

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гудков Р.А., Дмитриева Н.В., Клемина Л.Г., Мойсеюк О.В.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

За период с 1994 по 2004 гг. заболеваемость детского населения врожденными пороками сердца (ВПС) в Рязанской области выросла вдвое и составила 10,3‰ с разбросом показателей по районам от 4,7 до 20,9‰. ВПС составляют 42% от всех врожденных пороков развития. В структуре ВПС преобладают моно- пороки — 75%, преимущественно дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок. В 3% ВПС определяются у детей с хромосомными аномалиями. Ежегодно консультируются кардиохирургом 29,2% из поставленных на учет, оперативное лечение получают от 4,3 до 5,7%. Частота осложнений у оперированных детей колеблется от 6 до 22,6%. В их числе инфекционный эндокардит, ателектаз, гидроторакс, реканализация ОАП, плеврит, парез диафрагмы, полная АВ-блокада, приступ пароксизмальной тахикардии, острая дыхательная недостаточность, перикардит. Смертность при оперативном лечении составила 3 ребенка в год.

В структуре детской смертности на пороки сердца приходится 35,7% всех случаев смерти от врожденных аномалий, при чем в сельской местности этот показатель повышается до 50%. Большинство летальных случаев приходится на 1 год жизни, среди них 46,2% в возрасте 1–6 месяцев. В возрасте старше года смертность детей от ВПС на порядок ниже, большинство случаев отмечаются в возрасте 1–3 и 13–15 лет.

Можно выделить 3 группы случаев ВПС у детей с неблагоприятным исходом. Первая, наибольшая — это тяжелые пороки (часто сочетанные с инфекцией), диагностируемые в раннем неонатальном периоде и приводящие к летальному исходу в стационаре. Вторая — порок диагностирован рано, однако, оперативное лечение не проводилось, и летальный исход наступил в постнеонатальном периоде или в старшем возрасте при декомпенсации или интеркуррентной инфекции, часто на дому. Третья — порок не диагностирован в роддоме и на участке, декомпенсация и летальный исход развиваются на фоне пневмонии на участке или в стационаре (в основном случаи в сельской местности). Таким образом, улучшение помощи детям с ВПС может быть достигнуто путем совершенствования пре- и постнатальной диагностики, с ранним направлением для консультации кардиохирурга, оптимизацией ведения детей с ВПС на участке в сельской местности и своевременной госпитализацией при интеркуррентных заболеваниях и декомпенсации.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МЕСТНЫХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ ПРИ ОСТРЫХ МИКРОБНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Гужвина И.И., Басарева Н.И.

Томский военно-медицинский институт

Цель работы. Изучение местных факторов защиты и разработка дифференциально-диагностических критериев острых заболеваний органов мочевого выделения у детей.

Проведено обследование 35 детей с острым циститом и 50 детей с острым пиелонефритом. Протокол обследования включал оценку анамнеза, клинико-лабораторных данных, определение лизоцима, секреторного иммуноглобулина А мочи, количественный цитологический анализ осадка мочи. При микробно-воспалительных заболеваниях органов мочевого выделения у детей выявлены общие закономерности функционирования местных клеточных и гуморальных факторов защиты: повышение общей клеточности мочи в острую фазу заболевания, нейтрофильный характер лейкоцитурии, макрофагурия, лимфоцитурия, повы-

шение экскреции иммуноглобулинов мочи, лизоцимурия. Выявлены взаимосвязи и последовательность включения в работу факторов местной защиты. Первый фактор — эпителиальные элементы, покрывающие все отделы мочевыделительной системы. При несостоятельности первого фактора защиты в работу включаются сегментоядерные нейтрофилы — второй фактор. При прогрессировании воспалительного процесса в защиту вступает третий фактор — макрофаги и лимфоциты. Степень лизоцимурии значительно возрастает в острую фазу заболевания, не формируя самостоятельного фактора защиты. Повышение экскреции секреторного иммуноглобулина А с мочой является следствием высокой степени альтерации в очаге воспаления.

Таким образом, местная защита мочевыделительной системы у детей представляет сложный комплекс неспецифических и специфических факторов. Их слаженная работа в острый период заболевания на фоне комплексного лечения позволяет добиться в большинстве случаев клинико-лабораторной ремиссии.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Гулиев Н.Д., Рагимова Н.Д.

