

ности медленные волны на графике медленных волн (рис.16). У больного определен симпато-адреналовый тип демпинг-реакции.

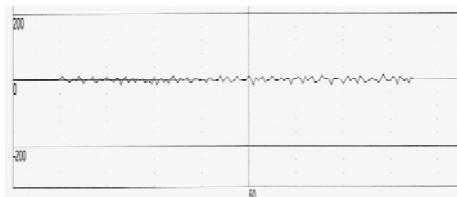


Рис. 14. Отсутствие мощных быстрых волн

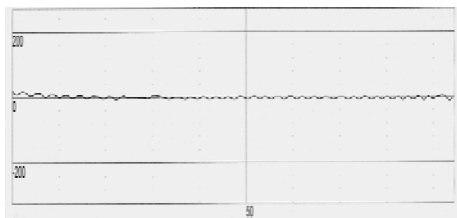


Рис. 15. Отсутствие дыхательной аритмии

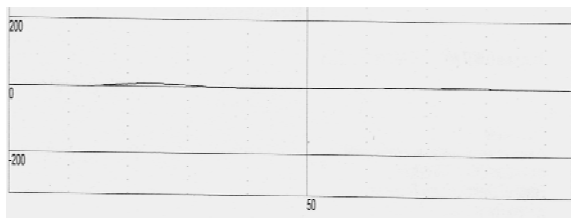


Рис. 16. Медленные волны слабой мощности

Выводы. Предлагаемый способ определения типа демпинг-реакции имеет следующие преимущества: точность определения типа демпинг-реакции; оценка исходного типа вегетативного тонуса организма, дающая представление о вегетативном статусе организма в целом, а также о преимущественном влиянии симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы на организм больного с демпинг-синдромом; имеются графические (ритмограмма, пневмограмма, частотный спектр и др.), то есть объективные показатели функционирования вегетативной нервной системы; с помощью кардиоритмографии уточняется тип демпинг-реакции, что может быть использовано для назначения адекватной терапии больным с демпинг-синдромом.

Литература

1. Березный, Е.А. Практическая кардиоритмография / Е.А.Березный, А.М.Рубин. СПб «Нео», 1999. 144 с.
2. Вахрушев, Я.М. Постгастрорезекционные синдромы / Я.М. Вахрушев, Л.А.Иванов. Ижевск, 1998. 140 с.
3. Горбашко, А.И. Постваготомические синдромы / А.И.Горбашко, Р.К.Рахманов. Ташкент, 1991. 168 с.
4. Панцырев, Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии / Ю.М.Панцырев. М.: Медицина, 1973. С.70–180.
5. Самсонов, М.А. Постгастрорезекционные синдромы / М.А. Самсонов, Т.И.Лоранская, А.П.Нестерова. М.: Медицина, 1984. 192 с.

УДК 616.9 (063)

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ.

Н.А. ГЕЛАДЗЕ, Т.Б. КАСОХОВ, З.А. ЦОРАЕВА, Н.К. КАЙТМАЗОВА*

Ключевые слова: острые кишечные инфекции

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются одной из важнейшей проблем детской инфекционной патологии, в связи с высоким уровнем заболеваемости, значительной частотой развития тяжелых форм болезни и высокой летальностью. По данным Всемирной Организации Здравоохранения ежегодно в мире ОКИ

переносят 2 млрд. человек, при этом заболеваемость у детей до 14 лет в несколько раз выше, чем у взрослых (60-65% всех случаев заболевания). До 70% заболеваемость у детей раннего возраста [1]. В последние годы достигнуты большие успехи в изучении особенностей патогенеза и клинических проявлений ОКИ, однако вопросы терапии ОКИ сохраняют свою актуальность.

Цель исследования – изучение клинической эффективности, а также влияние на показатели иммунного статуса пробиотика «Пробифор» и сочетанного применения пробиотика «Пробифор» и комплексного иммуномодулирующего препарата (КИП) в терапии ОКИ детей первого года жизни.

Материалы и методы. В настоящую работу включены данные обследования и наблюдения 105 стационарных больных первого года жизни, поступивших во 2-е кишечнодиagnostическое отделение РДКБ г. Владикавказа с клиникой острой кишечной инфекции. Критериями включения больных в исследования были: дети в возрасте от 1 месяца до 1 года с ОКИ без сопутствующей острой инфекции, госпитализация не позднее 3-х суток болезни, легкая и среднетяжелая формы ОКИ, отсутствие в анамнезе на момент исследования факта приема антибиотиков, ферментов, пробиотиков, иммуномодуляторов.

