

17. Симоненко, В.В. Клинико-морфологические особенности дилатационной и ишемической кардиомиопатии // Терапевтический архив.-2002.-№12.-С.63-66.
18. Сторожаков, Г.И. Генетические мутации L-актина тропонина / Г.И. Сторожаков, Г.Е.Гендлин, А.В.Мелехов // Сердце. 2004.-Т. 3, №4.-С.203-208.
19. Татенкулова, С.Н. Иммуные механизмы воспаления при дилатационной кардиомиопатии / С.Н. Татенкулова, В.Ю.Мареев, К.А.Зыков [и др.] // Кардиология.-2009.-Т. 49, №2.-С.4-8.
20. Татенкулова, С.И. Роль гуморальных воспалительных факторов в патогенезе ишемической болезни сердца / С.И. Татенкулова, В.Ю.Мареев, К.А.Зыков, Ю.Н. Беленков // Кардиология.-2009.-Т. 49, №1.-С.4-8.
21. Цурко, В. В. Роль медиаторных механизмов в иммунопатогенезе воспаления при сердечно-сосудистых заболеваниях и остеопорозе / В.В. Цурко, И.В. Леоненко, И.В.Егоров, М.Е. Красносельский // Терапевтический архив.-2009.-Т.81, №6.-С.92-96.
22. Чепурная, А.Н. Клинико-атогенетическая роль нарушений гемостаза у больных ишемической и дилатационной кардиомиопатиями / А.Н. Чепурная, В.И.Никуличева, А.Р.Берг, К.А.Хамитова // Вестник Российской военно-медицинской академии.-2010 (приложение 2/30).-С.87-91.
23. Чепурная, А.Н. Клинико-инструментальные сопоставления при дилатационной и ишемической кардиомиопатиях / А.Н.Чепурная, В.И.Никуличева, А.Р.Берг. // Материалы XIII международной конференции 26 апреля-3 мая 2009 года, г. Хургада, Египет.-Хургада, 2009. - С.402-406.
24. Шляхто, Е.В. Первичные кардиомиопатии: современные представления / Е.В.Шляхто, А.Я.Гудкова, А.А.Костарева, Е.Н.Семернин Е. Н. // Терапевтический архив.-2005.-№12.-С.77-83.
25. Шостак, Н.А. Кардиомиопатии. Кардиология. Национальное руководство / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова.- Н.А.Шостак, С.С.Якушин, Е.В.Филиппов. М.: Геотар-Медиа, 2007.-С.887-900.
26. Шумаков, В.И. Дилатационная кардиомиопатия // В.И.Шумаков, М.Ш.Хубатия, И.М.Ильинский. - М., 2008.-447 с.
27. ACC (AHA) ESC 2006 Guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: executive summary. // J. Am. Coll. Cardiol.-2006.-Vol.48, №5.-p.1064-1108.
28. Boffa M., Tarantini G., Abbasciano A., [et al]. Ischemic cardiomyopathy: lack of clinical applicability of the WHO/ISFC classification of cardiomyopathies // Ital. J. Cardiol.-2001/-№2.-p.277-281.
29. Branderburg R. O., Chazov E., Cherian [et al]. Report of the WHO/ISFC Task Force on the definition and classification of cardiomyopathies // Br. Heart J.-1980.-Vol.44.-p.672-673.
30. Kandra T., Takahashi T. Interleukin-6 and cardiovascular diseases // Jpn. Heart J.-2004.-Vol.45.-p.183-193.
31. Klemann R., Gadelaar S., Kooistra T. Cytokines and atherosclerosis: a comprehensive review of studies in mice // Cardiovasc Res.-2008.-Vol.79.-p.360-376.
32. Lang R. M., American Society of Echocardiography Nomenclature and Standards committee; American College of Cardiology Echocardiography. European Society of Cardiology. Recommendations for chamber quantifications // Eur. J. Echocardiogr.-2006.-№7.-p.79-108.
33. Maron B., Tomlin J., Thiene G. [et al]. Contemporary definitions and classifications of the cardiomyopathies // Circulation.-2006.-Vol.113.-p.1807-1816.
34. Michowitz Y., Arbel Y., Wexler D. [et al]. Predictive value of high sensitivity CPB in patients with diastolic heart failure. // Int. Cardiol.-2008.-Vol.125.-p.347-351.
35. Olson T., Illenberger S., Kishimoto N. [et al]. Metavinculin mutations after actin interaction in dilated cardiomyopathy // Circulation.-2002.-Vol.105.-p.431-437.
36. Richardson P., Mc-Kenna W. J., Bristow M. [et al]. Report of the 995 WHO/ISFC Task Force on definition and classification of cardiomyopathies // Circulation.-1996.-Vol.93.-p.841-842.
37. Shlipak M.G., Ix J. H., Bibbins., Domingo K. [et al] // Am. J. Med.-2008.-Vol.121.-p.50-57.
38. Timonen P., Magga J., Risteli J. [et al]. Cytokines interstitial collagen and ventricular remodeling in dilated cardiomyopathy // Int. J. Cardiol.-2008.-Vol.124.-p.293-300.
39. Tsubata S., Bowles K., Vatta J. [et al]. Mutations in the human α -sarcoglycan gene in familial and sporadic dilated cardiomyopathy // J. Clinical Investigation.-2000.Vol.1006.-p.655-662.

