

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ 12–13 ЛЕТ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Пацева Н.П., Калмыкова А.С.

Государственная медицинская академия, Ставрополь

Цель: изучить показатели гемодинамики по данным Эхо-КГ у детей 12–13 лет с пролапсом митрального клапана (ПМК) и аномальными хордами левого желудочка (АХЛЖ).

Обследовано 59 детей в возрасте от 12 до 13 лет. Среди обследованных было 30 мальчиков и 29 девочек. Детей с ПМК — 20, АХЛЖ — 39. Обследование включало анамнестические данные, детализацию жалоб, общеклинические обследования, в том числе измерение артериального давления, ЭКГ, КИГ, Эхо-КГ.

При Эхо-КГ исследовании ПМК встречался у 33,9%, поровну как среди мальчиков, так и среди девочек. АХЛЖ отмечалась в 66,1% случаев, у мальчиков — 51,3%, а у девочек — 48,7%.

При АХЛЖ, без существенного различия по полу, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) составляла $6,4 \pm 0,15$ мм, задняя стенка левого желудочка (ЗСЛЖ) — $6,1–6,3$ мм, размеры правого желудочка (ПЖ) — $19,8–20,1$ мм, левого предсердия (ЛП) — $25,8 \pm 0,5$ мм у мальчиков и $26,1 \pm 0,5$ мм у девочек. Левый желудочек: конечный диастолический размер (КДР) у мальчиков и у девочек был равен $40,9 \pm 0,8$ мм, конечный систолический размер (КСР) — $24,4 \pm 0,5$ мм у мальчиков и $25,0 \pm 0,4$ мм у девочек, конечный диастолический объем (КДО) — $74,1–74,7$ мм, конечный систолический объем (КСО) — $21,2 \pm 1,1$ мм у мальчиков и $22,6 \pm 1,0$ мм у девочек. Ударный объем (УО) составил 52–53 мл, минутный объем (МО) — $4297,0 \pm 221,2$ мл у девочек и $4424,0 \pm 170,4$ мл у мальчиков. Фракция выброса (ФВ) равна у мальчиков 71,7%, у девочек — 69,2%.

При ПМК ТМЖП составляла $6,4 \pm 0,2$ мм у мальчиков и $6,8 \pm 0,1$ мм у девочек, ЗСЛЖ — $6,5–6,6$ мм, размеры ПЖ — $21,0 \pm 0,7$ мм у мальчиков, у девочек — $18,1 \pm 0,9$ мм, ЛП — $26,0 \pm 0,3$ мм. Левый желудочек: КДР — $40,9 \pm 1,1$ мм у мальчиков, у девочек $42,7 \pm 0,7$ мм, КСР — $24,4 \pm 0,9$ мм у мальчиков и $26,8 \pm 0,6$ мм у девочек, КДО — $74,8 \pm 5,3$ мм у мальчиков и у девочек $79,0 \pm 2,5$ мм, КСО — $21,5 \pm 2,1$ мм у мальчиков и $25,1 \pm 1,0$ мм у девочек. УО составил 52–53 мл, МО — $4504,0 \pm 221,1$ мл у девочек и $4492,0 \pm 167,1$ мл у мальчиков. ФВ равна: у мальчиков 69,3%, у девочек — 67,5%.

Таким образом, у мальчиков и девочек 12–13 лет при АХЛЖ и ПМК существенных различий в основных показателях сократительной функции миокарда, размеров полостей сердца по данным Эхо-КГ не отмечалось.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОТРОФИЕЙ

Пенкина Д.Н., Петрова И.Н.

Ижевская государственная медицинская академия

С целью изучения особенностей перинатального периода у доношенных детей с внутриутробной гипотрофией проведен анализ историй развития 80 новорожденных, родившихся в родильном доме №7 г. Ижевска. Все дети родились в срок, 40 детей с I степенью (50%), 32 ребенка со II степенью (40%), 8 детей с III степенью (10%) внутриутробной гипотрофии.

Среди матерей, родивших детей с внутриутробной гипотрофией, 13,8% были моложе 18 или старше 35 лет. Осложненный репродуктивный анамнез в виде бесплодия, самопроизвольных аборт, мертворождения отмечен в 51,3% случаев. Хроническая соматическая патология выявлена у 62,5% женщин, хроническая генитальная патология — у 25% женщин. У подавляющего большинства женщин (92,5%) течение беременности было осложненным. Наиболее часто регистрировались угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, поздний токсикоз. Треть женщин переносили во время беременнос-

ти вирусно-бактериальные инфекции, у 55,4% выявлены перинатально значимые инфекции. Осложненное течение родов отмечено у 63,7% женщин, в 48,7% случаев они проходили путем операции кесарева сечения.