Научно-исследовательский институт Педиатрии, Баку, Азербайджан

Комплексный подход к изучению функциональных возможностей почек у новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС раскрывает новую информацию о причинах и механизмах формирования недостаточности почечных функций, позволяет обнаружить структурно-функциональные изменения, лежащие в основе патологии почек у новорожденных на фоне гипоксического поражения ЦНС. У новорожденных детей (103) с гипоксическим поражением ЦНС наблюдаются преимущественно нарушения функции почечных канальцев. Степень канальцевых нарушений, оцениваемая по уровню β_2 -микроглобулина (β_2 -МГ) и активности ферментов (гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочная фосфатаза (ЩФ) в моче, усугублялась по мере нарастания тяжести гипоксического поражения ЦНС. Нарушение клубочковых функций у новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС выражалось в снижении скорости клубочковой фильтрации, в повышении уровня β_2 -МГ в сыворотке крови, увеличении активности холинэстеразы мочи, характеризующей проницаемость гломерулярного фильтра. По данным ультразвукового исследования у новорожденных, перенесших гипоксию, в наших наблюдениях, чаще (56,9%) встречается сочетанная патология — повышение эктогенности паренхимы почечной ткани, расширение чашечно-лоханочной системы, нарушение сосудистого тонуса.

Критериями, позволяющими отнести новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС к группе риска по развитию нефропатий в неонатальном периоде, является тяжелая форма энцефалопатии, повышение β_2 -МГ и активности ферментов (ЛДГ, ЩФ, ГГТ) в моче, а также изменения, выявленные при эходоплерографии почек.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Гулиев Н.Д., Мамедова Н.В.

НИИ Педиатрии им. К.Я. Фараджевой, Баку, Азербайджан

Внутриутробное инфицирование плода и новорожденного может быть вызвано различными микроорганизмами, среди которых наибольшее значение имеют вирусы (простого герпеса, цитомегалии, гепатита, краснухи, ВИЧ); возможно также поражение плода бактериями, микоплазмами, хламидиями, грибами и простейшими (токсоплазмозом).

Внутриутробная инфекция является причиной широкого спектра антенатальной патологии.

Целью настоящего исследования являлось изучение этиологической структуры, клинко-иммунологических критериев диагностики, а также усовершенствования комплексного лечения внутриутробных инфекций у новорожденных по нашему региону.

Обследовано 676 новорожденных от матерей с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Возраст детей составил от 2 дней до 3-х месяцев, среди которых доношенных было 420, недоношенных 256.

На основании полученных данных в 26,3% случаях наблюдалась хламидийная инфекция, врожденный токсоплазмоз в 30,7% случаев, цитомегаловирусная инфекции в 55,3% и герпетовирусная инфекция в 34,8% случаях. Была установлена достоверная связь внутриутробной инфекции различной этиологии с наличием в материнском анамнезе самопроизвольных аборт, мертворождений, обострение хронических заболеваний.

СОВРЕМЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ ЮНОШЕЙ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Гурьева Н.А., Ким А.В.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Состояние здоровья подростков является одним из факторов, определяющих реальный трудовой, интеллектуальный, репродуктивный и оборонный потенциал государства. В настоящее время до 35% призывников освобождаются от призыва на военную службу по состоянию здоровья; около 40% по уровню физического и психического развития не в состоянии адаптироваться к нагрузкам военной службы (Коллегия МЗ РФ).

В 2005 году при первоначальной постановке на воинский учет (ППВУ) военно-врачебными комиссиями были осмотрены юноши 1988 года рождения. На воинский учет было поставлено 28711 юношей допризывного возраста.

В ходе ППВУ 51,4% допризывников имели различные ограничения к службе в армии по состоянию здоровья, из них удельный вес юношей негодных к военной службе составил 1,1%, ограниченно годных — 11,5%. Для уточнения основного заболевания временно освобождены от призыва 8,8% юношей, прошедших военно-врачебное освидетельствование.

В структуре заболеваний, ставших причинами ограниченной годности к военной службе ведущее место занимают болезни эндокринной системы — 26,2%. Второе место занимают болезни костно-мышечной системы — 16,3%, третье место — болезни глаза и его придаточного аппарата — 11,6%, на четвертом месте — болезни нервной системы (9,4%), на пятом — психические расстройства и расстройства поведения (8,1%). Далее следуют болезни органов дыхания (6,7%), болезни органов пищеварения (6,5%), болезни системы кровообращения (4,2%), болезни кожи и подкожной клетчатки (4,1%). Прочие группы заболеваний в ранговой структуре занимают менее 2%.

В ходе исследования было установлено, что доля юношей, освобожденных от призыва на этапе ППВУ, в 1,5 раза меньше, чем доля юношей, имеющих хронические заболевания, по данным ДАПУ. А доля юношей, имевших ограничения годности к службе в армии, в 1,6 раза выше.

На этапе ППВУ в 17,2% случаев впервые выявлялась патология костно-мышечной системы, в 21,8% — патология системы кровообращения, в 32,0% — болезни глаза и его придаточного аппарата.

Полученные данные необходимо учитывать для совершенствования организационных, профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на оптимизацию медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе в условиях детских АПУ.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА И ДИСБАКТЕРИОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ СТАЗОМ

Гусев А.А., Ленюшкин А.И., Баранов К.Н., Дьяконова Е.Ю., Дударев В.А.

