

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельмер С.В., Малкоц А.В. Кишечная микрофлора и значение пребиотиков для ее функционирования // Лечащий врач. 2004. № 9. С. 49—52.
2. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Костадинова В.Н. и др. Пребиотики и пробиотики при нарушениях кишечного микробиоценоза у детей / Пособие для врачей. М., 2004. С. 44—47.
3. Marks T., Archbold S., Augstburger S. et al. A systematic approach to the differential diagnosis and management of infant colic. <http://www.eGuidelines.co.uk>.
4. Bennet R., Nord C.E. Development of the faecal anaerobic microflora after caesarean section and treatment with antibiotics in newborn infants // Infection. 1987. Vol. 15. № 5. P. 332—336.
5. Bezirtzoglou E. The intestinal microflora during the first weeks of life // Anaerobe. 1997. Vol. 3. № 2-3. P. 173—177.
6. Caicedo R.A., Schanler R.J., Li N., Neu J. The developing intestinal ecosystem: implications for the neonate // Pediat. Res. 2005. Vol. 58. P. 625—628.
7. Demott K., Bick D., Norman R. et al. Clinical guidelines and evidence review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2006. P. 145—148.
8. Edwards C.A., Parret A.M. Intestinal flora during the first months of life: new perspectives // Br. J. Nutr. 2002. Vol. 88. P. 11—18.
9. Fanaro S., Chierici R., Guerrini P., Vigi V. Intestinal microflora in early infancy: composition and development // Acta Pediat. Suppl. 2003. Vol. 91. № 441. P. 48—55.
10. Moro G.E., Arslanoglu S. Reproducing the bifidogenic effect of human milk in formula-fed infants: Why and how? // Acta Pediat. Suppl. 2005. Vol. 94. № 449. P. 14—17.
11. Fanaro S., Boehm G., Garssen J. et al. Galacto-oligosaccharides and long chain fructo-oligosaccharides as prebiotics in infant formulas: a review // Acta Pediat. Suppl. 2005. Vol. 94. № 449. P. 22—26.
12. Moro G., Arslanoglu S., Stahl B. et al. Использование смеси олигосахаридов-пребиотиков Nutricia приводит к снижению частоты возникновения атопического дерматита в течение первых 6 мес жизни ребенка. // Педиатрия. 2007. № 3. С. 100—112.
13. Moro G., Arslanoglu S., Stahl B. et al. A unique mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of atopic dermatitis during the first six month of age // Arch. Dis. Child. 2006. Vol. 91. № 10. P. 814—819.
14. Bruzzese E., Volpicelli M., Salvini F. et al. Early administration of GOS/FOS prevents intestinal and respiratory infections in infants // J. Pediat. Gastroenterol. Nutr. 2006. Vol. 42. № 5. P. 95.

Поступила 24.04.09

Гломерулопатии как причина терминальной стадии заболеваний почек у детей

Glomerulopathies as causes of end-stage renal disease in children

H. Ziółkowska, D. Adamczuk, B. Leszczyńska, M. Roszkowska-Blaim

Pol Merkur Lekarski 2009. Vol. 26. P. 301—305.

Цель исследования — оценка частоты гломерулярных заболеваний как причины терминальной стадии болезней почек у детей.

Среди 195 детей с терминальной стадией почечной недостаточности, находившихся на лечении в период с 1973 по 2008 г., заболевание гломерулярной ткани было выявлено у 94 (48,2%) детей, средний возраст $10,9 \pm 4,3$ года. Врожденные аномалии мочеполового тракта были диагностированы у 61 (31,2%) ребенка (возраст $10,6 \pm 4,3$ года), другие причины выявлены у 40 (20,5%) детей. Среди 94 детей с патологией гломерулярной ткани 49 ранее перенесли гломерулонефрит: 24 ребенка — острый гломерулонефрит, 9 — фокально-сегментарный гломерулосклероз, 8 — мезангиопролиферативный гломерулонефрит, 5 — IgA-опосредованную нефропатию, 3 — мембранопролиферативный гломерулонефрит. У 37 (39,5%) пациентов причиной терминальной стадии болезней почек были вторичные гломерулопатии: у 20 — амилоидоз, у 10 — гемолитико-уремический синдром, у 6 — нефропатия Шенлейна—Геноха, у 1 — гранулематоз Вегенера. У 8 (8,5%) пациентов выявлены синдром Альпорта (у 2), врожденный нефротический синдром (у 1), гломерулопатия неясного генеза (у 5). Время начала диализа с момента установления диагноза в группе пациентов с патологией гломерулярной ткани составило 0 — 13,75 года (медиана 1,1). В группе пациентов с врожденными аномалиями мочевой системы средний временной интервал до начала диализа был значительно больше (0—14,9 года; медиана 3,83; $p < 0,003$). Статистических различий между группами детей с первичным гломерулонефритом и вторичной гломерулопатией не установлено.