Асфиксия в родах регистрировалась у 8,7% детей с внутриутробной гипотрофией. В раннем неонатальном периоде у 51,3% новорожденных отмечена патологическая убыль первоначальной массы тела, в том числе у 3,8% детей убыль массы превышала 10%. Только 70% новорожденных восстановили свою первоначальную массу к 7–10 дню жизни. Часто у детей с внутриутробной гипотрофией выявлялся отечный синдром (32,5%). Среди патологических состояний обращает на себя внимание высокая частота перинатального поражения ЦНС (46,3%), инфекционной патологии (42,5%), конъюгационной желтухи (23,8%). Тяжесть патологических состояний находилась в прямой зависимости от степени внутриутробной гипотрофии. При анализе лабораторных показателей отмечено, что у детей с внутриутробной гипотрофией часто выявлялись полицитемия (32,5%), тромбоцитопения (21,3%). Гипогликемия в первые дни жизни зарегистрирована у 13,5%, гипопроотеинемия у 6,3%.

Таким образом, рождение детей с внутриутробной гипотрофией является следствием неблагоприятного течения беременности у женщин с хронической соматической и генитальной патологией, для них характерны высокая частота перинатального поражения ЦНС, инфекционной патологии, нарушений постнатальной адаптации и обменных нарушений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

**Первощикова Н.К., Добряк Т.А., Песяк А.А., Братчикова А.Ю.,
Болотникова О.Ю.**

Кемеровская государственная медицинская академия

В последние годы наблюдается значительный рост заболеваний дыхательных путей, протекающих с синдромом бронхиальной обструкции. Бронхообструктивный синдром у детей, чаще всего развивается на фоне острой респираторной вирусной инфекции. Острый обструктивный бронхит является одной из основных причин бронхиальной обструкции у детей. Под наблюдением находилось 67 больных обструктивным бронхитом. Доминировали дети раннего возраста — 68,6%, из них первого года жизни — 36,6%, дети 3–7 лет — 22,3% и старше 7 лет — 8,9%. При изучении акушерско-гинекологического анамнеза выявили высокий процент (52,5%) заболеваний легких у родителей и ближайших родственников, в 42,5% беременность протекала на фоне хронической гипоксии плода, в 29,4% с угрозой прерывания беременности. В анамнезе выявлены недоношенность у 2 детей (2,9%), перинатальная энцефалопатия у 23 (34,3%), анемия у 21 человека (31,3%), раннее искусственное вскармливание у 32 детей (47,7%), аллергический дерматит у 18 детей (26,8%). На первом году жизни 19 больных (28,4%) перенесли острую респираторную инфекцию, 15 детей (22,4%) бронхит. Среди перенесенных заболеваний выявлен высокий процент патологии ЛОР-органов (47,7%). У половины детей, заболевших обструктивным бронхитом, отмечались нарушения биоценоза кишечника. В тяжелом состоянии поступило большинство детей первого года жизни 62,2% и 40% в возрасте от года до 3 лет. Критерием тяжести заболевания являлся синдром бронхиальной обструкции. Все дети получали ингаляции с фенотерол + ипратропия бромидом в возрастной дозе 3–4 раза в сутки через небулайзер. В качестве противовоспалительной терапии назначали будесонид через небулайзер в дозе 500 мкг однократно, затем 250 мкг два раза в сутки. Проведенный анализ показал, что на фоне комплексной терапии отмечалось купирование дыхательной недостаточности на 2–4 сутки, физических симптомов бронхиальной обструкции к 3–5 дню, характер кашля изменялся на 5–7 день. Тогда как, в группе детей, не получавших ингаляций будесонида, исчезновение симптомов заболевания наблюдалось на 3–5 дней позже.

Таким образом, применение будесонида больным с тяжелым течением бронхиальной обструкции позволяет сократить назначение системных глюкокортикостероидов.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТАХ У ДЕТЕЙ

Перевощикова Н.К., Коба В.И., Забылина Е.В., Болотникова О.Ю.

Детская клиническая больница № 1, Кемерово

Плевральный выпот, по данным литературы, диагностируется у 10% пульмонологических больных. Несмотря на вторичный характер, накопление жидкости в плевральной полости определяет тяжесть течения основного заболевания. В работе обследовано 79 пациентов с острой пневмонией, осложненной экссудативным плевритом в возрасте от 3 мес. до 15 лет. Всем пациентам проводили ультразвуковое исследование плевральных полостей параллельно с рентгенографией органов грудной клетки. УЗИ выполняли на сканере «Shimasonic SDL- 310», с использованием секторного датчика 5,0 МГц. Наши исследования показали, что УЗИ наиболее эффективно в диагностике осумкованного и диффузного плеврита.