Методом случайной выборки в зависимости от проводимой этиотропной терапии все больные были распределены на следующие группы: I-ая группа - 35 человек (14 девочек и 21 мальчик), в качестве единственного средства этиотропной терапии ретос получали пробиотик «Пробифор» по 1 пакетике 2 раза в день при легкой форме заболевания, и по 1 пакетике 3 раза в день при среднетяжелых формах заболевания 3–5-дневным курсом; II-я группа – 37 человек (11 девочек и 26 мальчиков) получали КИП по 1 дозе 1 раз и «Пробифор» по 1 пакетике 2 раза в день при легкой форме заболевания; и КИП по 1 дозе 2 раза и «Пробифор» по 1 пакетике 3 раза в день при среднетяжелых формах заболевания – 5-дневным курсом; III-я группа (сравнения) – 33 человека (12 девочек и 21 мальчик) получали традиционную антибактериальную терапию перорально и/или в/м 5-7-дневными курсами.

У всех детей заболевание начиналось остро. Большая часть детей (77,1%) поступила в первые два дня от начала заболевания: в первый день – 25 детей (23,8%), во второй – 56 детей (53,3%), остальные 24 ребенка (22,9%) – на третий день болезни. Все больные с ОКИ при поступлении в стационар получали однотипную базисную терапию: диету, пероральную регидратацию и по показаниям – инфузионную терапию, ферменты, симптоматическую терапию (жаропонижающие и др.). Другие средства этиотропного воздействия (специфические бактериофаги, химиопрепараты, энтеросорбенты, энтеральные иммуноглобулины, лактоглобулины) этим больным не назначались. Группы больных подбирались по случайному алфавитному принципу и были сопоставимы для статистической обработки результатов исследования по полу, возрасту, этиологии ОКИ, уровню поражения ЖКТ, типу диареи, тяжести течения инфекции. На искусственном вскармливании находилось 77 детей (73,3%); 11 детей (10,5%) находилась на раннем смешанном и 17 детей (16,2%) – на естественном вскармливании. У 86 (82,7%) детей при поступлении в стационар имелась сопутствующая патология: анемия, гипотрофия, паратрофия, рахит, аллергический дерматит, экссудативно-катаральный диатез, судорожный синдром, гидроцефалия, ВПС, дисплазия тазобедренных суставов, пупочная грыжа, кривошея, гипоспадия, фимоз, гидроцеле, косоглазие, дакриоцистит, конъюнктивит. У 47(44,8%) детей в анамнезе были частые ОРЗ, ОКИ, пневмония, обструктивный бронхит, отит, ветряная оспа.

На долабораторном этапе всем детям проводилась клиническая диагностика острых кишечных инфекций с установлением топике поражения ЖКТ и типа диареи, основанное на классификации и этиопатогенетическом подходе к развитию диарейного синдрома («инвазивный», «осмотический», «секреторный», «смешанный») [2, 3]. Исходя из этого, по топике поражения ЖКТ среди 105 обследованных детей у 72 (68,6%) отмечался гастроэнтерит, у 10 (9,5%) – энтерит, в 5 случаях (4,8%) имел место энтероколит, у 16 детей (15,2%) установлен гастроэнтероколит и в 4 случаях (1,9%) имелись признаки колита. По типу диареи все дети были распределены: у 63 больных (60%) диарея протекала по осмотическому типу, у 27 (25,7%) – имел место инвазивный тип, а в 15 случаях (14,3%) отмечалась секреторная диарея. Анализ клинико-лабораторных данных позволил установить, что заболевание протекало в легкой форме у 41 (39%) ребенка, а в среднетяжелой форме – у 64 (61%) детей [4].