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва;
Красноярская медицинская академия*

В настоящее время установлена огромная роль микробиоценоза толстой кишки в выработке продуктов необходимых для синтеза основных компонентов системы гемостаза у детей, а также в выделении токсинов, влияющих на гемостаз и тонус сосудов.

У 256 пациентов с ХТКС, в возрасте от 3 до 35 лет. Проводилось комплексное исследование системы гемостаза и исследование кала на дисбактериоз.

В результате исследования выявлено, что на фоне снижения общего количества кишечной палочки при компенсированной форме ХТКС (n=100) в системе гемостаза выявлено снижение факторов внутреннего механизма свертывания крови (VII, IX, XI, XII), что проявляется в виде гипокоагуляции при сохранении нормальных показателей суммарной активности физиологических антикоагулянтов. В субкомпенсированной стадии ХТКС (n=121), наряду с продолжающегося снижения количества кишечной палочки и появления патогенной микрофлоры, выявлена гипокоагуляция, обусловленная сниженной активностью факторов протромбинового комплекса. Данные изменения не сопровождалось нарушением конечного этапа свертывания крови. При исследовании тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза выявлены дезагрегационная тромбоцитопатия и эндотелиоз с угнетением фибринолиза, способствующие нарастанию динамики повышенного тромбообразования. На фоне дисбактериоза III–IV степени при декомпенсированном колостазе (n=25), отмечается нарастание патогенных микроорганизмов, значительно сниженная содержание кишечной палочки, наличие серотипов кишечной палочки со слабыми ферментативными свойствами. В системе гемостаза выявлен дефицит факторов внутреннего и внешнего механизмов свертывания крови. Определено угнетение фибринолиза, прогрессирование эндотелиоза с нарушением функциональной активности тромбоцитов вплоть до их дезагрегации, что являлось отражением участия этих клеток крови в микротромбообразовании.

Таким образом, в ходе исследования микробиоценоза толстой кишки и системы гемостаза у детей с ХТКС выявлено: прогрессирующее снижение количества полноценной кишечной палочки, что приводило к размножению бактерий рода *Enterococcus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, гемолизирующей *E. coli*. На этом фоне отмечается хронометрическая гипокоагуляция с нарушением внутреннего (XII, XI, IX, VIII) и внешнего (II, V, VII, X) механизма свертывания крови в основе которого лежит дефицит К-витаминзависимых факторов (II, VII, IX, X), при слабовыраженном нарушении конечного этапа свертывания. Со стороны тромбоцитарного сосудистого гемостаза выявлена тромбоцитопатия, с повышенной АДФ агрегацией и угнетением внутреннего пути фибринолиза, эндотелиозом.

СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ СТАЗОМ

Гусев А.А., Киргизов И.В., Баранов К.Н., Дьяконова Е.Ю.

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва;
Красноярская медицинская академия*

Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи изменения кислотно-основного состояния крови и системы гемостаза у 110 детей с хроническим толстокишечным стазом (ХТКС).

При исследовании системы гемостаза у больных с компенсированной формой ХТКС на фоне снижения факторов внутреннего механизма свертывания крови и незначительных изменений показателей в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза с увеличением радиуса агрегации были выявлены нарушения кислотно-щелочного равновесия с рН-крови в пределах нормы с небольшим дефицитом бикарбонатов крови, возможно обусловленным нарастанием концентрации лактата до $2,1 \pm 0,1$ ммоль/л.

В системе гемостаза у пациентов с субкомпенсированной формой ХТКС выявлена, хронометрическая гипокоагуляция, обусловленная сниженной активностью факторов протромбинового комплекса. В тромбоцитарно-сосудистом звене гемостаза отмечается дезагрегационная тромбоцитопатия с эндотелиозом и угнетением внутреннего пути фибринолиза. Исследуя кислотно-щелочное равновесие у данных больных, выявлено развитие метаболического ацидоза с более значительным дефицитом оснований и уменьшением концентрации бикарбонатов крови на фоне продолжающегося повышения лактата до $3,2 \pm 0,3$ ммоль/л.

У больных с декомпенсированной формой ХТКС на фоне значительного дефицита факторов внутреннего и внешнего механизма свертывания крови и повышение тромбоцитарной активности, АДФ-агрегации с угнетением фибринолиза и высоким эндотелиозом отмечается значительный метаболический ацидоз, уменьшение концентрации бикарбонатов крови, возрастание дефицита оснований и продолжающееся увеличение лактата (более $4,5 \pm 0,5$ ммоль/л).