Больные поступали на 5 день болезни и позже, выпот носил серозно-фибринозный характер, что требовало уточнения выбора точек для торакоцентеза. У 8 пациентов пунктирование плевральной полости проводилось под контролем УЗИ, что способствовало выведению большего объема экссудата, чем без использования данного метода. У пациента, у которого плеврит длился более 20 дней — отмечалось фрагментирование и исчезновение гиперэхогенности висцеральной плевры, точечные эхогенные структуры замещались линейными, что свидетельствовало об организации фибрина, формировании различной толщины шварт и плевральных сращений, повышенной эхогенности.

Если при большом количестве плеврального выпота рентгенологические и ультразвуковые данные совпадают, то в случае ограниченного (малого) выпота эхография оказывается более эффективной. У 5 больных плеврит диагностирован только при ультразвуковом исследовании, на ранней стадии (при количестве 4–6 мл). В реберно-диафрагмальном синусе визуализировалось разделение париетального и висцерального листков, которые стали гиперэхогенными, утолщенными до 3 мм. В процессе лечения небольшое количество экссудата постепенно истончалось, листки плевры склеивались между собой и к 10–12 дню принимали обычный вид.

Таким образом, чувствительность и специфичность ультразвукового сканирования позволяет рекомендовать данный метод для динамического мониторинга течения заболевания на фоне проводимой терапии, для дифференциальной диагностики жидкости и шварт и выбора точек для торакоцентеза.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Передерко Л.В., Семькин С.Ю.

Российская детская клиническая больница Росздрава, Москва

Цель: оценить функцию коры надпочечников с определением уровня содержания адренокортикотропного гормона (АКТГ) в сыворотке крови у детей с муковисцидозом (МВ) при длительной противовоспалительной терапии, различных вариантов.

Методы: в исследование включено 29 детей с МВ в возрасте от 3-х до 17 лет. Все имели смешанную форму заболевания, тяжелое течение. Хроническая колонизация *Ps. aeruginosa* отмечалась у 28 пациентов, у 1-го *S. aureus*. По вариантам терапии дети распределялись на 3 группы. В первой гр. (15 детей) терапия включала глюкокортикостероиды (ГК): 13 детей получали системные — преднизолон 0,5 мг/кг через день, т.е. альтернирующий курс (АК), 2 ребенка, которые имели сочетание МВ с бронхиальной астмой получали местные, ингаляционные ГК (будесонид). Поводом назначения системных ГК у 7 детей служило обострение бронхолегочного процесса с наличием ателектаза. 6 пациентов получали АК преднизолон в связи с про-

грессирующим поражением органов дыхания с нарастающими симптомами ДН. Вторая группа детей (5) получала более 2-х лет нестероидный противовоспалительный препарат нимесулид в дозе 3 мг/кг/сутки. Данная терапия назначалась в случаях частых обострений бронхолегочного процесса с короткими периодами ремиссий заболевания. Третья группа детей (9), получающая в терапии азитромицин > 1 года являлась контрольной.

Результаты: в момент исследования все пациенты находились в стационаре и получали комплексную терапию по поводу обострения бронхолегочного процесса. Забор крови производился в утреннее время, натощак. Детям, получающим преднизолон, забор производился на следующий день после приема препарата. Содержание АКТГ в сыворотке крови в первой и второй группах составило $23,8 \pm 1,85$ пг/мл при норме < 46 пг/мл. В контрольной группе уровень АКТГ составлял $18,7 \pm 1,23$ пг/мл.

Выводы: проведенное исследование показало, что при длительном применении системных ГК, альтернирующим курсом у детей с МВ не происходит подавление функции коры надпочечников, уровень АКТГ не превышает допустимую норму. ГК остаются первыми препаратами выбора в случаях выявления ателектазов, генерализованной обструкции при тяжелом течении МВ.

СИНДРОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Перельштейн Н.Н., Шастун Ю.А., Васильева Т.Г., Першина Г.С.,
Трофимова А.А.

Владивостокский государственный медицинский университет

Цель настоящей работы — изучение частоты встречаемости, характера и степени выраженности дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей с заболеваниями суставов.

