



у 43,5%, масса тела 1000 — 1499 гр. — у 30,4%, 1500-1999 гр. — 8,7% и 2000-2500 гр. — у 17,4% детей. Окклюзионная гидроцефалия была диагностирована в 30,4% случаев в возрасте 10-30 дней жизни, в 43,5% — на втором месяце жизни и в 26,1% — на третьем. Наиболее значимыми клиническими симптомами окклюзионной гидроцефалии явились: в 2 раза превышающие норму размеры большого и малого родничка; расхождение костей черепа по основным швам — сагитальному более 2,5 см, венечному более 1,5 см, затылочному более 1,0 см; напряжение и выбухание большого родничка, отсутствие его пульсации; выраженная сосудистая сеть на голове; возможны экзофтальм, срыгивания, рвота. Оперативное вмешательство осуществлялось в 6 раз чаще незрелым детям первых 3 месяцев жизни. ВПШ был поставлен на первом месяце жизни только 26,7% детей, а на втором и третьем месяце жизни — в 63,7%. Отсроченная постановка ВПШ связана с наличием у ребенка внутриутробной инфекции с преимущественным поражением головного мозга. У 70,0% детей были отмечены ВЖК III-IV степени.

Для раскрытия сущности разнообразных перестроек организма незрелого ребенка в процессе адаптационно-компенсаторного реагирования на хирургические вмешательства нами был использован метод кардиоинтервалографии. Кардиоинтервалография проводилась детям в состоянии покоя через 1,5 часа после кормления по общепризнанной методике с записью во II стандартном отведении. Основную группу составили дети, перенесшие операцию ВПШ или субгалиальное дренирование (6 случаев), контрольную группу составили дети с перинатальным поражением ЦНС гипоксически-геморрагического генеза с гидроцефальным синдромом (10 случаев). Рассчитаны следующие показатели: Мо — мода,

характеризующая гуморальный канал регуляции сердечной системы; АМо — амплитуда моды, отражающая активность симпатического отдела нервной системы; Δх — вариационный размах, характеризующий уровень активности парасимпатического звена; ИН — индекс напряжения, информирующий о напряжении компенсаторных механизмов организма.

Резкое повышение в основной группе ИН ($2192,3 \pm 1201,2$, при норме у здоровых детей — $134 \pm 17,5$), АМо ($44,2 \pm 10,1$, при норме у здоровых $28,0 \pm 2,5$) и снижение Мо ($0,34 \pm 0,01$, при норме $0,58 \pm 0,02$), Δх ($0,08 \pm 0,04$, при норме $0,23 \pm 0,04$) свидетельствуют об активации симпатико-адреналовых влияний на ритм сердца и напряженности регуляторных функций организма незрелого ребенка, особенно в первые дни послеоперационного периода. В контрольной группе перечисленные показатели были ниже: ИН — $1613 \pm 705,1$; АМо — $34,6 \pm 8,3$, а Мо и Δх незначительно выше.

Таким образом, оперативное вмешательство по постановке вентрикуло-перитонеального анастомоза или субгалиально-го шунта преимущественно осуществляется недоношенному ребенку; окклюзионная гидроцефалия чаще диагностируется на фоне ВУИ с менингоэнцефалитом и ВЖК III-IV степени; у детей с экстремально низкой массой тела выше риск развития окклюзионной гидроцефалии; кардиоинтервалография может применяться детям в послеоперационном периоде как индикатор исхода оперативного вмешательства — увеличение ИН за счет уменьшения Δх должно настораживать врача в плане развития декомпенсации; недоношенные дети нуждаются в максимально охранительном режиме, а это возможно только в условиях отделений реанимации новорожденных и выхаживания недоношенных при тщательном контроле врача-нейрохирурга.

612.357

В.П. БУЛАТОВ, Н.В. РЫЛОВА, Е.О. МУРАШЕВА, Ю.А. ЛАКИНА
Казанский государственный медицинский университет

Оценка коллоидальных свойств желчи в зависимости от типа патологии билиарного тракта

Патология билиарного тракта является актуальной проблемой современной медицины. В последние годы, несмотря на определённые успехи терапии, связанные с появлением новых эффективных средств коррекции функциональных расстройств органов пищеварения, отмечается отчетливая тенденция к росту заболеваемости желчевыводящей системы. Значимость проблемы возрастает, если учесть, что образование желчных камней — это эволюционная стадия более ранних форм патологии желчевыводящих путей, истоки которой необходимо искать в детском возрасте.

Цель нашего исследования: оценить коллоидальные свойства желчи в зависимости от типа патологии билиарного тракта.

Проведено фракционное дуоденальное зондирование у 176 пациентов. Установлено, что у 48,8% пациентов имели

место гипомоторные нарушения, в 29,7% случаев — гипермоторные и у 22,5% — норма. У большинства детей (80,93%) обнаружен спазм сфинктера Одди.

