

реабилитация. Более ранняя диагностика раковых поражений пищевода является предпосылкой к увеличению продолжительности жизни больных после лечения, увеличению показаний к органосохраняющим операциям, расширению показаний для лечения таких больных только дистанционной гамма-терапией, а следовательно, и повышению возможностей медицинской и социальной реабилитации больных. Однако удельный вес числа больных злокачественными новообразованиями пищевода, взятых на учет с III–IV стадиями, в течение многих лет в Краснодарском крае и по России в целом составляет более 60%.

Таким образом, проблема ранней диагностики и своевременного лечения рака пищевода остается актуальной на сегодняшний день. Не решена задача проведения массового скрининга данного заболевания. Целесообразными являются выделение групп риска и проведение диспансерного наблюдения, включающего регулярный осмотр специалистов с включением в ком-

плекс обследования рентгенологических и эндоскопических процедур.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2007 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М., 2009. – 244 с.
2. Мерабишвили В. М., Старинский В. В. Развитие аналитических информационных систем онкологической службы – залог объективной оценки эффективности противораковых мероприятий // Материалы Всероссийской научно-практической конференции онкологов «Аналитические информационные системы онкологической службы России». – СПб, 2008. – С. 6–12.
3. Тесленко Л. Г., Воронова О. А., Цокур И. В. Онкологическая служба Краснодарского края (2001–2007 гг.). – Краснодар: БК «Группа Б». – 2008. – 444 с.

Поступила 24.12.2008

Н. В. БОЙКО¹, Л. А. НИКУЛИН¹, А. В. ПОМОРЦЕВ², М. Г. КУЛАГИНА¹

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

¹Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС,

²кафедра ультразвуковой диагностики ФПК и ППС

Кубанского государственного медицинского университета,

г. Краснодар, ул. 40-летия Победы, 14. Тел. 2-52-24-38, e-mail: NikLA42@mail.ru

Цель исследования: дать комплексную оценку состояния новорожденных с перинатальными инфекциями с целью оптимизации тактики ведения перинатального периода. Всего было обследовано 123 новорожденных. Выделены 4 клинические группы: в 1-ю группу вошли новорожденные в удовлетворительном состоянии, от матерей с неосложненной беременностью, во 2–4-ю группы вошли новорожденные от матерей из группы риска по внутриутробному инфицированию, с локальными и генерализованными проявлениями ВУИ. Выявлено, что отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, наличие хронических очагов инфекции в организме женщины, урогенитальные инфекции являются решающими факторами в возникновении ВУИ у плода и новорожденного. Уже при первом эхографическом исследовании головного мозга были выявлены кисты сосудистых сплетений. В 3-й группе преобладало усиление сосудистого тонуса в виде вазоспазма, а в 4-й группе в 40% случаев отмечалась дилатация. Таким образом, только комплексное обследование плода и новорожденного позволяет своевременно диагностировать внутриутробную инфекцию, что будет способствовать оптимизации тактики ведения перинатального периода и улучшит качество оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: новорожденный, внутриутробная инфекция, адаптация, нейросонография, урогенитальная инфекция.

N. V. BOYKO¹, L. A. NIKULIN¹, A. V. POMORCEV², M. G. KULAGINA¹

COMPLEX ASSESSMENT OF NEWBORN INFANTS WITH PERENATAL INFECTIONS

¹Kuban State Medical University, pediatrics department with neonatology course and ultrasound diagnosis

Fetal infections define mortinatal rate, early neonatal death, morbidity among newborns and infants.

The aim of the work is to conduct complex assessment of newborn infants conditions with prenatal infections in order to optimize perenatal period policy.

All the newborn infants were divided into 4 groups: the first group comprised newborn infants with normal state born by mothers with uncomplicated pregnancy. The infants born by mothers from high risk group with local and generalized manifestations of intrauterine infection were included in the main group (2–4).

As a result of the conducted research it was found out that compromised obstetric – gynecologic history, presence of chronic nidus of infection in woman's organism as well as genitourinary infections are determining factor of fetus and newborn infants prenatal infection. Infants suffering from prenatal infections have disorder in physical development and functions of different organism systems. It can be seen in neonatal period either infectious and somatic pathology.

Thus, complex fetus and newborn infants examination alone makes as possible to diagnose prenatal infection in time and it will contribute to policy optimization of perinatal period and improve the quality of medical care.

Key words: Newborn, prenatal infection, brain sonography, pneumonia, perinatal period.