УДК 616.155.194.8:616-002.3

© Ф.Г. Садыков, Х.И. Латыпов, В.И. Никуличева, 2011

Ф.Г. Садыков, Х.И. Латыпов, В.И. Никуличева
**ЧАСТОТА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-
 ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ**
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Изучена частота гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей (ГВЗМТ) среди детского населения г. Уфы и определена частота железодефицитных анемий среди них. Установлен высокий удельный вес анемий среди больных с различными формами ГВЗМТ в зависимости от возраста и пола. Идентифицированы факторы высокой и низкой степеней риска развития патологического процесса в различные возрастные периоды, что позволяет предупредить преобразование неспецифических иммуногематологических нарушений в относительно устойчивые и прогрессирующие и прогнозировать характер течения и прогноз болезни.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей, железодефицитные анемии, дети.

F.G. Sadykov, Kh.I. Latypov, V.I. Nikulichyeva
**IRON DEFICIENCY ANEMIAS INCIDENCE IN CHILDREN
 WITH SOFT TISSUE PYO-INFLAMMATORY DISEASES**

We have studied the incidence of soft tissue pyo-inflammatory diseases (STPID) among the pediatric population of Ufa City and estimated iron deficiency anemias incidence among them. The specific gravity of anemias among patients with diverse forms of STPID as related to their age and gender was determined as high. High and low risk factors for developing the pathologic process at different age were identified, which prevented transformation of nonspecific immunohematologic disorders into relatively steady and progressing conditions and allowed us to predict the disease course.

Key words: soft tissue, pyo-inflammatory diseases, iron deficiency anemia, children.

Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (ГВЗМТ) – широко распространенная патология детского возраста [3,4,9,10]. Актуальность этой проблемы возрастает с увеличением числа затяжных и вялотекущих инфекционных поражений мягких тканей у детей [3,4,9]. Изучение частоты и критериев их диагностики позволит значительно сократить удельный вес ГВЗМТ и болезней системы крови у детей.

Современные проблемы, связанные с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей у детей, связаны с изучением механизмов становления осложненных и рецидивирующих форм болезни. Исследования последних лет существенно дополнили многие вопросы диагностики и лечения гнойно-воспалительных болезней мягких тканей у детей [3,4,9,10]. Рассмотрены роль иммунологических нарушений в формировании болезни и механизмы их лечения [3,4,9]. Однако проблема остается нерешенной. Об этом свидетельствует рост заболеваемости детей этой патологией.

На сегодняшний день вопрос о влиянии сопутствующих фоновых состояний на характер течения патологического процесса не вызывает сомнений [5,6,7]. В большинстве случаев в качестве сопутствующих фоновых состояний рассматриваются хронические очаги инфекций, нарушение функции пищеварительной и нервной систем, иммуногематологические отклонения, частота которых имеет тенденцию к росту [8,11,13,14]. Отсутствие критериев диагностики последних затрудняет диагностику и лечение болезней детского возраста.

По данным В.И. Никуличевой и соавт. (2009), показатели гематологической заболеваемости взрослого населения республики имеют тенденцию к росту [11,12]. Известно о широкой распространенности железодефицитных малокровий среди детской популяции [2,5,6,7,8,11]. В экологически неблагополучных регионах анемию рассматривают в качестве маркера техногенного загрязнения [5,7,8,11,12].

Особую актуальность представляет рост гематологических отклонений среди детей с хирургической патологией. На сегодняшний день не изучен генез вялотекущих и рецидивирующих ГВЗМТ при гематологических расстройствах у детей, не определена роль иммуногематологических взаимоотношений в развитии ГВЗМТ в детском возрасте, не уточнены диагностические маркеры и варианты кли-

нического течения болезни, методы их лабораторной диагностики и лечения.

