

2. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом, 2013 г. / В.Т. Ивашкин, Ю.А. Шелыгин, Д.И. Абдулганиева [и др.] — URL: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/koloproktologija/klinicheskie-rekomendaci-po-diagnostike-i-lecheniyu-vzroslyh-bolnyh-jazvenym-kolitom.html> свободный
3. Inflammatory pseudotumor of the alimentary tract: clinical and surgical experience / B.M. Sanders, K.W. West, C. Gingalewski [et al.] // J. Pediatr. Surg. — 2001. — Vol. 36, № 1. — P.169—173.
4. Inflammatory pseudotumor of the liver associated with Crohn's disease / G.I. Papachristou, T. Wu, W. Marsh, S.E. Plevy // J. Clin. Gastroenterol. — 2004. — № 38 (9). — P.818—822.
5. Spontaneous regression of hepatic inflammatory pseudotumor with primary biliary cirrhosis: case report and literature review / H. Koide, K. Sato, T. Fukusato, [et al.] // World J. Gastroenterol. — 2006. — № 12 (10). — P.1645—1648.
6. Renzing, N. Inflammatory pseudotumours of the liver associated with Crohn's disease: a possible pitfall in contrast-enhanced ultrasound / N. Renzing, M. Ebsen, W. Schwark // Z. Gastroenterol. — 2011. — № 49 (7). — P.827—831.
7. Jaundice caused by a pancreatic mass: an exceptional presentation of Crohn's disease / H. Reynaert, O. Peters, J. Van der Auwer [et. al.] // J. Clin. Gastroenterol. — 2001. — № 32 (3). — P.255—258.
8. Armas Pérez, BA. Pseudotumor form of idiopathic ulcerative colitis / B.A. Armas Pérez, O. Zamora Santana, C. Boladeres Iñiguez // Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig. — 1988. — № 74 (4 Pt1). — P.399—400.
9. Inflammatory pseudotumor of the spleen. Morphological, radiological, immunophenotypic, and ultrastructural features / B.I. Dalal, H. Greenberg, G.E. Quinonez, J.C. Gough // Arch. Pathol. Lab. Med. — 1991. — № 5 (10). — P.1062—1064.
10. Inflammatory pseudotumor of spleen / P.H. Wiernik, M. Rader, N.H. Becker, S.F. Morris // Cancer. — 1990. — № 66 (3). — P.597—600.
11. Someren, A. «Inflammatory pseudotumor» of liver with occlusive phlebitis: report of a case in a child and review of the literature / A. Someren // Am. J. Clin. Pathol. — 1978. — № 69 (2). — P.176—181.
12. Inflammatory pseudotumor of the spleen: A case report and review of published cases / Z.H. Ma, X.F. Tian, J. Ma, Y.F. Zhao // Oncol. Lett. — 2013. — № 5 (6). — P.1955—1957.
13. Cedoz, J.P. The B7 cross reactive group and spondyloarthropathies: an epidemiological approach / J.P. Cedoz, D. Wendling, J.F. Viel // J. Rheumatol. — 1995. — № 22 (10). — P.1884—1890.
14. Reynolds, T.L. B7 crossreactive antigens in spondyloarthropathies / T.L. Reynolds, M.A. Khan // Rheumatol. — 1988. — № 15 (9). — P.1454.
15. Алиева, Э.И. Болезнь Крона у детей / Э.И. Алиева, В.Г. Румянцев // Педиатрия. — 2001. — № 6. — С.75—79.
16. Лейшнер, У. Аутоиммунные механизмы при хронических воспалительных заболеваниях кишечника / У. Лейшнер // Аутоиммунные заболевания печени и перекрестный синдром. — Анахарсис, 2005. — 25 с.