Таким образом, у больных с ХТКС выявлена взаимосвязь между изменениями в системе гемостаза и кислотно-щелочного равновесия.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Давыдов Б.И., Анфиногенова О.Б., Шмакова О.В., Рудаева Е.Г.,

Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово

Изучение факторов риска заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта позволяет более точно определять механизмы их возникновения, а, следовательно, и находить наиболее эффективные пути профилактики. У 636 детей и подростков с хроническим гастродуоденитом (ХГД) нами изучен генеалогический анамнез, отягощенность которого по болезням желудочно-кишечного тракта подтвердилась у 283 из них (44,5%). 70,8 % детей, больных ХГД и 77,9 % пациентов, у которых основное заболевание сочеталось с патологией щитовидной железы ($F = 69,0$ при $p < 0,001$), имели подобные отклонения наследственности преимущественно по материнской линии. В группе контроля генеалогические отклонения по гастроэнтерологической патологии были зарегистрированы у 15,0 % детей ($p < 0,01$). Среди детей мы изучили частоту встречаемости антигенов HLA DR, среди которых частота антигена HLA DR4 в сравнении со здоровыми детьми была максимальной ($p < 0,01$).

Выявление социально-бытовых факторов риска формирования ХГД проводилось методом опроса и анкетирования детей (500 чел.), госпитализированных в детский клинический гастроцентр Кемерово. Данные факторы риска изучались среди одинаковых по числу групп детей, больных ХГД с НР(+) и НР(-). Исследование выполнялось в соответствии с критериями достоверности планирования и проведения клинико-эпидемиологических исследований.

Нерациональное питание регистрировалось у большинства детей обеих групп (90,0%, $p < 0,001$). Нарушения режима дня мы чаще фиксировали у больных с ХГД хеликобактер-негативным (75,6 %, $F = 210,03$, $p < 0,001$). Они проявлялись сокращением продолжительности сна (до 6,5–7,5 ч. в сутки), гиподинамией, длительным выполнением домашних заданий.

Часто упоминаемые в литературе эмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации в семье и школе, как причины формирования хронических заболеваний, были редкими в ответах детей обеих групп (25,3 % при ХГД НР(-) и 18,4 % при ХГД НР(+)).

Подтверждение значимости данных факторов риска, влияющих на формирование хронической патологии пищеварительной системы, позволяет определить пути профилактики этих заболеваний.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ОХРАНЫ, ПОДДЕРЖКИ И ПООЩРЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КАЛМЫКИЯ)

Дакинова Л.Н., Ильенко Л.И., Абольян Л.В.

*Министерство здравоохранения республики Калмыкия, Элиста;
Государственное образовательное учреждение профессионального высшего образования «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Москва.
НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова, Москва*

Грудное вскармливание является не имеющим себе равных способом обеспечения идеальным питанием детей раннего возраста для их полноценного роста, развития. Пропаганда и защита грудного вскармливания остается одной из важнейших задач учреждений родовспоможения и детства Республики Калмыкия. К 2005 г. прошли обучение по 40-часовой программе «Консультирование по грудному вскармливанию» более 80% медицинских работников учреждений родовспоможения и детства. В женских консультациях 90–95% беременных женщин охвачены обучением в школах материнства по вопросам грудного вскармливания, 91% родов проходит в акушерских стационарах, имеющих Международный Статус «Больница, доброжелательная к ребенку», 95,1% коек акушерских и 98% коек детских отделений для детей раннего возраста переведены на режим совместного пребывания матери и ребенка.

Проводимая в республике работа по охране и поддержке грудного вскармливания позволила повлиять на показатели работы педиатрической службы и состояние здоровья детей. Повысились к выписке из акушерских отделений уровень грудного вскармливания до 98,8% (исключительно грудное вскармливание 92,7% и преимущественно грудное вскармливание 6,1%). Повысился удельный вес детей восстановивших и прибавивших вес к выписке из акушерского стационара до 78,8%. Снизились к 2003 г. показатели гнойно-септических заболеваний новорожденных в 1,5 раза, родильниц в 4,7 раза. В акушерских стационарах уменьшилось число отказных детей с 32 до 14 детей в год. Данные мониторинга грудного вскармливания лечебно — профилактических учреждений показали: повышение уровня исключительно грудного вскармливания до 6-месячного возраста до 78,2%, грудного вскармливания до года жизни до 80,5%, до двух лет до 22,0%.

