

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильенко Л. И., Парфенова А. О., Сырьева Т. Н., Гаращенко Т. И. Опыт применения препарата «умкалор» при заболеваниях Лор-органов у детей // Педиатрическая фармакология. – 2007. – № 5. – С. 36–38.
2. Чучалин А. Г., Берман Б., Лемахер В. Лечение острого бронхита у взрослых экстрактом пеларгонии сидовидной (Pelargonium sidoides) (EPs® 7630): рандомизированное, двойное–слепое, плацебо контролируемое исследование // Пульмонология. – 2007. – № 6. – С. 49–55.
3. Андрущук А. О., Тяжкая О. В. Діти, які часто хворіють на ГРВІ, – погляд на проблему на підставі багаторічних клініко-імунологічних досліджень // Перинатология и педиатрия. – 2001. – № 3. – С. 82–118.
4. Bereznoy V., Riley D., Wassmer G., Heger M. Efficacy of extract of Pelargonium sidoides in children with acute non-group A beta-hemolytic Streptococcus tonsillopharyngitis; a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // Alternative Therapies. – 2003. – № 9 (5). – P. 68–79.
5. Daschner F., Bachert C. Press Conference: Common cold today – chronic sinusitis tomorrow Forschung und Praxis // Aerzte-Zeitung. – 2005. – № 24/17. – P. 14–15.
6. Heger M. Efficacy and safety of an extract of Pelargonium sidoides in the Treatment of the Common Cold. A multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. Poster presentation, First International Conference on Natural Products and Molecular Therapy, Cape Town. – South Africa, 2005.
7. Haidvogel V., Schuster R., Heger V. Akute Bronchitis im Kindesalter – Multizenter-Studie zur Wirksamkeit und Verträglichkeit des Phytotherapeutikums Umckaloabo // Z. Phytotherapie. – 1996. – V. 17. – P. 300–313.
8. Kayser O., Kolodziej H. Pelargonium sidoides DC // Phytotherapie. – 1998. – V. 3. – P. 141–151.
9. Kolodziej H., Kayser O. Pelargonium sidoides DC. Neueste Erkenntnisse zum Verständnis des Phytotherapeutikums Umckaloabo // Zeitschrift für Phytotherapie. – 1998. – V. 19 (3). – P. 141–151.
10. Matthys H., Eisebitt R., Seith B., Heger M. Efficacy and safety of an extract of Pelargonium sidoides (EPs® 7630) in adults with acute bronchitis // Phytomedicine. – 2003. – (10) Supplement IV. – P. 7–17.

Поступила 18.05.2009

Е. И. КЛЕЩЕНКО, М. Г. СВИНАРЕВА

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ УВЕЛИЧЕНИЯ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350007, г. Краснодар, КГЦ СМП, ул. 40 лет Победы, 14.
E-mail: marinaCvinareva@mail.ru, тел. 8-918-337-82-53

Большое значение в этиологии синдрома увеличения вилочковой железы у детей отводится внутриутробному инфицированию. Сведения о распространённости СУВЖ среди детей младшего возраста весьма противоречивы. С целью изучения возможных причин, предрасполагающих к развитию синдрома увеличенной вилочковой железы у новорождённых, нами проведён анализ состояния здоровья, течения беременности и родов у матерей и состояния здоровья их детей. Полученные нами данные с высокой вероятностью свидетельствуют о том, что СУВЖ достоверно связано с ранней инфицированностью плода. Возможно, эта ранняя инфекция является пусковым моментом в возникновении тимомегалии, однако возможно, что развитие тимомегалии облегчает процесс инфицирования плода и новорождённого, что приводит к развитию ассоциированных с тимомегалией заболеваний.

Ключевые слова: тимомегалия, инфекция, новорождённые.