На базе детского соматического отделения Краевого клинического центра охраны материнства и детства обследовано 26 детей в возрасте от 1 до 14 лет с различными заболеваниями суставов (реактивный артрит, ювенильный хронический артрит, ювенильный ревматоидный артрит), у 72% из них выявлен синдром ДСТ. В каждом случае тщательно проведено анамнестическое, клинико-лабораторное и инструментальное обследование. При определении ДСТ использовались критерии, предложенные Т.Милковской-Димитровой с соавт. (1987). Степень тяжести определялась по количеству и выраженности признаков дисплазии. ДСТ средней (II) степени тяжести выявлена у 64% детей, тяжелая (III ст.) — у 32%, легкая (I ст.) — у 4% больных. Ведущими внешними признаками в этой группе стали: «готическое» небо (91% детей), гипермобильность суставов (81%), плоскостопие (77%), повышенная растяжимость кожи (68%). На ЭКГ у 55% детей выявлена синусовая аритмия, у 18% — неполная блокада правой ножки пучка Гиса, у 18% на ЭХОКГ — малые аномалии развития сердца (ложные хорды, пролапс клапанов и др.). У 16% при обследовании выявлена аномалия желчного пузыря, у 11% — нефроптоз или удвоение чашечно-лоханочной системы. Все дети с синдромом ДСТ осмотрены врачом-генетиком, обследованы лабораторно: реакции ЦТАБ (цетилтриметиламмоний бромид), ЦПХ (цетилпиридиний хлорид) оказались у 82% положительными.

Таким образом, синдром ДСТ широко распространен среди детей с различными заболеваниями суставов, что доказывает важную роль несостоятельности соединительной ткани в патогенезе данной патологии. А дети, имеющие выраженную ДСТ, представляют собой высокую группу риска по развитию острых и хронических артритов.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАРАГОНИМОЗА У ДЕТЕЙ

Перельштейн Н.Н.

Владивостокский государственный медицинский университет

Парагонимоз — заболевание, вызываемое легочной двуусткой, является эндемичным для Приморского края.

Нами обследовано более 3000 детей с использованием метода ИФА на выявление антител к легочной двуустке. Выявлено от 3 до 10% инвазированных детей в различных районах края.

Под наблюдением находилось 196 детей, больных парагонимозом, из них 98 детей в острой фазе заболевания, у остальных отмечалось хроническое течение заболевания. Причиной заболевания у 90% детей послужило употребление в пищу мяса пресноводных раков, в 6% — мяса домашней или дикой свиньи, в 4% случаев причину выявить не удалось. В 80-е годы и с 2000 года отмечены «вспышки» заболевания, что по видимому, связано с количеством раков в пресноводных водоемах Приморья — промежуточных хозяев легочной двуустки.

В клинической картине ведущими были токсико-аллергический, абдоминальный и легочный синдромы. Наиболее выраженные изменения наблюдались со стороны легких в виде выпотного плеврита, пневмоторакса, очаговых и инфильтративных теней в легких, усиление и деформация легочного рисунка, расширение корней легких, очагов пневмосклероза, уплотнения реберной и междолевой плевры, «запаянности» реберно-диафрагмальных синусов, плевральных наложений и спаек. При спирографии отмечено ограничение функции внешнего дыхания. У большинства больных в анализе крови выявлены: большая и умеренная эозинофилия (при остром течении до 60%); умеренный лейкоцитоз; ускоренное СОЭ; анемия.

Лечение проводилось с использованием препарата празиквантела. Ремиссия достигнута после одного курса лечения у 92% детей, остальным детям проведено 2 и более курса лечения.

Таким образом, проблема парагонимоза у детей Приморского края является актуальной в связи с высокой распространенностью заболевания в регионе, опасностью развития хронического бронхолегочного процесса и ростом инвалидизации детского населения. Профилактика парагонимоза заключается в исключении из питания недостаточно термически обработанного мяса речных раков, домашней и дикой свиньи.

ФЕТО-ИНФАНТИЛЬНЫЕ ПОТЕРИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ ЗА 1980–2004 ГОДЫ

Перепанова Л.С., Малахинова Н.А.

Министерство здравоохранения Республики Бурятия

При анализе смертности детей до одного года проанализированы фето-инфантильные (плодово-младенческие потери) в Республике Бурятия за 1980–2004 годы, которые за этот период снизились на 47,6% с 36,8‰ до 19,3‰. Данные фето-инфантильных потерь в Республике Бурятия за 1980–2004 годы представлены на таблице.