На фоне роста распространенности исключительно грудного вскармливания до 6 месяцев и грудного вскармливания до года жизни снизилась заболеваемость детей первого года жизни с 1997 г. на 37,5%, преимущественно по классу инфекционно — паразитарные болезни в 1,8 раза, в том числе по кишечным инфекциям в 2,3 раза, по классу эндокринные болезни и расстройства питания в 2,0 раза, по классу болезней органов дыхания и болезней органов пищеварения в 1,4 раза, по причине травм и отравлений в 1,5 раза. С 2001 г. наметилось снижение заболеваемости детей болезнями крови и кроветворных органов в 1,4 раза. Была установлена достоверная взаимосвязь между уровнем грудного вскармливания и общей заболеваемостью в Республике Калмыкия $r = 0,8-0,9$; $p < 0,01$ (Абольян Л.В.). Также снизились за данный период уровень госпитализации в 1,2 раза до 974,6 на 1000 детей первого года жизни, младенческая смертность в 2,2 раза до 8,1 на 1000 родившихся живыми, в том числе по классам: болезни органов дыхания в 3 раза, травмы, несчастные случаи в 2,9 раза, инфекционно — паразитарные болезни в 1,3 раза. Снизилась постнатальная смертность в 2,2 раза до 2,6 на 1000 родившихся живыми. Повысился индекс здоровья детей до года жизни с 17,8% до 29,6%.

Вопросы охраны и поддержки грудного вскармливания включены:

- в Концепцию региональной политики в области здорового питания населения Республики,
- в План действий по улучшению положения детей (2001—2005),
- в Президентскую программу «Дети Калмыкии» (2003—2006 гг.), в подпрограмму «Здоровый ребенок».

Министерство здравоохранения республики в июне 2005 г. приняло участие во Всероссийском форуме «Здоровье нации — основа процветания России» по разделу «Здоровье нации и социальные проекты. Социальные проекты и инициатива». В числе двух других программ была представлена и программа «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания в Республике Калмыкия». Министерство здравоохранения отмечено благодарностью и Почетным дипломом форума.

Таким образом, проведенный анализ реализации принципов успешного грудного вскармливания на территории республики показало влияние уровня исключительно грудного вскармливания и грудного вскармливания на стабилизацию и снижение заболеваемости детей первого года жизни. Внедрение принципов успешного грудного вскармливания не требует больших материальных затрат. Стационары экономят средства за счет сокращения затрат, связанных с закупкой молочных смесей, бутылочек, сосок, растворов глюкозы, мытьем и стерилизацией посуды, приготовлением смесей, содержанием молочной комнаты. В республике сократился расход молочной продукции, отпускаемой детям 1–2 года жизни в 2,2 раза.

Внедрение принципов охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания, можно рассматривать, как низко затратную и высокоэффективную технологию улучшения здоровья детей первого года жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭРОЗИВНЫМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Данилов А.Н., Лобанов Ю.Ф., Выходцева Г.И., Скударнов Е.В., Драчев В.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Для верификации поражения гастродуоденальной зоны у детей с хронической гастродуоденальной патологией использована эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДФС) эндоскопом фирмы «Olympus» (Япония), модели GIF-P10. Всего обследовано детей — 116. Средний возраст $13 \pm 1,5$ лет.

Из 80 детей с эрозивным гастродуоденитом (ЭГД) у 24 (30%) был эзофагит, у всех отмечен антральный гастрит, из них у 12 (15%) пангастрит, у 100% больных определялся дуоденит. При хроническом гастродуодените (ХГД) без эрозий из 36 детей у 6 (16%) был эзофагит, у 36 (100%) антральный гастрит и дуоденит. У большинства больных эрозии локализовались в желудке — 85,0% ($\chi^2 = 56,0$; $p < 0,01$), значительно реже в двенадцатиперстной кишке (ДПК) — 8,5% и лишь у 6,5% больных отмечалось одновременное поражение желудка и ДПК. У большинства детей с ЭГД эрозии локализовались в антральном отделе желудка (73,4%) ($\chi^2 = 52,1$; $p < 0,01$), где преобладали хронические эрозии (58,8%) ($\chi^2 = 42,1$; $p < 0,01$), острых было — 35,0%, сочетание хронических и острых отмечено всего у 6,2% пациентов. Полные эрозии в желудке чаще были множественными (55,2%), ($\chi^2 = 36,2$; $p < 0,01$) среди неполных — множественные и единичные эрозии встречались одинаково часто. На слизистой оболочке дна и тела желудка преобладали множественные неполные (острые) эрозии. Размеры эрозий желудка были от 0,5 до 1,2 см. Эрозии ДПК у всех наблюдавшихся нами детей локализовались в луковице ДПК. Причем у большинства (86,7%) больных имелась характерная локализация — на передней стенке верхней трети луковицы ($\chi^2 = 22,6$; $p < 0,01$). Среди эрозий ДПК так же, как и в желудке преобладали хронические эрозии, но среди тех и других значительно преобладали единичные (полные единичные — 78,9%, неполные единичные — 68,5%). Размеры эрозий ДПК были от 0,2 до 0,5–0,6 см. Наряду с органическими поражениями гастродуоденальной зоны при ЭГД у 24 (20%) из 116 отмечался дуодено-гастральный рефлюкс, а у 7 (6%) недостаточность кардии. При хроническом гастродуодените у всех больных отмечена гиперплазия слизистой оболочки, особенно антрального отдела желудка, «пестрая» слизистая оболочка была у половины больных, у 1/4 отечность складок, часто встречалась мутная слизь в просвете желудка, реже очаговая гиперемия слизистой оболочки.