Итак, широкая распространенность гематологических расстройств среди детского населения и высокий риск их неблагоприятного влияния на течение и исход ГВЗМТ вызывают интерес к разработке критериев их диагностики. Ведущим направлением при этом является выявление специфических и неспецифических критериев болезни. Это позволит снизить заболеваемость и улучшить прогноз ГВЗМТ у детей. Одним из подходов к решению данной проблемы можно считать своевременную диагностику гематологических отклонений у детей с ГВЗМТ, их лечение и профилактику.

Материал и методы

Изучение частоты гематологических отклонений проведено среди 4293 детей, жителей г. Уфы, с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, в возрасте от 1 месяца до 17 лет. При выполнении работы использованы принципы аналитического и описательного эпидемиологического анализов (И.С.Случанко, В.П.Стоногина, 1979). Проведен ретроспективный анализ медицинской документации детских поликлиник и детских хирургических отделений ЛПУ г.Уфы. В ходе исследования проанализированы данные годовых статистических отчетов ЛПУ, медицинские карты детей (форма № 26), медицинские карты стационарных больных (форма № 003/У), истории развития детей (форма № 112), контрольные карты диспансерных больных (форма № 30), рабочие журналы лабораторных исследований (форма № 251 - У), журналы приема и выдачи анализов лабораторий (форма № 265 - У).

Анализ медицинской документации позволил получить первичную информацию о частоте гематологических отклонений среди детей с ГВЗМТ.

Следующий этап исследования предусматривал изучение факторов риска гематологических отклонений у детей с ГВЗМТ. Выбор контингента наблюдения производился на основании данных описательной эпидемиологии с использованием эпидемиологической карты больного ЭВМ, ориентированной для научных исследований, № 601-НИИ.

Для решения поставленных задач проанализированы медико-биологические, социально-экономические и санитарно-гигиенические факторы риска развития гематологических расстройств при ГВЗМТ, определены диагностические критерии предрасположенности к осложненному и затяжному те-

чению гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей.

Результаты и обсуждение

Исследованием установлено, что среди 4293 детей с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей в возрасте от 1 месяца до 17 лет у 970 (22,6%) диагностирована железодефицитная анемия (табл.1). Мальчиков было 2459 (57,3 %), девочек – 1834 (42,7 %), в том числе больных анемией мальчиков – 531 (21,6 %), девочек – 439 (23,9 %).

Исследованием установлено, что частота отдельных нозологических форм ГВЗМТ колебалась от 1,9 до 52,4%, причем наибольший удельный вес среди них занимали фурункулезы (52,%) и наименьший – флегмоны (1,9%). ГВЗМТ чаще преобладали среди мальчиков, чем среди девочек (57,3% против 42,7%), причем отдельные формы ГВЗМТ (пиодермии, панариции, фурункулезы, флегмоны и абсцессы) также диагностировались среди мальчиков чаще, чем среди девочек (табл.1). Частота ГВЗМТ среди мальчиков колебалась от 53,4 до 70,7%, причем наибольший удельный вес среди них занимали флегмоны и абсцессы (70,7% и 58,8% соответственно). Среди девочек удельный вес ГВЗМТ колебался от 29,3 до 46,6%, среди них преобладали пиодермии и фурункулезы (46,6% и 43,6% соответственно) (табл.1).

Частота ЖДА среди больных ГВЗМТ составляет в среднем 22,6% и чаще преобладает среди девочек, чем среди мальчиков (23,9% против 21,6% соответственно). При этом анемия диагностировалась чаще у девочек с любой формой ГВЗМТ и показатель колебался от 19 до 42,5%, тогда как у мальчиков лишь от 17,2 до 26,6% (табл.1). Дефицит железа чаще сопутствовал пиодермии (27,1%) и абсцессам (27,1%), реже развивался при панарициях (19%). У мальчиков преобладали случаи ЖДА при абсцессах (26,6%), у девочек – при флегмонах (41,7%)(табл.1).

