

Таблица. Наличие *H. pylori* в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки пациентов исследованных групп

Наличие <i>H. pylori</i> (обсемененность)	Эндоскопически позитивная форма, абс. (%)			Эндоскопически негативная (<i>n</i> = 14), абс. (%)	Контрольная (<i>n</i> = 6), абс. (%)
	всего (<i>n</i> = 40)	катаральный эзофагит (<i>n</i> = 30)	эрозивный эзофагит (<i>n</i> = 10)		
<i>H. pylori</i> «+»	23 (58)	18 (60)	5 (50)	5 (36)	1 (16)
(+++) сильная	8 (35)	5 (28)	3 (60)	–	–
(++) средняя	12 (52)	10 (56)	2 (40)	1 (20)	–
(+) слабая	3 (13)	3 (16)	–	4 (80)	1 (100)
<i>H. pylori</i> «–»	17 (42)	12 (40)	–	9 (54)	5 (84)

Была проанализирована также взаимосвязь между наличием моторных нарушений желудочно-кишечного тракта и инфицированностью *H. pylori*. Установлено, что среди пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом (*n* = 50) *H. pylori* была выявлена в 64% случаях, при наличии гастроэзофагеального пролапса (*n* = 13) — у 62%, в условиях недостаточности пищеводного сфинктера (*n* = 40) — у 75%, дуоденогастрального рефлюкса (*n* = 83) — у 82% больных.

Таким образом, эндоскопически позитивная форма ГЭРБ в виде рефлюкс-эзофагита (катарального или эрозивного), чаще сочетается с инфицированием антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки *H. pylori*, чем эндоскопически негативная форма. Имеется также взаимосвязь моторных нарушений желудочно-кишечного тракта, проявляющихся в виде гастроэзофагеального рефлюкса и пролапса, недостаточности пищеводного сфинктера и дуоденогастрального рефлюкса, с инфицированностью *H. pylori*.

120

Краткие сообщения

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Feldman R.A., Eccersley A.J.P., Hardie J.M. Epidemiology of *Helicobacter pylori*: acquisition, transmission, population prevalence and disease-to-infection ratio // Brit. Med. Bull. — 2001. — V. 54, № 1. — P. 39–53.
2. Гончар Н.В., Шац И.А., Думова Н.Б. О частоте геликобактерной инфекции при эзофагитах у детей // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: Тез. докл. 8-й конф. — М., 2001. — С. 53–54.
3. Дронова О.Б., Кириллов В.А., Гильмутдинова Ф.Г. Роль *Helicobacter pylori* в развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2001. — Т. 11, № 5, прил. 1. — С. 7.
4. Аруин Л.И., Исаков В.А. Оценка обсемененности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* и активности хронического гастрита // Архив патологии. — 1995. — № 3. — С. 75–76.

Л.А. Бахмутова, Д.М. Никулина, Ю.А. Кривенцев

Астраханская государственная медицинская академия

Клиническое значение изучения антенатальных типов гемоглобина для прогноза ранней адаптации у недоношенных новорожденных детей

В структуре перинатальной патологии важное место занимают нарушения ранней адаптации недоношенных новорожденных, связанные, в том числе, и с хронической внутриутробной гипоксией, постнатальная диагностика которой остается чрезвычайно сложной [1, 2]. В этой связи большой интерес представляет изучение у новорожденных детей антенатальных типов гемоглобина (феталь-

ного и эмбрионального). Относительно хорошо изученным является фетальный гемоглобин, его концентрацию в пуповинной крови связывают с массой тела при рождении, этнической принадлежностью, соматическими заболеваниями, экологическими факторами [3, 4]. Практически не изучался у новорожденных детей эмбриональный гемоглобин. Он обнаруживается в крови эмбрионов до 12 нед

антенатальной жизни, а также в пуповинной крови новорожденных детей при врожденных пороках развития и хронической внутриутробной гипоксии [5]. Представляется актуальным изучение антенатальных типов гемоглобина при рождении недоношенных новорожденных для оценки степени зрелости ребенка и тяжести перенесенного внутриутробно кислородного голодания.