Из таблицы видно, что с 1980 по 1985 годы показатель плодово-младенческих потерь в Республике Бурятия не имел тенденции к уменьшению. Снижение в 1990 году обусловлено в основном уменьшением постнеонатальной смертности детей первого года жизни за счет управляемых причин младенческой смертности: от болезней органов дыхания и инфекционных заболеваний. В 1995 году положительная динамика связана с уменьшением не только постнеонатальной, но также ранней неонатальной, неонатальной смертности и мертворождаемости, в 2000–2004 годах — за счет уменьшения мертворождаемости и ранней неонатальной смертности. Уменьшение потерь в раннем неонатальном и неонатальном периодах в последние годы произошло за счет снижения внутричерепной родовой травмы и смертности от респиратор-

Таблица

Фето-инфантильные потери в Республике Бурятия за 1980–2004 годы

Показатели	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Младенческая смертность (0–365 дней)	27,3	26,8	19,5	15,2	17,8	13,7
Неонатальная смертность (0–27 дней)	6,0	9,6	9,7	7,9	8,6	7,3
Ранняя неонатальная смертность (0–6 дней)	4,3	7,5	7,9	5,3	6,3	5,1
Мертворождаемость	9,5	9,5	9,4	7,0	5,9	5,6
Перинатальная смертность	13,8	17,0	17,3	12,3	12,2	10,8
Плодово-младенческие потери	36,8	36,3	28,9	22,2	23,7	19,3

ных нарушений, что связано с увеличением процента оперативного родоразрешения путем кесарева сечения, применением в республике современных перинатальных технологий, переоснащением родовспомогательных учреждений в рамках республиканских целевых программ «Мать и дитя», «Семья и дети Республики Бурятия» и обучением врачей и среднего медицинского персонала на базе образовательного центра по Протоколу первичной и реанимационной помощи. Показатель фето-инфантильных потерь, используемый ВОЗ для оценки эффективности деятельности службы материнства и детства, показывает положительные тенденции ($p < 0,05$) в снижении репродуктивных потерь в Республике Бурятия.

ЛЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Перепелица С.А., Затовка Г.Н.

Областной родильный дом № 1, Калининград

Респираторный дистресс-синдром новорожденных, в патогенезе которого лежит структурно-функциональная незрелость легких и системы сурфактанта, до сих пор занимает ведущее место в структуре заболеваемости недоношенных новорожденных. Кроме того, при данном заболевании сохраняется высокий уровень смертности.

Целью исследования явилась изучение влияния сурфактанта «BL» на течение РДС и оценка эффективности применения сурфактанта BL.

Материалы и методы: в период с 2003 по 2004 гг. 45 детей в составе комплексной терапии РДС получили эндотрахеально сурфактант BL. Это были новорожденные со сроками гестации от 29 до 35 недель и массой тела при рождении 1330–3400 г. с тяжелым течением РДС.

В контрольную группу вошли 52 ребенка (гестационный возраст от 29 до 35 недель, масса тела при рождении 1400–2650 г.), находившихся в отделении детской реанимации в 2001–2003 годах с диагнозом: респираторный дистресс-синдром 3-й степени, которым была проведена стандартная терапия РДС, аналогичная терапии в исследовательской группе, но без применения сурфактанта.

Лечение осуществлялось согласно общепринятому стандарту ведения недоношенного новорожденного.

Перед введением мы соблюдали следующие условия: отсутствие у больных гиповолемического шока, гипогликемии; наличие стабильной центральной и периферической гемодинамики на уровне нормодинамии; наличие нормотермии; необходимость проведения искусственной вентиляции легких в режиме контролируемой вентиляции с полным медикаментозным исключением самостоятельного дыхания. Наличие признаков нарушений центральной и периферической гемодинамики, гипотермии, отека головного мозга, анемии явились противопоказаниями для введения сурфактанта. В этих случаях введение препарата откладывалось до устранения или регресса этих состояний.

Патогенетическим методом лечения является использование экзогенного сурфактанта.

Методика введения препарата: введение сурфактанта осуществляется в первые сутки жизни. Сурфактант BL вводился в виде водной эмульсии эндотрахеально через коннектор с боковым отверстием шприцевым насосом в течение 2,5–3 часов, без разгерметизации контура при объемной вентиляции в режиме IPPV аппаратом «Secrist Millenium.» Синхронизация с респиратором достигалась медикаментозно внутривенным введением оксипутирата натрия. Доза препарата обратно пропорциональна сроку гестации и массе тела при рождении. Средняя доза была равна 70 мг/кг. Кратность введения: 48,8% детей получили сурфактант однократно и 51,1% — двукратно.

Для оценки эффективности проводимой терапии использовались следующие методы: оценка динамики клинического статуса, измерение парциального давления газов крови, регистрация изменений параметров ИВЛ, оценка основных гемодинамических показателей.

Выполнялась обзорная рентгенограмма органов грудной клетки. А также проводились дополнительные методы обследования: нейросонография, эхокардиография.