Микроскопическое исследование желчи свидетельствовало о нарушении ее коллоидальных свойств. Оценивали мутность, количество кристаллов холестерина и билирубината кальция. Среди пациентов с хроническим холециститом у 76% порция А была мутной и в 73% содержала кристаллы билирубината кальция. Порция Б: 21% больных с мутной желчью, у 18% обнаружены кристаллы холестерина и у 19% — кристаллы билирубината кальция. Порция С: в 72% была мутная, у 71% пациентов — кристаллы холестерина и в 75% — кристаллы билирубината кальция.

При исследовании желчи у пациентов с дисфункцией билиарного тракта изменения коллоидальных свойств жел-

чи встречались реже. Содержание кристаллов холестерина и билирубината кальция было ниже. У 62% пациентов порция А была мутной и у 58% содержала кристаллы билирубината кальция. Порция Б — 21% больных с мутной желчью, у 13% обнаружены кристаллы холестерина и у 16% — кристаллы билирубината кальция. Порция С: в 80% была мутная, у 61%

пациентов — кристаллы холестерина и в 63% содержала кристаллы билирубината кальция.

Таким образом, результаты исследования позволили охарактеризовать тип нарушений моторики билиарного тракта у обследованных пациентов и установить нарастание коллоидальных расстройств желчи при прогрессировании патологии.

В.П. БУЛАТОВ, Н.В. РЫЛОВА, Ю.А. ЛАКИНА, Е.О. МУРАШЕВА

Казанский государственный медицинский университет

616.33-002-053.2

Кислотообразовательная функция желудка у детей с хроническим гастродуоденитом

Заболевания органов желудочно-кишечного тракта занимают ведущее место в структуре детской соматической патологии и представляют собой серьезную медико-социальную проблему. Неуклонно растет уровень заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, что определяет актуальность и практическую значимость исследования кислотообразовательной функции у детей и подростков с различными формами хронического гастродуоденита (ХГД).

Обследовано 174 пациента с различными формами ХГД. Всем детям проводилась хромогастроскопия. Выявлено, что в 29,3% случаев имело место нормоацидное кислотообразование; в 64,9% — гиперацидное; в 6,8% — гипоацидное:

— среди пациентов с поверхностной формой ХГД в 63,24% отмечалось повышение кислотообразовательной функции; в 29,41% — нормоацидное кислотообразование; в 0,74% — гипоацидное; в 6,62% — анацидное;

— при эрозивном процессе процент пациентов с повышенной кислотообразовательной функцией слизистой желудка был существенно выше (92,2%) в сравнении с поверхностным;

— при ХГД с гиперплазией установлено, что процент паци-

ентов с повышенной кислотообразующей функцией слизистой желудка выше в сравнении с поверхностным процессом, но относительно эрозивного ниже - 80%.

— при ХГД с атрофией выявлено, что процент пациентов с повышенной кислотообразующей функцией слизистой желудка самый низкий (58,1%) за счет увеличения числа детей с нормоацидной (28,6%) и гипоацидной (14,3%) кислотообразовательной функцией слизистой желудка.

Кроме того, проведена сравнительная характеристика кислотообразовательной функции в зависимости от инвазии *Helikobakter pylori*. Установлено, что у больных Нр+ в 66,67% гиперацидное кислотообразование; в 31,37% — нормоацидное; в 1,96% — анацидное. А у детей с Нр- отмечено в 63,89% — гиперацидное кислотообразование; в 22,22% — нормоацидное; в 11,11% — анацидное.

Таким образом, установлено значительное повышение кислотообразующей функции желудка у детей с эрозивным процессом, в несколько меньшей степени у детей с гиперплазией и тенденцией к снижению резервных возможностей кислотообразующей функции желудка у детей с атрофией.

611.018.5:612.648

В.П. БУЛАТОВ, Л.К. ФАЗЛЕЕВА, М.Н. АЛИЕВА, Ф.М. КАЗАКОВА

Казанский государственный медицинский университет

Детская республиканская клиническая больница, г. Казань

Нарушение кислотно-основного состояния крови новорожденных при транзиторной ишемии миокарда

Цель: изучение кислотно-основного состояния крови новорожденных с транзиторной ишемией миокарда (ТИМ).

Проанализированы истории болезни 61 доношенного и 69 недоношенных новорожденных с ТИМ, наблюдавшихся в от-

делении патологии новорожденных ДРКБ МЗ РТ. Доношенные дети разделены на 2 группы: I — с патологией легких (37 детей) и II — без патологии легких (24 ребенка). Деление на группы было связано с ожиданием возможного влияния дыхательных