



за в отдаленном периоде, кроме жалоб, и данных осмотра у всех 108 детей мы исследовали кислотность желудочного сока, состояние иммунологического статуса, проводили УЗС брюшной полости и рентгенографию грудной клетки в прямой проекции, а при необходимости повторяли данные исследования.

Полученные результаты исследования кислотности желудочного сока у 108 пациентов катamnестической группы по сравнению с нормой убедительно показывают, что даже в отдаленном периоде после операции, в катamnестической группе, показатели как базальной, так и стимулированной кислотности желудочного сока достоверно ниже по сравнению с нормальными показателями. Среди обследованных детей у 25 (23,1%) отмечено нормоацидное, а у 83 (76,9%) пациентов гипоацидное состояние желудочной секреции. При индивидуальном сопоставлении с данными исследования кислотности желудка у этих детей в остром периоде различий не найдено, то есть у больных с пониженной кислотностью желудочного сока с течением времени перехода в нормоацидное состояние и наоборот не отмечалось. Следовательно, у обследованных больных понижение кислотообразующей функции желудка может носить промежуточный характер. Это свидетельствует о том, что само по себе заболевание эхинококкозом никак не влияет на кислотообразующую функцию желудка и сниженная кислотность желудочного сока приводит к заражению паразитом, а не эхинококкоз вызывает снижение кислотности.

Нами изучено состояние АИР в катamnезе. Исследованы все параметры, которые использовали в дооперационном периоде. При этом, обследуемые разделены на группы с нормальной и гипоацидной кислотностью желудочного сока. У детей в обеих группах отмечается снижение по сравнению с нормой содержания в крови Т-лимфоцитов, Т-хелперов, в то же время выявлено повышение Т-супрессоров, IgA, IgM, IgG и ЦИК.

При ультразвуковом и рентгенологическом обследовании у 11 (10,2%) больных выявлен эхинококкоз: в 7 (6,4%) случаях эхинококкоз печени, в 2 (1,85%) случаях эхинококкоз легких и у 2 (1,85%) больных было сочетанное поражение легких и печени.

Наиболее часто в отдаленном периоде диагностировались солитарные эхинококковые кисты печени — 7 (6,5%) и множественный эхинококкоз печени — 4 (3,7%), в 2 (1,9%) случаях обнаружен сочетанный эхинококкоз легких и печени. Эхинококкоз легкого выявлен всего в 1 (0,9%) случае, также у 1 (0,9%) ребенка найдена остаточная полость эхинококковой кисты в легком. Рецидив заболевания значительно чаще возникал у больных с гипоацидным состоянием желудочной секреции — 13 (15,6%), по сравнению с детьми с нормальной кислотностью желудочного сока — 2 (8%). Эти больные были повторно госпитализированы и оперированы в нашей клинике. Этот факт еще раз подтверждает значение кислотообразующей функции желудка в структуре заболеваемости эхинококкозом у детей. Отдаленные результаты лечения больных с эхинококкозом оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Так хорошие результаты у детей с нормоацидным состоянием кислотности желудка были получены в 68,0% случаях, а у больных с гипоацидностью — у 59% детей. Удовлетворительных результатов в группе детей с нормальной кислотообразующей функцией желудка отмечалось у 6 (24,0%) обследованных, у детей с гипоацидным состоянием желудочной секреции они были обнаружены в 21 (25,3%) случае. Число неудовлетворительных результатов в группе детей с нормальной кислотностью желудочного сока было значительно меньше — 2 (8,0%), чем у больных с нарушенной кислотообразующей функцией желудка — 13 (15,7%). Таким образом, исходя из полученных данных, при обнаружении пониженной кислотности желудочного сока, на наш взгляд, целесообразно проводить коррекцию кислотообразующей функции желудка.

Особенности периода адаптации у новорожденных от курящих матерей

А. С. ЭЙБЕРМАН, Л. Г. БОЧКОВА, М. В. ЕРШОВА
ГОУ ВПО СГМУ Росздрава, Саратов.

УДК 614.2

Цель исследования: сравнительная оценка особенностей периода новорожденности у детей от курящих и некурящих матерей.

В условиях родильного дома, второго этапа выхаживания и детской поликлиники были обследованы 125 новорожденных. Из них 92 ребенка родились у курящих матерей, 33 ребенка — у некурящих. Наблюдение за детьми проводилось в течение первого месяца жизни в динамике.

Для проведения исследования применялись следующие методы: оценка клинического и неврологического статуса новорожденного; нейросонография (на 5-7 сутки и на 25-27 сутки); в пуповинной крови определение уровней гормонов: тиреотропного гормона (ТТГ), дигидроэпиандростерона-сульфата (ДГЭА-С), эстрадиола ИФА-методом; изучение процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) методом хемолюминисценции; липидный состав сыворотки пуповинной крови (общий холестерин, триглицериды).

В основной группе 40 (48,7%) детей были отнесены в группу маловесных, т.к. имели массу тела менее 2500,0 гр., в отличие от группы контроля, где оказалось только 2 (8,6%) маловесных ребенка. Самыми частыми осложнениями явились перинатальная энцефалопатия: в основной группе у 65 (79,2%) новорожденных, в группе контроля у 5 (21,7%) детей; пролонгированная желтуха: в основной группе у 32 (39%) детей, в группе контроля не была отмечена. Кроме того, был диагностирован синдром рвоты и срыгивания: в основной группе у 8 (9,7%) новорожденных, в контрольной группе у 1 (3,6%) ребенка; дисбиоз кишечника: в основной группе у 7 (8,5%) детей, в контрольной у 1 (4,3%) ребенка. Токсическая эритема 3 (3,6%) и полицилемия 3 (3,6%) были отмечены только у детей основной группы. Максимальная убыль массы тела в основной группе достигала 11%, в отличие от группы контроля (7%).

