитализированных в гастроцентр. Среди пациентов стационара преобладали девочки (533 чел., 59 %), меньшинство составили мальчики (370 чел., 41 %). Диагностика ХГД проводилась в соответствии со стандартами обследования (приказ № 125 МЗ РФ от 17.04.98). Анализ клинических данных включал изучение жалоб, анамнеза жизни и заболевания, объективного осмотра. Лабораторное обследование традиционно включало изучение общего и биохимического анализов крови, мочи, кала на яйца глистов, скрытую кровь, копрограмму, хелик-тест. У 740 детей (81,2 %) результаты хелик-теста были положительными. Группу сравнения составили 163 ребенка с отрицательными

результатами данного исследования. Инструментальная диагностика включала ФГДС, рН-метрию, УЗИ органов брюшной полости.

Изучение качества жизни (КЖ) проводилось 60 подросткам в возрасте старше 13 лет. Половина из выбранного числа больных находилась в стационаре, 30 подростков получали восстановительное лечение по поводу ХГД в стадии ремиссии в санатории «Журавлик». Качество жизни оценивали с помощью опросника SF-36. Согласно международному опроснику оценивались два компонента здоровья — физическое и психическое. В физический компонент входят: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH). В психологический компонент входят: жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое здоровье (MH). Результаты были представлены в виде 8 шкал с балльной оценкой от 0 до 100 (100 — полное здоровье). Обработка полученных результатов проводилась в соответствии с прикладными программами Statistica 6.

Таблица
Признаки хронического гастродуоденита, ассоциированного с *Helicobacter pylori* (n = 740)

Признаки	Частота встречающегося признака	n	p (%)	m
Возраст	Дошкольный и младший	318	43	2,78
	Школьный			
	Старший школьный	422	57	2,41
Пол	Мальчики (юноши)	288	38,9	2,87
	Девочки (девушки)	452	61,1	5,26
Факторы риска	Глистная инвазия и кишечные инфекции	698	94,3	0,88
Сроки диагностики ХГД	Через год и более от начала заболевания	630	85,1	1,42
Частота рецидивов, сезонность	Каждое полугодие, вне зависимости от сезона года	547	73,9	1,88
Социальный уровень семьи	Высокий и средний	427	57,7	2,39
Болевой и диспептический синдромы	Выражен у абсолютного большинства	711	96,1	0,73
ЭФГДС	Поверхностная	529	71,5	1,96
	Эрозивная	89	12	3,44
	Гипертрофическая	20	2,7	3,62
	Смешанная	102	13,8	3,41
рН-метрия	Тенденция к повышению кислотности желудочного сока	321	43,4	2,76
УЗИ	Реактивные изменения печени	141	19	3,3
Хелико-тест	Положительный	629	85	1,42
	Резко положительный	111	15	3,39
Местный иммунитет	Лизоцим		3,5 раза	
	SIsA		2,5 раза	
	Общий белок		1,5 раза	

Сведения об авторах:

Анфиногенова Ольга Борисовна, доктор мед. наук, профессор кафедры детских болезней ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, г. Кемерово, Россия.

Рудаева Елена Германовна, к.м.н., доцент кафедры детских болезней ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, г. Кемерово, Россия.

Шмакова Ольга Валерьевна, к.м.н., доцент кафедры детских болезней ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, г. Кемерово, Россия.

Нейжмак Зинаида Федоровна, к.м.н., ассистент кафедры детских болезней ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, г. Кемерово, Россия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Из 903 человек в возрасте 6-16 лет, страдающих ХГД, уреазный дыхательный хелик-тест был положительным у 740 детей (81,2 %), клинические, инструментальные и лабораторные данные которых представлены в публикации (табл.).

Более половины пациентов составили подростки (422 чел., 57 %). Другая группа включала дошкольников и младших школьников (318 чел., 43 %), среди которых дошкольников было меньшинство. В группе наблюдения преобладали лица женского пола (452 чел., 51,1 %).

В анамнезе обследованных нами больных прослеживались частые кишечные инфекции и паразитарные инвазии, способствующие, по-видимому, не только заболеванию гастритом, но и высокой активности хеликобактерной инфекции (698 чел., 94,3 %). Большим детям контрольной группы чаще сопутствовали нарушения режима дня, питания.

Частота рецидивов заболеваний не зависела от времени года (сезонности) и наблюдалась, в среднем, каждое полугодие и чаще. Среди детей контрольной группы был замечен осенне-зимний период обострения. Обращает внимание благополучный социальный уровень в семьях хеликобактер-зависи-

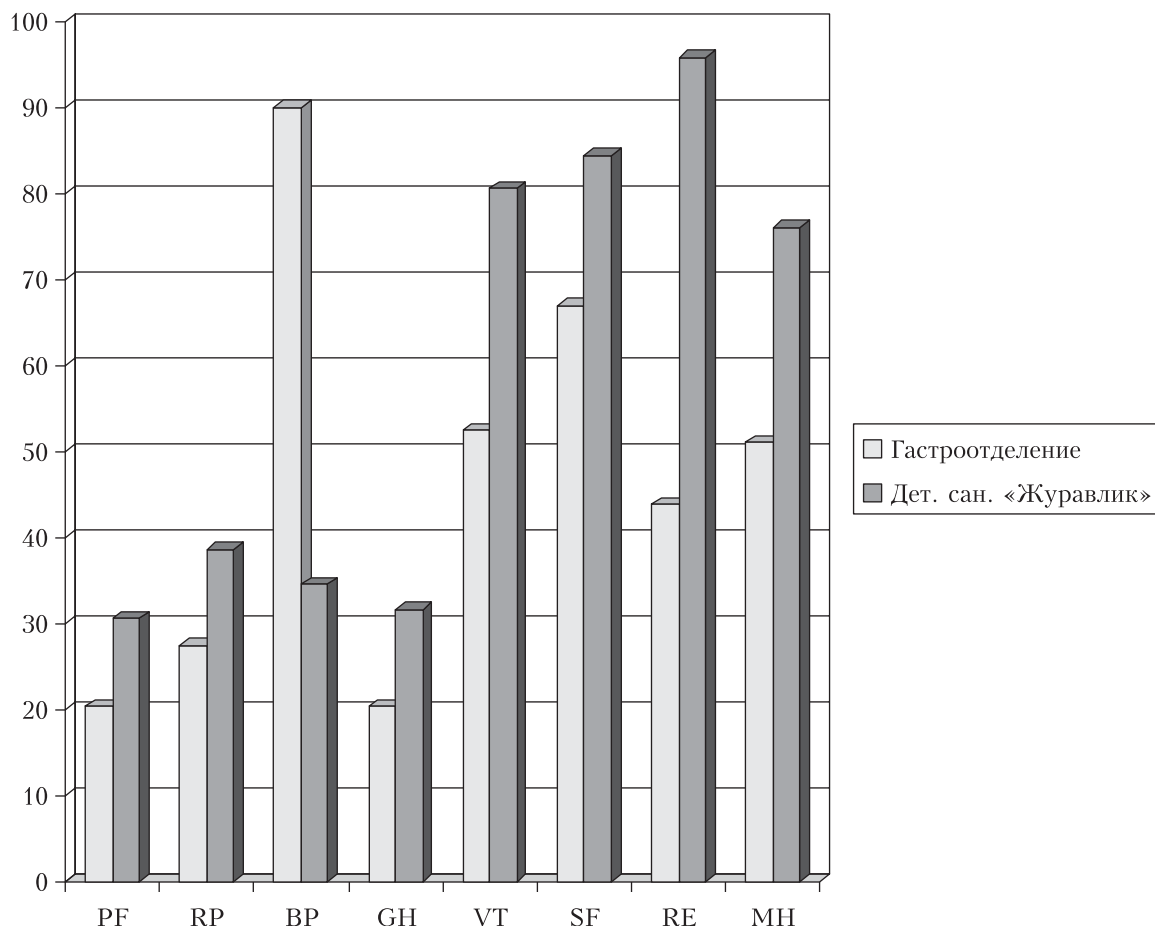
мых детей (57,7 %). Аналогичная ситуация отмечалась среди детей сравниваемой группы.

Клиническая картина ХГД, ассоциированного с НР, при обострении заболевания характеризовалась различными, продолжительными, не связанными с приемом пищи, иррадирующими вниз живота болями, с типичной локализацией в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Диспептические явления характеризовались преимущественно снижением аппетита, отрыжкой кислым, изжогой, запорами.

В психоэмоциональном статусе пациентов преобладала тревожность. Вегетативные расстройства были обусловлены в основном дисфункцией парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Морфологические исследования слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки подтвердили преимущественно поверхностную форму ХГД (529 чел., 71,5 %). Однако была заметна возрастная тенденция нарастания эрозивных форм воспаления, локализующихся чаще в антральном отделе желудка и в луковице дуоденума. У каждого пятого диагностированы гипертрофические изменения слизистых оболочек. Около половины больных имели повышенную кислотообразующую функцию желудка. У 98 детей (13,2 %) данная функция была пониженной, что угрожаемо злокачественной трансформацией

Рисунок
Показатели качества жизни



слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки. У многих детей и подростков мы диагностировали сочетанность ХГД с изменениями со стороны желчного пузыря и желчевыводящих путей (дисфункция), поджелудочной железы и печени (реактивные изменения).

Изучение местного иммунитета по компонентам ротового секрета свидетельствовало об угнетении активности лизоцима, SIgA и общего белка от 1,5 до 3,5 раз.

Наряду с решением вышеперечисленных задач, проведена оценка качества жизни (КЖ) наших пациентов (рис.).

Рисунок подтверждает, что в периоде обострения заболевания ухудшаются показатели физического и психологического состояния детей: нарастает степень дисгармонии, нарушается парасимпатическое звено вегетативной нервной системы, изменяется психоэмоциональный статус. Период реабилитации в санатории в течение 28 дней приближает все компоненты к уровню, близкому к норме.

ВЫВОДЫ:

1. Установлен высокий уровень хеликобактерной инвазии среди детей и подростков, больных хроническим гастродуоденитом — 81,2 %.
2. Особого внимания заслуживает высокая частота выявления НР при поверхностных формах поражения слизистой оболочки желудка и дуоденум.

3. Доказателен ряд признаков, патогномоничных ХГД хеликобактерной этиологии: анамнестических, клинических, инструментальных, лабораторных.
4. Полученные результаты исследования могут быть рекомендованы для определения тактики патогенетической терапии больных с ХГД.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Волков, А.И. Состояние детской гастроэнтерологической службы в регионах Российской Федерации /А.И. Волков, Е.В. Назарова //Здравоохранение РФ. — 2008. — № 4. — С. 14-15.
2. Огрызко, Е.В. Анализ заболеваемости детей Российской Федерации в возрасте 15-17 лет /Е.В. Огрызко //Здравоохранение РФ. — 2008. — № 4. — С. 16-19.
3. Новик, А.А. Исследование качества жизни в медицине /под ред Ю.Я. Шевченко. — М., 2004. — 304 с.
4. Щербаков, П.Л. Поражение верхних отделов пищеварительного тракта у детей /П.Л. Щербаков: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1997. — 36 с.
5. Возрастно-половой состав школьников, инфицированных *Helicobacter pylori* /Н.М. Никонова, С.М. Баженов, Л.И. Дубенская и др. //Материалы XV конгресса детских гастроэнтерологов. — М., 2008. — С. 213-214.
6. Опыт применения нифуроксазида в схеме эрадикационной терапии *H. pylori* /П.Л. Щербаков, А.С. Потапов, Е.С. Дубина и др. //Вопросы современной педиатрии. — 2006. — № 5. — С. 102-103.
7. Филимонов, Р.М. Подростковая гастроэнтерология /Р.М. Филимонов. — М., 2008. — 576 с.

* * *

ПОТРЕБЛЕНИЕ ЖИРНОЙ РЫБЫ ПРЕПЯТСТВУЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПРОБЛЕМ С ПАМЯТЬЮ
Об этом свидетельствуют результаты исследования, выполненного финскими учеными и опубликованные в журнале *Neurology*. Исследователь Jyrki Virtanen из Университета г. Куопио сообщает, что жареная рыба с высоким содержанием жирных кислот омега-3 препятствует снижению памяти и развитию деменции.

Ученые изучали 3660 здоровых людей пожилого возраста в течение 5 лет. Среди участников исследования, которые ели жирную рыбу минимум три раза в неделю, вероятность проблем с памятью была на 26 % ниже. Среди тех, кто ел жирную рыбу один раз в неделю, вероятность проблем с памятью снижалась на 13 %. Жирные кислоты омега-3 содержатся в лососевых, скумбрии, сельди и сардинах, а также в грецких орехах. Жирные кислоты также снижают вероятность развития болезней сердца. Финские исследователи также отмечают, что рыба, приготовленная в кипящем масле (фритюре), не содержит жирных кислот омега-3. В последнее время выполнено много исследований влияния особенностей питания на память человека. Недавно выполненное английское исследование (университеты Лоуборо и Оксфорд) показало, что популярный заменитель мяса под названием тофу вовсе не является идеальным здоровым продуктом, как это считалось раньше. Британцы исследовали около 700 пожилых лиц, которые потребляли тофу «больше нормы». Оказалось, что этот заменитель мяса влияет на память и может способствовать развитию деменции прежде всего среди более «молодой» группы пожилых (до 68 лет).

Источник: www.solaris-info.ru

Басманова Е.Д., Перевощикова Н.К., Танинчук С.Л.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА

Изучено состояние здоровья 80 воспитанников младшего школьного возраста Детского дома № 1 г. Кемерово. Неблагоприятный медико-социальный анамнез, высокая степень реализации факторов риска антенатального и постнатального периодов предрасполагают к нарушению дифференцировки тканей и формированию малых аномалий развития у детей. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани выявляется у 65 % воспитанников, в три раза чаще, чем у детей, воспитывающихся в семьях ($p < 0,001$). Наличие мезенхимальной недостаточности обуславливает полиорганность патологии. У воспитанников с высоким уровнем стигмальности диагностируются более трех заболеваний ($3,8 \pm 0,4$), у детей с умеренным количеством малых аномалий развития – $2,3 \pm 0,4$ ($p < 0,01$). Динамика клинических проявлений позволяет рассматривать синдром соединительно-тканной дисплазии как процесс, при котором морфофункциональные изменения в тканях и органах, проявляющиеся в раннем детстве, при отсутствии должных лечебно-профилактических мероприятий прогрессивно развиваются в последующие периоды жизни. Ранняя диагностика врожденной дисплазии соединительной ткани позволяет подходить к оценке здоровья детей комплексно, индивидуализировать программы их реабилитации.

Ключевые слова: воспитанники детского дома, малые аномалии развития, здоровье, недифференцированная дисплазия соединительной ткани.

Basmanova E.D., Perevoschikova N.K., Taninchuk S.L.

*Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo regional clinical hospital,
Kemerovo*

PREVALENCE AND CLINICAL DISPLAYS OF MEZENKHIMAL INSUFFICIENCY IN INMATES OF ORPHANAGE

The health status of 80 primary school aged inmates of orphanage N 1 (Kemerovo) was studied. Unfavorable medical and social history, high risk rate of antenatal and postnatal periods lead to the abnormality in tissue differentiation and formation of small children's development abnormalities. It is found that 65 % of inmates have undifferentiated connective tissue dysplasia. This rate is higher than the same characteristics of "home-grown" children by three times ($p < 0,001$). Mesenchymal insufficiency causes multisystem pathology. Those inmates with the high level of stigma are diagnosed to suffer from more than three diseases ($3,8 \pm 0,4$), while the children with the medium level of small development abnormalities have the rate of $2,3 \pm 0,4$ ($p < 0,01$). According to the dynamics of clinical symptoms, the connective tissue dysplasia syndrome can be considered as a process that influences the development of morphofunctional changes in tissues and organs. These morphofunctional changes emerge in infancy and, without medical and preventive treatment, develop intensively through the other life periods. Early recognition of congenital connective tissue dysplasia allows to conduct integrated examination of children's health and to develop individual rehabilitation programmes.

Key words: inmates of orphanage, small development abnormalities, health, undifferentiated connective tissue dysplasia.

Соединительная ткань занимает особое место в организме человека, она образует опорный каркас, наружные покровы, формирует с кровью и лимфой внутреннюю среду организма, активно участвует в регуляции метаболических и трофических процессов, играет важную роль в обеспечении иммунного гомеостаза [1-3]. Большое количество генов кодируют биосинтез и деградацию компонентов соединительной ткани. Неблагоприятные воздействия в эмбриональном и постнатальном периодах могут генетически изменять фибриллогенез внеклеточного матрикса и приводить к формированию соединительно-тканых дисплазий [4, 5].

Монофакторные заболевания соединительной ткани, обусловленные нарушением синтеза или распада гликогена, эластических волокон, протеогликанов, гликозаминогликанов, мукополисахаридов, имеют определенный генный дефект и тип наследования. Это дифференцированные дисплазии с четко очерченной клинической картиной — несовершенный остеогенез, синдромы вялой кожи, Марфана, Элерса-Данлоса и другие [6-9].

В практической деятельности врач-педиатр чаще сталкивается с ситуациями, когда у пациента имеется набор фенотипических признаков, не укладывающихся ни в одно из выше обозначенных заболеваний — мультифакторные поражения соединительной ткани. В их реализации принимают участие множественные дефекты генетического аппарата, возникающие при неблагоприятных воздействиях в период внутриутробного развития ребенка. Степень выраженности генетически детерминированных дефектов онтогенеза зависит от пенетрантности и экспрессивности соответствующих генов, от силы и сроков мутагенного воздействия.

Локализация диспластических изменений может быть ограничена одной системой или сочетанием значительного их числа [10-12]. В настоящее время для обозначения морфологической дисфункции соединительной ткани используется следующая терминология, отражающая диагностические синонимы: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, слабость соединительной ткани, мезенхимальная недостаточность, малые формы дисплазии соединительной ткани, синдром соединительно-тканной дисплазии, врожденная дисплазия соединительной ткани.

Целью исследования явилось изучение распространенности и особенностей клинических проявлений малых дисфункций соединительной ткани у детей младшего школьного возраста — воспитанников детского дома.

Корреспонденцию адресовать:

Басманова Елена Дмитриевна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел. раб.: 8 (3842) 36-64-59.
E-mail: basmanova-ed@mail.ru

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проводились на базе Детского дома № 1 и Средней образовательной школы № 35 г. Кемерово. Под наблюдением находились 80 воспитанников — младших школьников (48 мальчиков и 32 девочки, средний возраст — $8,5 \pm 0,6$ лет) и 56 детей близкого возраста (26 мальчиков и 30 девочек), воспитывавшихся в семьях. Изучалась медицинская документация детей: история развития ребенка (уч. ф. 112), унифицированная медицинская карта ребенка для образовательных учреждений (уч. ф. 026/у-2000), контрольная карта диспансерного учета (уч. ф. 30/у), листки здоровья по классам. Проводилось клиничко-лабораторное обследование детей, при необходимости — в клиниках медицинской академии, городском диагностическом центре.

Для уточнения характера малых аномалий развития (МАР) учащиеся осматривались генетиком. У воспитанников определялся уровень основных метаболитов соединительной ткани — оксипролина (ОП) и гликозаминогликанов (ГАГ) в суточной моче. Свободный ОП исследовался методом, основанным на окислении оксипролина перекисью водорода в пиррол, который при взаимодействии с диметиламинобензальдегидом давал окрашенный комплекс (Шараев П.Н.). Уровень экскреции ГАГ в суточной моче оценивался с помощью метода ЦПХ преципитации (Рыбакова К.Д., Кузьмичева Н.А.). Для детей 8 лет содержание ОП в моче составляло $46,7-59,0$ мг/сут, ГАГ — 173 ЕД ЦПХ/г креатинина.