Таким образом, в исследованной группе больных хронические гломерулопатии явились наиболее частой причиной развития терминальной стадии болезней почек. У детей с гломерулопатией отмечен более короткий временной интервал между установлением диагноза хронического заболевания почек и началом заместительной терапии по сравнению с группой детей с врожденными аномалиями мочевой системы.

Референт А.И. Асманов

Анализ младенческой смертности от врожденных пороков развития в Республике Башкортостан в 1999—2007 гг.

С.Ш. Мурзабаева, Г.М. Галиева, Г. М. Ахметова

Analysis of infant mortality from congenital malformations in the Republic of Bashkortostan in 1999-2007

S.Sh. Murzabayeva, G.M. Galiyeva, G.M. Akhmetova

Башкирский государственный медицинский университет; Республиканская детская клиническая больница, Уфа

Представлена динамика основных показателей, характеризующих младенческую смертность в Республике Башкортостан за период 1999—2007 гг. Проведен анализ младенческой смертности и ее составляющих от врожденных пороков развития. Сложившийся в республике комплексный подход к профилактике, выявлению и коррекции врожденных пороков развития дает свои первые результаты: снижение уровня младенческой смертности от врожденных пороков развития, снижение доли множественных врожденных аномалий развития и пороков развития нервной системы среди причин младенческой смертности.

Ключевые слова: дети, младенческая смертность, врожденные пороки развития.

The paper presents the trend in the basic parameters that characterizes infant mortality in the Republic of Bashkortostan in 1999—2007. The infant mortality and its constituents from congenital malformations are analyzed. The comprehensive approach established in the Republic to preventing, detecting, and correcting congenital malformations yields its first results: reductions in the rates of infant mortality from congenital malformations and in the proportion of multiple congenital developmental anomalies and nervous system malformations among the causes of infant mortality.

Key words: children, infant mortality, congenital malformations.

Младенческая смертность традиционно считается показателем общего социально-экономического благополучия страны, критерием эффективности всего комплекса мероприятий, проводимых для оздоровления детей и матерей. В настоящее время для демографической ситуации Республики Башкортостан, как и для России в целом, характерны рост рождаемости и общей смертности, снижение темпов роста численности населения. Несмотря на увеличение рождаемости, продолжается снижение доли детского населения среди всего населения республики.

Известно, что одним из важнейших путей улучшения демографической ситуации является снижение уровня младенческой и детской смертности.

Нами были изучены основные показатели, характеризующие младенческую смертность в Республике Башкортостан за период 1999—2007 гг. В основу анализа легли статистические материалы территориального органа Федеральной службы Государственной службы статистики по Республике Башкортостан, Медицинского информационно-аналитического центра республики, данные ведомственной статистики Министерства здравоохранения Республики Башкортостан и медицинской статистики Республиканской детской клинической больницы.

Анализ уровня младенческой смертности с 1999 по 2007 г. в Республике Башкортостан показал достоверное ($p < 0,05$) его снижение с 15,8 на 1000 родившихся живыми до 9,8‰ [1]. Снижение уровня младенческой смертности в сельской местности составило 24,6% (с 14,2 до 10,7‰), в городской местности — 46,5% (с 17,0 до 9,1‰), в целом по Республике Башкортостан показатель младенческой смертности снизился на 38,0% (рис. 1).

Развитие и совершенствование системы оказания медицинской помощи детям, в том числе внедрение новых перинатальных технологий, способствовали

© Коллектив авторов, 2009

Ros Vestn Perinatol Pediat 2009; 5:25–30

Адрес для корреспонденции: Мурзабаева Салия Шарифьяновна — к.м.н., доцент кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики Башкирского государственного медицинского университета 450000 Уфа, ул. Ленина, д. 3

E-mail: murzabaeva@bk.ru

Галиева Гузель Марсовна — к.м.н., зам. гл. врача Республиканской детской клинической больницы

E-mail: giouzel@yandex.ru

Ахметова Гузель Маратовна — рук. группы мониторинга младенческой и детской смертности, врач-неонатолог Республиканской детской клинической больницы

450106 Уфа, ул. Ст. Кувькина, 98, Республиканская детская клиническая больница МЗ РБ

E-mail: rdkb@bashnet.ru