* Кафедра педиатрии ФПДО ГОУ ВПО СОГМА Росздрава

Этиологическая структура ОКИ лабораторно была расшифрована у 34 (32,4%) пациентов с использованием рутинных методов исследования: бактериологическим – у 17 (50%), серологическим – у 4 (11,8 %) и методом ИФА – у 13 (32,8%) больных. В структуре ОКИ, расшифрованных с применением комплекса бактериологических и серологических методов лабораторной диагностики преобладали бактериальные моноинфекции (21,2%): сальмонеллёз верифицирован у 8 (7,6%), шигеллёз – у 3 (2,9%), эшерихиоз – у 4 (3,8%) и ОКИ, вызванные УПМ – у 6 (5,7%) из 105 обследуемых детей. Этиологическая роль вирусных агентов подтверждена у 13 детей (12,4%), причём в 100% случаев это были ротавирусы. Наряду с моноинфекциями мы фиксировали и микст-инфекции (вирусно-бактериальные) – у 2 (1,9%) детей, у 71 (67,6%) ребёнка этиологию ОКИ установить не удалось (рис.3).

Всем больным при поступлении в стационар проводилось рутинное обследование: общий анализ крови и мочи, копрологическое исследование, биохимический анализ крови при необходимости. Клиническая лабораторная диагностика проводилась на базе лабораторий РДКБ г.Владикавказ. Комплекс лабораторных обследований для выявления этиологического агента включал: трёхкратный бактериологический посев фекалий; серологическое исследование методом РПГА с антигенами сальмонелл и шигелл – всем пациентам с синдромом гемоколита на второй неделе болезни; исследование кала на условно-патогенную флору; выявление в кале антигенов ротавирусов методом ИФА. Иммунологическое обследование проводилось в первый день поступления ребёнка с ОКИ в стационар, а затем в периоде ранней реконвалесценции – на 5-7 день болезни в иммунологической лаборатории РДКБ г. Владикавказ, и включало определение уровней сыровороточных иммуноглобулинов А, М и G по методу Манчини.

Результаты. В результате исследований в сравниваемых группах больных установлено, что в первых двух группах достоверно сокращается средняя продолжительность симптомов интоксикации (с $5,65 \pm 0,18$ до $3,87 \pm 0,08$ в первой и до $3,04 \pm 0,15$ дней во второй группе), быстрее купируются явления метеоризма (с $4,63 \pm 0,20$ до $2,74 \pm 0,11$ в первой и до $2,32 \pm 0,07$ дней во второй) и диарейного синдрома (с $8,39 \pm 0,40$ до $5,00 \pm 0,15$ в первой и до $4,32 \pm 0,07$ дней во второй группе) ($p < 0$), в то время как различия по продолжительности рвоты и лихорадки оказались незначительными ($p > 0$) (табл.). Сократилась, также, и средняя продолжительность периода госпитализации с $10,00 \pm 0,42$ до $6,00 \pm 0,18$ в первой группе и до $5,70 \pm 0,11$ дней во второй группе больных детей.

Таблица

Средняя продолжительность клинических симптомов заболевания в сравниваемых группах

Клинические симптомы	Группы больных и средняя продолжительность в днях		
	I-ая группа (n=35)	II-ая группа (n=37)	Группа сравнения (n=33)
Токсикоз	$3,87 \pm 0,08$	$3,04 \pm 0,15$	$5,65 \pm 0,18$
Вялость	$2,77 \pm 0,12$	$2,43 \pm 0,08$	$4,63 \pm 0,26$
Анорексия	$2,96 \pm 0,11$	$2,70 \pm 0,13$	$4,33 \pm 0,28$
Рвота	$1,19 \pm 0,11$	$1,14 \pm 0,06$	$1,40 \pm 0,14$
Лихорадка	$1,42 \pm 0,08$	$1,37 \pm 0,11$	$1,69 \pm 0,14$
Метеоризм	$2,74 \pm 0,11$	$2,32 \pm 0,07$	$4,63 \pm 0,20$
Диарея	$5,00 \pm 0,15$	$4,32 \pm 0,07$	$8,39 \pm 0,40$

Результаты иммунологического исследования показали достоверное снижение уровня IgA до $0,32 \pm 0,06$ и достоверное увеличение уровней IgM до $0,96 \pm 0,22$ и G до $12,55 \pm 1,99$ в острый период заболевания ОКИ во всех трёх группах. По окончании 5-ти дневного курса этиотропной терапии ОКИ пробиотиком «Пробифор» средние значения уровней сыровороточных иммуноглобулинов А, М и G достоверно возросли и составили: IgA – $0,61 \pm 0,16$; IgM – $1,21 \pm 0,05$ и IgG – $13,45 \pm 1,02$; а в группе, получавшей этиотропную терапию по схеме КИП+«Пробифор» эти значения возросли и составили: IgA $1,58 \pm 0,18$; IgM $1,47 \pm 0,06$ и IgG $15,95 \pm 1,54$ соответственно. В группе сравнения среднее значение уровня IgA осталось на прежнем уровне, а уровни Ig M и Ig G увеличились, но разница была незначительной. Данные исследования сыровороточных иммуноглобулинов в этой группе указывает на необходимость включения в терапию лёгких и среднетяжёлых форм ОКИ иммуномодулирующих препаратов.