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа Statistica 6.0. Значимость различий определялась с помощью двустороннего теста Стьюдента, различия признавались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

К внешним проявлениям врожденной дисплазии соединительной ткани относятся малые аномалии развития, свидетельствующие о неблагоприятном течении внутриутробного периода и определенной генетической обусловленности. Количественный анализ стигм — ценный вспомогательный метод прогноза физического, нервно-психического и социального развития детей [13]. Если в общеобразовательной школе чаще встречались учащиеся с низким уровнем МАР ($4,8 \pm 0,5$) — $53,6$ %, реже с умеренным ($6,3 \pm 0,4$) — $25,5$ % и высоким ($10,9 \pm 0,5$) — $21,4$ %, то в детском доме преобладали школьники с высоким уровнем стигматизации ($11,1 \pm 0,5$) — 65 %, остальные дети (35 %) имели умеренное количество МАР ($6,7 \pm 0,2$).

Дальнейшему нашему наблюдению подлежали воспитанники детского дома, которые были разбиты на две группы. В основную группу вошли дети с высоким уровнем стигм, в группу сравнения — с умеренным. Структура малых аномалий развития воспитанников отличалась выраженной вариабельностью,

Таблица 1

Состояние здоровья воспитанников детского дома

Группы здоровья	Основная группа (количество стигм ≥ 10)			Группа сравнения (количество стигм $\geq 6-9$)		
	Девочки (n = 15)	Мальчики (n = 21)	Всего (n = 36)	Девочки (n = 17)	Мальчики (n = 27)	Всего (n = 44)
1	-	-	-	-	-	-
2	26,67	19,05	22,86	47,06	48,15*	47,73*
3	66,67	71,43	68,80	46,06	44,44*	45,45*
4	6,67	4,76	5,56	5,88	7,41	6,82
5	-	4,76	2,78	-	-	-

Примечание: Достоверность различий между детьми основной группы и группы сравнения: * $p < 0,05$

всего было диагностировано около 70 видов МАР в различных анатомо-топографических областях. Наиболее часто у школьников регистрировались долихо- или брахицефалическая форма черепа, аномалии развития завитка и противозавитка, готическое небо, неправильный рост зубов, деформированная грудная клетка, гипотелоризм сосков, диастаз прямых мышц живота, грыжи, гиперрастяжимость кожи, низкий рост волос, клинодактилия, сандалевидная щель. Мы не выявили достоверных различий по половой асимметрии малых аномалий, хотя известно, что подобные закономерности возможны [14].

Воспитанники детского дома с высоким уровнем малых аномалий развития имели более выраженные отклонения в состоянии здоровья по сравнению с детьми, имевшими умеренное количество стигм (табл. 1). Детей с первой группой здоровья среди обследованных не было, функциональные нарушения чаще встречались у младших школьников с умеренным количеством стигм, хроническая патология — у детей с высоким уровнем стигматизации ($p < 0,05$). По данным специализированного осмотра, в основной группе на одного ребенка приходилось, в среднем, более трех заболеваний ($3,8 \pm 0,4$), в группе сравнения — $2,3 \pm 0,4$ ($p < 0,01$).

Для воспитанников с большим количеством малых аномалий развития были характерны некоторые конституциональные особенности, свидетельствовавшие о слабости соединительной ткани. Среди них чаще, по сравнению с детьми, имевшими средний уровень стигматизации, регистрировались школьники с астеническим телосложением ($p < 0,001$), слабым развитием мускулатуры ($p < 0,01$), нарушением осанки ($p < 0,001$), уплощением стопы ($p < 0,001$), миопией ($p < 0,01$), кариесом ($p < 0,01$). Преобладание продольных размеров тела над поперечными подтверждал индекс Вервеке, колебавшийся у большинства детей основной группы (61,5 %) в пределах 1,32 — 1,25, в среднем $1,28 \pm 0,3$ (умеренная долихоморфия), у детей группы сравнения индекс соответствовал $1,0 \pm 0,2$ (гармоничное развитие). Характерной особенностью воспитанников с мезенхимальной недостаточностью была мышечная астения, проявлявшаяся слабостью дистальных мышц конечностей. Показатели динамометрии у детей основной группы были на 15-20 % ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Сведения об авторах:

Басманова Елена Дмитриевна, к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, г. Кемерово, Россия.

Перевощикова Нина Константиновна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, засл. врач РФ, г. Кемерово, Россия.

Танинчук Светлана Львовна, врач высшей категории, зав. медико-генетической лабораторией ГУЗ КОКБ, г. Кемерово, Россия.

У большинства детей основной группы выявлялись малые аномалии сердца (55,6 % против 29,6% в группе сравнения, $p < 0,01$), среди которых лидирующие позиции занимали аномалии хордального аппарата (85,5 % и 84,6 %, соответственно, $p < 0,05$). Почти у каждого второго ребенка с высоким числом стигм диагностировался пролапс митрального клапана, у воспитанников с умеренным уровнем МАР — лишь у каждого пятого ($p < 0,05$).

Достоверно чаще на электрокардиограмме воспитанников основной группы регистрировались нарушения сердечного ритма и проводимости, метаболические нарушения в миокарде ($p < 0,05$).

Среди детей с клиническими проявлениями врожденной дисплазии соединительной ткани отмечался более высокий удельный вес воспитанников с вегето-сосудистой дистонией, протекавшей по гипотоническому типу, нередко с синкопальными и предсинкопальными состояниями (52,8 % против 9,6 % в группе сравнения, $p < 0,01$). Спланхоптоз и нейро-сенсорная тугоухость встречались только у воспитанников с высоким количеством стигм.

Наиболее часто дети основной группы по клиническим особенностям укладывались в симптомокомплекс, характерный для MASS-подобного фенотипа (73,9 %): скелетные аномалии, кожные изменения (тонкая и нежная кожа), пролабирование створок клапанов. В 16,5 % случаев имел место марфаноидный фенотип — воспитанники отличались астеническим телосложением, у них регистрировались поражение клапанного аппарата сердца и нарушения зрения. Для элерсopodobного фенотипа (9,1 %) были типичны тонкая и нежная кожа, склонность к гипермобильности суставов различной степени тяжести (от повышенной гибкости до привычных вывихов).

Одним из важнейших показателей, характеризующих здоровье детей, является физическое развитие. К началу обучения в школе у половины детей

основной группы выявлялось заметное отставание в росте, а низкое и очень низкое физическое развитие регистрировалось в 38,9 % случаев, в группе сравнения удельный вес низкорослых был в 3,4 раза меньше — 11,4 % ($p < 0,05$). Дисгармоничное физическое развитие за счет дефицита массы тела также чаще выявлялось у детей основной группы ($p < 0,05$).

У некоторых воспитанников с высоким уровнем МАР признаки поражения соединительной ткани регистрировались сразу же после рождения: дисплазия тазобедренных суставов (2,8 %), spina bifida (5,6 %), врожденные пороки сердца (5,6 %), повышенная кровоточивость (11,1 %), грыжи (16,7 %), функциональный шум в сердце (66,7 %), мышечная гипотония (69,4 %). У детей группы сравнения из выше перечисленных симптомов в постнатальном периоде диагностировались только повышенная кровоточивость (2,3 %, $p < 0,05$), грыжи (2,3 %, $p < 0,05$), функциональный шум в сердце (20,5 %, $p < 0,001$) и мышечная гипотония (9,1 %, $p < 0,001$).

В грудном возрасте у некоторых детей с высокой степенью стигматизации, несмотря на проводимую профилактику и лечение рахита, отмечалось тяжелое и среднетяжелое течение заболевания (27,8 % против 6,8 % в группе сравнения, $p < 0,01$).

В раннем дошкольном возрасте дети с клиническими проявлениями мезенхимальной недостаточности были склонны к бронхолегочной патологии (обструктивный синдром), имели высокий индекс инфекционной заболеваемости (66,7 %), в группе сравнения — 27,3 % ($p < 0,01$). Достоверно чаще у высоко стигматизированных детей регистрировалась патология, связанная с гиперплазией элементов лимфоэпителиального глоточного кольца Пирогова-Вальдейера. Так, аденомотомию и тонзилотомию перенесли в дошкольном возрасте 16,7 % детей основной группы, в группе сравнения — лишь 2,3 % ($p < 0,05$).

К 5-7 годам у большинства воспитанников с соединительно-тканной дисплазией диагностировалась патология скелета (55,8 % против 25 % в группе сравнения, $p < 0,05$), из висцеральных признаков впервые обнаруживались аномалии хордального аппарата и пролапс митрального клапана.

Несостоятельность клапанного аппарата прослеживалась не только на уровне сосудов, но и желудочно-кишечного тракта в виде недостаточности кардиального и пилорического отделов желудка. Рефлюкс-эзофагит и дуоденогастральный рефлюкс выявлялись у детей основной группы в три раза чаще (19,4 % против 6,8 % в группе сравнения, $p < 0,05$). Нарушение моторной функции прослеживалось не только на уровне желудка, но и билиарной системы. Указание на дискинезию желчевыводящих путей имели 33,3 % воспитанников с высоким уровнем стигматизации, со средним — 11,4 % ($p < 0,05$). Как прояв-

ление дискинезии ЖКТ мы рассматривали симптомы, связанные с нарушением эвакуаторной функции терминального отдела кишечника. Склонность к запорам достоверно чаще выявлялась у детей с мезенхимальной недостаточностью (36,1 % против 11,4 %).

Дисфункцией нижних мочевыводящих путей, проявлявшейся различными видами нарушений мочеиспускания, страдали 16,7 % детей основной группы и 2,3 % детей группы сравнения ($p < 0,05$). Рыхлость коллагенового каркаса сосудов объясняла склонность детей с дисплазией соединительной ткани к аллергическим реакциям, степень выраженности которых варьировала от уртикарных кожных проявлений до отека Квинке (22,2 % против 6,8 % в группе сравнения, $p < 0,05$).

Средний уровень экскреции основных метаболитов соединительной ткани (оксипролина и гликозоаминогликанов) с мочой у воспитанников детского дома соответствовал возрастной норме (табл. 2). В то же время, у детей с клиническими проявлениями мезенхимальной недостаточности отмечалась отчетливая тенденция к более высоким значениям исследуемых параметров ($p < 0,001$, $p < 0,05$). Если у всех детей со средним уровнем стигматизации суточная экскреция оксипролина и гликозоаминогликанов соответствовала норме, то среди воспитанников, имевших более десяти малых аномалий развития, встречались дети с содержанием метаболитов соединительной ткани в суточной моче выше нормы (ОП — в 11,5 % случаев, ГАГ — в 17,4 %).

Высокий удельный вес детей с клиническими проявлениями недифференцированной дисплазии соединительной ткани (65 %) в учреждениях интернатного типа был вполне объясним. Подавляющее большинство воспитанников — социальные сироты, выходцы из семей крайнего социального риска. Основная причина их жизнеустройства в сиротское учреждение — лишение родителей родительских прав вследствие аморального образа жизни, злоупотребления алкоголем. Воздействие целого комплекса негативных влияний на плод в период внутриутробного развития (потребление родителями психоактивных веществ, табакокурение, неполноценное и несбалансированное питание, дефицитное по белкам, витаминам, микро- и макронутриентам) способствовали формированию мезенхимальной недостаточности, носившей, при сохранявшихся негативных воздействиях в условиях неблагополучной семьи, прогредиентное течение.

Таблица 2
Суточная экскреция оксипролина и гликозоаминогликанов у воспитанников с высокой и средней степенью стигматизации (M±m)

Метаболиты соединительной ткани (мг/сут.)	Норма (мг/сут.)	Количество стигм	
		≥ 10	≥ 6-9
Оксипролин	Девочки (n = 36)	до 69	22,9 ± 0,9
	Мальчики (n = 43)	до 59	19,1 ± 0,5
Гликозоаминогликаны	Девочки (n = 36)	до 5,4	4,2 ± 0,4
	Мальчики (n = 43)	до 4,9	3,9 ± 0,8

Примечание: Достоверность различий между показателями воспитанников с высокой и средней степенью стигматизации: * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования свидетельствуют о широкой распространенности недифференцированной дисплазии соединительной ткани у воспитанников детского дома. Неблагоприятный анамнез, высокая степень реализации факторов риска антенатального и постнатального периодов приводят к нарушению дифференцировки тканей и формированию пороков развития. Наличие синдрома соединительно-тканной дисплазии обуславливает полиорганность патологии. Динамика клинических проявлений (с младенчества до пубертата) позволяет рассматривать мезенхимальную недостаточность как процесс, при котором морфофункциональные изменения в тканях и органах, проявляющиеся в раннем детстве, при отсутствии должных лечебно-профилактических мероприятий прогрессируют и развиваются в последующие периоды жизни.

Объединение выявленных отклонений в здоровье в единый синдромокомплекс недифференцированной дисплазии соединительной ткани позволяет подходить к оценке состояния здоровья детей комплексно, индивидуализировать программы восстановительного лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Барышнев, Ю.И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей /Барышнев Ю.И., Бахаров В.А., Новиков П.В. – М.: Триада-Х, 2004. – 560 с.
2. Буланкина, Е.В. Висцеральные нарушения с врожденной дисплазией соединительной ткани /Буланкина Е.В., Чемоданов В.В., Горнаков И.С. //Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: Тез. докл. I Всерос. конгресса. – М., 2002. – 92 с.
3. Особенности течения заболеваний у детей с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани /Гавалов С.М.,

Заленская В.В., Тимофеева Е.П., Правоторов Г.В. – Новосибирск, 1998. – 46 с.

4. Демин, В.Ф. Значение соединительно-тканых дисплазий в патологии детского возраста /Демин В.Ф., Ключников С.О., Ключникова М.А. //Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 50-56.
5. Кадурин, Т.И. Наследственные коллагенопатии /Кадурин Т.И. – СПб., 2000. – 279 с.
6. Ключникова, М.А. Значение соединительно-тканых дисплазий в развитии некоторых соматических заболеваний у детей /М.А. Ключникова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 22 с.
7. Козлова, С.И. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование /Козлова С.И., Демикова Н.С., Блиникова О.Е. – М.: Практика, 1996. – С. 147-148.
8. Попов, И.В. Малые аномалии развития: их место в системе современного врачевания (клинико-теоретическое исследование) /Попов И.В. – СПб.: Виконт, 2004. – 165 с.
9. Серов, В.В. Соединительная ткань /Серов В.В., Шехер А.Б. – М., 1981. – 312 с.
10. Шияев, Р.Р. Дисплазия соединительной ткани и ее связь с патологией внутренних органов у детей и взрослых /Шияев Р.Р., Шальникова С.Н. //Вопросы современной педиатрии. – 2003. – № 5(2). – С. 67.
11. Клинико-иммунологический анализ клинических вариантов дисплазий соединительной ткани /Яковлев В.М., Глотов А.В., Нечаева Г.И., Коненков В.И. //Терапевтический архив. – 1994. – № 5. – С. 9-11.
12. Crystal and molecular structure of a collagen-like peptide at 1.1 Å resolution /Bella J., Eaton M., Drosky D., Berman N.M. //Science. – 1994. – N 266. – P. 75-81.
13. Colew, G. Etiology and pathogenesis of heritable connective tissue diseases /Coley G. //J. Pediatr. Orthop. – 1993. – N 13. – P. 392-403.
14. Cardiovascular complications in the Ehlers-Danlos syndrome with minimal external findings /Shohet I., Rosenbaum I., Frand M. et al. //Clin. Genet. – 1987. – N 31. – P. 148-152.



ЛИШНИЕ КИЛОГРАММЫ У РЕБЁНКА ВРЕДЯТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

В дополнение к гипертонии, сердечно-сосудистым заболеваниям и диабету, детское ожирение вызывает изменения в функции и структуре щитовидной железы, сообщают итальянские педиатры региональной больницы в Больцано, Университета Генуи и Университета Бресции. Завышенный индекс массы тела влиял на строение ткани и уровни гормонов щитовидной железы, показало трёхлетнее обследование ультразвуком и анализ гормональных концентраций 186 детей с избыточным весом.

Воспалительные процессы при ожирении негативно сказывались на работе щитовидной железы, способствуя образованию антител. Врачи полагают, что лишняя масса тела может вызвать диагноз аутоиммунного тиреоидита (зоба Хашимото), при котором Т-клетки атакуют клетки щитовидной железы и в результате происходит уплотнение и увеличение её размера. Тем не менее, медики до сих пор не уверены, сохраняются ли патологии щитовидной железы у детей с ожирением и прогрессируют ли аномалии в хронические заболевания в более позднем возрасте. Пока терапевтам ясно одно - избыточные килограммы в любом случае вредят здоровью ребёнка.

Источник: Medportal.ru

Вавилова В.П., Караульнова Т.А., Вайман О.А., Нечаева И.А.

Кемеровская государственная медицинская академия,

МУЗ Детская клиническая больница № 7,

г. Кемерово

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА У ТУБИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Отслежено положительное влияние сочетанного введения иммунокорректора Анаферона детского и вакцины против гриппа. Установлена высокая профилактическая эффективность Анаферона детского в отношении неспецифической заболеваемости ОРВИ и гриппа, рецидивирующей патологии ЛОР-органов у тубинфицированных детей на фоне проводимой им противотуберкулезной терапии. Повысился титр противогриппозных антител на фоне приема Анаферона детского.

Ключевые слова: Анаферон детский, тубинфицированные дети, профилактика, вакцинация.

Vavilova V.P., Karaulnova T.A., Vaiman O.A., Nechaeva I.A.

Kemerovo State Medical Academy,

Child's city clinical hospital № 7,

Kemerovo

MODERN APPROACHES TO PREVENTIVE MAINTENANCE OF THE FLU AT CHILDREN INFECTED WITH THE TUBERCULAR STICK

It is revealed positive influence of combined introduction of ANAFERON KID and influenza virus vaccine. It is ascertained high prophylactic efficacy of ANAFERON KID regarding nonspecific morbidity rate of acute respiratory viral infection and influenza, recurrent pathology of ENT-organs of tubercular children while receiving antituberculous therapy. Rising Anti-Influenza antibody titer was determined in the course of ANAFERON KID intake.

Key words: ANAFERON KID, tubercular children, prophylaxis, vaccination.

Среди групп риска по высокой заболеваемости гриппом и другими ОРВИ особое значение придается детям, больным различными формами туберкулеза. Рост заболеваемости детского населения стал характерной и весьма тревожной тенденцией эпидемиологии туберкулеза в России и в мире. В связи с этим, совершенствование профилактических мероприятий в наиболее угрожаемых группах детского населения является важной задачей фтизиатрии [1].

По данным эпидемиологов, показатели заболеваемости детей туберкулезом держатся на стабильно высоком уровне: 14,89 на 100 тысяч детского населения в 2006 году, 16,4 на 100 тысяч детского населения в 2007 году (Аксенова В.А., 2008). Риск инфицирования туберкулезом у часто болеющих детей в 2 раза выше, чем у детей того же возраста.

Одной из проблем детской фтизиатрии в России является, в том числе, и высокая заболеваемость детей в группе риска. Создание у детей специфического и неспецифического иммунитета против наиболее часто встречающихся заболеваний может стать эффективным методом неспецифической профилактики туберкулеза.

Фтизиопульмонологи имеют ограниченную возможность применять различные иммуностропные препараты для профилактики ОРВИ, поскольку подавляющее большинство подобных препаратов не рекомендованы к применению у пациентов, инфицированных микобактериями туберкулеза. Немногочисленна группа медицинских средств неспецифической и специфической профилактики ОРВИ и гриппа у тубинфицированных детей [2, 3].

В связи с этим, одним из этих препаратов, обладающих достаточно высокой безопасностью у тубинфицированных детей, является Анаферон детский [4]. С учетом того, что Анаферон детский производится по технологии сверхмалых доз, он обладает

Корреспонденцию адресовать:

Караульнова Татьяна Александровна,

E-mail: dbalabaev@mail.ru

высоким профилем безопасности и не оказывает istotического влияния на иммунную систему детей из групп риска, в том числе тубинфицированных, при длительном применении (рекомендуемая продолжительность профилактического курса 3 месяца). Вместе с тем, следует подчеркнуть способность Анаферона детского оказывать модулирующее влияние на целый ряд показателей интерферонового статуса и иммунной системы. При этом данный препарат повышает продукцию антител, включая SIgA. Действуя через систему интерферонов, Анаферон детский обладает широким спектром противовирусной активности. Создание у тубинфицированных детей специфического и неспецифического иммунитета против наиболее часто встречающихся заболеваний может стать эффективным методом неспецифической профилактики туберкулеза.

Цель исследования — совершенствовать профилактику гриппа и ОРВИ у тубинфицированных детей за счет сочетанного введения Анаферона детского и вакцины против гриппа.

Задачи исследования — изучить иммунный ответ на вакцинацию против гриппа у тубинфицированных детей на фоне Анаферона детского. Оценить клиническую эффективность сочетанного введения вакцины против гриппа и Анаферона. Разработать иммунореабилитацию тубинфицированных детей с помощью Анаферона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клиничко-лабораторное сравнительное, рандомизированное, двойное слепое плацебо-контролируемое исследование профилактической эффективности Анаферона детского при проведении прививок против гриппа у детей, инфицированных микобактериями туберкулеза. В исследовании приняли участие 96 детей в возрасте от 3 до 7 лет, которые были разделены случайным образом (простая рандомизация) на 3 группы: 1-я — основная (57 детей), 2-я — контрольная (39 детей), 3-я — эпизодически болеющие дети (50 детей). В течение 3-х месяцев (ноябрь, декабрь, январь), учитывая предэпидемический период, дети 1-й группы получали по 1 таблетке в день Анаферона детского. Дети контрольной группы получали плацебо. За десять дней до постановки прививки против гриппа дети получали Анаферон по 1 табл. в день, что нашло свое отражение в увеличении количества подлежащих вакцинации. В случае развития ОРВИ, помимо симптоматической терапии, детям основной группы назначали Анаферон

детский по лечебной схеме (в первые 2 часа по 1 таблетке каждые 30 минут, затем в течение первых суток еще через равные промежутки времени; со вторых суток и далее — по 1 таблетке 3 раза в день на весь острый период) с последующим переходом на профилактическую дозу.

Критериями включения в исследование были: возраст от 3 до 7 лет; подтверждение инфицированности микобактериями туберкулеза; в течение 30 дней до включения в исследование пациент не получал другие иммуностропные и противовирусные препараты; наличие информированного согласия больного на участие в исследовании.

Эффективность препарата оценивали по выраженности жалоб, объективному статусу детей, уровню заболеваемости ОРВИ и продолжительности заболевания. Перед началом приема Анаферона детского, на фоне курса (через 1 месяц, 3 месяца) и после завершения приема препарата (в течение 6 месяцев), оценивали назоцитограну, изучали показатели местных факторов защиты слизистых оболочек верхних дыхательных путей (секреторный иммуноглобулин А определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по Manchini [5], лизоцим — нефелометрическим способом по В.Г. Дорофейчук [6], цитологическое исследование мазков-отпечатков со слизистой оболочки носа — по методу Л.А. Матвеевой [7]).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По результатам проведенных исследований общая характеристика тубинфицированных детей представлена следующим образом: 73,2 % детей относились к группе часто и длительно болеющих; у 63,3 % детей выявлена гиперплазия глоточной или(и) небных миндалин. Частота выявленной ЛОР-патологии у тубинфицированных детей дошкольного возраста в 53,2 % случаев определялась хроническим аденоидитом, в 31,4 % случаев — хроническим тонзиллитом, у 11,4 % детей — хроническим синуситом. Персистенция инфекции в носоглотке выявлялась в 60 % стафилококком, в 30% стрептококком. Раннее искусственное вскармливание характерно для 65,2 % тубинфицированных детей, каждый третий ребенок имел атопию. По нашим данным, частота обострений хронической носоглоточной инфекции у тубинфицированных детей при проведении трехмесячного курса Анафероном детским уменьшилась в 6,5 раз — 39,1 % в контрольной группе, 6 % в основной группе ($p < 0,001$).

Сведения об авторах:

Вавилова Вера Петровна, доктор мед. наук, профессор кафедры подготовки врачей первичного звена в здравоохранении и ССМП ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Караульнова Татьяна Александровна, зав. педиатрическим отделением МУЗ «Детская клиническая больница № 7», г. Кемерово, Россия.

Вайман Ольга Алексеевна, аспирант кафедры подготовки врачей первичного звена в здравоохранении и ССМП ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия. E-mail: olga_vaiman@mail.ru

Нечаева Ирина Александровна, канд. мед. наук, зав. отделением функциональной диагностики МУЗ «Детская клиническая больница № 7», г. Кемерово, Россия. E-mail: irinaan2112@mail.ru

Среднее количество ОРВИ, средняя продолжительность одного ОРВИ на фоне приёма Анаферона детского у тубинфицированных детей достоверно отличались от контрольной группы. Процент детей с гипертермией при ОРВИ в основной группе статистически значимо отличался от контрольной группы.

В нашем исследовании исходный уровень SIgA в секретах из носовых ходов был ниже нормально. На фоне Анаферона детского уровень SIgA достоверно увеличивался, достигая нормальных значений к 3 месяцу и сохраняясь на достаточно высоком уровне в течение 6 месяцев ($p < 0,001$), в то время как в контрольной группе он оставался на исходно низком уровне.

В эпителиальном слое верхних дыхательных путей у тубинфицированных детей происходили структурно-морфологические изменения, приводящие к снижению показателей местных факторов защиты, в частности уровня лизоцима. Констатировано стабильное нарастание лизоцима назального секрета через 1 месяц после начала приема Анаферона и сохранение его показателей на высоком уровне в течение 6 месяцев.

В защите слизистых оболочек верхних дыхательных путей принимают участие сегментоядерные нейтрофилы, мигрирующие из кровяного русла. У тубинфицированных детей повышена экссудация нейтрофилов на поверхность слизистой оболочки носа, однако зарегистрировано снижение их функциональной активности ($p < 0,01$). Малая функциональная реакция нейтрофилов может благоприятствовать вторжению возбудителя в ниже лежащие дыхательные пути. По нашим данным, показатель уровня нейтрофилов достоверно отличался от контрольной группы и оставался на уровне эпизодически больных детей на длительное время — до 6 месяцев.

Необходимость применения антибиотиков за 6 месяцев до лечения в группе Анаферона детского составляла 36,8 %, через 6 месяцев после проведения профилактического курса Анафероном детским — 15,7 % ($p < 0,01$), в группе сравнения эти показатели практически не изменились — 38,4 % до лечения и 38,4 % после лечения ($p > 0,05$).

После назначения Анаферона детского вакцинация противогриппозной вакциной чаще была успешной. В группе детей, получавших Анаферон детский, после вакцинации защищёнными против гриппа стали 42 ребенка (58 %); у детей, не получавших названный препарат, защищёнными стали 31 человек (38 %), различия статистически значимы ($p = 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование демонстрирует хорошую переносимость Анаферона детского и вакцины против гриппа, безопасность их применения у детей с латентной туберкулезной инфекцией. Подтверждена высокая целесообразность и эффективность сочетанного введения иммунокорректора Анаферона детского и вакцины против гриппа. Достоверно установлена высокая профилактическая эффективность Анаферона детского в отношении неспецифической заболеваемости ОРВИ и гриппа, рецидивирующей патологии ЛОР-органов у инфицированных микобактериями туберкулеза детей на фоне проводимой им противотуберкулезной терапии. У детей из групп риска улучшается состояние неспецифической резистентности организма (лизоцим, фагоцитарная активность нейтрофилов), местного иммунитета слизистых верхних дыхательных путей (SIgA). Неспецифическая профилактика ОРВИ при помощи Анаферона детского и иммунизация против гриппа достоверно снижают заболеваемость ОРЗ у детей с латентной туберкулезной инфекцией. Титр противогриппозных антител на фоне приема Анаферона детского выше по сравнению с группой контроля. Иммунизация против гриппа на фоне неспецифической иммунопрофилактики (Анаферон детский) характеризуется более высокой иммунологической эффективностью.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Перевощикова, Н.К. Анаферон детский в программе реабилитации детей, часто болеющих ОРВИ на фоне патологии лимфоглоточного кольца /Перевощикова Н.К., Басманова Е.Д., Казанская Т.В. //Педиатрия. — 2006. — № 6. — С. 65-69.
2. Костяная И.Е., Аксенова В.А. и соавт. //Вакцинация. — 2002. — № 1(19). — С. 10-11.
3. Учайкин, В.Ф. Анаферон — отечественный иммунокорректор с противовирусной активностью: пособие для врачей-педиатров, инфекционистов /В.Ф. Учайкин. — М., 2003. — 32 с.
4. Кондратьев, Е.И. Новые аспекты применения Анаферона в пульмонологии и педиатрической практике /Кондратьев Е.И., Неряхина С.В., Соболева Н.Г. //Поликлиника. — 2006. — № 3. — С. 17-19.
5. Mancini, G. Immunochemical quantitation of antigens by single radial diffusion /G. Mancini, A.O. Garbonare, I.F. Haremans //Immunochimistry. — 1965. — N 2. — P. 235.
6. Дорофейчук, В.Г. Определение лизоцима нефелометрическим методом /В.Г. Дорофейчук //Лабораторное дело. — 1968. — № 1. — С. 28-30.
7. Матвеева, Л.А. Местная защита респираторного тракта у детей /Матвеева Л.А. — Томск, 1993. — 276 с.

* * *

Черных А.А., Сутулина И.М., Черных Н.С., Лучанкина Л.А.,
Лылова Н.Н., Баталова Т.Е., Герасимова С.С.

Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5»,
ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»,
г. Кемерово

ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНУЮ АСПИРАЦИЮ, НА РАЗВИТИЕ АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Показано, что на фоне антибактериальной терапии аминопенициллинами и цефалоспоридами I поколения при неонатальном аспирационном синдроме аспирационная пневмония развивается у 17 % детей. Использование в качестве стартовой терапии защищенных аминопенициллинов ассоциировано с увеличением удельного веса аспирационных пневмоний и недостаточно гармоничным физическим развитием детей на первом году жизни. Высказывается сомнение в целесообразности использования антибактериальной терапии для профилактики аспирационных пневмоний.

Ключевые слова: новорожденный, аспирационный синдром, антибиотики, пневмония.

Chernih A.A., Cutulina I.M., Chernih N.S., Luchankina L.A.,
Lilova N.N., Batalova T.E., Gerasimova S.S.

Kemerovo State Medical Academy,
Child's city clinical hospital № 5,
Kemerovo regional clinical hospital,
Kemerovo

INFLUENCE OF ANTIBACTERIAL THERAPY ON DEVELOPMENT OF ASPIRATION PNEUMONIA AND STATE OF HEALTH IN THE FIRST YEAR OF LIFE FOR CHILDREN WHICH HAD ASPIRATION SYNDROME IN A NEONATAL PERIOD

It was discovered that aspiration pneumonia develops for 17 % children at a neonatal aspiration syndrome on a background antibacterial therapy by aminopenicillins and cephalosporins of the I generation. Using as starting therapy of protected aminopenicillins associated with increase of the specific weight of aspiration pneumonias and with not enough harmonious physical development of year-old children. In this article supposition is done, that expedience of the use of antibacterial therapy for the prophylaxis of aspiration pneumonias for children appears doubtful.

Keywords: new-born, aspiration syndrome, antibiotics, pneumonia.

Аспирационный синдром — одна из недостаточно изученных проблем в неонатологии, что связано с трудностью его дифференциальной диагностики и многофакторностью причин. Средняя частота аспирационного синдрома, по дан-

ным разных авторов, колеблется в пределах 1-5 % [1, 2]. Предрасполагающим фактором к развитию аспирационного синдрома у новорожденных является патология беременных, такая как гестоз, сердечно-сосудистые и хронические бронхо-легочные

заболевания, сахарный диабет, резус-конфликт и т.д. К факторам риска аспирации околоплодными водами также относятся срок гестации свыше 40 недель, запоздалые роды, фетоплацентарная недостаточность, аномалии родовой деятельности, длительное течение родов у женщин с хронической гипоксией плода, длительное и нерациональное применение утеротонических средств, крупный плод, обвитие пуповиной [1].

Патогенез аспирационного синдрома связан с тем, что попадающие в дыхательные пути околоплодные воды вызывают закупорку бронхов и развитие ателектазов, а также инактивацию сурфактанта с последующим спадением альвеол на выдохе. Имеющийся в водах меконий, за счёт содержащихся в нём липидов, протеолитических ферментов, повышенной осмолярности, вызывает воспалительную реакцию в трахее, бронхах, легочной паренхиме — химический пневмонит, максимально выраженный через 36-48 часов [1, 3].

Ведение детей с аспирационным синдромом включает раннее отсасывание околоплодных вод из дыхательных путей, респираторную поддержку в зависимости от тяжести дыхательной недостаточности, а также антибиотикотерапию [1, 2]. Аспирационный синдром является воспалительным процессом неинфекционной этиологии, однако ребёнок во время родов аспирирует потенциально инфицированные околоплодные воды. Инфицирование может произойти и постнатально, при оказании помощи ребёнку. Бактериальное инфицирование наслаивается на химическое воспаление слизистой бронхов и альвеол, ателектазы, возникающие вследствие закупорки бронхов и инактивации сурфактанта. В результате течение аспирационного синдрома может осложниться бактериальной пневмонией [1]. Назначение антибиотиков в данном случае направлено на подавление микробной флоры и профилактику развития инфекционного процесса.

Однако, помимо желаемого результата, при назначении антибиотиков мы неизменно получаем и побочные эффекты. Антибактериальная терапия нарушает формирование нормального биоценоза кишечника [4], может вызывать сенсibilизацию организма и формирование аллергических реакций, является фактором риска бронхиальной обструкции [5]. Нерационально широкое использование антибактериальных препаратов может вести к селекции антибиотикорезистентных штаммов внутрибольничной микрофлоры. В то же время, показания для назначения антибиотиков, в целом, и конкретных препаратов, в частности, при аспирационном синдроме четко не описаны.

Цель исследования — оценка влияния антибактериальной терапии, назначаемой по поводу аспирационного синдрома, на предотвращение развития аспирационных пневмоний и состояние здоровья ребенка на первом году жизни.

Корреспонденцию адресовать:

Черных Артем Александрович,
E-mail: artcher@inbox.ru

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ историй развития новорожденных, которым в первые дни жизни выставился диагноз «Аспирационный синдром». Исследование проводилось на базе родильного дома № 5 г. Кемерово. В исследуемую группу включались дети, родившиеся в 2006 году, отбор осуществлялся методом сплошной выборки. Критериями исключения являлись недоношенность и тяжелые дыхательные нарушения, потребовавшие проведения аппаратной ИВЛ. Исключение таких детей из исследования мотивировалось наличием у них морфологических изменений со стороны органов дыхания, не имеющих непосредственного отношения к аспирационному синдрому, но способных провоцировать развитие пневмонического процесса. Объем исследуемой группы составил 182 ребенка, (8,5 % от всех детей, родившихся в 2006 году в родильном доме № 5 г. Кемерово).

Вторым этапом работы стало катamnестическое исследование, которое проводилось на базах поликлинических отделений МУЗ ДКБ № 7 и МУЗ ДКБ № 16 г. Кемерово. У 37 детей из числа входивших в исследуемую группу проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт. Изучались данные о развитии ребенка на первом году жизни — физическое развитие в возрасте 3 и 12 месяцев, уровень гемоглобина в возрасте 3 и 12 месяцев, наличие фоновой патологии, острая заболеваемость, результаты микробиологических исследований.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «STATISTICA 6,0». Использовались непараметрические методики анализа данных (тест Манна-Уитни для двух независимых выборок, корреляция Спирмена), а также метод оценки различий между двумя пропорциями. Результаты признавались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Течение неонатального периода

Дети исследуемой группы рождались от матерей в возрасте $25,9 \pm 0,4$ лет (от 16 до 40 лет). От первой беременности родилось 66 детей (36,2 %), от повторных — 116 детей (63,7 %). Среди повторно беременных 97 женщин (83,6 %) имели в анамнезе медицинские аборт, из них 55 (47,4 %) — один, 42 (36,2 %) — два и более.

Настоящая беременность протекала на фоне хронической гипоксии плода и фетоплацентарной недостаточности у 96 % матерей. Анемия встречалась в 54 % случаев, угроза прерывания беременности — в 44,5 %. У 7 % матерей имело место маловодие, у 11,6 % — многоводие. У 21,4 % женщин во время беременности наблюдался кольпит, у 25,7 % — хронический пиелонефрит, у 4,4 % — носительство золотистого стафилококка.

Срок гестации на момент родов составил $38,7 \pm 0,1$ недель (от 37 до 41 недели). В родах у 16 жен-

щин (8,7 %) имел место длительный (более 12 часов) безводный период. Патологический характер околоплодных вод регистрировался в 58 случаях (31,9 %), из них в 21 (11,6 %) воды были мутные, в 37 (20,3 %) — с зеленью. В 6 случаях (3,3 %) роды осложнились развитием хориоамнионита.

Гистологическое исследование последа выполнялось в 126 случаях (69,2 %), из них в 34 (27 %) были обнаружены воспалительные изменения. В 172 случаях (94,5 %) было проведено бактериологическое исследование последа, получено 156 (90,7 %) положительных высевов. В 34 случаях (19,7 %) выделена *E. coli*, в 28 (15,3 %) — *Ent. faecalis*, в 37 (21,5 %) — *St. epidermidis*, в 13 (7,6 %) — *St. wagneri*, в 9 (5,2 %) — Грам-положительные палочки, в 31 (18 %) — прочая микрофлора. В 16 случаях (9,3 %) посев результата не дал.

У детей исследуемой группы масса при рождении в среднем составила 3315 ± 33 г (от 2350 до 4760 г), рост — $52,3 \pm 0,2$ см (от 45 до 59 см). 40 детей (22 %) имели внутриутробную гипотрофию, 13 (7,1 %) — макросомию. 58 детей (31,9 %) родились в состоянии асфиксии, из них у 7 детей (3,9 %) асфиксия была тяжелой, у 51 ребенка (28,0 %) — умеренной. У 113 детей (62,1 %) оценка по Апгар на первой минуте жизни составила 7 баллов, среди них в 73 случаях (40,1 %) повышение оценки к пятой минуте не отмечалось. Оценку по Апгар 8 баллов на первой минуте жизни имели 11 детей (6,0 %).

Диагноз синдрома аспирации околоплодными водами 101 ребенку (55,1 %) был выставлен в родильном зале, 60 (32,9 %) — в первые сутки жизни, 21 (11,5 %) — на вторые-третьи сутки. Детям, у которых аспирация была выявлена при рождении, в 37 случаях (36,6 %) в родильном зале проводилась интубация трахеи и санация трахеобронхиального дерева. Экстубация в 21 случае (56,8 %) выполнена непосредственно после проведения санации, в 16 случаях (43,2 %) — отсроченно, в первые 12 часов жизни.

Всем детям исследуемой группы в первые сутки жизни проводился общий анализ крови. Анемия выявлена в 13 случаях (7,1 %), количество лейкоцитов более $20 \times 10^9/\text{л}$ имело место у 25 детей (13,7 %), преобладание лимфоцитов в формуле Шил-

линга — у 21 ребенка (11,5 %), моноцитоз — у 64 детей (35,1 %).

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки с целью подтверждения диагноза аспирационного синдрома проводилось 178 детям (97,8 %). При этом усиление легочного рисунка отмечалось в 127 случаях (69,7 %), признаки гиповентиляции — в 55 (30,2 %), очаговые ателектазы — в 7 (3,8 %), эмфизема — в 1 (0,6 %). В 34 случаях (19,1 %) рентгенологические признаки аспирационного синдрома отсутствовали.

Всем детям исследуемой группы с момента постановки диагноза аспирационного синдрома назначалась антибактериальная терапия. Цель назначения антибиотиков заключалась в профилактике развития аспирационной пневмонии. 79 детям (43,4 %) был назначен цефазолин, 60 (32,9 %) — ампициллин, 43 (23,5 %) — сульфасин. Антибактериальные препараты вводились внутривенно либо внутримышечно в средних терапевтических дозах. Курс противомикробной терапии составил, в среднем, $7,7 \pm 0,1$ дней (от 3 до 13).

К моменту окончания курса антибактериальной терапии у 151 ребенка (83 %) наступила репарация аспирационного синдрома, у 31 ребенка (17 %) развилась аспирационная пневмония. Диагноз пневмонии выставлялся на основании клиники, рентгенологической картины и изменений в общем анализе крови.

