

ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИКИ

Чемоданов В.В., Балдаев А.А., Горнаков И.С., Краснова Е.Е., Буланкина Е.В., Шниткова Е.В., Философова М.С., Воронова М.Ю., Шлыкова О.П.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

МУЗ «Детская городская клиническая больница №1», г. Иваново

В последнее время внимание клиницистов привлекает проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ), в диагностике и клинической оценке которой ведущее место занимают выявление фенотипических маркеров и эхокардиографических отклонений. Как показали наши исследования, на первом этапе обследования больного не утратило своего значения физикальное исследование с анализом внешних признаков дизэмбриогенеза, дающее возможность диагностировать или заподозрить ДСТ. Обоснованием этому служит достаточно тесная взаимосвязь между числом внешних фенотипических признаков ДСТ и частотой их выявления при исследовании внутренних органов. Мы считаем, что фенотипические признаки синдрома ДСТ следует оценивать в зависимости от числа, степени выраженности, характера и их клинической значимости. Однако единая точка зрения на количественный и качественный диапазоны диагностических критериев при синдроме ДСТ отсутствует.

С другой стороны, требует уточнения частота выявления признаков соединительнотканной несостоятельности в различных возрастно-половых группах детей. В этой связи в детской городской больнице разработан и внедрён в практику работы вкладыш к истории болезни, включающий перечень разнообразных соединительно-тканых признаков, который заполняется врачами первого контакта во время обслуживания пациентов клиники. Это, в конечном итоге, позволит восполнить недостаток сведений о частоте маркеров ДСТ в различные периоды детского возраста, уточнить фенотипические «портреты» больных с отдельными группами соматических заболеваний.

Анализ частоты встречаемости отдельных внешних признаков позволил нам предложить определен-

ный «портрет» больных детей школьного возраста с хроническими заболеваниями желудочно-кишечной сферы, при сколиотической болезни, малых аномалиях развития сердца. Представлены особенности течения ряда соматических заболеваний, ассоциированных с ДСТ в детском возрасте. Однако структура диспластико-ассоциированной соматической патологии детей требует дальнейшего уточнения.

Практикуемый принцип работы позволяет уточнить роль и частоту неблагоприятных экологических факторов, а также факторов перинатального периода в формировании клинических проявлений соединительно-тканной несостоятельности в нашем регионе.

Широкая распространенность ДСТ среди лиц призывного возраста обуславливает актуальность этой проблемы не только в медицинском, но и в социальном плане.

Вследствие того, что ДСТ может служить основой ряда патологических состояний или оказывать негативное влияние на течение различных заболеваний, она имеет междисциплинарное значение. Умение взглянуть на многие патологические состояния через призму врожденной «слабости» соединительной ткани представляется важным, поскольку такой подход нацеливает на целенаправленный поиск иных клинических проявлений данной патологии и вооружает новыми возможностями ее патогенетического лечения. Полагаем, что наблюдение за детьми следует планировать и координировать врачу-педиатру, составляющему интегрированную с врачами-специалистами программу индивидуальной реабилитации детей с недифференцированными формами ДСТ.

ОСОБЕННОСТИ ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Шниткова Е.В., Философова М.С., Чемоданов В.В., Соколова С.В., Пронина И.И., Балдаев А.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

МУЗ «Детская городская клиническая больница №1», г. Иваново

Одним из научно-практических направлений, которое разрабатывается в МУЗ «Детская городская клиническая больница №1», является проблема перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС) новорожденных детей.

Данные массового скринирующего анализа состояния здоровья детского населения г. Иванова на протяжении 15 лет показали связь показателей их здоровья с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС в ante-, intra- и постнатальном пе-

риодах. С использованием метода лонгитюдного наблюдения обследовано 912 детей, перенесших острую, хроническую или сочетанную гипоксию.

Результаты клинических наблюдений с использованием специальных методов исследования уровня здоровья одних и тех же детей с рождения до 15 лет жизни позволили выявить факторы, способствующие и предупреждающие реализацию неблагоприятных исходов перинатальной патологии и оказывающих повреждающее воздействие на важнейшие жизнеобеспечивающие системы. Определены саongenетические механизмы адаптации ребенка к меняющимся условиям жизни, проведен поиск критериев прогноза и диагностики, усовершенствованы лечебно-оздоровительные мероприятия данной категории детей.