Выводы. Таким образом, результаты проведённого клинико-иммунологического исследования показали, что сочетанное применение пробиотика «Пробифор» и КИП является наиболее эффективным средством альтернативной «стартовой» этиотропной и патогенетической терапии при лёгких и среднетяжёлых

формах ОКИ у детей первого года жизни, в связи с чем его можно рекомендовать в практику педиатров-инфекционистов.

Литература

1. The World Health Report 2003: Shaping the Future Geneva WHO 2003.
2. Новокионов А.А. и др. // Детские инфекции. 2002. №1. С.32–38.
3. Учайкин В.Ф., Мазанкова Л.Н., Новокионов А.А., Соколова Н.В. // Пособие для врачей. М.2003.34 с.
4. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Усенко Д.В. // Клинические рекомендации по диагностике и лечению ОКИ у детей. М.2005.106 с.

УДК 615.851.135

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ

И.В. ДОБРЯКОВ *

Ключевые слова: психотерапия, рождение ребёнка

Семья, ожидающая рождения ребёнка, стоит на пороге серьёзных изменений, а значит, её функционирование становится нестабильным. К. Витакер отмечал, что все трудности семейной жизни отступают на второй план, когда на сцену выходят переживания беременности, родов, кормления младенцев до одного года [1]. С. Минухин считал, что появление ребёнка означает появление в семье новой диссипативной структуры и влечёт за собой сложную реорганизацию супружеского холона и нередко ставит под угрозу существование всей системы семьи [5]. В связи с этим семьи ожидающие рождения ребёнка, имеющие маленького ребёнка, как правило, нуждаются в психологическом консультировании, а часто и в психокоррекционных, психотерапевтических вмешательствах. Однако практика показывает, что обращения за помощью к специалистам подобных семей, их членов крайне редки. Более того, зачастую на беременность и рождение ребёнка женщина и мужчина решаются в надежде улучшить, укрепить с помощью этого внутрисемейные отношения. Надеждам, как правило, не суждено сбыться. Для многих это становится очевидным уже во время беременности, так как приводит к обострению семейных проблем, ухудшает отношения супругов [4].

Естественные физиологические соматические изменения, возникающие у женщин в связи с беременностью, создают фон, на котором легко развиваются нервно-психические расстройства. В период беременности они встречаются примерно у 40 % женщин, при чём более половины от их числа (56%) составляют депрессии [8]. А.Б. Смулевич выделяет «депрессивный синдром беременных», считая его одним из специфических аффективных расстройств, связанных с репродуктивной функцией женщин [6]. В большинстве (77%) нервно-психические расстройства беременных женщин остаются нераспознанными [9]. Они так плохо диагностируются потому, что часто их симптомы пытаются объяснить лишь связанными с беременностью физиологическими изменениями. Депрессивные расстройства беременной усугубляют нарушения межличностных коммуникаций между супругами. Возникает замкнутый круг, так как «коммуникационная проблема» в семье ещё больше ухудшает психическое состояние [7].

Становится очевидной актуальность разработки методик активного выявления дисфункциональных семей, ожидающих рождения ребёнка, способов формирования у них мотивации на работу с психологом или психотерапевтом, моделей психокоррекционного и психотерапевтического воздействия на семью. Это обусловило развитие нового направления в психотерапии – перинатальной психотерапии. Её можно определить как систему лечебного психического (психологического) воздействия на психику женщины и ребёнка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику на организмы женщины и ребёнка [3]. Особенности перинатальной психотерапии являются: семейный характер проблем, которые она предназначена решать; низкий уровень осведомлённости пациентов, нуждающихся в перинатальной психотерапии, о возможности её получения;

* Санкт-Петербургская академия последипломного образования, кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии