



мощью таблиц оценки синдрома императивного мочеиспускания и оценки «зрелого мочеиспускания», УЗИ почек и мочевого пузыря, рентгенографии пояснично-крестцового отдела позвоночника, урофлоуметрии с определением остаточной мочи и, по показаниям, ретроградной цистометрии. Таблица оценки синдрома императивного мочеиспускания включала степень выраженности в баллах ургентного позыва на мочеиспускание, ургентного недержания мочи, энуреза, поллакиурии, никтурии, уменьшения среднего эффективного объема мочевого пузыря, наличия и выраженности лейкоцитурии. Общая сумма баллов варьирует от 0 до 45. В этом диапазоне выделяют 3 степени тяжести синдрома ургентного (императивного) мочеиспускания: легкую (1-10 баллов), среднюю (11-20 баллов), тяжелую (21 и более). Таблица оценки «зрелого мочеиспускания» содержит количественные (число мочеиспусканий в сутки, среднеэффективный объем мочевого пузыря) и качественные признаки, характеризующие состояние волевого контроля основных функций мочевого пузыря. Сумма баллов варьирует от 0 до 20. Чем больше степень отклонения от нормы, тем выше суммарный балл. Цистография и внутривенная урография проводились при выявлении расширения коллекторной системы почек. Оценка психо-эмоционального статуса осуществлялась с помощью методики Спилбергера.

У больных исследуемой группы до лечения средний эффективный объем мочевого пузыря составлял $81,5 \pm 20,3$ мл, число мочеиспусканий в сутки — $11,6 \pm 3,1$. Суммарный балл расстройств мочеиспускания $21,3 \pm 3,4$ (тяжелая степень). У всех больных отмечена задержка формирования «зрелого типа мочеиспускания» — $11,6 \pm 3,1$ баллов. Энурез регистрировался с рождения, в монотонном режиме, с частотой 5-7 раз в неделю 1-5 раза за ночь без пробуждения. У 87% больных отмечалось нарушение психо-эмоционального состояния в виде высокого уровня личностной тревожности. Курс лечения включал кортексин в дозе 10 мг в сутки. Препарат вводился внутримышечно один раз в сутки в течение 10 дней. Результат

лечения оценивался непосредственно после окончания лечения, через 1 месяц и 3 месяца.

Результаты: После лечения у всех пациентов отмечена положительная динамика в клинической картине. Средний балл расстройств мочеиспускания после окончания курса снизился — 13,3, через 1 мес. — 9,3, через 3 мес. — 5,2 балла. Количество мочеиспусканий уменьшилось на 23,6%, ургентное недержание мочи купировано полностью, ургентные позывы уменьшились на 46,1%. Достоверно увеличился среднеэффективный объем мочевого пузыря $127,7 \pm 31,3$ ($p < 0,05$). Отставание в формировании «зрелого типа мочеиспускания» уменьшилось после лечения на 35%, через 1 мес. — на 44%, через 3 месяца — на 61% за счет изменения как количественных, так и качественных характеристик мочеиспускания ($p < 0,01$). Более резистентным к терапии был энурез. Непосредственно после лечения энурез сохранялся у 37 больных, но при этом частота эпизодов энуреза на протяжении ночи сократилась в 2 раза. Через 1 месяц энурез исчез у 12 пациентов (26,7%), у остальных энурез приобрел прерывистый характер (0-3 раза в неделю). К окончанию 3 месяцев наблюдения частота эпизодов энуреза сократилась в два и более раз у 76% больных ($p < 0,05$). Непроизвольное мочеиспускание во время сна сохранялось у трети больных. У 2 пациентов отмечен рецидив энуреза на фоне психического стресса после 1,5 месяцев «сухих ночей». У всех больных улучшилось психо-эмоциональное состояние, уровень личностной тревожности снизился до среднего (58%) и нормального (42%).

Выводы: Препарат кортексин является эффективным средством для лечения гиперактивного мочевого пузыря и энуреза у детей. Обладая ноотропным, нейротропным, церебропротекторным, антигипоксическим действием, препарат может быть рекомендован для лечения расстройств мочеиспускания и энуреза у детей после перенесенного перинатального поражения ЦНС. Для достижения стойкого клинического эффекта у детей с гиперактивным мочевым пузырем показаны повторные курсы лечения кортексином с интервалом в 6 месяцев.

725.15

А.П. ПИГАЛОВ, Г.А. КУЛАКОВА, Н.А. СОЛОВЬЕВА, Е.А. КУРМАЕВА

Казанский государственный медицинский университет

О статусе «Больница, доброжелательная к ребенку»

К числу учреждений здравоохранения, претендующих на присвоение звания «Больница, доброжелательная к ребёнку», могут относиться женские консультации, родильные дома, детские амбулаторно-поликлинические учреждения. Эти учреждения должны четко выполнять все требования, изложенные в десяти принципах успешного грудного вскармливания совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ 1989 года «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания». В соответствии с Положением об учреждении системы здравоохранения, соответствующей статусу «Больница, доброжелательная к ребёнку», утвержденным МЗ РФ 17.11.1999, необходимо проводить работу в следующих направлениях:

1. Иметь специально разработанный и утвержденный руководителем учреждения план конкретных мероприятий по поощрению и поддержке грудного вскармливания младенцев; строго придерживаться изложенных в нем требований и регулярно доводить их до сведения медицинского персонала данного учреждения, беременных женщин, рожениц, матерей, имеющих грудных детей, и членов их семей.