М.В. Потапова, Г.М. Хузеева, И.И. Шамсутдинова, Е.А. Кузьмина, О.В. Шарипова, 2013
УДК 617.735-053.32

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ЗА 2011—2012 ГОДЫ В ГАУЗ «ГДБ № 1» КАЗАНИ

МАРИНА ВАДИМОВНА ПОТАПОВА, канд. мед. наук, профессор РАЕ, заслуженный врач Республики Татарстан, главный врач Городской детской больницы № 1 г. Казани

ГУЛЬСИНА МУХТАРОВНА ХУЗЕЕВА, главный специалист отдела детства УЗ ИК муниципального образования г.Казани

ИНДИРА ИЛЬДАРОВНА ШАМСУТДИНОВА, врач-офтальмолог городской детской больницы №1 г. Казани

ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА КУЗЬМИНА, зав. отделом медицинской статистики, врач-статистик
Городской детской больницы № 1 г. Казани

ОЛЬГА ВАСИЛЬВЕНА ШАРИПОВА, зам. главного врача по медицинской части городской детской больницы № 1 г. Казани

Реферат. Статья посвящена проблеме увеличения числа недоношенных с нарушением развития сосудистой системы сетчатки. В рамках данной статьи проблема изучалась на материалах ГАУЗ «ГДБ № 1» г. Казани. Структура исследования была построена на последовательном изучении данных, сгруппированных в таблицы по определенному признаку и их анализе во взаимной связи и причинной обусловленности. В результате анализа были вскрыты проблемы, формально не находящие свое отражение в аналогичных таблицах, анализируемых изолированно, а именно — рост числа недоношенных опережает рост рождаемости, увеличивается доля детей с тяжелой степенью ретинопатии, аналогичная ситуация наблюдается и со степенью недоношенности.

Ключевые слова: ретинопатия недоношенных, оперативные вмешательства, отрицательная тенденция.

COMPARATIVE OBSERVATION OF CHILDREN WITH ROP FOR YEARS 2011—2012 GAUSE «GDB № 1» OF KAZAN

MARINA V. POTAPOVA, GULSINA M. KHUZEYEVA, INDIRA I. SHAMSUTDINOVA, ELENA A. KUZMINA, OLGA V. SHARIPOVA

Abstract. The article covers the problem of increasing the number of premature infants with a violation of the cardiovascular system of the retina. In this paper the problem is studied on the materials of GAUSE «Children's hospital № 1» of Kazan. Structure of the study was built on the consistent study of the data grouped in the table on certain grounds and analysis in mutual communication and causation. The analysis has revealed the problem is not formally reflected in the similar tables, analyzed in isolation, namely the increase in the number of premature faster than the growth of the birth rate, the proportion of children with severe degree of retinopathy, a similar situation is observed with the degree of prematurity.

Key words: Retinopathy of prematurity, operative intervention, the negative trend.

Ретинопатия недоношенных детей (РН) — тяжелое заболевание недоношенных младенцев, связанное с нарушением развития сосудистой системы сетчатки. На сегодняшний день это одна из главных причин, которая может привести к необратимой потере зрения у детей с раннего возраста.

Васкуляризация (формирование сосудов) сетчатки плода начинается на 16-й нед внутриутробного развития и заканчивается к моменту рождения, то есть к 39—40-й нед. Соответственно, чем раньше родился ребенок, тем меньше площадь сетчатки покрыта сосудами. У 7-месячного плода отмечается концентрическое недоразвитие сосудов сетчатки, так как кровоснабжается только ее центральный отдел. После рождения на процесс образования сосудов у недоношенного малыша действуют различные факторы: внешняя среда, свет, кислород, которые могут привести к развитию ретинопатии недоношенных.

Частота РН среди выживших недоношенных детей составляет 27%, а среди глубоко недоношенных с массой тела при рождении менее 1000 г достигает 84% (Хватова А.В. и др., 2000; Катаргина Л.А., Скрипец П.П., 2000). Причем, данные различных авторов о частоте РН при одной и той же массе тела широко варьируют.

С каждым годом возрастает количество детей рожденных до 34 нед, которые и составляют основную группу больных ретинопатией недоношенных. В связи с принятием закона в 2012 г. по выхаживанию детей с весом при рождении 500 граммов, возросло количество детей длительно пребывающих на аппарате ИВЛ, что привело к увеличению оперативных вмешательств по поводу ретинопатии недоношенных (табл. 1).