Результаты работы. После проявления симптомов РДС у детей исследовательской и контрольной групп, всем больным было начато проведение ИВЛ в режиме IPPV с исходными величинами параметров, близкими к рекомендуемым в отечественной и зарубежной литературе. Статистический анализ показал отсутствие различий средних величин P_{ip} , T_{in} , FiO_2 параметров ИВЛ у детей обеих групп и до введения сурфактанта в исследуемой группе.

Сравнение других показателей оксигенации и вентиляции в обеих группах показало наличие тенденции к большим величинам гиперкарбии и альвеолярно-артериальной разницы по кислороду в исследовательской группе. Дискриминантный анализ позволяет думать о неслучайном характере этой тенденции. Можно предполагать, что фактором, повлиявшим на это, могла являться большая степень интерстициального отека легочной ткани у пациентов исследовательской группы. Это подтверждалось большей частотой рентгенологических признаков РДС у этих больных.

В результате применения сурфактанта «BL» для лечения РДС у недоношенных новорожденных, отмечена положительная динамика клинических признаков: увеличение амплитуды грудной клетки, улучшение аускультативной картины в легких, появление спонтанных вдохов; лабораторные признаки увеличения легочной вентиляции (тенденция к гипокпапнии) у детей, получивших сурфактант. Через 4 часа после начала терапии в контрольной группе отмечалось статистически достоверное ($p = 0,002$) увеличение парциального давления кислорода в артериализированной капиллярной крови на 28,2%. В группе больных, получивших сурфактант, величина этого показателя статистически высокодостоверно ($p = 0,00054$) возросла на 67,8% от исходной величины. На всех этапах лечения отмечено достоверное различие средних величин pO_2 между детьми исследуемой и контрольной группы при постоянной более высокой средней величине этого показателя у новорожденных, получавших сурфактант BL.

Оценка параметров ИВЛ. Достоверно снизить частоту аппаратных циклов до 40 в минуту в контрольной группе больных удалось только через 96 часов лечения. В группе исследования достоверное снижение средней величины параметра до 32 в минуту ($p = 0,047$) стало возможным к 72 часам терапии, и осталось таковым до начала перевода больных на спонтанное дыхание.

В обеих группах исходная средняя величина FiO_2 составила 0,65. В контрольной группе в течение 40 часов терапии снизить параметр не удалось. В исследуемой группе удалось достоверно ($p = 0,033$) снизить среднюю величину FiO_2 во вдыхаемой смеси через 4 часа после введения сурфактанта, по сравнению с детьми контрольной группы. К 24 часам терапии в исследовательской группе мы снизили FiO_2 в инсуфлируемой газовой смеси достоверно до 0,5, а в группе исследования мы смогли снизить FiO_2 до 0,54 только через 40 часов проводимой терапии. В течение лечения, начиная с 4 часов его проведения, различия средней величины FiO_2 между группами были высокодостоверными ($p = 0,033$). Динамика состояния больных исследовательской группы позволила достоверно ($p = 0,04$) снизить пиковое давление через 36 часов после введения сурфактанта. С дальнейшей возможностью снижения до величины 19 см.вод.ст к моменту перевода больных на спонтанное дыхание.

Заключение. Более быстрое и стойкое улучшение газообмена, снижение FiO_2 в инсуфлируемом газе при ИВЛ, быстрое «смягчение» других параметров ИВЛ у детей, получивших «Сурфактант BL», с нашей точки зрения, существенно отразилось на течении и исходах заболевания этой группы новорожденных по сравнению с контрольной (табл.).

Таблица

Исходы РДС в контрольной и исследовательской группах новорождённых

Критерии оценки	Статистические показатели			
	Контрольная группа детей n = 52	Группа детей, получивших Сурфактант BL n = 45	χ^2	p
Осложнения: ВЖК	15	2	7,16	0,0075
Перевод на спонтанное дыхание и далее в отд. патологии новорождённых детск. областной больницы	3	15	8,3	0,004
Продолжение ИВЛ в ОРИТ ДОБ	18	22	0,84	0,36
Умерло в детском ОРИТ родильного дома	30	8	7,35	0,0067

МОДЕЛЬ РАННЕГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Перфильева Н.А., Филиппов Е.С., Протопопова Н.В.

Иркутский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Целью исследования было разработать математическую модель раннего прогнозирования формирования ЗВРП на основании анализа факторов риска развития ЗВРП в наших региональных условиях.