Таблица 1

Частота ЖДА среди детей с ГВЗМТ
в зависимости от пола ребенка

Нозологические формы	Мальчики		Девочки		Всего	
	абс. число	отн. число	абс. число	отн. число	абс. число	отн. число
Фурункулезы	1268	56,4	981	43,6	2249	52,4
В т.ч. с ЖДА	272	21,5	241	24,5	513	22,8
Панариции	671	57,5	495	42,5	1166	27,2
В т.ч. с ЖДА	127	18,9	94	19	221	19
Абсцессы	399	58,8	279	41,2	678	15,8
В т.ч. с ЖДА	106	26,6	78	28	184	27,1
Пиодермия	63	53,4	55	46,6	118	2,8
В т.ч. с ЖДА	16	25,4	16	29,1	32	27,1
Флегмоны	58	70,7	24	29,3	82	1,9
В т.ч. с ЖДА	10	17,7	10	41,7	20	24,4
Итого...	2459	57,3	1834	42,7	4293	100
В т.ч. с ЖДА	531	21,6	439	23,9	970	22,6

ГВЗМТ чаще встречается у детей в возрасте с 7 до 14 лет (34,4%), реже в возрасте с 4 до 6 лет (17,6%). Наряду с этим ЖДА диагностируется чаще в возрасте до 3 лет (30,4%), реже в возрасте старше 14 лет (13,3%)(табл.2).

У детей в возрасте до 3 лет преобладали пиодермии (42,3%), реже встречались флегмоны (18,3%), в возрасте с 4 до 6 лет – чаще пиодермии (22,9%), реже – флегмоны (11%), в возрасте с 7 до 14 лет – чаще флегмоны (40,2%), реже – пиодермии (26,3%), в возрасте старше 14 лет – чаще флегмоны (30,5%), реже пиодермии (10,2%).

Анемии диагностировались в возрасте до 3 лет чаще при флегмонах (46,7%) и абсцессах (42,3%), реже при панарициях (20,9%), в возрасте с 4 до 6 лет – чаще при флегмонах (44,4%) и абсцессах (41,3%), реже при пиодермии (20%), в возрасте с 7 до 14 лет – чаще при фурункулезах (22,8%), реже при пиодермии (12,9%), в возрасте старше 14 лет – чаще при флегмонах (16%) и пиодермии (16,7%), реже при абсцессах (12,7%).

Таблица 2

Частота ЖДА среди детей с ГВЗМТ в зависимости
от возраста и пола ребенка

Возраст	Мальчики		Девочки		Всего	
	абс. число	отн. число	абс. число	отн. число	абс. число	отн. число
До 3 лет, в т.ч. с ЖДА	610 178	24,8 29,2	447 143	24,4 32,0	1057 321	24,6 30,4
4 – 6 лет в т.ч. с ЖДА	420 102	17,1 24,3	335 102	18,3 30,5	755 204	17,6 27,2
7 – 14 лет, в т.ч. с ЖДА	854 182	34,7 21,3	623 130	33,9 21,0	1477 312	34,4 21,1
Старше 14 лет, в т.ч. с ЖДА	575 69	23,4 12,0	429 64	23,4 14,9	1004 133	23,4 13,3
Итого...	2459	57,3	1834	42,7	4293	100
В т.ч. с ЖДА	531	21,6	439	23,8	970	22,6

Наибольшая частота ЖДА при ГВЗМТ установлена у детей первых трех лет жизни, у которых показатель составил при флегмонах - 46,7%, панарициях - 20,9%, фурункулезе - 32%, абсцессах – 42,3%, пиодермии – 42%. По мере роста ребенка с 4 до 18 лет частота анемий угасала с 32 до 13,2% - при фурункулезах, с 20,9 до 13,5% - при панарициях, с 42,3 до 12,7% - при абсцессах, с 42 до 12,9% и 16,7% - при пиодермии, с 46,7 до 15,2% и 16% - при флегмонах.

ЖДА диагностировалась чаще у девочек во всех возрастных периодах и частота ее колебалась с 14,9% в возрасте старше 14 лет до 32% в возрасте первых 3 лет, а у мальчиков с 12% в возрасте старше 14 лет до 29,2% в возрасте первых 3 лет (табл.2).

У мальчиков и девочек ГВЗМТ чаще встречались в возрасте 7-14 лет (34,7% и 33,9% соответственно). При фурункулезах анемии у мальчиков и девочек чаще выявлялись в возрасте до 3 лет (28,7% и 36,4% соот-

ветственно), при панарициях анемии преобладали у мальчиков в возрасте до 3 лет (21,5%), у девочек в возрасте 4-6 лет (26,5%), при абсцессах у мальчиков и девочек и пиодермии у мальчиков и девочек в возрасте первых 3 лет жизни (43,4% и 39,7% соответственно и 39,3% и 45,5%). Флегмоны на фоне анемии регистрировались чаще у мальчиков в возрасте до 6 лет (42,9 – 44,4%), у девочек – 50% во все возрастные периоды, кроме детей 7-14 лет, у которых в 30% случаев выявлялась анемия.