Обратим внимание на полученные результаты, а именно:

- количество недоношенных детей в абсолютном выражении в 2012 г. по сравнению с 2011 г. выросло. Это может быть объяснено элементарным приростом рождаемости (около 12% согласно данным статистики). При этом, численность недоношенных, поступивших в больницу, выросла почти на 13,5%, что опережает общий рост рождаемости и позволяет сделать предположение, что это связано с переходом на критерии живорождения ВОЗ;

- наибольший рост количества недоношенных детей (по строению совокупности) выявлен в III и IV степенях. Это говорит об ухудшении структуры совокупности недоношенных по больнице, при этом стоит отметить что мы видим один из наиболее неблагоприятных вариантов. Идеальным вариантом было бы увеличение доли I и II групп;

- кроме того, доля детей с IV степенью недоношенности возросла почти в 3 раза.

Исключим из анализа наименее опасную с точки зрения развития ретинопатии недоношенных детей группу — детей с I степенью.

Полученная табл. 2 примет вид.

Теперь добавим табл. 3, содержащую данные об оперативном лечении детей с ретинопатией пороговых степеней и заднеагрессивной ретинопатией недоношенных (наблюдения производились по части детей — около 10% с каждого года).

Изолированно анализируя табл. 3, мы увидим следующее:

- уменьшилась доля оперируемых детей II степени недоношенности, доля детей с 3А ретинопатией в данной группе сведена к нулю;

- наблюдается незначительный рост доли оперативных вмешательств у детей с III степенью недоношенности;

Таблица 1

Данные по ГАУЗ «ГДБ № 1» г. Казани

Степень недоношенности	2011 г.		2012 г.		Сравнительный анализ	
	Количество, чел.	Доля, %	Количество, чел.	Доля, %	Абсолютное изменение, чел.	Изменение внутренней структуры, %
I	276	51,3	285	46,8	+9	-4,5
II	206	38,3	238	39,1	+32	+0,8
III	48	8,9	62	10,2	+14	+1,3
IV	7	1,3	24	3,9	+17	+2,6
Всего	537	100	609	100	+72	—

Таблица 2

Данные по ГАУЗ «ГДБ № 1» г. Казани (без I степени недоношенности)

Степень недоношенности	2011 г.		2012 г.	
	Количество, чел.	Доля, %	Количество, чел.	Доля, %
II	206	79	238	53,2
III	48	18	62	10,1
IV	7	3	24	3,9
Всего	261	100	324	100

Таблица 3

Распределение оперативных вмешательств по степеням РН

Степень недоношенности	2011 г.		2012 г.	
	Степень ретинопатии, %		Степень ретинопатии, %	
	II—III	3А	II—III	3А
II	7,4	2	2,0	0,0
III	20,3	3,7	21,5	5,8
IV	11,1	7,4	17,6	15,6

• наблюдается чуть более заметный рост доли оперируемых детей с IV степенью недоношенности.

Однако, анализируя эти таблицы во взаимосвязи, мы обратим внимание на данные аспекты:

• уменьшение доли оперируемых детей со II степенью недоношенных сопровождается уменьшением доли детей с данной степенью в перевес доли детей с более тяжелой степенью недоношенности. Упрощая формулировку, можно предположить, что эти операции просто «перетекли» в более тяжелые группы, что подтверждается данными таблицы и нашими тезисами;

• изменение доли операций детей с III степенью недоношенности немного превышает 1%, что не является показательным, и от каких-либо отдельных предположений о данной группе мы воздержимся;

• увеличение на 6% доли оперативных вмешательств в группе детей с IV степенью недоношенности на первый взгляд является, безусловно, отрицательной тенденцией, однако паники не вызывает. Рассмотрим это чуть подробнее. Эти самые 6% означают, что доля оперируемых детей в данной группе выросла более чем почти в полтора раза! (17,6/11,1=1,58). А учитывая, что в структуре детей с различными степенями недоношенности данная группа увеличила свою численность в 3 раза, картина получается и вовсе устрашающая.