2. Необходимо обучать весь медицинский персонал навыкам осуществления поддержки грудного вскармливания.

3. Информировать всех беременных женщин и матерей, имеющих грудных детей, а также членов их семей о преимуществах и технике грудного вскармливания мла-



денцев; иметь специально подготовленную информацию по данным вопросам.

4. Создавать в родильных домах (отделениях) необходимые условия для осуществления максимально раннего прикладывания новорожденных к груди матери и помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов; обеспечить непосредственный кожный контакт матери и новорожденного младенца (контакт «кожа к коже») в течение не менее 30 минут.

5. Показывать матерям, как кормить грудью младенца, какое наиболее удобное положение выбрать для успешного грудного вскармливания, как лучше сохранять лактацию даже в том случае, если мать временно отделена от ребёнка; обучать матерей технике ручного сцеживания молока.

6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями; при необходимости допаивать или докармливать младенца, использовать с этой целью пипетку, шприц, ложку, чашечку и т.д., но не бутылочку с соской.

7. В родильных домах (отделениях) практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате, оказывая матери необходимую помощь со стороны медицинского персонала.

8. Поощрять грудное вскармливание не по расписанию, а по требованию младенца, в том числе в ночные часы.

9. Содействовать организации групп поддержки грудного вскармливания и направлять в них матерей после выписки из родильного дома (отделения); консультировать матерей в комнатах здорового ребёнка, организовать работу «телефона доверия» и т.д.

10. В учреждениях, претендующих на звание «Больница, доброжелательная к ребёнку», должно быть достаточное ко-

личество наглядной информации по всем проблемам грудного вскармливания младенцев.

11. В детской поликлинике при наблюдении за ребенком 1-го года жизни участковая бригада должна оказывать помощь маме, направленную на поддержку грудного вскармливания. Врач-педиатр и медсестра участка должны провести оценку техники прикладывания ребенка к груди с фиксацией этих данных в «Истории развития ребёнка». Медицинские сестры должны проводить беседы с кормящими матерями по поддержке, сохранению лактации на первом году жизни. Женщина с проблемами грудного вскармливания должна быть проконсультирована специалистом, имеющим подготовку по вопросам ведения лактации.

Результатом четкого выполнения данных требований являются положительные сдвиги в работе по оказанию лечебно-профилактической помощи грудным детям, характеризующиеся следующим: высоким охватом детей первого года жизни естественным вскармливанием, показатель которого должен составлять не менее 90% среди новорожденных и не менее 80% среди детей, достигших 4-месячного возраста; снижением использования заменителей грудного молока; существенным улучшением показателей состояния здоровья детей первого года жизни, снижением их заболеваемости, в первую очередь гнойно-септическими инфекциями новорожденных, респираторными инфекциями, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а также аллергической патологией; снижением показателей младенческой смертности.

Учреждения, полностью соответствующие статусу «Больницы, доброжелательной к ребенку», что подтверждается заключением групп экспертов, получают от Министерства здравоохранения Российской Федерации специальный диплом.

О.И. ПИКУЗА, Е.В. ВОЛЯНЮК, Л.З. ШАКИРОВА

Казанский государственный медицинский университет

616-053.32

Прогнозирование вероятности инфекционно-воспалительного процесса у недоношенных детей

Актуальность. У недоношенных детей в силу морфофункциональной незрелости и ослабленной иммунной резистентности течение адаптационного процесса часто осложняется присоединением вирусной и гнойно-бактериальной инфекции, что значительно отягощает прогноз и осложняет тактику выхаживания. Формирование инфекционных процессов у таких детей происходит исподволь со слабо обозначенными симптомами, с виду не таящими в себе серьезной опасности для ребенка, однако способными незаметно переходить в осложненные формы с развитием угрожающих состояний. Клиническое распознавание их на ранних сроках у недоношенных новорожденных весьма затруднительно.

Цель работы. Разработать комплексную систему оценки резервов здоровья детского организма, позволяющую прогно-

зировать вероятность инфекционно-воспалительного процесса на досимптомном клиническом этапе. Выявить путем скрининга детей с ослаблением функционального резерва системы опсоно-фагоцитарной защиты и колонизационной резистентности и выделить группу недоношенных высокого риска для проведения опережающей терапии.

Пациенты и методы. Было обследовано 103 недоношенных ребенка на базе отделения патологии новорожденных 2-го этапа выхаживания. Практически у всех детей в анамнезе отмечены отягощенные условия внутриутробного развития с хронической гипоксией плода и осложненное течение раннего неонатального периода. Бицидность нейтрофилов определяли по показателям спонтанной и индуцированной реакции восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест). Изучение