Характеристика новорожденных детей

Группы детей	Оценка по Апгар на 1-й мин.	Оценка по Апгар на 5-й мин.	Масса (г) тела при рождении	Рост (см) при рождении
1-я группа (n=40)	7,8±0,32	8,4±0,21	3320±40,6	52,1±0,18
2-я группа (n=30)	6,7±0,23	7,6±0,26	3274±44,7	51,2±0,2
3-я группа (n=25)	5,6±0,37	6,6±0,3	3298±77,1	52,3±0,4
4-я группа (n=28)	3,6±0,34	4,8±0,42	3067±47,4	51,5±0,26

Введение

В настоящее время проблема охраны репродуктивного здоровья населения России имеет важную социальную значимость. С учетом сохраняющегося превалирования смертности над рождаемостью благополучный исход каждой беременности является главной задачей как акушеров-гинекологов, так и неонатологов [1]. К сожалению, сегодня здоровыми рождаются только 60% новорожденных. В дальнейшем число здоровых детей до одного года сокращается и составляет 29% [12].

Именно внутриутробные инфекции (ВУИ) во многом определяют показатели мертворождаемости, ранней неонатальной смертности, заболеваемости среди новорожденных и детей раннего возраста. По данным различных авторов, ранняя неонатальная заболеваемость при ВУИ составляет 5,3–27,4%, мертворождаемость – от 14,9–16,8%, а показатель перинатальной смертности при ВУИ достигает 65,6% [3, 5, 13].

Доказано, что возбудителями внутриутробных инфекций являются более 27 видов бактерий, многие вирусы, паразиты, 6 видов грибов, 4 вида простейших и др. Преобладающими возбудителями антенатальных инфекций считаются микоплазмы (17–50%) и вирусы (вирус простого герпеса – 7–47%, энтеровирусы – 8–17%, цитомегаловирус – 28–91,6%), а интранатальных инфекций – хламидии (2–25%), стрептококк группы В (3–12%), листерии (1–9%), условно-патогенные микроорганизмы (9–14,7%) [8, 11, 14].

Особенностями современного течения ВУИ являются частые ассоциации вирусно-вирусных, вирусно-бактериальных и вирусно-бактериально-грибковых агентов, что значительно затрудняет диагностику ВУИ у плода и новорожденных [2].

Под внутриутробным инфицированием следует понимать предполагаемый факт внутриутробного проникновения к плоду микроорганизмов, при котором не выявляются признаков инфекционной болезни плода, а ВУИ – это установленный факт внутриутробного проникновения к плоду микроорганизмов, при котором в организме плода и новорожденного произошли характерные для инфекционной болезни патофизиологические изменения, выявляемые пренатально или вскоре после рождения [9]. Помимо этого прогноз внутриутробной трансмиссии зависит от срока гестации, в котором произошло инфицирование, особенностей возбудителя (патогенных и иммуногенных его свойств), типа материнской инфекции (первичная или вторичная), функционального состояния иммунной системы матери, целостности маточно-плацентарного барьера и др. [4].

Организм плода и новорожденного ребенка реагирует на инфекцию преобладанием неспецифических изменений над специфическими и генерализованным характером поражения. Поэтому в последние годы

предпочтение отдается комплексной оценке функционального состояния новорожденного [7, 10] с перинатальными инфекциями.

Цель исследования – провести комплексную оценку состояния новорожденных детей с перинатальными инфекциями с целью оптимизации тактики ведения перинатального периода.

Материалы и методы

В соответствии с поставленными целями были выделены 4 клинические группы. Дети второй–четвертой групп были от матерей из группы риска по внутриутробному инфицированию.

1-я группа (контрольная) – новорожденные от матерей с неосложненной беременностью, состояние ребенка при рождении удовлетворительное (табл. 1); 2-я группа – состояние ребенка при рождении удовлетворительное или средней степени тяжести, с локальными проявлениями ВУИ в виде пиодермии, ринита, отита, конъюнктивита, пневмонии средней степени тяжести; 3-я группа – состояние ребенка при рождении тяжелое или средней степени тяжести, с ухудшением в раннем неонатальном периоде, с локальными формами ВУИ в виде пневмонии, энтероколита, фетального гепатита и др. заболеваний; 4-я группа – состояние детей при рождении тяжелое или крайней степени тяжести, с генерализованными проявлениями ВУИ, потребовавшими проведения искусственной вентиляции легких.

Возраст обследованных беременных колебался от 18 до 43 лет. Всего было обследовано 123 новорожденных.