Целью настоящего исследования явилось изучение значения определения антенатальных типов гемоглобина для прогнозирования осложненного течения раннего неонатального периода с учетом оценки степени зрелости при рождении и тяжести хронической внутриутробной гипоксии. Проведено клиническое и биохимическое обследование 298 новорожденных детей, из них 248 недоношенных и 50 здоровых доношенных новорожденных детей. Клиническое обследование включало в себя оценку состояния при рождении, наблюдение за течением раннего неонатального периода, наличием и исходом острых патологических состояний. Биохимическое обследование состояло из определения антенатальных типов гемоглобина иммунохимическим методом. Качественную индикацию эмбрионального гемоглобина в образцах крови осуществляли путем двойной встречной иммунодиффузии в агаровом геле по Оухтерлони с использованием моновалентной иммунохимической тест-системы на эмбриональный гемоглобин (HbP), а количественное определение фетального гемоглобина (HbF) проводили методом радиальной иммунодиффузии [6]. Концентрация HbF определялась в образцах пуповинной крови 145 новорожденных, среди которых было 93 недоношенных ребенка с гестационным возрастом 28–36 нед и массой тела при рождении 900–2650 г, и 52 доношенных здоровых новорожденных. Концентрация HbP была определена в пуповинной крови 93 недоношенных новорожденных детей и у 10 доношенных здоровых детей на 1–3 сутки жизни. Статистический

анализ выполнен с помощью программ, интегрированных в Microsoft, Exel 2003. Количественные переменные представлены в виде среднего арифметического значения \pm стандартное отклонение. Их сравнение проводили с помощью *t*-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Проведенный анализ показал, что наиболее низкое содержание HbF и HbP было обнаружено у здоровых доношенных новорожденных детей, у которых антенатальный период прошел без осложнений, наиболее высокие уровни — у глубоко недоношенных новорожденных (табл. 1). Анализ связи концентрации HbF и HbP с особенностями течения постнатальной адаптации, наличием патологических состояний у недоношенных в первые дни внутриутробной жизни позволил установить, что такое осложнение, как пневмопатия в виде синдрома дыхательных расстройств, сопровождалось относительно низкими (в пределах группы) концентрациями HbF и HbP — $245,4 \pm 37,2$ мг/л и $5,0 \pm 0,1$ мг/л соответственно (табл. 2). Наиболее высокие концентрации HbF и HbP были обнаружены у недоношенных новорожденных с внутрисерпными кровоизлияниями — $476,2 \pm 17,4$ мг/л и $9,4 \pm 0,1$ мг/л соответственно. То есть определение концентрации HbF и HbP позволяет оценивать не только гестационный возраст новорожденных, но и факт развития внутрисерпных кровоизлияний, а также степень кислородного голодания, перенесенного ребенком внутриутробно. Последнее не в меньшей степени, чем незрелость, обуславливает затрудненную, а в ряде случаев невозможную для ребенка, постнатальную адаптацию. Установлена связь высоких концентраций HbF и HbP в пуповинной крови недоношенных новорожденных с тяжелыми поражениями ЦНС (гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС). Особенно показателен в этом отношении HbP. Так, при гипоксическом поражении ЦНС

Таблица 1. Концентрация HbF и HbP в пуповинной крови новорожденных

Группы	Концентрация гемоглобина, мг/л	
	HbF	HbP
Доношенные здоровые новорожденные, $n = 52$	101 ± 14	$3,0 \pm 0,01$
Недоношенные новорожденные (гестационный возраст 35–36 нед), $n = 48$	$368 \pm 10^*$	$6,1 \pm 0,5^*$
Недоношенные новорожденные (гестационный возраст 28–34 нед), $n = 45$	$412 \pm 17^{*\dagger}$	$7,8 \pm 0,4^{*\dagger}$

Примечание.

* $p < 0,001$ — статистически значимое отличие по сравнению с показателем в группе доношенных здоровых детей;

† $p < 0,05$ — по сравнению с показателем в группе недоношенных детей с гестационным возрастом 35–36 нед.

Таблица 2. Сопоставление концентрации HbF и HbP в пуповинной крови с течением ранней адаптации у недоношенных новорожденных

Концентрация гемоглобина	Синдром дыхательных расстройств	Гипоксическое поражение ЦНС	Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС	Врожденная пневмония
HbF, мг/л	245 ± 37 ($n = 25$)	324 ± 30 ($n = 25$)	$476 \pm 18^*$ ($n = 20$)	$175 \pm 45^\dagger$ ($n = 6$)
HbP, мг/л	$4,2 \pm 0,1$ ($n = 32$)	$5,0 \pm 0,1$ ($n = 25$)	$9,4 \pm 0,1^*$ ($n = 18$)	$5,0 \pm 0,1^\dagger$ ($n = 8$)

Примечание.

* $p < 0,001$ — статистически значимое отличие по сравнению с показателем в группе недоношенных детей с синдромом дыхательных расстройств;

† $p < 0,05$ — по сравнению с показателем в группе недоношенных детей с гипоксическим поражением ЦНС;

$p < 0,001$ — по сравнению с показателем в группе недоношенных детей с гипоксически-геморрагическим поражением ЦНС.