Состояние здоровья детей, перенесших гипоксию при рождении и в последующие периоды детства, достоверно ниже, чем в общей популяции. Развитие энцефалопатии коррелирует с незрелостью мозговых структур, гипертензией, высоким уровнем мозгового кровотока, транзиторной или устойчивой дилатацией боковых желудочков, ишемией или лейкомаляцией мозга, внутрижелудочковыми кровоизлияниями.

В дошкольном возрасте у этих детей диагностируются резидуальные нарушения ЦНС, минимальные дисфункции мозга (астеноневротический, гипертензивный, гипертензивно-гидроцефальный синдромы, нарушение речевого развития, невроз навязчивых движений), в школьном возрасте — нейрциркуляторная дистония и нарушение социальной адаптации. Частота и характер поражения ЦНС взаимосвязаны с формой, тяжестью гипоксии и возрастом детей, а также со своевременностью выполнения реабилитационных воздействий.

Если при рождении у детей, перенесших перинатальную гипоксию, выявляются признаки морфофункциональной незрелости со стороны различных органов и систем, задержка внутриутробного развития, различные формы пренатальной дистрофии, то в процессе роста ребенка прослеживаются более низкие показатели физического развития с формированием микросоматотипа в раннем возрасте и астенического типа конституции у подростков.

Нервно-психическое развитие на первом году жизни и в раннем возрасте у большинства детей характеризуется задержкой зрительного, реже — слухового анализаторов. В возрасте 4—6 лет на фоне минимальной дисфункции мозга сохраняется отставание моторного и сенсорного развития. В эти же периоды детства формируются невротические реакции, неврозоподобные состояния, девиантное поведение.

Таким образом, у детей и подростков, перенесших перинатальную гипоксию, имеет место полиорганный многоуровневый характер нарушения постнатального развития различных систем и обменные расстройства, что определяет сниженный уровень их здоровья и повышенную заболеваемость. Перенесенная перинатальная гипоксия частично блокирует реализацию программы развития, способствует изменению темпового соотношения формирования отдельных органов и систем, приводит к аномалиям развития, как анатомического, так и функционального характера. Эти нарушения prolongируются микросоциальными, биологическими и экологическими условиями жизни детей на фоне нарушения стартовых показателей в раннем возрасте под влиянием перинатальной гипоксии.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ)

Якушин С.С., Евсина О.В.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Учитывая негативное влияние депрессивных расстройств (ДР) на качество жизни, прогноз и течение заболеваний, и в частности сердечно-сосудистых патологий (ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности), проведен анализ литературных данных по изучению особенностей ДР у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями за последние 5 лет.

Зарубежными и отечественными исследованиями доказано преобладание ДР (большая депрессия, дистимические нарушения, тревожные расстройства) у женщин («Компас»: ДР встречались в 1,5—1,8 раза чаще (52,4% женщин против 34,9% мужчин, $p < 0,001$), при этом с учетом большей обращаемости женщин в медицинское учреждение их доля составила 72%. Схожие результаты получены и в Европе: по данным метаанализа 2004 г., частота возникновения большой депрессии на

протяжении 1 года у женщин по отношению к мужчинам составила 2:1, цифры выше у замужних женщин, чем у одиноких). Этот факт в литературе объясняется по-разному: во-первых, считается, что женщины чаще обращаются за медицинской помощью, не скрывая свои эмоциональные проблемы от врачей; во-вторых, у женщин более высокая уязвимость к негативным психосоциальным воздействиям и незащищенность в семейной и профессиональной жизни; в-третьих, указывают на наличие особых биологических — нейроэндокринных (менархе, беременность, роды, менопауза) и нейрохимических факторов — реакции на стресс (относительно более высокая активность моноаминоксидазы и катехол-О-метилтрансферазы у женщин, что обуславливает более высокую общую устойчивость женщин с одновременно более высоким риском развития ДР).