Лабораторные исследования проводились с помощью прибора «Cobas Microlit» (фирма «Roche», Швейцария); бактериологические исследования беременных: посев крови, мочи, содержимого цервикального канала – осуществлялось на специальные питательные среды: МПА № 34/2, МПА № 35/6. С целью выявления урогенитальных инфекций использовали ПЦР для идентификации клеточной ДНК и ИФА для выявления иммуноглобулинов М, G, A к возбудителям в сыворотке беременных.

Комплексное обследование новорожденных включало в себя: оценку тяжести состояния при рождении, оценку по Апгар, особенности течения периода ранней адаптации; общий анализ крови; общий анализ мочи; посев отделяемого из трахеи, зева, желудка, стула и мочи; мазок из локальных очагов инфекции (пиодермия, омфалит, конъюнктивит); определение психомоторного развития новорожденного; нейросонографическое исследование; доплерометрию; эхографию органов брюшной полости; рентгенографию органов грудной клетки.

Результаты исследования

В результате проведенного исследования установлено, что по паритету женщины разделились следующим образом: в 1-й (контрольной) группе было 26 (65%) первородящих и 14 (35%) повторнородящих. Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен.

Во второй группе – 18 (60%) первородящих и 12 (40%) повторнородящих. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен в 46,7% случаев (26,7% медицинских аборт, предшествующих данной беременности, 20% самопроизвольных выкидышей в сроке от 6 до 12 недель беременности). Угроза прерывания беременности отмечалась у 22 пациенток (73,3%), острые инфекционные заболевания во время данной беременности перенесли 14 (46,6%) женщин, из них ОРВИ – 8 (26,6%) случаев, гестационный пиелонефрит – 6 (20%) случаев.

В третьей группе было 16 (64%) первородящих и 9 (36%) повторнородящих, а акушерско-гинекологический анамнез отягощен в 63% случаев (33% медицинских аборт, предшествующих данной беременности, 30% самопроизвольных выкидышей в сроке от 6 до 12 недель беременности). Угроза прерывания беременности зарегистрирована у 15 (60%) женщин, острые инфекционные заболевания – у 13 (52%).

В четвертой группе первородящие составили 20 (71,4%), повторнородящие 8 (28,6%) случаев. Однако акушерско-гинекологический анамнез в данной группе был отягощен в 75,5% случаев (42,1% медицинских аборт, предшествующих данной беременности, 26,3% самопроизвольных выкидышей в сроке от 6 до 12 недель беременности, 2 случая (7,1%) смерти ребенка в неонатальном периоде).

Урогенитальные инфекции выявлены у 65 (78,3%) пациенток основной группы. В этиологической структуре преобладали *Mycoplasma hominis*, гарднереллы, хламидии (*C. trachomatis*), *Candida albicans*.

Особенностью урогенитальных инфекций в современных условиях являются их частые ассоциации, что нашло подтверждение и в нашем исследовании. Так, ассоциированная урогенитальная инфекция была выявлена у 42 (50,6%) беременных основных групп, а у остальных имела место урогенитальная моноинфекция. Наибольший процент ассоциированных инфекций приходится на беременных 3-й клинической группы (68%). Более частыми вариантами ассоциаций являлись сочетания микоплазм и кандиды, хламидий и кандиды, гарднереллы и трихомонады, но тяжелее протекают вирусно-бактериальные

ассоциации, например, герпес и микоплазмоз, а также другие сочетания (табл. 2).

Методы родоразрешения и показания для операции кесарева сечения в клинических группах были следующие. В первой контрольной группе у всех обследованных женщин роды были консервативными. Во второй клинической группе роды были консервативными у 27 (90%) беременных, у 3 (10%) – оперативными, из них экстренное кесарево сечение в 1 случае и плановое в 2 случаях. В третьей клинической группе роды были оперативными у 6 (24%) беременных, из них экстренная операция в 4 случаях и плановая – в 2 случаях. В четвертой клинической группе роды были оперативными в 9 (32,1%) случаях, из них 6 экстренных и 3 плановые операции. Показаниями к экстренным операциям были: нарушение сократительной деятельности матки и отсутствие эффекта от проводимой терапии; прогрессирующая гипоксия плода; гестоз тяжелой степени. Показаниями к плановым операциям были: миопия высокой степени, неврологическая симптоматика (эпилепсия), рубец на матке после предыдущего кесарева сечения.

Ранний неонатальный период по клиническим группам имел следующие особенности. В контрольной группе течение раннего неонатального периода и периода новорожденности было без особенностей. Мышечный тонус, безусловные рефлексы, психомоторное развитие соответствовали возрастной норме.