средние концентрации HbP были почти в 2 раза ниже, чем при более тяжелой патологии — гипоксически-геморрагическом поражении ЦНС.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что определение концентрации гемоглобина типов HbP и HbF в сыворотке крови недоношенных новорожденных детей при рождении имеет важное клинико-

прогностическое значение. Определение HbP и HbF дает возможность оценить не только степень функциональной зрелости недоношенных детей, но и перенесенной тяжелой хронической внутриутробной гипоксии, а также прогнозировать неблагоприятное течение раннего неонатального периода и развитие некоторых острых патологических состояний после рождения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барашнев Ю.И. Актуальные проблемы перинатальной патологии новорожденных детей // Материалы 8-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя». — 2006. — С. 584.
2. Кулаков В.И., Барашнев Ю.И. Новорожденные высокого риска. Новые диагностические и лечебные технологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 25.
3. Стоцкая Г.В., Юрченко Л.Н. Фетальный гемоглобин у новорожденных в зависимости от гестационного возраста // Вопросы охраны материнства и детства. — 1983. — № 11. — С. 13–15.
4. Шамов И.А., Гусейнова Л.М., Мусаева Ш.М. Фетальный гемоглобин у новорожденных различных этнических групп в дагестанской популяции // Педиатрия. — 2004. — № 6. — С. 95–96.
5. Никулина Д.М., Кривенцев Ю.А., Бахмутова Л.А. и др. Определение эмбрионального гемоглобина в крови новорожденных с внутриутробной гипоксией // Материалы научно-практической конференции с международным участием. — 2006. — С. 72–73.
6. Храмова Н.И., Абелев Г.И. Пределы чувствительности метода преципитации в агаре // Бюл. эксперим. биологии. — 1981. — № 12. — С. 107–109.

Ю.А. Галлямова, М.П. Чернышева, Ю.Б. Тихонова

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Распространенность атопического дерматита среди детей Российской Федерации

Атопический дерматит (АтД) является актуальной проблемой педиатрии и дерматологии, поскольку его дебют в большинстве случаев приходится на ранний детский возраст: у 60–70% детей симптоматика заболевания проявляется на первом году жизни. Приобретая хроническое течение, болезнь сохраняет свои клинические признаки на протяжении многих лет и резко снижает качество жизни больного ребенка и его семьи. Следует учесть, что распространенность АтД более чем в 2 раза превышает частоту бронхиальной астмы и аллергического ринита, вместе взятых.

Для проведения анализа по данным отчетной формы № 12 был разработан алгоритм изучения распространенности АтД на 3 уровнях: в Российской Федерации; в федеральных округах Российской Федерации; в субъектах Российской Федерации.

На каждом уровне учитывали следующие показатели:

- общее число больных АтД;
- впервые выявленный АтД;
- заболеваемость по данным обращаемости (всего).

Показатели рассчитывали для общей группы детей (0–17 лет), а также с учетом возрастных категорий детей: 0–14 лет; 15–17 лет.

Анализ сведений о распространенности АтД среди детей (возраст 0–17 лет) позволил установить устойчивую тен-

денцию к повышению уровня как впервые выявленной патологии, так и суммарной заболеваемости по обращаемости (см. табл.). Общее число зарегистрированных случаев АтД в 2000 и 2006 г. составило 953,5 и 1489,9 случая на 100 тыс. детского населения от 0 до 17 лет соответственно; доля АтД в общем объеме болезней кожи и подкожной клетчатки составила соответственно 11,7 и 14,4%. Наиболее значительное увеличение уровня заболеваемости АтД было отмечено в группе детей в возрасте до 14 лет (+64,5%). С одной стороны, это связано с качеством диагностики, ролью семьи, особенностями организации и доступности лечебно-профилактической помощи, с другой — с агрессивным влиянием внешней среды. Показатель впервые установленных случаев АтД у детей в возрасте от 0 до 17 лет в 2006 г. превысил аналогичный показатель в 2000 г. на 71,1%; в группе детей в возрасте 0–14 лет прирост числа впервые установленных случаев АтД был вдвое выше (+86,5%), чем в группе подростков (43,5%).

Факт роста аллергических проявлений у детей младшей возрастной группы свидетельствует о более значительных нарушениях иммуно-регуляторных процессов. Данная ситуация нередко обуславливает резистентность к традиционной медикаментозной терапии и определяет труд-