Статистический анализ анамнестических данных (течение беременности и родов, в т.ч. факторы инфекционного риска, наличие и тяжесть асфиксии в родах, антропометрические данные ребенка при рождении, время постановки диагноза, проведение интубации в родильном зале, данные параклиники) не выявил каких-либо статистически значимых отличий между группой детей с репарацией аспирационного синдрома и группой с развитием аспирационной пневмонии. При разделении детей на подгруппы в зависимости от получаемого антибактериального препарата связи анамнестических факторов и исхода аспирационного синдрома также не выявлены. Отсутствие взаимосвязей между развитием аспирационной пневмонии и анамнестическими факторами риска, особенно инфекционными, может говорить о

Сведения об авторах:

Черных Артем Александрович, к.м.н., ассистент кафедры факультетской педиатрии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Сутулина Ирина Михайловна, к.м.н., доцент, зав. кафедрой факультетской педиатрии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Черных Наталья Степановна, к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Лучанкина Любовь Анатольевна, врач-неонатолог высшей категории, зав. отделением новорожденных родильного дома МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5», г. Кемерово, Россия.

Лылова Наталья Николаевна, врач-неонатолог родильного дома ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», г. Кемерово, Россия.

Баталова Татьяна Евгеньевна, клинический интерн кафедры госпитальной педиатрии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Герасимова Светлана Сергеевна, студентка 6-го курса педиатрического факультета ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

том, что антибактериальная терапия у детей исследуемой группы достаточно хорошо контролировала материнскую микрофлору и препятствовала реализации внутриутробного и интранатального инфицирования в инфекционный процесс. Развитие же аспирационных пневмоний, видимо, в значительном количестве случаев связано с наслоением внутрибольничной микрофлоры, резистентной к назначаемым антибактериальным препаратам.

При оценке эффективности антибактериальных препаратов установлено, что на фоне терапии цефазолином развитие аспирационной пневмонии имело место в 9 случаях из 79 (11,4 %), ампициллином — в 10 случаях из 60 (16,7 %), сульфасином — в 12 случаях из 43 (27,9 %). Различия между частотой развития аспирационной пневмонии на фоне терапии цефазолином и сульфасином статистически значимы ($p < 0,05$). Наибольшая частота развития пневмонии на фоне терапии защищенным аминопенициллином, антимикробный спектр которого включает и часть внутрибольничной флоры, возможно, связана с тем, что при использовании данного препарата идет селекция микрофлоры, и организм в конечном итоге колонизируется полирезистентными штаммами, обладающими более выраженными патогенными свойствами.

Развитие детей на первом году жизни

Среди детей, включенных в казначествовую часть исследования, в неонатальном периоде с целью профилактики развития аспирационной пневмонии 14 (37,8 %) получали антибактериальную терапию ампициллином, 15 (40,6 %) — цефазолином, 8 (21,6 %) — сульфасином. К 7-10 дню жизни у 25 детей (67,6 %) была диагностирована репарация аспирационного синдрома, у 12 детей (32,4 %) развилась аспирационная пневмония, по поводу которой дети получали дальнейшее лечение.

В возрасте 3 месяцев среднее физическое развитие имели 13 детей (35,2 %), выше среднего — 9 детей (24,3 %), высокое — 4 ребенка (10,8 %), ниже среднего — 9 детей (24,3 %), низкое — 2 ребенка (5,4 %). Среднее значение длины тела в возрасте 3 месяцев — $61,7 \pm 0,38$ см. У подавляющего большинства детей (34 ребенка, 91,9 %) физическое развитие было гармоничным, у 3 детей (8,1 %) — дисгармоничным за счет дефицита массы тела. Средняя масса тела в 3 месяца составила $6309,4 \pm 106,5$ г.

В возрасте 1 года количество детей, имевших среднее физическое развитие, увеличилось до 16 (43,3 %), физическое развитие выше среднего имели 7 детей (18,9 %), высокое — 3 ребенка (8,1 %), ниже среднего — 9 детей (24,3 %), низкое — 1 ребенок (2,7 %), у 1 ребенка (2,7 %) зарегистрировано очень низкое физическое развитие. Среднее значение длины тела в возрасте 1 года — $76,9 \pm 0,45$ см. Число детей, имевших гармоничное физическое развитие, уменьшилось до 27 (75,7 %), у 3 детей (8,1 %) физическое развитие было дисгармоничным за счет избытка массы тела, у 5 детей (13,5 %) — дисгармоничным за счет дефицита массы тела, у 1 ребенка (2,7 %) —

резко дисгармоничным за счет дефицита массы тела. Средняя масса тела в возрасте 1 год составила $10303,8 \pm 162,5$ г.

Значительная часть детей на первом году жизни имела фоновую патологию. Диагноз гипотрофии составлялся 6 детям (16,2 %). У 9 детей (24,3 %) был выявлен рахит. Железодефицитная анемия была диагностирована у 13 детей (35,1 %), средний уровень гемоглобина в возрасте 3 месяцев составил $122,1 \pm 1,3$ г/л, в возрасте 1 года уменьшился до $116,3 \pm 1,2$ г/л. Проявления атопии встречались у 6 детей (16,2 %).

Перенесли острые заболевания на первом году жизни 25 детей (67,6 %), от 1 до 5 эпизодов. Число эпизодов острого заболевания по группе в целом — $54 (1,5 \pm 0,2$ на 1 ребенка). Наиболее часто встречались ОРВИ (48 эпизодов у 25 детей). Бронхиты и пневмонии встречались редко (4 эпизода у 3 детей). Один ребенок перенес острую кишечную инфекцию, один — инфекцию мочевыводящих путей.

На протяжении первого года жизни 11 детям (29,7 %) проводились бактериологические исследования. У 10 детей субстратом для исследования был кал, у 1 ребенка проводилось исследование мочи по поводу инфекции мочевыводящих путей. Во всех случаях выделена условно-патогенная микрофлора. У 7 детей (63,6 %) имел место высеив различных штаммов клебсиеллы, в т.ч. у 3 детей (42,9 %) — штаммов, обладающих полирезистентностью к антибактериальным препаратам. У одного ребенка (9,1 %) выделен полирезистентный *Proteus vulgaris*, у 2 детей (18,2 %) — полирезистентная *Pseudomonas aeruginosa*. Высеив гемолитического энтерококка отмечен у 1 ребенка (9,1 %), стафилококков — у 3 детей (27,3 %), в т.ч. у 1 ребенка (33,3 %) — полирезистентный штамм. В целом полирезистентная флора была выделена у 5 детей (45,5 %).

С целью оценки значения реализации аспирационной пневмонии для развития ребенка на первом году жизни дети также были разделены на 2 подгруппы. В первую вошли 25 детей, у которых была диагностирована репарация аспирационного синдрома, во вторую — 12 детей, у которых развилась аспирационная пневмония. Статистически значимых отличий между подгруппами выявлено не было.

С целью выявления влияния антибактериальной терапии, назначавшейся по поводу аспирационного синдрома, на развитие ребенка на первом году жизни, дети были разделены на 2 подгруппы. В первую вошли 29 детей, получавших препараты первого ряда — ампициллин либо цефазолин. Вторую подгруппу составили 8 детей, получавших в качестве стартовой терапии антибиотик резерва — сульфасин. Выявлено, что у большинства детей, получавших в качестве стартовой антибактериальной терапии ампициллин либо цефазолин, масса тела в возрасте 1 года оказалась в пределах IV коридора (18 детей, 62,1 %). У детей, получавших в качестве стартовой антибактериальной терапии сульфасин, масса тела в возрасте 1 года в большинстве случаев находилась в III коридоре (5 детей, 62,5 %). Разница в распре-

делении статистически значима, $p < 0,05$. Менее гармоничное физическое развитие детей второй подгруппы, возможно, связано с нарушением формирования у них биоценоза кишечника под влиянием агрессивной антибактериальной терапии. По данным литературы, дисбиоз кишечника является фактором, нарушающим усвоение питательных веществ в желудочно-кишечном тракте.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, исследование показало, что антибактериальная терапия полусинтетическими аминопенициллинами и цефалоспоридами I поколения при аспирационном синдроме эффективно предотвращает реализацию внутриутробного инфицирования в инфекционный процесс. Тем не менее, у 17 % детей имело место развитие аспирационной пневмонии. Вероятно, этиологическим фактором инфекционного поражения легких в данной ситуации является внутрибольничная микрофлора. Инфицирование ребенка госпитальными штаммами происходит постнатально, и предотвратить этот процесс назначением антибактериальной терапии невозможно.

Установлено также, что использование при аспирационном синдроме защищенных аминопенициллинов ведет к увеличению удельного веса аспирационных пневмоний. Данный феномен, возможно, обусловлен селекцией внутрибольничной флоры и заселением организма полирезистентными штаммами, обладающими более выраженными патогенными свойствами. Не исключено, что ситуация с селекцией микрофлоры существует и при использовании цефазолина и ампициллина. Препараты, угнетая относительно «безобидную» материнскую микрофлору, могут расчищать место для микрофлоры внутрибольничной, потенциально способствуя увеличению удельного веса развития аспирационных пневмоний.

В то же время, осложнение аспирационного синдрома реализацией аспирационной пневмонии у доношенного ребенка, не имевшего в неонатальном периоде тяжелых дыхательных нарушений, не оказывает

влияния на его развитие на первом году жизни. Сама же антибактериальная терапия, проводимая в неонатальном периоде, вполне может влиять на дальнейшее развитие ребенка. В частности, использование защищенных аминопенициллинов с целью профилактики развития аспирационной пневмонии ассоциировано с недостаточно гармоничным физическим развитием детей в возрасте 1 года жизни.

Данный факт ставит под сомнение целесообразность использования антибактериальной терапии для профилактики аспирационных пневмоний.

ВЫВОДЫ:

1. Показаниями для назначения антибактериальной терапии доношенному новорожденному с аспирационным синдромом, не сопровождающимся тяжелыми дыхательными нарушениями, являются наличие аспирационной пневмонии либо высокий анамнестический риск ее развития. Назначение антибактериальных препаратов всем детям с аспирационным синдромом нецелесообразно.
2. Использование защищенных аминопенициллинов с целью профилактики аспирационной пневмонии нерационально.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Шабалов, Н.П. Неонатология /Н.П. Шабалов. – Т. 1. – М.: МЕД-пресс-информ, 2004. – 608 с.
2. Неонатология: национальное руководство /под ред. Н.Н. Володина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 848 с.
3. Okazaki, K. Serum cytokine and chemokine profiles in neonates with meconium aspiration syndrome /Okazaki K. et al. //Pediatrics. – 2008. – Vol. 121(4). – P. e748-e753.
4. Зинин-Бермес, Н.Н. Дисбиозы, причинно-следственные отношения, связь с биологической саморегуляцией, некоторые вопросы терапии /Зинин-Бермес Н.Н., Осипова Л.П., Громова В.А. //Медицина в Кузбассе. – 2008. – № 4. – С. 3-5.
5. Alm, B. Neonatal antibiotic treatment is a risk factor for early wheezing /Alm B. et al. //Pediatrics. – 2008. – Vol. 121(4). – P. 697-702.

* * *

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

В работе представлен анализ проведенной комплексной терапии 105 больным с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ). Применяемая тактика включала в себя предоперационную подготовку в течение 6–24 часов и последующее оперативное лечение с лимфотропным введением антибиотиков интраоперационно и внутрикостного их введения в послеоперационном периоде. В 70 случаях была выполнена лапаротомия, в 20 – лечебно-диагностическая лапароскопия и в 15 – пункционное дренирование абсцесса под контролем УЗИ. Проведена сравнительная оценка эффективности проведенной терапии с традиционными методиками. На основании полученных результатов был разработан алгоритм тактики лечения больных с гнойными ВЗОМТ.

Ключевые слова: гнойные воспалительные заболевания органов малого таза, оперативное лечение.

Utkin E.V.

Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo

TACTICS OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH PURULENT PELVIC INFLAMMATORY DISEASE

In work the analysis of the carried out complex therapy 105 patients with purulent pelvic inflammatory disease (PID). Used tactics included preoperative preparation within 6–24 hours and subsequent operative treatment with lymphotropic by introduction of antibiotics intraoperative and intraosseous of their introduction in postoperative period. In 70 cases was executed laparotomy, in 20 – therapeutic and diagnostic laparoscopy and in 15 – transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess. The comparative estimation of efficiency of the carried out therapy with traditional techniques is carried out. On the basis of the received results the algorithm of tactics of treatment of the patients with purulent PID was developed.

Key words: purulent pelvic inflammatory diseases, operative treatment.

В последние годы наблюдается значительное увеличение частоты деструктивных форм воспалительных заболеваний женских половых органов, требующих хирургического лечения [1, 2]. Однако до настоящего времени остаются нерешенными некоторые вопросы тактики ведения подобных больных. Это относится, в первую очередь, ко времени выполнения оперативного вмешательства, его объема и профилактики послеоперационных осложнений. Безусловно, что наибольшие трудности для лечения представляют осложненные формы воспали-

тельных заболеваний придатков матки (ВЗОМТ), для которых характерны длительное прогрессирующее течение, склонность к рецидивам и высокая частота полиорганных осложнений [1, 2, 3, 4].

Приоритетными в исходе заболевания при данной патологии являются отсутствие летального исхода и инвалидизации [5]. Недостаточная эффективность проводимой терапии гнойных ВЗОМТ может привести к развитию таких грозных осложнений, как разлитой перитонит и септический шок [5, 6, 7]. Все это диктует необходимость быстрее купирования воспаления. Несмотря на множество существующих методов лечения этой патологии, результаты терапии в значительной степени зависят от устранения гнойного очага и эффективной санации инфицированной полости [1]. При этом совершенно очевидно, что одними только хирургическими методами, несмотря на большие успехи этой специальности,

Корреспонденцию адресовать:

Уткин Евгений Валентинович,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел. раб.: 8 (3842) 73-48-56, 73-48-55

невозможно сколько-нибудь значительно улучшить результаты лечения гнойно-воспалительных заболеваний.

В последние годы отчетливо прослеживаются характерные особенности клинических проявлений и динамики течения гнойных ВЗОМТ, в связи с которыми увеличилось число больных, поступающих в тяжелом состоянии, с наличием далеко зашедшего процесса, при котором выявляются «конгломератные» образования придатков матки, с распространенным перифокальным спаечным процессом [8]. Поэтому зачастую хирургическое вмешательство оказывается нерадикальным, так как не удается полное удаление гнойного очага, а настойчивые попытки его удаления нередко заканчиваются травмой соседних органов брюшной полости, крупных сосудов [9].

В большинстве стран мира в последнее десятилетие наметилась отчетливая тенденция к выполнению органосохраняющих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки [3, 10, 11]. Они стали возможны благодаря использованию новых диагностических и лечебных технологий, применению высокоэффективных препаратов, в частности, лапароскопических технологий [12] и прицельных оперативных вмешательств под контролем ультразвука [4, 11, 12]. Применение этих методов позволяет избежать неоправданных органонуносящих операций у молодых женщин.

Однако, несмотря на определенные достижения в этой области, четкая концепция при выборе метода хирургического вмешательства пока отсутствует. К сожалению, во многих лечебных учреждениях при решении вопроса об объеме оперативного вмешательства до настоящего времени предпочтение отдают радикальным классическим операциям, что объясняется, в первую очередь, стремлением уменьшить риск развития гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде [13]. Однако довольно часто данная патология диагностируется у молодых пациенток, поэтому выполнение радикальных операций (удаление матки, придатков) нарушает социальную адаптацию больных, приводит к неблагоприятным отдаленным последствиям [14].

Клинический опыт показывает, что выполнение органосохраняющих операций даже при неосложненных гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки возможно только в высококвалифицированных, многопрофильных учреждениях, которые обладают необходимыми организационными, диагностическими и терапевтическими возможностями современной медицины [10]. Поэтому хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки по-прежнему остается одной из наиболее сложных задач оперативной гинекологии, а многие ее аспекты требуют дальнейшего изучения.

Традиционные способы применения антибиотиков и противовоспалительных препаратов в сочета-

нии с хирургическим вмешательством в большей степени себя исчерпали. Отсутствие у многих больных с ВЗОМТ ожидаемого эффекта от проведения антибактериальной терапии, даже в случае чувствительности микрофлоры к применяемым препаратам, заставляет искать альтернативные пути их применения, так как необходимы иные способы воздействия этих препаратов на патологический процесс [15]. Речь идет о таких способах применения лекарственных средств, с помощью которых они не только подвигаются к очагу поражения, но и при этом создаются длительно действующие высокие их концентрации в крови и лимфе. Хороший клинический эффект достигается при применении эндолимфатических, лимфотропных и лимфостимулирующих методов терапии, которые позволяют активно вмешиваться в течение воспалительного процесса и способствуют усилению барьерной функции лимфатических узлов, благодаря чему создается препятствие на пути распространения инфекции [15].

Одним из способов, позволяющих ввести антибиотик в очаг воспаления и в регионарные лимфатические узлы при заболеваниях органов малого таза, является их инфузия в крыло подвздошной кости [16].

Цель исследования — разработка оптимальной тактики ведения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было проведено обследование и лечение 105 больных с гнойными формами ВЗОМТ. Из них 61 была в возрасте до 35 лет (58,1 %), 31 (29,5 %) — от 36 до 40 лет, старше 40 лет было 13 женщин (12,4 %). При поступлении в стационар все они жаловались на боли различной интенсивности в нижних отделах живота и общую слабость. У всех 105 наблюдалась выраженная температурная реакция (средняя температура тела составила $38,0 \pm 0,3^\circ\text{C}$), а у 20 были ознобы. При этом общее состояние было расценено как тяжелое в 22,9 % случаев и в 77,1 % — средней степени тяжести. Средняя продолжительность от начала заболевания до поступления в стационар составила $3,5 \pm 0,4$ дней. Наиболее частой причиной (31,4 %) развития деструктивных форм ВЗОМТ явилось длительное использование ВМК ($5,7 \pm 0,4$ лет).

При проведении объективного исследования у всех пациенток была болезненная пальпация живота, и определялись положительные перитонеальные симптомы. Во время проведения двуручного гинекологического исследования у 48 женщин (45,7 %) матку и придатки пальпировать не удалось из-за напряжения передней брюшной стенки и резкой болезненности при пальпации, у 15 (14,3 %) — в малом тазу определялся единый конгломерат органов

Сведения об авторах:

Уткин Евгений Валентинович, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

и у 42 (40 %) — ограниченные в подвижности и болезненные tuboовариальные образования. При поступлении в стационар 17 пациенткам был установлен диагноз разлитого перитонита, 57 — tuboовариального абсцесса и 31 — гнойного сальпингита и пельвиоперитонита.

При проведении бактериоскопического и бактериологического исследований наиболее часто в составе микробных ассоциаций присутствовали стафилококки (37,1 %), анаэробная флора встречалась в 18,1 % случаев, у 14,3 % больных этой группы определялась кишечная палочка, у 11,4 % — стрептококки, у 7,6 % — коринебактерии, у 3,8 % — синегнойная палочка и протей реттгери. В 15 случаях заболевание развилось на фоне бактериального вагиноза, а в 6 — вагинального кандидоза.

Всем больным при поступлении в стационар и к моменту клинического выздоровления производилось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. При этом в большинстве случаев выполнялась трансвагинальная методика сканирования.

Помимо общеклинического обследования, пациенткам было проведено ультразвуковое цитохимическое исследование щелочной фосфатазы нейтрофильных лейкоцитов (ЩФН) и сукцинатдегидрогеназы лимфоцитов (СДГЛ). Кроме того, с помощью иммуноферментного набора BIOSERV Ovary-Antibody-ELISA, определялось содержание антиовариальных антител (АОА) в сыворотке крови.

Применяемая тактика включала в себя предоперационную подготовку в течение 6-24 часов, в которой основное место отводилось антибактериальной и дезинтоксикационной терапии, и последующее оперативное лечение с лимфотропным введением антибиотиков интраоперационно и в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным УЗИ наиболее часто (67,8 %) у обследованных больных определялись осложненные формы ВЗОМТ (пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальные образования), расширенные маточные трубы с повышенным уровнем звукопроводимости визуализировались у 19 женщин (21,8 %), признаки сальпингоофорита в виде увеличения объема яичников, гипеохогенной их структуры, нечеткости наружных контуров и наличия в них кистозных включений выявлены у 76 женщин (87,4 %), свободная жидкость в малом тазу определялась у 37 (42,5 %), а у 7 (8 %) были констатированы признаки эндометрита. Практически у всех пациенток была отмечена болезненность при проведении трансвагинального УЗИ.