Еще большие опасения вызывает тот факт, что в данной группе доля детей с задней агрессивной формой ретинопатии выросла в 2 раза!

Таким образом, подводя итоги нашему краткому анализу, можно заключить:

• анализ структуры недоношенных является обязательной составной частью любого другого анализа их проблематики;

• требует тщательного изучения и сбора более подробной статистики, а в идеале — разработки форм для сбора дополнительных данных в историях болезни детей, во избежание изолированного анализа, и как следствие — неверного представления о данной проблематике в целом;

• в данный момент полученные данные настолько неприглядны, что вся цепочки диагностики и лечения недоношенных детей требует тщательного анализа и, возможно, ее пересмотра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Терещенко, А.В. Ранняя диагностика и мониторинг ретинопатии недоношенных / А.В. Терещенко, Ю.А. Белый, И.Г. Трифаненкова; под ред. Х.П. Тахчиди. — Калуга, 2008. — 84 с.: ил.
2. Сайдашева, Э.И. Избранные лекции по неонатальной офтальмологии / Э.И. Сайдашева, Е.Е. Сомов, И.В. Фомина. — СПб.: Издательство «Нестор-История», 2006. — 272 с.: ил.

© Х.С. Хаертынов, О.В. Шарипова, А.А. Подшивалин, 2013

УДК 616.36-002.3-053.31

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

ХАЛИТ САУБАНОВИЧ ХАЕРТЫНОВ, канд. мед. наук, доцент кафедры детских инфекций ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университета», Казань, тел. 9-903-342-96-27, e-mail: khalit65@rambler.ru

ОЛЬГА ВАСИЛЬЕВНА ШАРИПОВА, зам. главного врача по лечебной работе Детской городской клинической больницы № 1, Казань, e-mail: olga.sharipova.11@mail.ru

АНДРЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ПОДШИВАЛИН, зав. отделением хирургии детей раннего возраста Детской республиканской клинической больницы, Казань, e-mail: Podshivalin65@gmail.com

Реферат. В статье представлен случай развития абсцесса печени у новорожденного ребенка. Рассмотрены основные клинические и лабораторные признаки абсцесса печени и факторы риска его развития.

Ключевые слова: новорожденные, абсцесс печени.

A CASE OF LIVER ABSCESS OF A NEWBORN BABY

Kh. S. Khaertynov, O. V. Sharipova, A. A. Podshivalin

Abstract. The article presents a case of liver abscess of a newborn baby. Considered the basic clinical and laboratory signs of liver abscess and risk factors for its development.

Key words: newborn, liver abscess.

Среди гнойно-воспалительных заболеваний периода новорожденности, диагностика которых может вызвать затруднения, важное место занимает абсцесс печени (АП). АП у новорожденных представляют собой достаточно редкую патологию: как в отечественной, так и в зарубежной литературе приводятся описания лишь единичных случаев этого заболевания [1, 7, 9]. Несмотря на это, данная патология характеризуется высокой летальностью — при единичных абсцессах она составляет 25—50%, а в случаях формирования множественных абсцессов достигает 95% [1]. Причинами развития АП у новорожденных могут быть: сепсис, обуславливающий возникновение множественных и небольших по размерам абсцессов,

либо — воспалительные заболевания умбиликальной области, (в том числе, вследствие катетеризации пупочной вены), способные вызвать формирование единичных, но крупных по размерам абсцессов, локализующихся, как правило, в правой доле возле ворот печени [1, 5]. Основными этиологическими причинами развития АП у новорожденных являются *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *E.coli*, *Enterobacter* и грибы рода *Candida* [1, 9]. У детей старшего возраста АП может развиваться при инфекциях, обусловленных *Entamoeba histolytica*, *M.tuberculosis*, *Leishmania donovani et infantum*, распространенных, преимущественно, в странах с жарким климатом. Факторами риска развития АП в периоде новорожденности явля-