Под наблюдением находилось 396 беременных с ЗВРП. Обработав полученные результаты пошаговым методом дискриминантного анализа, предложили модель:

Гипотрофический вариант ЗВРП = $-2,855 + 2,14 \cdot \text{не зарегистрированный брак} + 1,56 \cdot \text{УПБ} + 0,92 \cdot \text{встала на учет после 12 недель беременности} + 0,93 \cdot \text{гестоз} + 0,28 \cdot \text{хронические заболевания} + 0,96 \cdot \text{курит} + 1,53 \cdot \text{домохозяйка} + 0,57 \cdot \text{возраст старше 30 лет}$.

Гипопластический вариант ЗВРП = $-2,72 + 1,14 \cdot \text{не зарегистрированный брак} + 2,16 \cdot \text{УПБ} + 1,40 \cdot \text{встала на учет после 12 недель беременности} + 1,43 \cdot \text{гестоз} + 1,12 \cdot \text{хронические заболевания} + 1,49 \cdot \text{курит} + 1,15 \cdot \text{домохозяйка} + 1,17 \cdot \text{возраст старше 30 лет}$.

Маловероятно развитие ЗВРП = $-2,62 + 1,28 \cdot \text{не зарегистрированный брак} + 0,85 \cdot \text{УПБ} + 0,43 \cdot \text{встала на учет после 12 недель беременности} + 0,40 \cdot \text{гестоз} + 0,39 \cdot \text{хронические заболевания} + 0,81 \cdot \text{курит} + 0,85 \cdot \text{домохозяйка} + 0,55 \cdot \text{возраст старше 30 лет}$.

Наблюдение приписывается к той группе, для которой оно имеет максимальное классификационное значение. Для проверки модели мы апробировали ее на 653 женщинах, обратившихся в женскую консультацию Областного перинатального центра с согласия беременных. В результате 71 женщина (10,9%) были отнесены в группу риска возможного формирования ЗВРП. Из них у 42 возможно развитие гипотрофического варианта ЗВРП, 29 женщин были отнесены в группу риска развития ЗВРП по гипопластическому типу, у 582 (89,1%) беременных развитие ЗВРП по результатам маловероятно.

Модель раннего прогнозирования ЗВРП уже на ранних сроках беременности или даже до зачатия позволит отнести женщину к группе риска развития ЗВРП, предположить вариант ЗВРП или заключить, что развитие ЗВРП у данной женщины маловероятно. Раннее прогнозирование ЗВРП позволит раньше начать меры профилактики и предотвратить развитие ЗВРП у данной женщины.

К ВОПРОСУ О ГЕНЕЗЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Першина Г.С., Перельштейн Н.Н., Васильева Т.Г., Шастун Ю.А.

Владивостокский государственный медицинский университет

Под наблюдением находились 62 ребенка в возрасте от 6 мес. до 14 лет с нарушением ритма сердца (НРС). По данным ведущих педиатрических клиник НРС занимают значительное место (от 50% до 70%) в структуре кардиологической патологии у детей и подростков. Медико-социальное значение аритмий определяется их распространенностью, склонностью к хроническому течению, высоким риском внезапной смерти. Практически любое нарушение ритма в большей или меньшей степени может быть сопряжено с риском развития жизнеугрожаемых состояний. В отсутствии своевременной и активной терапии за 4–6 лет большинство нарушений ритма прогрессирует, и при этом формируются стойкие и необратимые нарушения функции миокарда, приводящие к ранней инвалидизации.

Среди наблюдаемых больных преобладали дети с экстрасистолической аритмией (40), с непароксизмальной тахикардией было 6 детей, с приступами наджелудочковой пароксизмальной тахикардией (НПТ) — 5. По данным ЭКГ (в том числе холтеровского мониторирования) суправентрикулярная экстрасистолия (ЭС) и тахикардия установлены у 19 детей, желудочковая (из правого желудочка) — у 10. Срок давности заболевания составил от 6 мес. до 5 лет. У детей с функциональными ЭС в анамнезе имели место перинатальная патология, частые ОРЗ, ангина, вегетососудистая дистония, стигмы дисэмбриогенеза, гастропатология, аллергические заболевания. У 3-х детей обнаружены множественные желудочковые ЭС: у 1 ребенка на фоне постмиокардитического кардиосклероза, у 1 ребенка 6 мес. на фоне перинатального поражения ЦНС и увеличенной вилочковой железы. Жалобы больных: синкопе (3), цефалгии (13), слабость (10), головокружения (5), «перебои» в сердце (7). У всех детей с НПТ были перинатальная патология и проявления ВСД. Синдром укороченного интервала PQ был у 5 детей, у 4-х из них в сочетании с синдромом соединительнотканной дисплазии сердца. Полная АВ-блокада выявлена у 3-х больных, из них у 2-х врожденного генеза, у 1-го после операции по поводу ВПС (ДМЖП). Другие НРС (синусовая брадикардия, миграция водителя ритма и т.д.) встречались у 10 детей. Таким образом, в генезе нарушений ритма сердца у детей преобладали экстракардиальные причины (92%), врожденные нарушения ритма сердца составили 3,8%.