Е. И. KLESCHENKO, M. G. SVINAREVA

SOME CLINIC-LABORATORY FEATURES OF NEW-BORN CHILDREN WITH THE SYNDROME OF THYMUS ENLARGEMENT (SUVZH)

Chair of pediatrics with a course of neonatology The Kuban state medical university Regional Children Hospital,
Russia, 350007, Victory Square, 14. E-mail: marinaCvinareva@mail.ru, tel. 8-918-337-82-53

A large value in etiology of syndrome of increase of thymus gland for children is taken to the intranatal infecting. Information about prevalence of SUVZH among the children of junior age is very contradictory. With the purpose of study of possible reasons, predisposing to development of syndrome of thymus enlargement at new-born, we are conduct the analysis of the state of health, flows of pregnancy and births at mothers and state of health of their children. Got by us information with a high probability testifies that SUVZH for certain related to early infected of fruit. Possibly, this early infection is a starting moment in the origin of thymomegaly, however, it is possible that development of thymomegaly facilitates the process of infecting of fruit and new-born, that results in development associated from thymomegaly diseases.

Key words: thymomegaly, infected, new-born.

Введение

Ведущая роль внутриутробных инфекций среди причин неблагоприятных перинатальных исходов определяет необходимость всестороннего изучения этой проблемы.

Вирусно-бактериальные инфекции матери, особенно урогенитальной сферы, оказывают серьёзное неблагоприятное влияние на состояние плода и течение ранней адаптации новорождённого, приводя к развитию гипоксически-ишемических и инфекционно-токсических повреждений ЦНС (49,6%), внутриутробной и постнатальной инфекции (30,4%), синдрому задержки внутриутробного развития (29,4%) и многому другому [6]. Реализация внутриутробной инфекции зависит от состояния факторов специфической и неспецифической защиты.

Большое значение в этиологии синдрома увеличения вилочковой железы (СУВЖ) у детей придается внутриутробному инфицированию.

Сведения о распространённости СУВЖ среди детей младшего возраста весьма противоречивы. Частота увеличения вилочковой железы по секционным данным составляет среди мертворождённых плодов 28–42 недели – 36%, среди детей, умерших на первом году жизни, – 16%, у умерших на 1–5-м году жизни – 0,2% [2, 3]. Обнаружение СУВЖ у мертворождённых и у детей первых месяцев жизни позволяет предположить врождённый характер процесса. Поэтому тимомегалию, встречающуюся у 30–50% детей раннего возраста, нельзя отнести к нормальному физиологическому состоянию, и данная проблема требует дальнейшего изучения и анализа [5]. Этиологическими факторами развития СУВЖ являются различные неблагоприятные внутриутробные воздействия как в первом триместре беременности, так и в период фетогенеза.

Цель – изучение клинических, лабораторных и функциональных особенностей новорождённых детей с синдромом увеличенной вилочковой железы и их изменения в первые два месяца жизни.

Методика исследования

В данной работе представлен анализ собственных клинико-анамнестических наблюдений за детьми с рождения до 2 месяцев жизни с синдромом увеличенной вилочковой железы (основная группа – 19 детей: мальчиков – 8 [42,1%], девочек – 11 [57,9%]).

Контрольную группу составили 20 детей в возрасте с 0 и до 2 месяцев, которым в раннем неонатальном периоде по поводу различных заболеваний проводилась рентгенография органов грудной клетки, при этом у них не было выявлено увеличения вилочковой железы: мальчиков – 9 (45%), девочек – 11 (55%).

Основным критерием для включения детей в исследование было наличие увеличения вилочковой железы.

Диагноз увеличения вилочковой железы устанавливался на основании рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции и ультразвукового исследования тимуса [4]. Выявление в средостении характерной овальной, треугольной или лентовидной тени с прямым или неровным контуром, расположенной с одной или обеих сторон сосудистого пучка, искажающей линию «сердечной тени», позволяет сделать заключение о существовании у пациента тимомегалии. В целях подтверждения данного диагноза мы рассчитывали кардиотимикоторакальный индекс (КТТИ) на рентгено-

граммах грудной клетки в прямой проекции по J. Gewold [7], который был равен или превышал 0,33. В связи с чем выделяли 3 степени увеличения вилочковой железы: 1-я – КТТИ 0,33–0,37; 2-я – КТТИ 0,37–0,42; 3-я – КТТИ > 0,42 [1]. Увеличение вилочковой железы мы расценивали как тимомегалию. Ультразвуковое исследование вилочковой железы проводилось после установленного рентгенологического диагноза. Методом центильного распределения массы и объёма тимуса определялась степень его увеличения [4, 7].