У детей с ЭГД эндоскопически обнаруживалась мутная слизь в желудке (95%), гиперплазия слизистой оболочки (90%) и отечность складок (75%), очаговая гиперемия слизистой оболочки (42%), ее пестрота (36%). В то время как у детей без хеликобактериоза, по данным литературы, указанные изменения встречались в 40, 60, 20, 20 и 10% соответственно.

МОНИТОРИНГ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СИНДРОМ ДЕЗАДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Дарвиш А.А., Ветеркова З.А., Лебедькова С.Е., Евстифеева Г.Ю.

Оренбургская государственная медицинская академия Минздрава РФ, Оренбург

Цель. Провести пятилетнее катамнестическое наблюдение детей с синдромом дезадаптации сердечно-сосудистой системы (СД ССС) для изучения терапевтической эффективности препаратов используемых при коррекции нарушений клеточной энергетики миокарда.

Методы. Для обследования было отобрано 200 детей с установленным в неонатальном периоде СД ССС из них 110 мальчиков, 90 девочек. Из 200 наблюдаемых были сформированы две группы: группа №1 — 100 детей, которым проводился комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию СД ССС; группа №2 — 100 детей, получавших традиционную медикаментозную терапию. В работе была изучена терапевтическая эффективность комплексного воздействия следующих препаратов: ноотропы, цитохром С, «Элькар», витамин В15, витамин В6, милдронат, дигоксин, верошпирон и антиаритмические препараты. Обследование проводилось на первом, третьем, шестом месяце жизни и далее один раз в шесть месяцев до возраста 5 лет и включало: ЭКГ в покое, ортоположении, после физической нагрузки, одно- и двухмерную ЭхоКГ и цветное доплеровское картирование.

Результаты. В ходе катамнестического наблюдения в течение 5 лет было отмечено к шестому месяцу жизни значимое снижение числа детей с СД ССС в группе получающих лечение (72%), по сравнению с группой невмешательства 96% ($p < 0,001$). На первом году жизни СД ССС сохранялся у 49% детей в группе №1, тогда как у обследуемых группы №2 в 83% ($p < 0,001$). Установлено, что СД ССС меньше регистрировался у детей группы №1 на втором, третьем и четвертом году жизни соответственно 31%, 8% и 2% по сравнению с группой №2 (71%, 53% и 35%) ($p < 0,01$). На пятом году жизни СД ССС в группе №1 полностью купировался, в то время в группе №2 он сохранился у 28% обследуемых. В структуре открытое овальное окно составило 11%, дилатация полостей сердца с нормальной или повышенной сократительной способностью миокарда — 9%, дилатация полостей сердца со снижением сократительной способности миокарда — 3% и нарушения ритма сердца и проводимости — 18%.

Заключение. Таким образом, у детей с установленным в неонатальном периоде СД ССС доказана эффективность и необходимость проведения комплекса реабилитационных мероприятий.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ У ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ЦЕЛЯХ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Дворянчиков Н.А., Коваленко П.А., Курылев В.Н., Ядчук А.В.

Центральная военно-врачебная комиссия Минобороны России, Москва

Ликвородинамические нарушения (ЛН) представляют актуальную проблему в практике военно-врачебной экспертизы юношей при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу.

По литературным данным, ЛН выявляются в 54% случаев при травматической болезни головного мозга и в 60% случаев при последствиях нейроинфекции. С.Б. Аксеньев и М.Н. Барабаш (1965) отмечали, что у подростков в 46,6% случаев выявляются легкие неврозоподобные состояния в сочетании с латентной гидроцефалией.

Практика показывает, что ЛН существенно ухудшают прогноз многих заболеваний центральной нервной системы и приводят к изменению категории годности к военной службе.

По материалам Центральной военно-врачебной комиссии Минобороны России ежегодно у 53,8 тыс. граждан во время призыва на военную службу выявляют последствия черепно-мозговой травмы и воспалительных заболеваний центральной нервной системы. Из них около 24,2 тыс. чел. во время призыва на военную службу признаются негодными и ограниченно годными к военной службе. При этом в 65 % случаев причиной освобождения их от призыва на военную службу являются ЛН.

В настоящее время участились случаи гипердиагностики ЛН у юношей при их медицинском освидетельствовании неврологом. Так, выявляемая при компьютерной (КТ) или магниторезонансной томографии (МРТ) головного мозга «асимметрия боковых желудочков мозга» или «арахноидальная киста» без учета клинических проявлений зачастую трактуются как гидроцефалия. В то же время эти находки по своей сути являются резидуальными (остаточными) явлениями, «отзвучавшего процесса основного заболевания» (О.И. Маслова, 1999).