При проведении лабораторных исследований практически у всех больных данной группы наблюдались изменения показателей анализов крови. Средние показатели составили: количество лейкоцитов — $11,4 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$; э — $0,7 \pm 0,3 \%$, п — $6,1 \pm 0,6 \%$, с — $72,5 \pm 1,0 \%$, л — $14,9 \pm 0,9 \%$, м — $5,2 \pm 0,5 \%$; СОЭ — $21,6 \pm 1,4$ мм/час. Абсолютное количество лимфоцитов равнялось $1492,0 \pm 96,1$. Гемоглобин

крови составил $116,1 \pm 1,6$ г/л, ЛИИ — $4,7 \pm 0,5$. У всех обследованных больных было констатировано значительное увеличение активности ЩФН по сравнению с контрольными показателями — до $2,8 \pm 0,1$ усл. ед. (контроль — $1,5 \pm 0,1$ усл. ед., $p < 0,001$). В то же время, активность СДГЛ уменьшалась до $177,1 \pm 6,5$ усл. ед. (контроль — $190,6 \pm 4,4$ усл. ед.), что свидетельствовало о наличии выраженных деструктивных изменений в очаге воспаления и являлось одним из показателей, указывающих на необходимость выполнения хирургического вмешательства.

Среднее содержание АОА превышало нормальные показатели (0-10 Е/мл) только лишь у больных с обострением хронических ВЗОМТ ($12,1 \pm 0,5$ Е/мл), тогда как средние значения у больных с острыми процессами ($6,6 \pm 0,4$ Е/мл) не отличались от нормальных. Наиболее высокое содержание АОА, превышающее нормальные показатели ($11,3$ Е/мл), было зарегистрировано только лишь у двух больных с острыми гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки. Заболевание у этих пациенток протекало тяжело, сопровождалось выраженной температурной реакцией ($38,7-39,1^\circ\text{C}$), отмечались положительные перитонеальные явления. Весьма характерно, что год назад обеим пациенткам была произведена сальпингэктомия по поводу прервавшейся трубной беременности.

Высокое содержание АОА ($14,2-16,0$ Е/мл) наблюдалось в основном у больных с обострением хронического воспалительного процесса. Также весьма характерно, что в анамнезе у этих больных в течение последних двух лет были отмечены операции на придатках: у 4-х — по поводу внематочной беременности, у 3-х, в этот же период времени, была выполнена аднексэктомия по поводу кисты яичника. Заболевание у этих пациенток отличалось тяжелым течением, сопровождалось наличием выраженной температурной реакции, перитонеальными явлениями, либо наличием гнойных воспалительных образований в области придатков матки. Наиболее низкие показатели содержания АОА ($1,7-3,3$ Е/мл) были зарегистрированы только у женщин с дебютом острого гнойного сальпингита, без выраженных анатомических изменений в малом тазу.

Всем 105 обследованным больным с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки было проведено хирургическое лечение. В частности, 70 пациенткам с гнойными ВЗОМТ была выполнена лапаротомия. Выбор объема оперативного вмешательства при этом был строго индивидуальным и зависел от степени выраженности и распространенности воспалительного процесса, наличия сопутствующих гинекологических заболеваний, возраста больной и ее соматического состояния. При этом радикальное оперативное лечение в объеме экстирпации матки с маточными трубами или с придатками было проведено только 23 женщинам при наличии у них разлитого перитонита, развившегося в результате перфорации tuboовариального абсцесса, а также сочетании указанной патологии с миомой матки или с аденомиозом.

У женщин репродуктивного возраста выполнялся щадящий объем оперативного лечения и у большинства из них (в 43 случаях) удалось сохранить яичники и матку. В то же время, данная ситуация требовала проведения дополнительных методов профилактики гнойно-септических осложнений. С этой целью в процессе оперативного вмешательства проводилось введение суточной дозы цефалоспоринов или аминогликозидов в круглые связки матки с обеих сторон. В последующие 3-7 суток продолжалось введение этих же препаратов в комплексе с кофеином в подвздошные кости [17], либо в круглые связки матки (блокада Лорина-Эпштейна). Антибиотик вводился поочередно в обе подвздошные кости, либо со стороны преимущественной локализации процесса. Количество внутрикостных инъекций (2-4) и интервалы между ними (от одного до двух дней) определялись общим состоянием больных и темпом исчезновения воспалительного процесса. Среднее количество внутрикостных инъекций одной пациентке составило — $2,8 \pm 0,1$. Для внутрикостного введения в 28 случаях (40 %) использовался цефотаксим, в 23 случаях (32,9 %) — гентамицин, в 19 (27,1 %) — цефазолин.

Молодым пациенткам в возрасте от 18 до 25 лет с острым воспалительным процессом и явлениями пельвиоперитонита, при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 12-48 часов, была проведена лечебно-диагностическая лапароскопия с аспирацией патологического выпота, сальпинголизисом и овариолизисом, а также санация и дренирование брюшной полости. Указанная терапия была проведена 20 молодым пациенткам с гнойным сальпингитом и пельвиоперитонитом, которые поступили в стационар в первые трое суток от начала заболевания. По данным УЗИ, у всех 20 пациенток в малом тазу отсутствовали объемные образования и определено скопление «свободной» жидкости в прямокишечно-маточном углублении.

При проведении лечебно-диагностической лапароскопии у 16 из этих больных был обнаружен гнойный сальпингит в сочетании с пельвиоперитонитом и у 4 — пиосальпинкс. Визуально наблюдались утолщенные, гиперемизированные и отечные маточные трубы со свободными фимбриями. При этом из ампулярного отдела маточных труб изливался гной. В 10 наблюдениях был выявлен спаечный процесс маточных труб с поверхностью яичника, телом матки или с широкими маточными связками. Спайки имели рыхлый характер и легко разъединялись, что свидетельствовало о свежем остром воспалительном процессе.

В послеоперационном периоде все пациентки данной группы получали ступенчатую антибактериальную терапию, в начале которой использовалось внутрикостное введение сульперазона (цефоперазон 1 г + сульбактам 1 г), ингибиторозащищенного цефалоспорины широкого спектра действия, обладающего, в том числе, и антианаэробной активностью. Критериями для назначения данной комбинации являлись: наличие не менее чем трех симптомов системной воспалительной реакции при наличии очага гнойного

воспаления, требующего оперативного лечения и молодой возраст больных.

Пятнадцати молодым, не рожавшим женщинам с гнойными воспалительными образованиями придатков матки была применена ультразвуковая мини-хирургия, активное дренирование гнойных воспалительных образований с помощью трансвагинального ультразвукового мониторинга. Критериями включения пациенток в данную группу являлись: удобная локализация гнойной полости, исключающая риск повреждения окружающих органов и тканей, отсутствие указания в анамнезе на хронический рецидивирующий воспалительный процесс внутренних гениталий и отсутствие в анамнезе беременностей или родов. Средний возраст пациенток данной группы составил $21,7 \pm 1,2$ лет. Диагноз был подтвержден данными ультразвукового исследования органов малого таза. При этом в большинстве наблюдений на эхограммах определялись tuboовариальные образования неправильной формы с плотной капсулой и мелкодисперсной внутренней структурой. Размеры пиосальпинкса варьировали от 35×15 мм до 60×40 мм. В 4 случаях при проведении трансвагинального УЗИ определялся абсцесс яичника диаметром от 40 до 80 мм.

Всем 15 пациенткам было проведено пункционное дренирование гнойных полостей через задний свод влагалища под контролем ультразвукового сканирования. При этом было удалено от 30 до 80 мл гноя и проведено промывание полости раствором хлоргексидина, до полной эвакуации гноя. При проведении бактериологического исследования полученного гнойного содержимого была выделена кишечная палочка. У трех больных потребовалось повторное проведение пункции придаткового образования через 1-2 дня.

В послеоперационном периоде всем 15 пациенткам также применялось внутрикостное введение сульперазона в гребень крыла подвздошных костей.

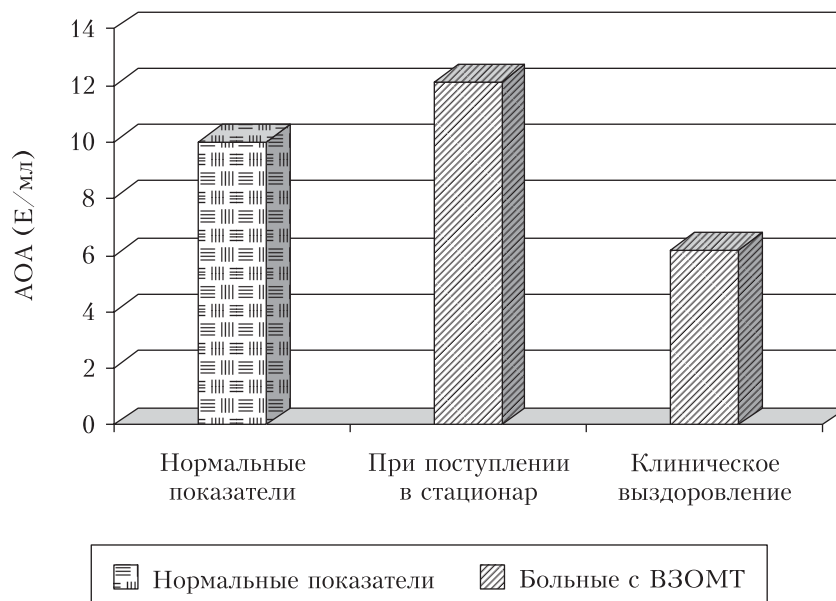
На втором этапе антибактериальной терапии использовался препарат, обладающий противохламидийным действием. С этой целью применялся фромидил (кларитромицин) по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней. На данном этапе, одновременно с антибактериальной терапией, в комплекс лечения включалось применение орального пробиотика лактогина по 1 капсуле 2 раза в день.

Послеоперационный период у всех 105 больных протекал без осложнений. Комплексная терапия с использованием внутрикостного введения антибиотиков довольно быстро приводила к улучшению общего состояния больных, уменьшению явлений интоксикации. В течение первых пяти дней у всех оперированных женщин нормализовалась температурная реакция, к седьмым суткам лечения — показатели общего анализа крови, к десятому дню терапии — цитохимические показатели.

Содержание АОА достоверно ($p < 0,0001$) уменьшалось по сравнению с исходными данными (рис. 1), и к моменту клинического выздоровления соответствовало нормальным показателям ($6,2 \pm 0,2$ Е/мл).

Рисунок 1

Изменение содержания антиовариальных антител
при применении внутрикостного введения антибиотиков



Не было зарегистрировано ни одного осложнения ультразвуковой мини-хирургии. Клиническое выздоровление наступило у всех 105 больных. Средняя продолжительность лечения составила $15,1 \pm 1,4$ дней. На протяжении последующего года после проведенного стационарного лечения все 15 женщин, которым было проведено пункционное дренирование гнойных образований придатков, чувствовали себя удовлетворительно и считали себя практически здоровыми. У всех женщин полностью восстановился менструальный цикл, а у 6 — наступила беременность. При наблюдении за ними в течение двух лет после стационарного лечения, ни у одной из пациенток данной группы рецидивов заболевания зарегистрировано не было. В то же время, в четырех случаях через год потребовалось проведение лечебно-диагностической лапароскопии по поводу отсутствия наступления беременности.

На основании проведенного исследования был составлен алгоритм тактики лечения больных с гнойными ВЗОМТ (рис. 2).

Контрольную группу составили 50 пациенток с гнойными ВЗОМТ, которым было проведено оперативное лечение, но не использовались лимфогенные методы терапии и внутрикостное введение антибиотиков. При этом в 16 случаях была проведена двухсторонняя аднексэктомия, в 14 — сальпингэктомия, в 13 — экстирпация или ампутация матки с придатками и в 3 случаях, из-за выраженного спайчного и инфильтративного процесса, было проведено только вскрытие и дренирование гнойника. У всех пациенток данной группы наблюдалось увеличение содержания антиовариальных антител до $11,2 \pm 0,5$ Е/мл. Осложнения в послеоперационном периоде у представительниц контрольной группы наблю-

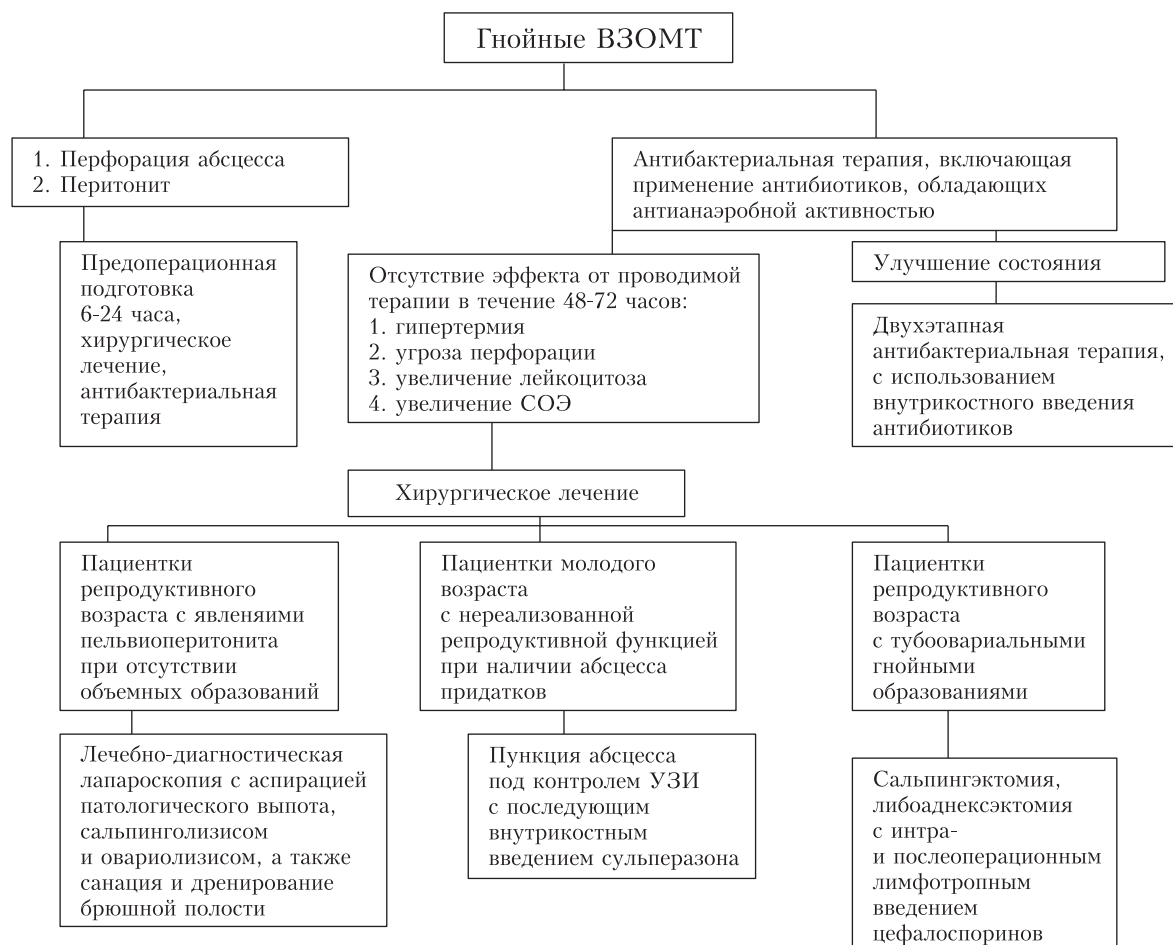
дались в 22 % случаев. В частности, в 8 случаях в послеоперационном периоде наблюдался воспалительный инфильтрат параметральной клетчатки, в 2 случаях — нагноение послеоперационной раны и в 1 — межкишечный абсцесс. Кроме того, трем пациенткам потребовалось проведение релапаротомии из-за продолжающегося гнойного процесса. В процессе проведенной терапии было констатировано статистически значимое ($p = 0,0027$) увеличение содержания антиовариальных антител, по сравнению с исходными показателями, до $16,8 \pm 0,9$ Е/мл.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, проведенное исследование показало, что целесообразность внутрикостного введения антибиотиков в комплексной терапии тяжелых ВЗОМТ заключается в быстром терапевтическом эффекте при малом числе повторных инъекций. Данный способ введения лекарственных препаратов позволяет создать высокие и длительно действующие концентрации антибиотика в очаге воспаления и окружающих его тканях, в крови и лимфе. Все это не только препятствует распространению патологического процесса, но и приводит к его регрессу, что сопровождается полным или почти полным выздоровлением. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки с использованием тактики, сочетающей в себе методики органосохраняющего оперативного лечения с интраоперационным и послеоперационным лимфотропным и внутрикостным введением антибиотиков, показал ее эффективность.

Метод внутрикостного введения антибиотиков в терапии осложненных форм гнойных воспалитель-

Рисунок 2
Алгоритм ведения больных с гнойными
воспалительными заболеваниями придатков матки



ных заболеваний придатков матки (пиосальпинкса, пельвиоперитонита, гнойных tuboовариальных образований, разлитого перитонита) — клинически оправданный вариант введения лекарственных растворов, который способствует быстрой нормализации общего состояния, регрессу интоксикационного синдрома, а также уменьшает вероятность перехода воспалительного процесса в хроническую форму за счет снижения содержания аутоорганов антител к тканям яичника.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Краснопольский, В.И. Гнойная гинекология /В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина. — М.: МЕДпресс, 2001. — 288 с.
2. Принципы диагностики и терапии гнойных воспалительных заболеваний придатков матки /В.С. Горин, М.Е. Сагинор, Н.А. Мальтинская и др. //Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — Т. 8, № 5. — С. 30-37.
3. Krivak, T.C. Tubo-ovarian abscess: diagnosis, medical and surgical management /T.C. Krivak, C. Cooksey, A.M. Propst //Compr. Ther. — 2004. — Vol. 30, N 2. — P. 93-100.
4. Pelvic inflammatory disease /Edited by R.L. Sweet, H.C. Wiesenfeld. — London and New York: Taylor & Francis 2006. — P. 101-124.
5. Лечение гнойно-септических гинекологических заболеваний и их профилактика /В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина и др. //Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — Т. 7, № 1. — С. 63-68.
6. Макаренко, Т.А. Диагностика, клиника и современные принципы антибактериальной терапии осложненных форм гнойных воспалительных заболеваний придатков матки /Т.А. Макаренко, И.Н. Протасова, С.С. Даташвили //Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. — Красноярск, 2005. — Выпуск 12. — С. 349-360.
7. Оценка эффективности режимов антибактериальной терапии при осложненных формах воспалительных заболеваний органов малого таза /О.В. Макаров, Б.Р. Гельфанд, Е.С. Платова и др. //Акушерство и гинекология. — 2002. — №5. — С. 19-23.
8. Основные причины развития и клинические особенности формирования осложненных форм гнойного воспаления у акушерских и гинекологических больных /В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина и др. //Российский вестник акушера-гинеколога. — 2003. — Т. 3, № 3. — С. 58-61.
9. Клинические особенности гнойного воспаления придатков матки в современных условиях /Б.Л. Басин, Б.В. Корнеев, Ю.И. Чуловский, С.И. Семенченко //Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. — Красноярск, 2005. — Выпуск 12. — С. 214-217.