Имелись также метаболические нарушения у детей курящих матерей. Высокие показатели уровней ТТГ (11,592

мЕд/мл) у маловесных детей курящих матерей по сравнению с контрольной группой (8,804 мЕд/мл), указывали на недостаточную активность гормонов щитовидной железы в этой группе детей, как регулятора процессов неонатальной адаптации. Низкий уровень ДГЭА-С (3,053 мкмоль/л) и эстрадиола (2464,500 pg/ml) у детей из этой же группы свидетельствует о недостаточной активности надпочечников. Интенсивность хемолюминесценции в группе детей от курящих матерей значительно выше (6,8 mV), чем в группе контроля (5,8 mV), что свидетельствует о повышении процессов ПОЛ. Уровни общего холестерина (M=78,58 мг/дл) и триглицеридов (M=44,99 мг/дл) были достоверно выше, чем у детей некурящих матерей (67,32 мг/дл и 31,91 мг/дл).

Выводы:

1. Для детей курящих матерей характерна специфическая эмбриофетопатия, которую можно назвать «табачным синдромом новорожденного».
2. Пассивное «курение» плода приводит к расстройству неонатальной адаптации, что является угрозой для последующего формирования здоровья человека.
3. Курение беременной и кормящей женщины можно рассматривать как одну из причин детской инвалидизации и младенческой смертности.

Фармакоэпидемиология антибактериальной терапии пиелонефрита у детей

Е. В. ЮДИНА, А. И. САФИНА, Л. Е. ЗИГАНШИНА

Казанская государственная медицинская академия, г. Казань.

УДК 616.61-002.3:615.1-053.2

Инфекции мочевой системы у детей занимают ведущее место среди инфекций детского возраста, из которых наиболее серьезный прогноз имеет микробно-воспалительный процесс в интерстиции и чашечно-лоханочной системе почек (пиелонефрит). Основной задачей при лечении детей с активной фазой пиелонефрита становится ликвидация или уменьшение микробно-воспалительного процесса в почечной ткани и мочевыводящих путях, при этом успех лечения во многом зависит от выбора антибактериальной терапии. Нерациональное применение антибактериальных препаратов является важным фактором для формирования и распространения антибиотикорезистентности. Фармакоэпидемиологические исследования позволяют проводить анализ и оценку качества антибактериальной терапии, потребления антибактериальных препаратов в реальной клинической практике и прогнозировать формирование резистентности патогенных микроорганизмов в каждом регионе. Фармакоэпидемиологические исследования в педиатрии особенно актуальны, т. к. проведение рандомизированных клинических исследований у детей не всегда возможно по этическим причинам.

Целью нашего исследования было изучение существующей практики антибактериальной терапии пиелонефрита у детей в условиях стационара и оценка рациональности с позиций клинической фармакологии и «доказательной медицины».

Пациенты и методы: в ретроспективный фармакоэпидемиологический анализ включили 561 случай стационарного лечения пиелонефрита у детей (222 случая острого пиелонефрита и 339 случаев хронического пиелонефрита в стадии обострения) за 2005-2008 гг. Оценивали адекватность выбора стартовой терапии, пути введения, режима дозирования и длительности антибактериальной терапии. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Revman 5.00.11 (Cochrane collaboration) и специализированного пакета прикладных программ для обработки статистических данных SPSS 11.5.

Результаты и обсуждение: Проанализировано 1110 назначений антибактериальных препаратов при остром

и хроническом пиелонефрите, 493 (44,4%) из которых назначали в качестве стартовой терапии, 97 (8,7%) — в качестве последующих курсов при неэффективности стартовой терапии и 520 (46,9%) — в качестве продолжения лечения при эффективности стартовой терапии. В качестве стартовой терапии активной фазы пиелонефрита в большинстве случаев использовали цефалоспорины III поколения (73%, $n=408$, $p<0,05$), реже — ингибитор-защищенные пенициллины (5,9%, $n=33$) и аминогликозиды (2,2%, $n=12$). При этом следует отметить, что анализ результатов бактериологического исследования мочи показал отсутствие статистически значимых различий в показателях резистентности *E.coli* — основного уropатогена, к цефалоспорином III поколения и ингибитор-защищенным пенициллинам. В 10% случаев ($n=56$) в качестве стартовой терапии использовали уросептики (нитрофураны, нитроксилин, нефторированные хинолоны, фосфомицин).

В 7% ($n=79$) случаев назначения антибактериальных препаратов путь введения (в/м) был не адекватен вводимой дозе (превышение предельно допустимой дозы цефтриаксона и амикацина для внутримышечного введения). В 26,5% ($n=294$) случаев путь введения был не адекватен состоянию пациента (парентеральное введение антибиотиков при нетяжелом состоянии больного и отсутствии противопоказаний для приема внутрь). Анализ режима дозирования показал, что в 8% случаев ($n=90$) антибактериальные препараты назначали в неадекватной дозе. Длительность системной антибактериальной терапии активной фазы пиелонефрита в 53% случаев ($n=275$) составила 10-14 дней и более, в 8% случаев ($n=42$) — менее 7 дней, в 38,8% случаев ($n=201$) — 7-9 дней. Длительность парентеральной антибактериальной терапии в большинстве случаев была избыточна (7-14 дней).

Заключение: Существующая практика лечения пиелонефрита у детей в условиях стационара не всегда рациональна с позиций клинической фармакологии и «доказательной медицины». Основными проблемами в тактике антибактериальной терапии пиелонефрита у детей являются: отсутствие дифференцированного подхода к лечению (в большинстве