К началу наблюдения у 13 (68,4%) детей основной группы была установлена 1-я степень увеличения вилочковой железы, у 4 (21,05%) – 2-я степень, и у 2 (10,55%) – 3-я степень.

Увеличение вилочковой железы 2-й и 3-й степени можно расценивать как тимомегалию, но, так как большинство детей имели 1-ю степень, которую нельзя отнести к тимомегалии, мы пользовались термином «синдром увеличения вилочковой железы».

Дети основной группы были полностью сопоставимы по всем параметрам: материнскому анамнезу, гестационному возрасту, полу, антропометрическим показателям, состоянию при рождении.

Комплекс клинико-анамнестического обследования включал: подробный сбор акушерско-гинекологического анамнеза матерей, объективный осмотр, общепринятые лабораторные и инструментальные исследования, рентгенографию органов грудной клетки в прямой проекции и УЗИ вилочковой железы. Круглосуточно вёлся мониторинг частоты сердечных сокращений и дыхательных движений, АД и температуры тела.

Повторные осмотры проводились в 1 и 2 месяца.

Из числа стандартных биометрических методов оценки достоверности различий между частотами заболеваний в выборках был применён t-критерий Стьюдента.

Вычисления выполнены на компьютере с использованием пакета статистического анализа Microsoft Excel 7,0 Windows XP.

Результаты исследования

Изучение особенностей анамнеза детей с синдромом увеличенной вилочковой железы показало, что дети рождались от матерей из группы риска. Их матери имели высокую заболеваемость – 63,1% (хронические очаги инфекции с обострением во время беременности – 36,8%, в контроле – 15%; эндокринная патология – 21,05%, в контроле – 10%; нейроциркуляторная дистония – 21,05%, в контроле – 10%; аллергические заболевания – 31,57%, в контроле – 20%); отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (50% женщин имели медицинские аборт, в контроле – 20%; у 73,68% определялась урогенитальная инфекция: ЦМВ – 26,31%, ВПГ – 10,53%, уреаплазмоз – 47,37%; в контроле – 35,0%); неблагоприятное течение беременности – 84,21%, в контроле – 35% (гестоз – 26,31%, угроза прерывания – 78,95%); наличие признаков инфекции по данным УЗИ – 52,63%, в контроле – 30,0% (хроническая фетоплацентарная недостаточность плода – 47,37%, синдром задержки развития плода – 26,31%); осложнённое течение родов (68,42%, в контроле – 25%).

В анамнезе у 1 (5,26%) женщины было рождение ребёнка с синдромом увеличения вилочковой железы.

Все собранные нами данные анамнеза матерей являются факторами высокого риска развития отсроченных инфекционных осложнений у детей с СУВЖ.

Период новорожденности у 26,31% детей осложнился различными заболеваниями, из них у 21,05% детей были гнойно-воспалительные заболевания. Кроме того, у 52,63% детей основной группы было выявлено перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС, в контрольной группе данная патология была отмечена лишь у 20% новорожденных.

При исследовании крови у детей с рентгенологически подтвержденным увеличением вилочковой железы отмечен лейкоцитоз (свыше 13 000) в 36,84%, в контрольной группе – в 25,0%; эозинофилия (от 5 до 17%) наблюдалась у 21,05%, в контрольной группе – у 10,0%; лимфоцитоз (свыше 70%) – у 31,58%, в контроле – у 20,0%. Увеличение показателя отношения лимфоцитов к нейтрофилам отмечено у 31,58% детей основной группы. По данным Б. Ф. Шагана, повышение этого показателя свидетельствует о неудовлетворительном состоянии иммунологической реактивности организма ребенка.

Общая характеристика детей основной группы после выписки свидетельствует о большей частоте инфекционно-воспалительных заболеваний (52,6% детей в течение первых 2 месяцев жизни перенесли ОРВИ, причём имели склонность к рецидивирующему течению), аллергических проявлений, начиная с первых месяцев жизни (у 84,21% детей с СУВЖ регистрировались аллергические проявления, в контроле – у 35% детей). Формированию пищевой сенсibilизации и развитию аллергических заболеваний способствовал тот факт, что 57,89% детей находились на раннем искусственном вскармливании.