Во второй клинической группе ранний неонатальный период протекал с умеренными признаками дезадаптации. Состояние новорожденных оценивалось как средней степени тяжести. У 15 (50%) детей диагностирована сочетанная инфекция (пневмония средней степени тяжести + конъюнктивит – 5 (16,6%) случаев; пневмония средней степени тяжести + пиодермия – 5 (16,6%) случаев; ринит + конъюнктивит – 2 (6,6%) случая; пиодермия + конъюнктивит – 3 (10%) случая), а у остальных 15 (50%) детей диагностирована пневмония средней степени тяжести.

Поражение ЦНС зарегистрировано у 10 (33,3%) детей, из них синдром возбуждения отмечался в 6 (20%) случаях, синдром угнетения – в 4 (13,3%) случаях. Кроме того, в данной группе задержка внутриутробного развития отмечалась у 3 (10%) детей, гипербилирубинемия также у 3 (10%) детей. Однако после проведенного лечения все вышеперечисленные клинические проявления исчезли, и основная масса детей, а именно 22 (73,4%) ребенка, были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таблица 2

Заболеваемость беременных урогенитальными инфекциями

Возбудители урогенитальных инфекций	Контрольная		Основные группы					
	1-я группа (n=40)		2-я группа (n=30)		3-я группа (n=25)		4-я группа (n=28)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Микоплазмоз	0	0	4	13,3	7	28	9	32,1
Уреаплазмоз	0	0	5	16,6	7	28	8	28,6
Сифилис	0	0	1	3,3	1	4	2	7,1
Трихомонады	0	0	2	6,6	4	16	5	17,8
Гарднереллы	2	5	8	26,6	8	32	14	50
Хламидии	0	0	2	6,6	4	16	10	35,7
Обострение HSV	0	0	1	3,3	2	8	3	10,7
Дрож. кольпит	0	0	12	40	13	52	13	46,4
Сочетание	0	0	9	30	17	68	15	53,6

Особенности НСГ у новорожденных с ВУИ

УЗ-признак	1-я группа (n=40)		2-я группа (n=30)		3-я группа (n=25)		4-я группа (n=28)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ПВ ишемия	0	0	4	13,3	10	40	15	53,6
Гиперэхоген. сигналы в таламусах	0	0	2	6,6	3	12	6	21,4
Кисты сосудистых сплетений	0	0	2	6,6	3	12	5	17,9
ВЖК I ст.	0	0	0	0	1	4	0	0
ВЖК II ст.	0	0	0	0	0	0	3	10,7
СЭ кровоизлияние	0	0	0	0	0	0	3	10,7
Дилатация боковых желудочков	0	0	3	10	5	20	14	50
Агенезия мозолистого тела	0	0	0	0	1	4	2	7,2
Отек мозга	0	0	0	0	0	0	2	7,1

В 3-й клинической группе состояние детей было тяжелым. Из инфекционных проявлений преобладали сочетанные формы: пневмония + конъюнктивит – 3 (12%) случая; пневмония + пиодермия – 5 (20%) случаев; пневмония + ринит – 4 (16%) случая; пневмония + энтероколит – 2 (8%) случая; пневмония + омфалит – 1 (4%) случай; пневмония + фетальный гепатит – 1 (4%) случай. У 9 (36%) детей диагностирована моноинфекция в виде пневмонии, но она была тяжелой и требовала интенсивной терапии.

Поражение ЦНС диагностировано в 16 (64%) случаях, из них синдром возбуждения отмечался у 5 (20%) детей, синдром угнетения – у 10 (40%) детей, гипертензионно-гидроцефальный синдром у 1 (4%) ребенка. С проявлениями внутриутробной гипотрофии родилось 4 (16%) детей. Гипербилирубинемия зарегистрирована у 8 (32%) детей. Тем не менее 16 детей, а это 64%, были выписаны домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра.

В 4-й клинической группе течение раннего неонатального периода было с явлениями явной дезадаптации. Регистрировались генерализованные формы инфекции. Внутриутробная пневмония во всех случаях была двусторонней, тяжелой. Сепсис диагностирован у 3 (10,7%) детей, причем один из них погиб в раннем неонатальном периоде от инфекционно-токсического шока. Всем детям проводилась искусственная вентиляция легких, длительность которой была от 12 часов до 6 суток. Поражение ЦНС имело выраженный характер. Преобладал синдром угнетения у 15 (53,6%) детей. Неонатальные судороги развились у 4 (14,3%) новорожденных, нарушение ликвородинамики отмечалось у 2 (7,1%) детей. Синдром возбуждения диагностирован у 7 (25%) детей. Гипербилирубинемия зарегистрирована у 16 (57,1%) детей, была длительной, максимальные цифры достигали 346 мкмоль/л. С учетом тяжести состояния перевода на 2-й этап потребовали 24 (85,7%) ребенка.