10. Возможность выполнения органосберегающих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки в экстренной хирургии /С.Ф. Багненко, Е.И. Новиков, Н.Н. Рухляда, Б.В. Аракелян //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2002. – Т. 161, № 5. – С. 86-89.
11. Gjelland, K. Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases /K. Gjelland, E. Ekerhovd, S. Granberg //Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 193, N 4. – P. 1323-1330.
12. Курбанова, Д.Ф. Воспалительные заболевания придатков матки /Д.Ф. Курбанова. – М.: Медицина, 2007. – 160 с.
13. Богданова, Н.Л. Современные представления о патогенетическом лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки /Н.Л. Богданова, Г.А. Ушакова //Мать и Дитя в Кузбассе. – 2003. – № 3. – С. 14-18.
14. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний /под ред. В.Е. Радзинского, А.О. Духина. – М.: Изд-во РУДН, 2004. – С. 102-129.
15. Зубарев, П.Н. Эндолимфатическая и лимфотропная лекарственная терапия в абдоминальной хирургии /П.Н. Зубарев, Г.И. Синенченко, А.А. Курыгин. – СПб.: Фолиант, 2005. – 224 с.
16. Уткин, Е.В. Анатомическое обоснование внутрикостного метода введения лекарственных препаратов при акушерско-гинекологической патологии /Е.В. Уткин //Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – Т. 51, выпуск 4. – С. 27-31.
17. Уткин, Е.В. Эффективность внутрикостного введения антибиотиков при лечении воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин /Е.В. Уткин //Антибиотики и химиотерапия. – 2007. – Т. 52, № 7/8. – С. 37-40.



СМЕРТНОСТЬ ОТ КОРИ В МИРЕ СНИЗИЛАСЬ НА 74 ПРОЦЕНТА

За последние восемь лет смертность от кори во всем мире сократилась с более чем 750 тысяч до 200 тысяч в год, говорится в отчете Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). По мнению экспертов организации, благоприятная тенденция связана с успехами кампании по глобальной вакцинации, сообщает AP.

По данным ВОЗ, с 2000 по 2007 годы ежегодная смертность от кори в мире снизилась на 74 %. Тем не менее, эта инфекция по-прежнему остается одной из ведущих причин смерти детей, ежедневно унося более 500 жизней. В большинстве случаев дети умирают от таких осложнений кори, как энцефалит, пневмония и диарея.

Наибольшие успехи по борьбе с корью достигнуты в странах Африки и Среднего Востока (Афганистан и Пакистан), где смертность от этого заболевания снизилась примерно на 90 процентов. В то же время, наиболее проблематичной остается ситуация в Юго-Восточной Азии, где регистрируется наибольшее количество смертей в мире. На одну лишь Индию приходится примерно две трети всех случаев смерти от кори, зарегистрированных в 2007 году. Это связано с тем, что большинство детей получают лишь одну дозу вакцины от кори вместо двух рекомендованных доз, говорится в отчете.

Несмотря на общее снижение смертности от кори в мире, в ряде развитых стран Европы и Северной Америки отмечается рост заболеваемости этой инфекцией. В частности, в Англии и Уэльсе за первые десять месяцев текущего года впервые за тринадцать лет число заболевших корью превысило тысячу. По мнению специалистов, рост заболеваемости объясняется массовыми отказами от вакцинации детей против кори, паротита и краснухи из-за опасений относительно взаимосвязи иммунизации и аутизма.

Источник: Medportal.ru

Болгова И.В., Ровда Ю.И., Миняйлова Н.Н.,
Останина Е.В., Ворошилина К.И., Завразина М.В.

ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО АНАМНЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

В работе представлены результаты анализа медико-социального анамнеза детей и подростков с различным уровнем мочевой кислоты в крови. Отмечено, что семьи детей с гиперурикемией отличаются более благополучными материально-бытовыми условиями, мотивация в получении дополнительного образования у ребенка, более частый выбор профессии служащего и больший процент распространения табакокурения среди родителей. Гиперурикемия у детей и подростков чаще сочетается с аллергической конституцией.

Ключевые слова: гиперурикемия, благополучные материально-бытовые условия, дополнительное образование, табакокурение, аллергическая конституция.

Bolgova I.V., Rovda U.I., Minjaylova N.N., Ostanina E.V., Voroshilina K.I., Zavrazina M.V.

Kemerovo regional clinical hospital,
Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo

RESULTS OF ANALYSIS OF MEDIKO-SOCIAL ANAMNESIS FOR CHILDREN AND TEENAGERS WITH HYPERURICEMIA

In this work results of analysis of medico-social anamnesis children and teenagers with different level of urinary acid in to blood are represented. It is marked, that families with children with hyperuricemia are characterized more happy financial-domestic conditions, motivation in the receipt of additional education for a child, more frequent choice of profession of office worker and greater percent of distribution of tobacco smoking among parents. A for children and teenagers more frequent combines with an allergic constitution.

Keywords: hyperuricemia, happy financial-domestic conditions, additional education, tobacco smoking, allergic constitution.

Одним из самых известных и распространенных проявлений нарушений пуринового обмена является гиперурикемия. Под гиперурикемией подразумевается повышение концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови человека, в отличие от ее популяционного уровня с учетом возраста и пола. По данным разных исследований гиперурикемия наблюдается у 2 % взрослого населения США, 17 % населения Франции, 7 % населения Испании, 19,3 % населения России [1, 2].

Корреспонденцию адресовать:

Ровда Юрий Иванович,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОО ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел. раб.: 8 (3842) 39-64-34

Прошло то время, когда понятие гиперурикемии в сознании клиницистов ассоциировалось исключительно с такими заболеваниями, как подагра и уратный литиаз. Еще П. Тиле (1987) отмечал, что нарушения пуринового обмена относятся к «болезням благосостояния», которые могут причинить вред нашей жизни и работоспособности. Им было отмечено, что частота нарушений пуринового обмена в высокоразвитых индустриальных странах достигла такого масштаба, что возникают медицинские и социальные проблемы, которые нуждаются в неотложном разрешении.

Оказалось, что, так называемая, бессимптомная гиперурикемия не только достаточно часто встречается, но и является далеко не безобидным патогенным фактором для различных органов и систем [3].

В нескольких больших эпидемиологических исследованиях была выявлена взаимосвязь между повышенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений как в общей популяции, так и у больных с артериальной гипертензией [4-6]. Основные urgentные сосудистые осложнения (инсульты, инфаркты миокарда) «стартуют» от артериальной гипертензии в соответствии с представлениями о сердечно-сосудистом континууме. Эпидемиологические исследования [2, 7, 8] показали, что менее чем в 20 % случаев артериальная гипертензия существует изолированно, и у большинства больных ассоциирована с метаболическими расстройствами.

Термин «факторы риска» обосновали результаты Framingham Study, убедительно свидетельствуя о значительном повышении риска кардиоваскулярных последствий у больных с артериальной гипертензией при наличии метаболических отклонений, таких как дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе, инсулинорезистентность и ожирение [2, 4, 9]. Позднее к ним присоединили гиперурикемию [9, 10]. Повышение уровня мочевой кислоты, сопровождающее развитие инсульта, является независимым предиктором риска смерти, будущих сосудистых осложнений, потребности в постороннем уходе. Этот факт привлекает особое внимание в связи с большой актуальностью проблемы инсульта в нашей стране. В настоящее время в России инвалидизация после инсульта достигла показателя 3,2 на 10 тыс. населения и занимает первое место среди всех причин первичной инвалидизации.

В связи с этим, в последние годы в отечественной и зарубежной литературе пуриновому обмену стало уделяться повышенное внимание [10-15]. Активно занимаются этими исследованиями и в педиатрии, подчеркивая тем самым, что «корни» этой проблемы генетически детерминированы и первые клинические проявления следует искать в детстве [9, 10, 16].

Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови определяется такими факторами, как географическая среда обитания, национальность, социальные условия жизни, уровень урбанизации, акселерация и т.д. Все эти факторы прямым или косвенным путем определяют культурный уровень населения, характер питания, образ жизни, состояние здоровья населения [6, 15].

Есть мнение, что у постоянно занятых тяжелым физическим трудом мужчин концентрация мочевой

кислоты значительно ниже, чем у мужчин с умственным трудом. Уровень мочевой кислоты у больных с гиперурикемией значительно снижается при применении дозированной, регулярной программы тренировок, начиная с десятого дня лечения. Чрезмерные физические напряжения, напротив, приводят к повышению уровня мочевой кислоты в сыворотке крови.

При анализе доступной литературы выявляются прямо полярные точки зрения на роль пищевого фактора в развитии гиперурикемии [1, 6, 11, 15], национальных различий. Так, еще в 1968 г. специальными исследованиями было отмечено, что пероральный прием 1 грамма РНК у нормальных лиц приводит к повышению уровня мочевой кислоты приблизительно на 15 %. Близкие результаты получены при изучении влияния молочной кислоты. По данным Seegmiller I.E., бедная пуринами диета способствует снижению содержания мочевой кислоты в сыворотке крови лишь на 0,01-0,012 г/л и не корректирует гиперурикемию.

Тиле П. и Шредер Х.Е. [14] считают, что в Восточной Германии, с 1968 по 1980 гг., подъем среднего уровня мочевой кислоты шел параллельно увеличению потребления на душу населения мясных продуктов (на 38 %) и алкогольных напитков (на 28 %).

Особое место занимают экологические и производственные факторы, прежде всего воздействие свинца и кадмия.

До сих пор до конца не выяснена точная природа отношений мочевой кислоты с такими факторами, как интеллигентность [17, 18], склонность к алкоголизации, физическая подвижность. Что является первопричиной: повышение мочевой кислоты в крови или выше перечисленные факторы? Например, Mueller E.E. и Brooks G. выявляют высокий процент гиперурикемии среди профессоров университета; Anthonуе А. — среди бизнесменов Эдинбурга. И тот и другой объясняют это влиянием образа жизни (интеллектуальный) на формирование гиперурикемии. Есть и другая точка зрения: Маслов М.С. и Эфроимсон В.П. [18], Ровда Ю.И. [1] предполагают гиперурикемию допингом для организма, одним из биохимических стимулов интеллектуального развития личности.

Цель исследования — провести анализ медико-социальных различий детей и подростков с различным уровнем мочевой кислоты в сыворотке крови.

Сведения об авторах:

Болгова Ирина Владимировна, врач-педиатр, зав. областным детским кардиоцентром ГУЗ «КОКБ», г. Кемерово, Россия.

Ровда Юрий Иванович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной педиатрии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Миняйлова Наталья Николаевна, к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Останина Елена Викторовна, врач-педиатр, клинический ординатор кафедры госпитальной педиатрии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Ворошилина Ксения Игоревна, врач-педиатр, клинический ординатор кафедры госпитальной педиатрии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Завразина Марина Вячеславовна, врач, зав. поликлиникой ГУЗ «КОКБ», г. Кемерово, Россия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 312 детей в возрасте от 8 до 16 лет (средний возраст $12,4 \pm 0,4$ лет, 142 девочки и 170 мальчиков), которых мы разделили на три группы.

Первая группа (1) — группа сравнения — здоровые дети с популяционным уровнем мочевой кислоты, составила 100 детей. Средний уровень мочевой кислоты у детей 1 группы составил $274 \pm 4,2$ мкмоль/л у мальчиков и $265 \pm 6,9$ мкмоль/л у девочек

Вторая группа (2) — дети с 1 и 2 группами здоровья с бессимптомной гиперурикемией — 92 ребенка. Средний уровень мочевой кислоты составил $317 \pm 5,3$ мкмоль/л у мальчиков и $312 \pm 3,7$ мкмоль/л у девочек.

Третья группа (3) — дети с гиперурикемией и сочетанной симптоматикой (дети с 3 группой здоровья), составила 120 детей. Средний уровень мочевой кислоты в сыворотке крови детей этой группы составил $351 \pm 7,2$ мкмоль/л у мальчиков и $337 \pm 12,3$ мкмоль/л у девочек.

Во всех группах возрастной состав был практически однородным.

Всем детям проводился экспертный анализ амбулаторных карт, который включал: сбор анамнеза жизни родителей, социальный статус семьи, родословную, течение антенатального периода, оценку физического развития при рождении, расчет массо-ростового коэффициента (у доношенных), оценку психомоторного развития на первом году жизни, частоту перенесенных заболеваний, дополнительные образовательные нагрузки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из представленной таблицы видно, что зависимость фактора гиперурикемии от условий проживания не подтвердилась. Дети с нормоурикемией имели такой же процент проживания в городах и сельских районах, как и дети с гиперурикемией. Средний возраст родителей детей изучаемых групп не имел достоверных различий ($p > 0,05$).

Анализируя характер профессии родителей, можно отметить следующее: среди родителей детей третьей группы доминирую-

щим являлась профессия служащего, удельный вес которой составил 48,1 % против 28,5 % во второй группе и 22,2 % в первой группе; различие статистически значимо, $p < 0,05$. Среди категорий служащих преобладали следующие специальности: административный работник торговой сферы, бухгалтер, инженер, преподаватель, медицинский работник, библиотекарь.

Данные проведенного нами исследования показывают, что в семьях детей, родители которых занимаются физическим трудом, уровень мочевой кислоты в сыворотке крови ниже, чем в семьях детей, родители которых заняты преимущественно умственным трудом.

Таблица
Социально-демографические показатели обследуемых групп

Сравниваемые параметры	Удельный вес частоты признака (в %)		
	1 группа	2 группа	3 группа
1. Место проживания:	Из 100	Из 92	Из 120
1.1. Город	64,3	64,1	63,8
2. Возраст матери к моменту настоящих родов:	Из 100	Из 92	Из 120
2.1. до 20 лет	19,0	18,6	17,2
2.2. 21-30 лет	54,0	55,7	56,4
2.3. старше 30 лет	27,0	25,7	26,6
3. Состав семьи:	Из 100	Из 92	Из 120
3.1. полная	83,3	83,8	84,1
4. Характер профессии:	Из 92	Из 92	Из 110
4.1. оба родителя рабочие	48,0	41,8	30,2
4.2. оба родителя служащие	22,0	28,5	48,1*
4.3. рабочий/служащие	30,0	26,8	25,7
5. Место работы родителей:	Из 90	Из 92	Из 108
5.1. предприятие химической промышленности	12,2	12,2	12,0
5.2. предприятие угольной промышленности	13,4	14,5	15,3
5.3. сельское хозяйство	28,6	27,1	27,2
6. Вредные привычки родителей:	Из 90	Из 92	Из 107
6.1. алкоголь	12,1	11,9	11,8
6.2. курение	34,4	45,0	72,2
6.3. наркомания	1,1	0,98	0,93
7. Материально-бытовые условия:	Из 100	Из 92	Из 120
7.1. неудовлетворительные	21,3*	11,4	9,6*
8. Дополнительное образование:	Из 82	Из 92	Из 107
8.1. посещает несколько школ	6,0	8,4	14,1*
9. Акушерско-гинекологический анамнез матери:	Из 100	Из 92	Из 120
9.1. первородящие	43	42,5	38,8
9.2. регистрируемая патология беременности (обострение хронической соматической патологии, воспалительные хронические заболевания)	47,2	47,0	46,8
9.3. токсикоз I половины беременности	48,6	51,8	52,3
9.4. токсикоз II половины беременности	10,3	12,5	13,8
10. Период новорожденности:	Из 100	Из 92	Из 120
10.1. недоношенность	8	7,2	6,9
10.2. массо-ростовой коэффициент при рождении 60-80 %	65	64	64
10.3. Дисфагия, гиперкинезы	2,0*	2,8	4,1*
11. Аллергические реакции (ЭКД, пищевая аллергия)	7,0	28*	35*

Примечание: * статистическая значимость $p < 0,05$ по сравнению с контролем.

В ходе исследования зарегистрированы статистически значимые различия в существовании дополнительных образовательных нагрузок у детей исследуемых групп. Так, в первой исследуемой группе лишь 6 % детей посещают несколько школ, во второй группе — уже 8,4 %, в третьей группе — 14,1 %, $p < 0,05$. Последний факт свидетельствует о предпочтении семей детей с гиперурикемией к получению дополнительного образования.

Оценивая материально-бытовые условия детей исследуемых групп по уровню минимального прожиточного обеспечения на 1 человека соответственно социальным нормативам Российской Федерации, мы документировали наличие статистически значимых различий между уровнем благосостояния семей детей первой и третьей групп. Так, среди семей детей третьей группы неудовлетворительные условия имели лишь 9,6 % семей, среди семей детей, составляющих вторую группу — 11,4 %, в то время как среди семей детей первой группы этот показатель составил уже 21,3 %, $p < 0,05$.

Документированная нашим исследованием корреляция между уровнем мочевой кислоты в сыворотке крови детей и материальным благополучием их семей в определенной степени демонстрирует факт того, что гиперурикемия относится к «болезням благосостояния», о чем упоминал Тиле П. еще в 1987 году.

Среди родителей детей третьей группы, в сравнении с родителями первой группы, в 2,1 раза чаще отмечается употребление табачных изделий, причем отмечен высокий процент не только среди отцов, но также и среди матерей. Ни в отечественной, ни в зарубежной литературе нам не встречалось подобной аналогии между уровнем мочевой кислоты и употреблением табака. Возможно, что дети могут являться пассивными курильщиками, и смолы и прочие ингредиенты, входящие в состав табачных изделий, могут способствовать снижению клиренса уратов у этих детей.

Процент полных семей, возраст матерей был практически идентичным. Характер течения родов, число предыдущих беременностей в группах не имели достоверных различий.

Анализируя анамнестические данные о течении первого года жизни у детей исследуемых групп, можно отметить интересную закономерность в частоте регистрации аллергических заболеваний среди детей исследуемых групп. Так, среди детей второй группы аллергические заболевания отмечены в 4 раза чаще, чем среди детей первой группы (28 % против 7 %, $p < 0,05$), а в третьей — в 5 раз чаще (35 % против 7 %, $p < 0,05$). Спектр аллергических состояний представлен в анамнезе широко: крапивница, лекарственная аллергия, экзема, нейродермит. Разнообразие аллергических проявлений при гиперурикемии у детей подтверждает мнение Усова И.Н. с соавторами (1981) о возможности сочетания двух видов диатеза (аллергического и метаболического) у одного и того же ребенка.

Таким образом, можно отметить, что семьи детей с гиперурикемией отличаются достоверно более высоким материально-бытовым уровнем, профессия родителей относится к категории служащих, эти семьи, соответственно, имеют более высокий уровень образования и более высокий процент распространения табакокурения среди родителей. Гиперурикемия у детей и подростков часто сочетается с аллергической аномалией конституции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ровда, Ю.И. Пуриноз (нервно-артритический диатез) и некоторые заболевания у детей и взрослых /Ю.И. Ровда, Л.М. Казакова //Мать и Дитя в Кузбассе. — 2003. — № 4(15). — С. 18-23.
2. Рутякина, Л.А. Современные представления о роли нарушения пуринового обмена у больных с артериальной гипертензией и возможностях лозартана /Л.Н. Рутякина //Кардиология. — 2006. — № 4. — С. 89-94.
3. Мухин, Н.А. Клиническое значение ранней диагностики уратной нефропатии /Н.А. Мухин //ТОП-медицина. — 1998. — № 4. — С. 1-3.
4. Мясников, А.Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз /А.Л. Мясников. — М., 1965. — 615 с.
5. Терещенко, С.Н. Уровень мочевой кислоты в крови больных с постинфарктной сердечной недостаточностью /С.Н. Терещенко, Н.Н. Левчук, В.Н. Дроздов //Тер. архив. — 2000. — № 9. — С. 57-60.
6. Тиле, П. Эпидемиология и патогенез нарушений пуринового обмена /П. Тиле, Х.Е. Шредер //Тер. архив. — 1987. — № 4. — С. 14-18.
7. Acheson, R.M. Dependence of serum uric acid on haemoglobin and other factor in general population /R.M. Acheson, W.M. Brien //Lancet. — 1966. — Vol. 2. — P. 777.
8. Hall, A.P. Correlations among hyperuricemia, hypercholesterolemia, coronary artery disease and hypertension /A.P. Hall //Arch. Rheum. — 1965. — Vol. 8. — P. 846-852.
9. Ровда, Ю.И., Ровда Т.С. Артериальная гипертензия у подростков. Метаболический синдром /Ю.И. Ровда, Т.С. Ровда //Мать и дитя в Кузбассе. — 2001. — № 2. — С. 13-18.
10. Ровда, Ю.И., Ровда Т.С. Современные аспекты артериальной гипертензии и метаболического синдрома у подростков /Ю.И. Ровда, Т.С. Ровда //Педиатрия. — 2002. — № 4. — С. 82-86.
11. Кикю П.Ф., 2002. — http://www.rexi.ru/specialists/library/book/book/04_03.html
12. Особенности спектра липопротеидов у девочек с бессимптомной гиперурикемией /С.И. Малявская, Т.А. Торопыгина, В.Е. Триль, В.А. Терновская //Российский кардиологический журнал. — 2004. — № 1. — С. 33-37.
13. Некоторые аспекты гиперурикемии у детей /В.А. Таболин, А.А. Яковлева, И.И. Вельтищева и др. //Педиатрия. — 1980. — № 9. — С. 35-38.
14. Puig J.G. Uric acid as a cardiovascular risk factor in arterial hypertension /J.G. Puig, L.M. Ruilope //J. Hypertens. — 1999. — Vol. 17. — P. 869-872.
15. Van Barstel, R.W. Metabolism /Van Barstel R.W. //Foot Technol. — 1982. — Vol. 37. — P. 40.
16. Астахова, Л.Н. Проявление нарушений пуринового обмена у детей и их метаболическая коррекция /Л.Н. Астахова: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1985. — 45 с.
17. Бородин, Ю.С. Механизмы памяти /Ю.С. Бородин, Ю.В. Зайцев. — Л., 1987. — С. 319-320.
18. Эфроимсон, В.П. Биосоциальные факторы повышенной умственной активности (в 2-х частях) /В.П. Эфроимсон //Копия депонированной рукописи № 1161-82 Деп. — М., 1982. — С. 3-52.

* * *

Николаева Л.Б., Тришкин А.Г.

Кемеровская государственная медицинская академия,
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

АЛЬФАФЕТОПРОТЕИН В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Изучен уровень фетального белка во время беременности и в родах у первородящих женщин. В I группу были включены 134 первобеременных, первородящих, во II – 60 женщин со второй беременностью, вторыми родами. Уровень альфафетопротеина изучался в конце III триместра беременности и в родах в сыворотке крови прямым конкурентным иммуноферментным анализом.

У первородящих в конце беременности наблюдается более высокое содержание АФП в сыворотке крови, тогда как в первом периоде родов его уровень ниже, а во II периоде не имеет различий с концентрацией у повторнородящих. Динамический анализ уровня фетального белка показал, что к I периоду родов у первородящих, в сравнении с беременностью, происходит его снижение, а ко II периоду – увеличение. Установлена взаимосвязь уровня АФП с состоянием плода при рождении (асфиксия), как во время беременности, так и в родах. Содержание АФП во время беременности при рождении ребенка в состоянии асфиксии у первородящих женщин значительно повышается и продолжает возрастать в I периоде родов, значительно уменьшаясь во II периоде родов. Проведенное исследование позволяет предположить, что уровень АФП во время беременности отражает не только зрелость новорожденного, но и его состояние на момент рождения.

Ключевые слова: альфафетопротеин, беременность, роды, первородящие, асфиксия.

Nikolaeva L.B., Trishkin A.G.

Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo regional clinical hospital,
Kemerovo

ALPHAFETOPROTEIN AT THE END OF PREGNANCY AND DURING PRIMIPARA'S CHILDBEARING

The level of fetal protein at the end of pregnancy and during a primipara's delivery process has been examined. The first group consisted of 134 primigravida, primipara deliveries, the second group consisted of 60 women with their second pregnancy, delivering their second baby. The level of alphafetoprotein has been examined at the end of the third trimester and in blood serum by means of direct competitive enzyme immunoassay during childbearing.

At the end of pregnancy has been characterized by higher levels of AFP in the blood serum of primipara women but at the same time the level of fetal protein at the first period of delivery happened to be lower and at the second period it was not different from the concentration of multipara women. Dynamic analysis of the fetal protein level showed that by the first period of delivery of the primipara it gets lower in comparison with pregnancy and it increases by the second period. There is a relationship between AFP level and fetal condition when it's born (asphyxia) both during pregnancy and delivery. AFP content during pregnancy at the time of the baby's delivery born with asphyxia of the primipara women goes up considerably and it keeps growing in the first delivery period, then it drops in the second period of delivery. Our research allows us to assume that AFP levels during pregnancy indicates not only newborn maturity but also its condition at the moment of birth.

Key words: alphafetoprotein, pregnancy, delivery, primigravida, primipara, asphyxia.

Внутриутробный период жизни занимает ничтожно малый промежуток времени в общей продолжительности жизни человека, но именно в этот период формируется здоровье и нездоровье человека, определяя состояние последующих поколений [1]. Здоровье потомства у первородящих женщин представляет важную медицинскую и социальную проблему, так как в последние десятилетия рождаемость более чем на 60 % поддерживается за счет первенцев [2]. Маркером нарушений состояния плода и новорожденного может служить фетальный белок — альфафетопротеин (АФП) [3-6]. Физиологическое значение белка состоит в регуляции формирования нейродермы [7-9], а его уровень взаимосвязан со сроком беременности, массой плода, отражая степень внутриутробного созревания плода и зрелости при рождении [10-14]. Степень проникновения АФП из организма плода в кровь матери зависит от проницаемости плацентарного барьера и особенностей фето-плацентарного кровотока [15-16]. В современной литературе практически отсутствуют сведения о диагностической значимости определения концентрации альфафетопротеина в сыворотке крови беременной после 33 недель гестации.

Цель исследования — определение диагностической значимости уровня альфафетопротеина в конце беременности и в родах у первородящих женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 194 женщины, не имевшие в анамнезе репродуктивных потерь. В I группу были включены 134 первобеременных первородящих женщин, во II группу — 60 повторнородящих женщин. Критериями включения в исследование явились: паритет беременности и родов, отсутствие тяжелой соматической патологии (декомпенсированные формы соматических заболеваний), тяжелые формы гестозов, антенатальная гибель плода, информированное согласие женщины участвовать в исследовании.

В конце III триместра беременности и в родах изучался уровень АФП. Определение уровня фетального белка проводилось в сыворотке крови беременных за 2-7 дней до родов, в латентную фазу I периода и во II периоде родов. Забор крови производился путем венопункции из локтевой вены, в положении лежа. Исследование АФП проводилось прямым конкурентным иммуноферментным анализом (ИФА) с использованием стандартных тест-систем «Алкор-Био» в соответствии с прилагаемой инструкцией. Исследования проводились на базе генетической лаборатории Кемеровской областной клинической больницы. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием

пакета прикладных программ (ППП) «Statistica for Windows 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний срок беременности в группах на момент исследования составил $39 \pm 1,4$ и $39 \pm 1,7$ недель, соответственно ($p = 1,000$). Частота перенесенных детских инфекций (44,8 % и 43,3 %, $p = 0,846$), носительства трансплацентарных инфекций (26,9 % и 33,3 %, $p = 0,364$), соматических заболеваний до беременности (71,6 % и 73,3 %, $p = 0,807$) и табакокурения (17,9 % и 13,3 %, $p = 0,426$) в группах не имели различий. Средний возраст менархе — $13 \pm 0,1$ и $13 \pm 0,2$ лет ($p = 1,000$), продолжительность менструального цикла — $28 \pm 0,2$ и $28 \pm 0,2$ дней ($p = 1,000$), возраст начала половой жизни — $18 \pm 0,3$ и $18 \pm 0,3$ лет ($p = 1,000$) в I и II группах, соответственно. Доля женщин, имеющих патологию гениталий, в I группе оказалась ниже, чем во II — 37,3 % и 61,7 % ($p = 0,002$), за счет воспалительных заболеваний (31,3 % и 55 %, $p = 0,002$), тогда как частота опухолей гениталий не имела различий в группах (4,5 % и 5 %, $p = 0,520$), а бесплодие встречалось чаще у первородящих — 6 % и 1,7 % ($p < 0,001$).

Первородящие в 1,8 раза чаще болели во время беременности острыми респираторно-вирусными заболеваниями (6 % и 3,3 %, $p = 0,001$). Кольпиты и бактериальный вагиноз диагностировались в группах с одинаковой частотой — 44,8 % и 38,3 % ($p = 0,399$). Распространенность угрозы прерывания беременности (7,5 % и 10 %, $p = 0,683$), гестационной анемии (53,7 % и 53,3 %, $p = 0,959$), многоводия (23,9 % и 28,3 %, $p = 0,515$), маловодия (13,4 % и 11,7 %, $p = 0,744$), пиелонефрита (6 % и 11,7 %, $p = 0,658$) значимых различий в группах не имели, тогда как синдром задержки развития плода у первородящих встречался чаще, чем у повторнородящих — 17,9 % и 5 % ($p < 0,001$).

У большинства пациенток в группах роды произошли в срок — 92 % и 97 % ($p = 0,192$), однако частота запоздалых родов у первородящих оказалась выше, чем у повторнородящих — 8 % и 3 % ($p < 0,001$). Средняя продолжительность родов у первородящих и повторнородящих составила $8 \pm 0,2$ и $6,1 \pm 0,2$ часов, соответственно ($p < 0,001$), при длительности безводного промежутка $6,3 \pm 0,3$ и $4,7 \pm 0,3$ часов, соответственно ($p < 0,001$). Частота несвоевременного излития околоплодных вод в группах не имела различий — 34,4 % и 43,3 % ($p = 0,237$). Аномалии родовой деятельности и клиническое несоответствие у первородящих развивались реже, чем у повторнородящих (7,5 % и 16 %, $p < 0,001$; 3 % и 23,3 %, $p < 0,001$, соответственно).

Во время беременности концентрация АФП в сыворотке крови первородящих женщин оказалась выше, чем у повторнородящих ($171,0 \pm 15,8$ и $111,5 \pm 21,6$, $p < 0,001$), тогда как в I периоде — значимо ниже ($90,0 \pm 10,1$ и $138,6 \pm 9,6$, $p < 0,001$), а во

Корреспонденцию адресовать:

Тришкин Алексей Геннадьевич,
E-mail: ale-trishkin@yandex.ru

II периоде родов уровень АФП различий со II группой не имел ($192,0 \pm 14,8$ и $194,5 \pm 17,0$, $p = 0,402$).

Динамические изменения уровня фетального белка (АФП) в конце беременности и в родах у первородящих и повторнородящих женщин представлены на рисунке 1.

Изучение динамики уровня АФП в родах позволило установить, что у первородящих к I периоду родов происходит значительное его снижение по сравнению с беременностью — $171,0 \pm 15,8$ и $90,0 \pm 10,1$ МЕ/мл ($p < 0,001$), а во II группе — его увеличение — $111,5 \pm 21,6$ и $138,6 \pm 9,6$ МЕ/мл ($p < 0,001$). Ко II периоду родов, в сравнении с I периодом, уровень АФП значительно увеличивался в обеих группах — с $90,0 \pm 10,1$ до $192,0 \pm 14,8$ МЕ/мл и с $138,6 \pm 9,6$ до $194,5 \pm 17,0$ МЕ/мл ($p < 0,001$), соответственно. Выявленные колебания концентрации фетального белка, вероятнее всего, можно связать с тем, что первая беременность и первые роды для организма женщины являются «пробными», когда женщина впервые сталкивается с новыми, не знакомыми ее «памяти» процессами зарождения, роста, развития внутриутробного организма. Все компенсаторно-приспособительные механизмы испытывают большее напряжение, что проявляется особенностями проницаемости плацентарного барьера, гемодинамики и метаболических процессов фетоплацентарного комплекса.

С целью определения диагностической значимости уровня АФП во время беременности и в родах его содержание проанализировано во взаимосвязи с состоянием плода при рождении (табл. 1).

Динамические изменения уровня фетального белка (АФП) в конце беременности и в родах у перво-

родящих, родивших детей без признаков асфиксии, представлены на рисунке 2.

Уровень АФП у первородящих женщин, родивших детей без признаков асфиксии, во время беременности ($148,0 \pm 23,3$ и $85,0 \pm 15,2$, $p < 0,001$) и во II периоде родов ($222,0 \pm 21,1$ и $197,6 \pm 19,6$, $p < 0,001$) был значимо выше, а в I периоде — ниже, чем у повторнородящих пациенток ($77,0 \pm 13,4$ и $152,1 \pm 10,2$, $p < 0,001$).

К I периоду родов, по сравнению с беременностью, у пациенток основной группы происходило значительное снижение фетального белка с $148,0 \pm 23,3$ до $77,0 \pm 13,4$ МЕ/мл, ($p < 0,001$), тогда как во II группе уровень АФП возрастал с $85,0 \pm 15,2$ до $152,1 \pm 10,2$ МЕ/мл ($p < 0,001$). Ко II периоду родов, в сравнении с I периодом, в обеих группах происходило увеличение концентрации АФП, причем более значимое у первородящих — $77,0 \pm 13,4$ и $222,0 \pm 21,1$ МЕ/мл; $152,1 \pm 10,2$ и $197,6 \pm 19,6$ МЕ/мл ($p < 0,001$).

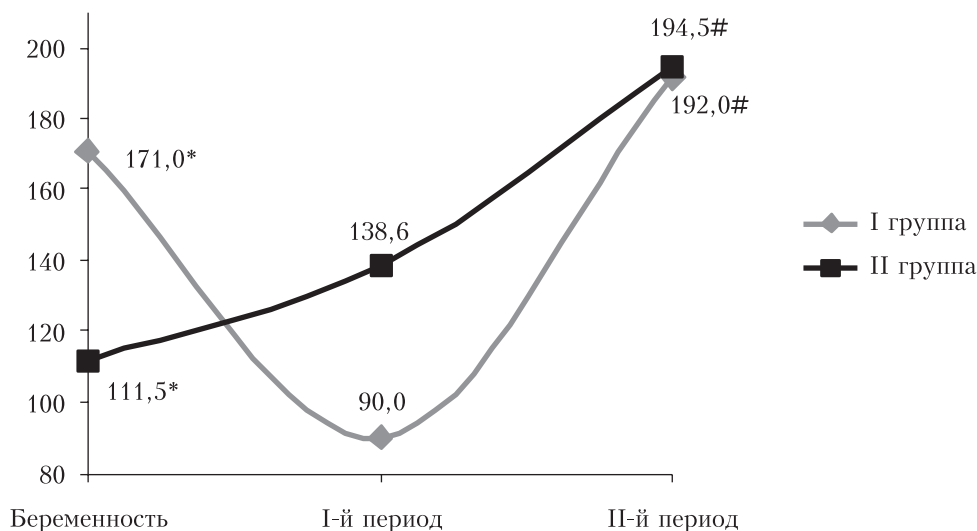
Динамические изменения уровня АФП в конце беременности и в родах у первородящих, родивших детей в состоянии асфиксии, представлены на рисунке 3.

Концентрация фетального белка у первородящих, родивших детей в состоянии асфиксии, во время беременности не имела различий с повторнородящими ($200,0 \pm 20,7$ и $206 \pm 10,1$, $p = 0,359$), а в родах была ниже ($100,0 \pm 15,1$ и $137,8 \pm 26,1$, $p < 0,001$; $171,0 \pm 20,7$ и $184,0 \pm 10,8$, $p = 0,05$, соответственно по периодам).

К I периоду родов, по сравнению с беременностью, у пациенток обеих групп происходило значительное снижение фетального белка — с $200,0 \pm 20,7$

Рисунок 1

Содержание АФП (МЕ/мл) в конце беременности и в родах у первородящих и повторнородящих женщин
Примечание: * $p < 0,05$ между беременностью и периодами родов; # $p < 0,05$ между периодами родов



Сведения об авторах:

Николаева Любовь Борисовна, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог ГУЗ «КОКБ», г. Кемерово, Россия.

Тришкин Алексей Геннадьевич, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ВПО «КемГМА Росздрави», г. Кемерово, Россия.

Таблица

Содержание альфафетопротеина в сыворотке крови во время беременности и в родах у первородящих женщин, родивших детей в состоянии асфиксии (МЕ/мл)

Альфафетопротеин	I группа	II группа	P I;II
Дети, родившиеся без признаков асфиксии			
	(n = 60)	(n = 41)	
Беременность	148,0 ± 23,3 (n = 22)	85,0 ± 15,2 (n = 10)	< 0,001
I период родов	77,0 ± 13,4 (n=38)	152,1 ± 10,2 (n = 31)	< 0,001
II период родов	222,0 ± 21,1 (n = 38)	197,6 ± 19,6 (n = 31)	< 0,001
Дети, родившиеся в состоянии асфиксии			
	(n = 84)	(n = 22)	
Беременность	200,0 ± 20,7 (n = 42)	206,0 ± 10,1 (n = 11)	0,359
I период родов	100,0 ± 15,1 (n = 42)	137,8 ± 26,1 (n = 11)	< 0,001
II период родов	171,0 ± 20,7 (n = 42)	184,0 ± 10,8 (n = 11)	0,05

до $100,0 \pm 15,1$ МЕ/мл ($p < 0,001$) и с $206,0 \pm 10,1$ до $137,8 \pm 26,1$ МЕ/мл ($p < 0,001$), соответственно, тогда как ко II периоду родов отмечалось его увеличение — со $100,0 \pm 15,1$ до $171,0 \pm 20,7$ ($p < 0,001$) и с $206,0 \pm 10,1$ до $184,0 \pm 10,8$ ($p < 0,001$, соответственно по группам.

Таким образом, у первородящих в конце беременности в сыворотке крови отмечается более высокое содержание АФП, тогда как в первом периоде родов уровень фетального белка оказался ниже, а во II периоде не имел различий с концентрацией АФП у повторнородящих. Динамический анализ уровня фетального белка показал, что к I периоду родов у первородящих, в сравнении с беременностью, происходит его снижение, а ко II периоду — увеличение. Вероятнее всего подобные изменения уровня АФП у первородящих связаны с особенностями проницаемости плацентарного барьера, гемодинамики, их изменениями во время беременности и в динамике родового акта, так как все в организме женщины происходит впервые. Установлена взаимосвязь уровня АФП с состоянием плода при рож-

дении, как во время беременности, так и в родах. Содержание АФП во время беременности при рождении ребенка в состоянии асфиксии у первородящих женщин значительно повышается и продолжает возрастать в I периоде родов, значительно уменьшаясь во II периоде родов. Проведенное исследование позволяет предположить, что уровень АФП во время беременности отражает не только зрелость новорожденного, но и его функциональное состояние на момент рождения. При проведении дальнейших научных исследований уровень АФП может стать маркером функционального состояния плода при рождении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ушакова, Г.А. Репродуктивное здоровье женщины и национальная безопасность России /Ушакова Г.А. //Вестн. Межрегион. Асс. «Здравоохранение Сибири». — 2001. — № 3. — С. 3-10.
2. Вишневский, А.Г. Тенденции рождаемости в Российской Федерации в сравнении с другими промышленно развитыми странами /А.Г. Вишневский //Низкая рождаемость в Российской Федерации: вызовы и стратегические подходы: Матер. междуна. семинара. — М., 2006. — С. 9-26.
3. Absent or reversed end-diastolic blood flow in the umbilical artery and abnormal Doppler cerebroplacental ratio—cognitive, neurological and somatic development at 3 to 6 years /J. Kutschera, J. Tomaselli, B. Urlesberger et al. //Early Hum. Dev. — 2002. — Vol. 69, N 1-2. — P. 47-56.
4. Butler, E.L. Association between maternal serum alpha-fetoprotein and adverse outcomes in pregnancies with placenta previa /E.L. Butler, J.S. Dashe, R.M. Ramus //Obstet. Gynecol. — 2001. — Vol. 97, N 1. — P. 35-38.
5. The effects of analytical factors on second trimester risk estimations /M.A. Serdar, L. Tutuncu, A. Olgun et al. //Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2006. — Vol. 93, N 1. — P. 28-32.

Рисунок 2

Содержание АФП (МЕ/мл) в конце беременности и в родах у первородящих и повторнородящих женщин, родивших детей без признаков асфиксии

Примечание: * $p < 0,05$ между беременностью и периодами родов; # $p < 0,05$ между периодами родов

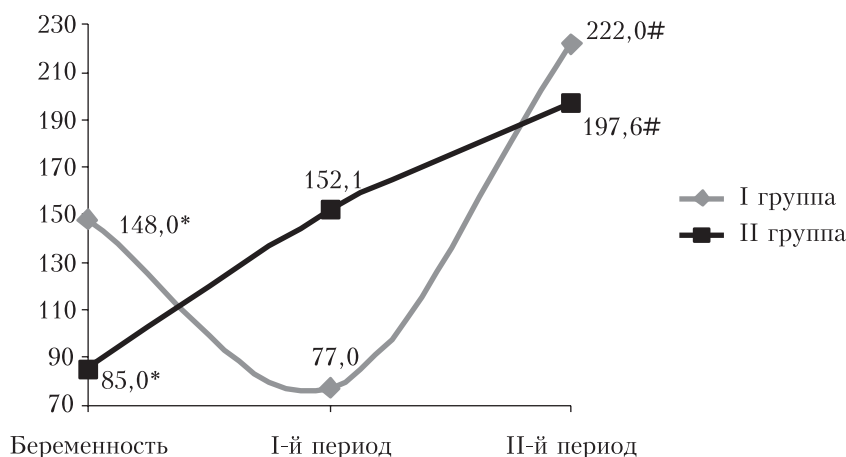
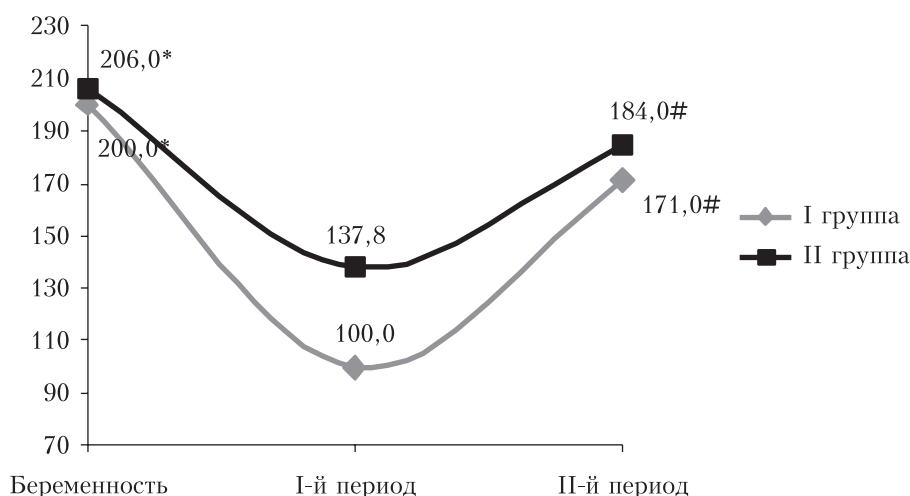


Рисунок 3

Содержание АФП (МЕ/мл) в конце беременности и в родах у первородящих и повторнородящих женщин, родивших детей в состоянии асфиксии

Примечание: * $p < 0,05$ между беременностью и периодами родов; # $p < 0,05$ между периодами родов



- Very low second-trimester maternal serum alpha-fetoprotein: Association with high birth weight /A.A. Baschat, C.R. Harman, G. Farid et al. //Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 99, N 4. – P. 531-536.
- Correlation of second-trimester sonographic and biochemical markers /V.L. Souter, D.A. Nyberg, P.A. Benn et al. //J. Ultrasound Med. – 2004. – Vol. 23, N 4. – P. 505-511.
- Sancken, U. Biochemical screening for chromosomal disorders and neural tube defects (NTD): is adjustment of maternal alpha-fetoprotein (AFP) still appropriate in insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM)? /U. Sancken, I. Bartels //Prenat. Diagn. – 2001. – Vol. 21, N 5. – P. 383-386.
- Second-trimester prediction of severe placental complications in women with combined elevations in alpha-fetoprotein and human chorionic gonadotrophin /F. Alkazaleh, V. Chaddha, S. Viero et al. //Am. J. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 194, N 3. – P. 821-827.
- Альфа-фетопротеин в прогнозировании осложнений у новорожденного /О.А. Пустотина, Е.В. Гусарова, Н.Д. Фанченко, А.И. Мелько //Акушерство и гинекология. – 2006. – № 1. – С. 17-20.
- Альфа-фетопротеин как регулятор иммунных процессов /С.Ю. Родионов, Н.Н. Кеворков, В.А. Черкасов и др. //Вестн. Урал. мед. академии наук. – 2004. – № 4. – С. 58-66.
- Кононенко, Н.И. Альфа-фетопротеин и осложнения течения беременности /Н.И. Кононенко, С.П. Пахомов, Н.Н. Ржевкина //Актуальные проблемы медицины и фармации: матер. 64-й итог. науч. конф. – Курск, 1999. – С. 127-128.
- Ларичева, И.П. Оценка зрелости новорожденных по показателям альфа-фетопротеина и в2-микрoglobулина в раннем неонатальном периоде /И.П. Ларичева, Т.С. Понкратова, М.В. Салеева //Материнство и детство. – 1992. – № 1. – С. 10-13.
- Шмагель, К.В. Альфа-фетопротеин: строение, функция и роль в эмбриогенезе /К.В. Шмагель, В.А. Черешнев //Акушерство и гинекология. – 2002. – № 5. – С. 6-10.
- Гагарина, А.В. Гемодинамические параметры в функциональной системе мать-плацента-плод у женщин, имевших повышенные уровни альфа-фетопротеина и хорионического гонадотропина во втором триместре беременности /А.В. Гагарина, Н.Г. Павлова, Т.К. Кашеева //Журн. акуш. и женских болезней. – 2002. – Вып. 4. – С. 22-26.
- Analysis of mid-trimester corticotrophin-releasing hormone and alpha-fetoprotein concentrations for predicting pre-eclampsia /T.N. Leung, T.K. Chung, G. Madsen et al. //Hum. Reprod. – 2000. – Vol. 15, N 8. – P. 1813-1818.

* * *

Чегошева Т.В.

МУ «Городская больница № 1»,
г. Белово, Кемеровская область

НОВОРОЖДЕННЫЙ БЕЛОВЧАНИН. КАКОЙ ОН СЕГОДНЯ?

Изучены особенности состояния здоровья женщин-родильниц и их новорожденных. Наиболее значимыми негативными факторами, влияющими на здоровье новорожденных, являются социальное неблагополучие, вредные привычки, предшествующее прерывание беременности у матерей.

Ключевые слова: новорожденные; родильницы; состояние здоровья.

Chegosheva T.V

Medical Establishment «City Hospital N 1»,
Belovo, Kemerovo region inhabitant

NEW-BORN BELOVITER. WHAT HE TODAY?

Features of healthy states of giving birth women and their new-born babies were studied. There are the most meaningful negative factors such as group of social risk, harmful habits, previous abortion which having influence on a health of new-born babies.

Key words: new-born babies, giving birth women, healthy states.

Здоровье — одна из важнейших социальных ценностей общества. В последние годы на фоне снижения рождаемости происходит неуклонное снижение качественных показателей состояния здоровья родившихся. Основой здоровья ребенка является здоровье его родителей. Рост заболеваемости, в первую очередь, женского населения, а затем и новорожденных, привел к возникновению своеобразного замкнутого цикла: больной плод — больной ребенок — больной подросток — больные родители — больной новорожденный. Таким образом, нарушается основное требование к выполнению репродуктивной функции — здоровое зачатие, актуальной проблемой становится рождение физиологически и психически здорового ребенка.

Каков он, сегодняшний новорожденный? Какие факторы влияют на его здоровье?

Проведен анализ 1536 историй развития новорожденных, родившихся в г. Белово Кемеровской области в 2007 году. Были изучены социальное положение женщин-родильниц, их хроническая соматическая патология, социально значимые болезни (туберкулез, ВИЧ-инфекция, сифилис), вредные привычки (алкогольная, никотиновая, наркотическая зависимость), особенности течения беременности и родов, состояние здоровья новорожденного.

Корреспонденцию адресовать:

Чегошева Татьяна Владимировна,
652632, Кемеровская область, г. Белово,
4-й микрорайон, 2-й проезд, д. 12,
Тел. сотовый: 8-923-481-66-51

Большинство родильниц имели оптимальный для деторождения возраст: матери в возрасте от 18 до 30 лет составили 80,5 % (1237 человек), юных рожениц (18 лет и менее) было 2,9 %, матерей старше 30 лет — 16,6 %. Однако обращала внимание социальная неустроенность значительной части родивших женщин. Только 64,4 % матерей на момент родов состояли в зарегистрированном браке. У 48,8 % женщин было постоянное место работы, 5,4 % женщин являлись учащимися, в том числе 0,2 % — ученицами средней школы, 44,6 % родильниц — «домохозяйки», многие из которых не имели не только специального, но и среднего полного образования. 9 матерей (0,5 %) могут быть отнесены к категории асоциальных — отсутствовали регистрация по месту жительства, место жительства и работы. 7 родивших женщин (0,4 %) страдали алкоголизмом, 20 матерей (1,3 %) — наркозависимостью, 223 женщины (14,5 %) были интенсивными курильщиками.

Состояние здоровья почти половины родильниц отягощено различной патологией. Анемией страдали 33,4 % женщин, инфекцией мочеполовой системы — 30,4 %. При этом обращало внимание, что частота кольпита и пиелонефрита у юных матерей была в 2 раза выше, чем у более старших родильниц. Социально значимые болезни были выявлены у 83 женщин (5,1 %): туберкулез — 4 (0,2 %), ВИЧ-инфицирование — 9 (0,5 %), сифилис — 69 (4,4 %).

Первыми родами родились 3/4 новорожденных, 1/4 детей — повторными, однако более чем в 30 % случаев, как при первых, так и при повторных родах, рождению данного ребенка предшествовали ме-

даборты и самопроизвольные выкидыши. Беременность осложнялась угрозой прерывания в 321 случае (20,8 %), наиболее часто она была у женщин старше 30 лет. У 231 женщины (15 %) развился гестоз, среди матерей старше 30 лет он был у каждой пятой. Хроническую гипоксию плода испытывали 759 новорожденных (49,4 %), наиболее подверженными внутриутробной хронической гипоксии были плоды матерей старше 30 лет.

Распределение детей, родившихся в г. Белово, по полу соответствует популяционному: 55 % родившихся детей имели мужской пол, 45 % — женский.

Средняя масса детей при рождении составила 3292 ± 386 г, длина тела — $52,7 \pm 1,9$ см. Удельный вес недоношенных — 6,3 %. Наиболее часто недоношенные дети рождались в группе матерей старше 30 лет (удельный вес в группе — 12,3 %). Почти 1/4 доношенных детей имела дефицит массы при рождении, наиболее подверженными задержке внутриутробного развития были дети юных матерей.

У 407 детей (26,4 %) при рождении был установлен диагноз асфиксии новорожденного. Патологическая желтуха имела место у 36 новорожденных (2,3 %), у детей от матерей старше 30 лет патологическая желтуха новорожденных встречалась в 2 раза чаще, чем у детей от матерей других возрастных групп, что, вероятно, связано с более частой соматической патологией и употреблением большего количества лекарственных средств во время беременности и в родах в этой возрастной группе. Внутриутробная инфекция была выявлена у 34 детей (2,2 %). Абстинентный синдром, значительно отягощавший адап-

тацию ребенка к условиям внутриутробной жизни, испытывали 27 родившихся (1,7 %), при этом у 18 детей, родившихся от алкоголь- и наркозависимых матерей, клинические проявления внутриутробно сформированной зависимости сочетались с проявлениями внутриутробной инфекции (сифилис, гепатит В и С и другие). Диагноз церебральной ишемии был поставлен у 83 новорожденных (5,4 %). Только 45 % родившихся детей были выписаны домой с диагнозом: «Практически здоров».

Таким образом, негативными факторами, оказывающими в настоящее время влияние на здоровье новорожденных детей в г. Белово, являются социальное неблагополучие, вредные привычки, предшествующие прерывания беременностей у их матерей.

Качество здоровья родившихся детей имеет долгосрочные последствия и является серьезной социально-медицинской проблемой, требующей повышенного внимания со стороны здравоохранения и государства. Для оптимизации здоровья молодого поколения необходимым являются:

- повышение престижа материнства и отцовства, формирование семейных ценностей и интереса к институту семьи и брака;
- формирование системы полового образования молодежи;
- диспансеризация населения, своевременное, до наступления детородного периода, выявление и санация хронических очагов инфекции;
- лечение и профилактика социально значимых болезней;
- пропаганда здорового образа жизни.

Сведения об авторах:

Чегошева Татьяна Владимировна, врач-неонатолог МУ «Городская больница № 1», г. Белово Кемеровской области, Россия.

* * *

ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА ВЫЗЫВАЕТ СТРЕСС

Среди британцев в возрасте от 16 до 24 лет 57 процентов испытывают стресс при работе с электронной почтой. Среди возрастной группы старше 55 лет то же самое сказали 35 процентов опрошенных. Об этом пишет PC Pro со ссылкой на результаты исследования компании GMX.

Более сорока процентов британцев испытывают чувство вины, если вовремя не отвечают на электронные письма друзей или членов своей семьи. Треть из них не могут ответить из-за большого количества сообщений в почтовом ящике.

Женщины в большей мере страдают из-за того, что не успели в срок ответить на письмо. Причина этого заключается в том, женщины ведут более обширную личную переписку, чем мужчины.

Также исследователи выяснили, что у среднестатистического британца есть два почтовых ящика, которые он проверяет два-три раза в день.

Источник: Podrobnosti.ua



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

КНИГИ

1. Апресян, С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях /С.В. Апресян; под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 464 с. (Шифр 618.3 А-77)
2. Базовая помощь новорожденному – международный опыт /под ред. Н.Н. Володина; Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с. (Шифр 616-053.31 Б-17)
3. Барашнев, Ю.И. Зрение и слух у новорожденных. Диагностические скрининг-технологии /Ю.И. Барашнев, Л.П. Пономарева. – М.: Триада-Х, 2008. – 200 с. (Шифр 616-053.31 Б-24)
4. Боль в животе и диспепсия у детей. Дифференциальная диагностика /Н.С. Воротынцева, М.В. Михайлов, Т.Г. Авдеева и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 176 с. (Шифр 616.33/34-002 Б-79)
5. Методы восстановительной терапии в акушерско-гинекологической практике: учебное пособие /под ред. О.В. Кузьменко. – Новокузнецк, 2008. – 31 с. (Шифр 615.83 М54)
6. Педиатрия: в двух томах: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – + 2 эл. опт. диск (CD-ROM). (Шифр 616-053.2(035) П-24)
7. Пестрикова, Т.Ю. Перинатальные потери. Резервы снижения /Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова, Т.М. Бутко. – М.: Литтерра, 2008. – 208 с. (Шифр 618.33 П-28)
8. Применение антиинфекционных химиопрепаратов при беременности и кормлении грудью. – М.: Сандоз, [2008]. – 14 с. (Шифр 615.33 П-76)
9. Профилактика повторных осложнений беременности в условиях тромбофилии (синдром потери плода, гестозы, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, тромбозы и тромбоэмболии): руководство для врачей /под ред. А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе. – М.: Триада-Х, 2008. – 152 с. (Шифр 618.3-08(035) П-84)
10. Пугачев, А.Г. Детская урология: руководство для врачей /А.Г. Пугачев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 832 с. (Шифр 616.6-053.2(035) П-88)
11. Радзинский, В.Е. Незримоющаяся беременность: [руководство для врачей] /В.Е. Радзинский, В.В. Димитрова, И.Ю. Майскава. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2009. – 200 с. (Шифр 618.3(035) Р-15)
12. Руководство участкового педиатра /под ред. Т.Г. Авдеевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 352 с. (Шифр 616-053.2(035) Р-85)
13. Юрьев, В.В. Практика вскармливания детей первого года жизни /В.В. Юрьев, Е.И. Алешина. – СПб.: Питер, 2009. – 176 с. (Шифр 613.953.1(075) Ю-85)

СТАТЬИ ИЗ ЖУРНАЛОВ

1. Антифосфолипидный синдром у детей /Г.А. Новик, Н.М. Калинина, Л.Н. Абакумова, К.Г. Кикнадзе //Лечащий врач. – 2009. – № 4. – С. 30-33.
2. Аутовоспалительные заболевания у детей – современный взгляд на проблему /Н.Н. Кузьмина, Е.С. Федоров, Г.Р. Мовсисян и др. //Науч.-практ. ревматология. – 2009. – № 1. – С. 63-75.
3. Бельмер, С. Абдоминальная боль при функциональных нарушениях органов пищеварения у детей /С. Бельмер //Врач. – 2009. – № 3. – С. 54-56.
4. Боровкова, Л.В. Влияние СКЭНАР-терапии на течение беременности, родов, состояние новорожденного и ребенка первого года жизни у женщин с невынашиванием беременности инфекционного генеза /Л.В. Боровкова, А.А. Артифксова, С.О. Колобова //Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 53-58.
5. Возможности трехмерных ультразвуковых технологий в диагностике послеродовых осложнений /Ю.П. Титченко, Л.И. Титченко, Л.С. Логута и др. //Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009. – № 2. – С. 42-46.
6. Гордеева, Е.А. Мясной прикорм в питании детей первого года жизни /Е.А. Гордеева //Лечащий врач. – 2009. – № 4. – С. 52-54.
7. Иванян, А.Н. Современный взгляд на анемию у беременных /А.Н. Иванян, И.И. Никифорович, А.В. Литвинов //Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 1. – С. 17-20.
8. Коровина, Н.А. Принципы профилактики и лечения ОРВИ у детей /Н.А. Коровина, Л.В. Заплатникова //Рус. мед. журн. – 2009. – № 1. – С. 31-35.
9. Михайлова, О.И. Токολитические препараты в лечении угрожающих преждевременных родов /О.И. Михайлова, А.А. Балушкина, В.Л. Тютюник //Рус. мед. журн. – 2009. – № 1. – С. 11-15.
10. Мозговая, Е.В. Новые решения вопросов гестоза: современная классификация и комплекс профилактических мер для беременных группы риска /Е.В. Мозговая, М.С. Зайнулина //Журн. акушерства и жен. болезней. – 2008. – Вып. 4. – С. 3-14.
11. Мубаракшина, О.А. Актуальность применения НПВП в терапии лихорадки у детей /О.А. Мубаракшина //Рус. мед. журн. – 2009. – № 1. – С. 60-63.
12. Насонкова, Т.И. Влияние питания на исход беременности /Т.И. Насонкова, Е.Г. Гуменюк, Е.М. Шифман //Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 1. – С. 36-39.
13. Оптимизация диагностики и лечения послеродового эндометрита [обзор] /В.С. Горин, В.Н. Серов, Л.А. Бирюкова, В.В. Степанов //Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 1. – С. 21-29.
14. Ранняя диагностика пороков развития плода /И.В. Антонова, О.В. Антонов, О.Л. Шестовских, Н.Ю. Герасименко //Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009. – № 1. – С. 25-29.
15. Рожавский, Л.А. Питание и болезни органов пищеварения у детей /Л.А. Рожавский, А.Ю. Окунев, В.И. Пуринь //Вопр. дет. диетологии. – 2009. – № 1. – С. 64-67.
16. Современные методы лечения при преждевременных родах (обзор) /О.В. Макаров, Л.В. Ганковская, И.В. Бахарева и др. //Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 29-34.
17. Сосюра, В.Х. Хронический обструктивный бронхит у детей /В.Х. Сосюра, А.Я. Шершевская //Инфекц. болезни. – 2009. – № 1. – С. 14-16.
18. Сухотина, Н.К. О разработке протокола ведения больных «Гиперкинетические расстройства у детей и подростков» /Н.К. Сухотина //Журн. неврологии и психиатрии. – 2009. – № 4. – С. 43-49.
19. Ушакова, Г.А. Течение беременности и родов, состояние здоровья потомства у первородящих женщин /Г.А. Ушакова, Л.Б. Николаева, А.Г. Тришкин //Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 3-5.
20. Хавкин, А.И. Современный взгляд на функциональные нарушения кишечника у детей раннего возраста /А.И. Хавкин, Н.С. Жихарева //Рус. мед. журн. – 2009. – № 1. – С. 50-52.
21. Юшков, В.В. Рациональное использование иммуномодуляторов у детей /В.В. Юшков, Т.А. Юшкова //Лечащий врач. – 2009. – № 4. – С. 55-60.

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/medibl
⌚ с 8-18; суббота - 9-17; выходной день - воскресенье.