Заключение

Изучение частоты железодефицитных анемий среди детей с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей показало сравнительно более высокую частоту у детей раннего возраста, обусловленную преобладанием факторов, предрасполагающих в этом возрасте к развитию сидеропении и повышенной чувствительностью эритроидных ростков к действию повреж-

дающих агентов. С возрастом расширяется арсенал неблагоприятных миело- и иммуносупрессивных факторов, обуславливающих полиморфизм и рефрактерность иммуногематологических нарушений, что усиливает тяжесть и осложняет течение болезни у детей старших возрастных групп.

Исследование частоты железодефицитных состояний у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей позволяет идентифицировать факторы высокой и низкой степеней риска развития патологического процесса в различные возрастные периоды, прогнозировать характер течения и осложнений болезни, своевременно предупредить преобразование неспецифических иммуногематологических нарушений в относительно устойчивые, прогрессирующие и рефрактерные к традиционным методам лечения. Это позволит сократить число осложнений и улучшить прогноз болезни.

Сведения об авторах статьи:

Садыков Фанис Гильманович - доктор медицинских наук, профессор. 450000, г.Уфа, ул. Ленина, 3.

Латыпов Халил Ильдусович - очный аспирант кафедры терапии и общей врачебной БГМУ государственный медицинский университет. 450000, г.Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: khalil-latypov@rambler.ru.

Никуличева Валентина Ивановна – заведующая кафедрой терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии и подготовки интернов терапевтического профиля БГМУ, д.м.н., профессор. 450000, г.Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. Раб. 228-79-96.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев, П.А. Анемический синдром в клинической практике: научное издание / П.А. Воробьев. - М.: Ньюдиамед, 2001. - 168с.
2. Железодефицитные состояния у подростков: частотные характеристики, клинические проявления и возможные причины / И. С. Тарасова, В. М. Чернов, М. В. Красильникова [и др.] // Гематология и трансфузиология: научно-практический журнал. - 2006. - Т. 51, N3. - С. 32-37.
3. Мадитова, Л.П. Эффективность местных препаратов фузидовой кислоты при лечении бактериальных инфекций кожи у детей // Клиническая дерматология и венерология. - 2006. - №2. - С. 45-48.
4. Мурашкин, Н.Н. Гнойничковые поражения кожи в практике детского дерматолога: свежий взгляд на старую проблему/ Н.Н.Мурашкин, М.Н.Глузмина, Л.С.Галустян// Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2008. - №4. - С. 67-71.
5. Нагаев, Р. Я. Медико-социальные и гигиенические особенности формирования железодефицитных состояний у детей, проживающих в регионе с развитой горнодобывающей промышленностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Уфа, 2004. - 22 с.
6. Прохорова, И. В. Фармакоэпидемиологический и клинико-лабораторный анализ терапии железодефицитной анемии у детей раннего возраста в амбулаторных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Казань, 2006. - 18 с.
7. Ральникова, Н. А. Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний во взаимосвязи с показателями липидного обмена и железодефицитной анемией у женщин репродуктивного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Челябинск, 2009. - 21 с.
8. Сетдикова, Н.Х. Принципы диагностики и лечения хронического рецидивирующего фурункулеза/ Н.Х.Сетдикова, К.С.Манько, Т.В.Лагешева // Лечащий врач. - 2005. - №6. - С. 44-47.
9. Супрун, С. В. Клинико-лабораторные особенности формирования анемических состояний у беременных женщин и оценка здоровья их детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Хабаровск, 2009. - 47 с.
10. Сажин, В. П. Сравнительные результаты эндоскопических операций при гнойных заболеваниях мягких тканей/В.П.Сажин, В.А.Юрищев, Н.Г.Бодрова [и др.] // Хирургия. - 2009. - №1. - С. 4-7.
11. Сарылова, В. Н. Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья женщин с железодефицитной анемией и их детей в Республике Калмыкия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2005. - 24 с.
12. Сморгалова, Е. В. Региональные особенности распространенности анемии в районе с развитой металлургической промышленностью /Е.В.Сморгалова, В.И.Никуличева, Г.Ш.Сафуанова, В.Н.Чепурная // Медицинский вестник Башкортостана. - 2009. - №1. - С. 32-35.
13. Neu H.C. Emergence and mechanisms of bacterial resistance in surgical infections / H.C. Neu// Am.J.Surg. - 1995. - № 5. - p.135-205.
14. Schwart Z.B., Facklam R.R., Breiman R.F., Changing epidemiology of group A. streptococcal infection in the USA // Lancet. - 1990. - Vol. 336, №8724. - p.1167-1171.