У новорожденных в большинстве случаев ЦНС вовлекается в патологический процесс в виде общей неспецифической реакции, как проявление инфекционного токсикоза. В более тяжелых ситуациях инфекция приводит к вторичным повреждениям головного мозга, воздействуя на церебральные сосуды и нарушая мозговое кровоснабжение. На этой основе нередко возникают гипоксически-ишемические и гипоксически-геморрагические повреждения мозговой ткани с преимущественной локализацией в зоне определенных сосудов (перивентрикулярная зона).

Это объясняется тесной связью мозгового кровотока и метаболизма в обильно васкуляризированной и наиболее ранимой зоне мозга. Гестационный возраст ребенка обычно определяет возможный спектр гипоксически-ишемических повреждений, прежде всего по локализации. У доношенного ребенка локализация ишемических поражений чаще сосредоточена в области серого вещества (кора, базальные ганглии). Так, в нашем исследовании гиперэхогенные сигналы в таламусе выявлены у 11 (13,3%) детей. Тем не менее гипоксические некрозы в тяжелых случаях могут развиваться и в белом веществе.

НСГ позволяет у новорожденного ребенка видеть структурные изменения, причиной которых явились гипоксия и инфекция (табл. 3).

Из таблицы 3 видно, что у детей в тяжелом состоянии чаще других признаков выявляются перивентрикулярная ишемия и дилатация боковых желудочков. Перивентрикулярная гиперэхогенность по течению может быть транзиторной (преходящей – до 14 дней) и стойкой (продолжительной – более 14 дней). По мнению J. Q. Trounce и соавт. (1987), именно стойкая гиперэхогенность является признаком перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ), поскольку ассоциирована со спонгиозом и микрокальцификацией на аутопсии и чаще отмечается у недоношенных детей. Дальнейшая судьба гиперэхогенности может сложиться двояко: бесследное исчезновение (что в нашем исследовании было характерно для большинства детей 3-й клинической группы) или формирование в зоне гиперэхогенности анэхогенных зон (кист или псевдокист). Обычно срок образования кисты с момента эпизода гипоксии/ишемии составляет от 14 до 28 дней (в среднем 19 дней).

Обсуждение результатов исследования

Сопоставление данных литературы и результатов собственных исследований еще раз подтверждает тот факт, что отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, наличие хронических очагов инфекции в организме женщины и их обострение во время беременности, урогенитальные инфекции у матери являются решающими факторами в возникновении и реализации риска ВУИ у плода и новорожденного [6].

Как свидетельствуют литературные данные, наиболее часто у детей с внутриутробной вирусной инфекцией при эхоэнцефалографии выявляют кисты сосудистых сплетений боковых желудочков и (или) субэпендимальные кисты [5]. Так как во всех приводимых нами наблюдениях уже при первом эхографическом исследовании

головного мозга, проведенном на 3-и сутки жизни, были выявлены кисты сосудистых сплетений (в 12% в 3-й группе и в 17,9% в 4-й группе), можно утверждать, что повреждение произошло в период внутриутробного развития, в конце II – начале III триместра беременности.

У доношенных детей кровоизлияния бывают редко ввиду зрелости мозговой ткани. Однако в нашем исследовании у тяжелых детей были выявлены субэпендимальное кровоизлияние и кровоизлияние в сосудистые сплетения боковых желудочков, что говорит о тяжести поражения, причиной которого были гипоксия и инфекция.

Оценивая сосудистый тонус, мы обратили внимание на то, что в 3-й группе преобладало его усиление в виде вазоспазма, а в 4-й группе в 40% случаев отмечалась дилатация.