Однократно полученные данные о повышении давления церебральной жидкости при пункции конечной цистерны, когда они не требуют патогенетического лечения часто расцениваются, как гипертензионный синдром, тогда когда он является проявлением гемоликворной дистензии.

По нашему мнению, ЛН является доказанным при следующих условиях: 1) наличие жалоб, анамнеза и неврологической симптоматики, указывающей на нарушение ликворопродукции, ликворорезобции и ликвороциркуляции, после перенесенной актуальной неврологической патологии; 2) наличие изменений в субарахноидальном пространстве и в системе желудочков мозга при КТ и МРТ исследованиях, с топическим анализом увеличения структур желудочков в соотношении с веществом мозга, ликвороносными путями и пространствами; 3) наличие повышения или понижения внутричерепного давления при наличии клинических проявлений страдания головного мозга; 4) наличие изменений в составе цереброспинальной жидкости.

К ВОПРОСУ О СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ЮНОШЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ПРИЗЫВАЕМЫХ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ

Дворянчиков Н.А., Коваленко П.А., Ядчук А.В., Курылев В.Н.

Центральная военно-врачебная комиссия Минобороны России, Москва.

Состояние здоровья юношей призывного возраста в обществе определяется ростом неблагоприятного воздействия социально-демографических и экономических факторов, ухудшением семейно-бытовых и морально-психологических условий жизнедеятельности, что обуславливает рост среди них болезней нервной системы (НС).

Болезни НС в последние годы в структуре заболеваний, выявляемых у юношей призывного возраста занимают ведущее место. Ежегодно они выявляются во время призыва на военную службу у 59,8 тыс. юношей. Причем в 56,3% случаев они являются причиной освобождения их от военной службы, в том числе 4,2% получают отсрочки, 39,5% признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями. Болезни НС в структуре заболеваний досрочного увольнения с военной службы составляют по РФ 5,3%.

В структуре заболеваний НС, явившихся причиной освобождения от призыва от военной службы, последствия закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) составляют 48%. Больше половины юношей у которых диагностируются при призыве на военную службу последствия ЗЧМТ признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями, а в 45% случаев освобождаются от нее.

Опыт показывает, что часть из них увольняется на первом году военной службы из-за невозможности адаптироваться к физическим и нервно-психическим нагрузкам, предъявляемых условиями военной службы. Это требует в течение всего периода службы постоянного медицинского и психологического сопровождения.

Таким образом, мониторинг и контроль основных статистических показателей медицинского освидетельствования призывников является одним из необходимых условий в системе управленческого алгоритма для обеспечения надлежащего уровня качества медицинского обеспечения граждан при постановке на воинский учет, а также военнослужащих.

ИТОГИ КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ПРИЕМОВ ПУЛЬМОНОЛОГА-АЛЛЕРГОЛОГА

Деягин В.М., Каграманова К.Г., Чернов В.М.

*Федеральный научно-клинический центр детской гематологии,
онкологии и иммунологии, Москва*

Цель. Анализ результатов консультативных приемов пульмонолога-аллерголога по итогам выездов в некоторые города центральной России.

Методы. Изучить проблемы диагностики и ведения больных с бронхиальной астмой (БА) в амбулаторных условиях.

Результаты. На приемах 60-70% детей составляли пациенты с БА, 10-15% — часто болеющие дети, остальные — дети с атопическим дерматитом, аллергическим ринитом и т.д. Выявлены следующие недостатки ведения детей с БА: 1) поздняя диагностика заболевания (большинство больных до установления диагноза наблюдались как больные с рецидивирующими обструктивными бронхитами); 2) большинству детей с БА не была назначена базисная терапия заболевания (67% больных со среднетяжелым течением на момент осмотра находилось в обострении БА; в стабильной клинико-фармакологической ремиссии было около 33%); 3) большинство больных лечилось только в момент обострения, широко используя высокие дозы бронхолитических препаратов короткого типа действия, не использовались ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) (пульмикорт через небулайзер) даже во время обострения; 4) отсутствие и неадекватно назначенная терапия приводили к частым обострениям, нестабильному течению заболевания, повышению потребления β_2 -агонистов, небезопасных в детской практике; 5) кромоны назначали при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания, хотя международные документы (GINA, Национальная программа) однозначно рекомендуют начинать лечение с ИГКС; 6) у меньшей части детей со среднетяжелым либо тяжелым течением заболевания, получавших базисную терапию ИГКС, их дозировка была неадекватной течению БА; 7) 90% больных, получавших базисную ингаляционную терапию, не использовали спейсеры, страдала техника ингаляции; дневник пикфлоуметрии вели единичные дети с тяжелым течением БА; 8) у большинства больных, даже при длительном наблюдении, не выполнено аллергологическое обследование, не выявлен спектр причинно-значимых аллергенов.

Вывод. Следует усилить работу по внедрению современных стандартов ведения больных БА.

К ПРОБЛЕМЕ ЛИМФОАДЕНОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Дементьева Н.А., Лацинская С.А.

*Областная детская клиническая больница, Национальный Университет,
Днепропетровск.*

Рядовой амбулаторный прием врачей любой педиатрической специальности изобилует пациентами, у которых отмечается системное либо локальное увеличение лимфатических узлов («синдром лимфаденопатии»). Важность и сложность проблемы обусловлена тем, что синдром лимфаденопатии сопровождает огромный спектр заболеваний: локальные и системные бактериальные неспецифические заболевания, специфические, вирусные, грибковые инфекции, болезни иммунной системы, лимфопролиферативные состояния неопухолевой природы, злокачественные опухоли.

Предлагаем алгоритм действий при лимфоаденопатии.

1. При наличии проявлений острого воспалительного процесса: оценка размеров лимфатических узлов (в см); общий анализ крови, посев из зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам; назначение стартового антибиотика широкого спектра действия, затем — с учетом результатов бакпосева; при наличии гнойного расплавления — вскрытие гнойника (в случае сомнения — пункция с цитологическим и бактериоскопическим исследованием пунктата), обследование через 2–3 недели; при отсутствии уменьшения или увеличении лимфоузлов — биопсия.

2. В случае асимптомного течения: оценка размеров увеличенных лимфатических узлов (в см), общий анализ крови, посев из зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам (санация очагов хронической инфекции), исследования на наличие токсоплазмоза, вирусов Эпштейна-Барр, простого герпеса, цитомегаловируса, ВИЧ с последующей консультацией инфекциониста, УЗИ брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, консультация онколога. При наличии увеличения внутригрудных и(или) внутрибрюшных лимфоузлов, признаков опухолевого роста — биопсия лимфоузлов. В других случаях — оценка размеров лимфоузлов через 3–4 нед. Если нет изменения размеров (при исходных размерах 1,0 см и больше) или они увеличились — биопсия лимфоузла с обязательным гистологическим исследованием. Для диагностики злокачественных новообразований пункционной биопсии и быстро изготовленных замороженных срезов недостаточно. В подавляющем большинстве случаев требуется также иммуногистохимическое исследование биопсийного материала.

ОСОБЕННОСТИ АНТЕНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ I И II СТЕПЕНИ

Демьянова И.М., Устинова А.В., Таранушенко Т.Е., Шароглазова Л.А.

Красноярская государственная медицинская академия

Цель настоящего исследования — ретроспективный анализ данных УЗ биометрии плода у детей с разной степенью тяжести церебральной ишемии.

УЗ биометрия проводилась на аппарате LOGIC-700 MR, анализировались следующие параметры — окружность головы (ОГ), а также бипариетальный (БПРГ) и лобно-затылочный размеры головы (ЛЗРГ) плода на 30–32 недели гестации. Диагноз церебральной ишемии верифицировался на основании анамнестических и клиничко-нейросонографических данных. Первую группу составили дети с церебральной ишемией I ст., вторую — пациенты с церебральной ишемией II ст., в контрольную группу вошли здоровые дети ($p < 0,05$).

Установлены средние значения ЛЗРГ были статистически значимо более высокими в группах детей с церебральной ишемией и составили в 1 группе 104,2 мм ($p < 0,05$), во 2 группе 105 мм ($p < 0,05$), против 101,9 мм в контрольной группе. Показатели окружности головы и БПРГ также имели тенденцию к более высоким значениям у детей с церебральной ишемией по сравнению с контрольной группой. Рассмотрено распределение пациентов с церебральной ишемией в зависимости от степени отклонения анализируемого показателя от допустимых границ (при этом пограничными значениями считались параметры отличные от контроля более чем на 1 σ). У пациентов 1 группы с церебральной ишемией I ст. повышенные значения ЛЗРГ отмечались у 26,6% обследованных; во второй группе при церебральной ишемии II ст. доля детей с увеличенными размерами ЛЗРГ достигала уже 40%. Аналогичная закономерность отмечена при анализе распределения детей по данным БПРГ с двукратным нарастанием числа детей, имеющих увеличенные размеры БПРГ от 6,7% в 1 группе, против 13,4% во 2 группе и ЛЗРГ (26,6% в 1 группе против 40% во 2 группе).

Таким образом, результаты выполненного исследования позволяют предположить, что выявленные увеличения указанных размеров могут влиять на процессы конфигурации головы в период родов и становиться дополнительным провоцирующим фактором в развитии интранатальной гипоксии.