Нормализация размеров вилочковой железы к 2 месяцам жизни у детей с 1-й степенью СУВЖ наблюдалась у 26,31%, со 2-й степенью – у 5,26%, а с 3-й степенью ни у кого не произошла нормализация размеров тимуса.

Обсуждение

Полученные в результате исследования данные с высокой вероятностью свидетельствуют о том, что

СУВЖ достоверно связано с ранней инфицированностью плода. Возможно, эта ранняя инфекция является пусковым моментом в возникновении тимомегалии, однако возможно, что развитие тимомегалии облегчает процесс инфицирования плода и новорожденного, что приводит к развитию ассоциированных с тимомегалией заболеваний.

Изучение вышеупомянутых показателей свидетельствует о вероятной скомпрометированности иммунной системы у детей с СУВЖ и говорит о необходимости проведения им дополнительно иммунологического обследования, что может способствовать прогнозированию отсроченных инфекционных и аллергических проявлений и необходимости проведения таким детям иммунокоррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ваганов П. Д., Мартынова М. И., Арион В. Я. и др. Клинико-иммунологические характеристики детей с синдромом увеличенной вилочковой железы и их коррекция // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2001. – Т. 46. – № 3. – С. 59–60.
2. Заратьянц О. В. Гиперплазия тимуса: классификация, проблемы патоморфогенеза, значение в патологии человека // Арх. патологии. – 1991. – Том 53. – Вып. 10. – С. 3–12.
3. Ивановская Т. Е., Заратьянц О. В., Леонова Л. В., Волощук И. Н. Патология тимуса у детей. – СПб: СОТИС, 1996. – 270 с.
4. Кузьменко Л. Г., Семинихина К. Н., Неижко Л. Ю., Саркер Л., Вахрушева С. И. Оценка величины вилочковой железы у детей первых двух лет жизни по данным ультразвукового сканирования // Педиатрия. – 2002. – № 6. – С. 22–26.
5. Матковская Т. В. Увеличение тимуса у детей. – Томск: изд-во ун-та, 1991. – 152 с.
6. Сидорова И. С., Макаров И. О. Внутритрунные инфекции. – М., 2006. – 175 с.
7. Тюрин Н. А., Кузьменко Л. Г., Котлуков В. К., Кутафин Ю. Ф. Об оценке ширины сосудистого пучка на рентгенограммах детей разного возраста // Педиатрия. – 1983. – № 5. – С. 10–12.

Поступила 17.05.2009

Е. И. КОНДРАТЬЕВА¹, Н. Г. СОБОЛЕВА¹, Е. Н. БРИСИНА², И. М. ГАМЗАЕВ³

ДЕФИЦИТ КАЛЬЦИЯ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ГОРОДА КРАСНОДАРА

¹Кафедра детских болезней ГОУ ВПО Росздрава
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: elenafpk@mail.ru;

²Управление здравоохранения муниципального образования,
Россия, 350059, г. Краснодар, ул. Дунайская, 62;

³Управление образования муниципального образования,
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Коммунаров, 150

Изучена распространенность дефицита кальция в питании 954 школьников г. Краснодара в возрасте от 7 до 18 лет. Изучение питания детей выявило, что рекомендуемое количество кальция в сутки потребляет только 50% детей. В возрастной группе от 7 до 11 лет средняя величина потребления кальция составила 690,0±29,2 мг/сутки (Me = 584 мг/сутки, LQ-UQ = 354–899), что значительно ниже возрастной нормы (1100 мг). Средняя величина потребления кальция в возрасте от 12 до 14 лет составила 1033,0±48,5 мг/сутки (Me = 823 мг/сутки, LQ-UQ = 470–1170), в возрастной группе от 15 до 18 лет – 912,5±65,7 мг/сутки (Me = 793 мг/сутки, LQ-UQ = 356–1590), что меньше возрастной нормы (1200 мг). Достоверных различий в количестве потребления кальция с продуктами питания между данными группами не выявлено.

Ключевые слова: дети, молочные продукты, кальций, остеопения, остеопороз.