Еще одним органом, который очень часто вовлекается в патологический процесс при ВУИ у новорожденных, является печень. Это связано с физиологической незрелостью печени у новорожденных, обусловленной становлением ее функциональных систем, оказывающих влияние на метаболизм, клиренс потенциально токсических экзогенных и эндогенных соединений при различных заболеваниях. У новорожденных реакция печени на различные воздействия, в том числе инфекционные, универсальна. Одним из компонентов этой реакции часто является пролиферация гигантских клеток, отражающая повышенную способность к регенерации. Так, гепатомегалию при антенатальном инфицировании рассматривают как реакцию ретикуло-эндотелиальной системы – интерстициальный гепатит. В нашем исследовании внутриутробно гепатомегалия определялась у 5 (17,8%) плодов 4-й группы и у 2 (8%) плодов 3-й группы. У новорожденных увеличение размеров печени было зарегистрировано в основном в 3-й и 4-й клинических группах. Гипербилирубинемия диагностирована у 3 (10%) детей 2-й клинической группы, у 8 (32%) детей в 3-й группе, а в 4-й клинической группе гипербилирубинемия зарегистрирована у 16 (57,1%) детей, была длительной, максимальные цифры непрямого билирубина достигали 346 ммоль/л.

Таким образом, только комплексное обследование плода и новорожденного позволяет установить диагноз ВУИ, что будет способствовать оптимизации тактики ведения перинатального периода и улучшит качество оказания медицинской помощи. Принимая во внимание частое вовлечение в патологический процесс ЦНС при перинатальных инфекциях, можно утверждать, что

своевременные комплексные клиничко-диагностические и лечебные мероприятия помогут улучшить качество жизни детей в более старших возрастных группах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин Н. Н. Показатели смертности и рождаемости в РФ // Педиатрия. – 2006. – № 1. – С. 5–8.
2. Володин Н. Н., Чернышов В. Н., Дегтярев Д. Н. Неонатология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: издательский центр «Академия». – 2005. – 448 с.
3. Горин Р. В., Ксендзов Л. И., Шин А. П. Роль внутриутробных инфекций в развитии осложнений гестационного периода и перинатальных потерь // Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Красноярск, 2000. – С. 21–22.
4. Заплатников А. Л., Коровина Н. А., Корнева Н. Ю., Чебуркин А. В. Внутриутробные инфекции: диагностика, лечение, профилактика // Лечащий врач. Октябрь 2005. – № 8. – С. 54–62.
5. Кан Н. Е., Орджоникидзе Н. В. Современные представления о внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 6. – С. 3–5.
6. Корнева М. Ю., Коровина Н. А., Заплатникова А. Л. Состояние здоровья внутриутробно инфицированных детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. – № 2. – С. 48–52.
7. Кулаков В. И., Орджоникидзе Н. В., Тютюнник В. Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. – М., 2004. – 494 с.
8. Макаров О. В., Бахарева И. В., Таранец А. Н. Современные представления о внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 1. – С. 10–13.
9. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей. Издание 2. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. – 2002. – 100 с.
10. Сидорова И. С., Макаров И. О., Матвиенко Н. А. Состояние фетоплацентарной системы при высоком риске внутриутробного инфицирования плода // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 2. – С. 5–8.
11. Стецюк О. У., Андреева И. В. Проблема внутриутробных инфекций в акушерско-гинекологической практике // Фарматека. – 2006. – № 14 (129). – С. 3–18.
12. Фофанова И. Ю. Некоторые вопросы патогенеза внутриутробных инфекций // Лечащий врач. – 2004. – № 10. – С. 29–33.
13. Царегородцев А. Д., Рюмина И. И. Заболеваемость новорожденных внутриутробными инфекциями и задачи по ее снижению в Российской Федерации // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2001. – № 2. – С. 4–7.
14. Daffos F. Arch. Pediatr. – 1999. – № 2. – P. 409–410.

Поступила 17.08.2008

**А. П. ВЛАСОВ, К. А. ДРОЖЖИНА, Т. И. ГРИГОРЬЕВА,
О. В. ЛОГИНОВА, И. В. МЕРКУШКИНА, Н. Ю. ЛЕЩАНКИНА, Э. И. НАЧКИНА**

НЕКОТОРЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЭТОКСИДОЛА ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ

*Кафедра факультетской хирургии ГОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»,
г. Саранск, ул. Большевикская, 68. E-mail: grita@hotmail.ru*

В экспериментальном исследовании на собаках изучали фармакологические эффекты нового производного 3-оксипиридина этоксида при эндотоксикозе. Показано, что применение препарата способствует коррекции функционально-метаболического состояния легких, что определяет снижение выраженности эндотоксикоза. В основе данных эффектов этоксида лежит его выраженное липидмодифицирующее и мембранопротекторное действие.

Ключевые слова: эндогенная интоксикация, легкие, этоксидол, липидный метаболизм.