МЕТОД УДАЛЕНИЯ СГУСТКОВ ИЗ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Петраки В.Л., Симерницкий Б.П., Притыко А.Г., Голосная Г.С., Мальковская Э.В.

Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы, Москва

У новорожденных и грудных детей с внутренней гидроцефалией внутрижелудочковые сгустки крови или гнойно-некротические конгломераты ограничивают или исключают возможность проведения шунтирующих или эндоскопических операций. Миграция сгустков может вызвать формирование дополнительных уровней окклюзии и разобщение желудочков мозга.

У 6 детей (2 новорожденных, 4 раннего грудного возраста) с внутренней гидроцефалией из боковых желудочков мозга удаляли сгустки крови после ВЖК III–IV степени (4 случая) и гнойно-некротические массы при гнойных ventрикулитах (2 случая). Процедура заключается в пункции заднего рога бокового желудочка и удалении сгустка через просвет иглы путем его аспирации и проводится при нейросонографичес-

ком контроле в режиме реального времени. Снижение внутрижелудочкового ликворного давления во время процедуры компенсируется введением в желудочки физиологического раствора. Процедура завершается установкой длительного наружного вентрикулярного дренажа.

У двух детей удаление сгустков проводилось только из одного бокового желудочка, в четырех случаях — поочередно из обоих боковых желудочков. В двух наблюдениях у недоношенных новорожденных манипуляции выполнены в реанимационном отделении на фоне проводимой искусственной вентиляции легких. У всех детей процедура позволила удалить субтотально сгустки крови и гнойно-некротические массы из просвета боковых желудочков. Удаление сгустков в сочетании с последующим длительным наружным вентрикулярным дренированием способствовало существенному сокращению сроков санации ликвора и сопровождалась положительной динамикой в неврологическом статусе. Осложнений во время выполнения манипуляции не отмечено.

Выводы: пункционная аспирация сгустков крови и гнойно-некротических масс из желудочков головного мозга является доступным, малотравматичным и эффективным методом в комплексном лечении новорожденных и грудных детей с внутренней гидроцефалией.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАФЕРОНА ДЕТСКОГО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОРЗ У ДЕТЕЙ

Петров В.А., Бобров М.В., Медведева Т.О.

Волгоградский государственный медицинский университет

Кафедрой детских инфекционных болезней Волгоградского государственного медицинского университета в 2003–2005 гг. выполнен цикл работ по изучению клинико-экономической эффективности анаферона детского для лечения и профилактики ОРЗ у детей.

Препарат анаферон детский — отечественный препарат, который представляет собой смесь афинно очищенных антител к γ -интерферону человека в сверхмалых дозах. Антитела к γ -интерферону в этом препарате подвергнуты потенцированию, позволяющему усилить их биологический эффект. Согласно ранее полученным результатам, потенцированные антитела обладают модифицирующим феноменом по отношению к антигену (в данном случае — к γ -интерферону), они регулируют и усиливают его активность. Препарат оказывает иммуномодулирующее и противовоспалительное действие. Стимулирует гуморальный и клеточный иммунный ответ. Повышает продукцию антител (включая секреторный IgA), активизирует функции Т-эффекторов, Т-хелперов (Th), нормализует их соотношение. Повышает функциональный резерв Th и других клеток, участвующих в иммунном ответе.

Проведено сравнительное изучение клинической эффективности препаратов анаферон детский, арбидол и иммунал для лечения ОРЗ у детей. Включение анаферона детского в комплекс лечебных мероприятий при гриппе и других ОРВИ сокращает время пребывания больных в стационаре, значительно снижает риск осложнений, вызываемых этими заболеваниями, а также отмечается существенное снижение затрат на лечение гриппа и других ОРВИ. Полученные результаты показали клиническую эффективность и экономическую обоснованность назначения специфической терапии.

Достоверно доказана практически одинаковая клиническая эффективность применения монопрофилактики анафероном детским и сочетанного курса профилактики (анаферон + ИРС-19). В то же время, курсовая экономическая составляющая стоимости препарата ИРС-19 в 2–2,5 раза удорожает курс профилактики, что однозначно свидетельствует в пользу использования анаферона детского для профилактики ОРЗ у детей.