

день в индустриальных странах мира вклад недоношенных новорожденных в неонатальную смертность составляет 70%, в заболеваемость – 75% (Wen Shi Wu и соавт., 2004). Неблагоприятными отдаленными последствиями недоношенности, кроме неврологических, являются дыхательные (бронхолегочная дисплазия), офтальмологические (ретинопатия недоношенных), психо-интеллектуальные и поведенческие нарушения (Doyle L.W. и соавт., 2001).

Целью настоящего исследования явилось изучение характера и структуры факторов риска рождения недоношенных детей в условиях крупного промышленного города.

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 102 родившихся недоношенными детей, проживающих в г. Уфа. Гестационный возраст детей колебался от 31 нед. до 37 нед., масса тела при рождении – от 1600 г. до 2700 г. Исследование проводили с помощью специально разработанной карты, включающей основные характеристики биологического и медицинского анамнеза преждевременно родившихся детей.

При изучении биологического анамнеза было выявлено, что возраст родителей исследуемых детей в каждом третьем случае превышал 30 лет, моложе 20 лет было 8 (7,8%) матерей и 6 (5,9%) отцов.

От первой беременности родились 34 (33,3%) детей, от повторной – 68 (66,7%), при этом 1/3 детей родилась от пятой и более по счету беременности. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (предшествующие аборт, выкидыши, мертворождения) имел место у 46 (45,1%) матерей. У 61 (59,8%) женщин беременность протекала на фоне хронической экстрагенитальной патологии. В структуре соматической пато-

логии преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы – гипертоническая болезнь, расстройства вегетативной нервной системы (27,5%), заболевания ЖКТ (19,6%), эндокринопатии (9,8%).

Хронические воспалительные заболевания половой сферы (вагинит, кольпит, сальпингоофарит) встречались у 64 (62,7%) матерей. Ведущие позиции в этиологической структуре указанной патологии занимали грибы рода *Candida*, хламидии, микоплазмы, цитомегаловирус.

Осложненное течение беременности имело место у 91 (89,2%) матерей. Обращала на себя внимание высокая частота встречаемости гестозов 1-й и 2-й половины беременности, которые наблюдались у 80 (78,4%) женщин и более чем в половине случаев имели тяжелое течение (гестоз III степени). Среди других осложнений беременности наиболее часто регистрировались анемия (71,6%), угроза прерывания беременности (53,9%), хроническая фето-плацентарная недостаточность (36,3%), гестационный пиелонефрит (11,8%), многоводие и маловодие (по 9,8%). У каждой третьей матери имелось 2 и более осложнений беременности.

Таким образом, основными факторами риска, ассоциирующимися с преждевременными родами, по нашим данным, являются осложненное течение беременности (тяжелые гестозы, анемия, угроза прерывания беременности), воспалительные заболевания половой системы (в т.ч. специфической этиологии), соматическая патология матери. Полученные данные необходимо учитывать при организации лечебно-профилактических мероприятий на этапах оказания медицинской помощи матери и ее преждевременно родившемуся ребенку.

616.36-002-07-053.2

**А.А. КАМАЛОВА, Г.М. БИКМУЛЛИНА, А.Р. ШАКИРОВА, А.Х. ОДИНЦОВА,
М.Ш. ЗАЙНЕТДИНОВА, Г.В. ЦУЦОЛ**

Казанский государственный медицинский университет
Детская республиканская клиническая больница, г. Казань
Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Аутоиммунный гепатит в детском возрасте: вопросы диагностики и терапии

Цель: изучение особенностей течения и катамнеза детей с аутоиммунным гепатитом (АИГ).

Материал и методы: Работа проведена на базе гастроэнтерологических отделений ДРКБ и РКБ МЗ РТ г. Казани. Проанализировано течение болезни 17 детей с АИГ за период с 1995 по 2009 гг. Продолжительность наблюдения в условиях двух клиник составила от 3 до 13 лет. Средний возраст детей в дебюте заболевания составил 12,8 лет. Среди пациентов преобладали девочки (68 %). Длительность заболевания у 45 % больных составила 10-14 лет, у 34 % — 6-7 лет, у 21% — 2-4 года.

Результаты: Аутоиммунный гепатит в педиатрической практике является редкой патологией, однако, по данным РКБ, частота этого заболевания возрастает в 4 раза, 28% из них имеют

дебют в детском возрасте. С возрастом больных увеличивается частота перекрестных синдромов (АИГ в сочетании с первичным билиарным циррозом (ПБЦ) — 25 %, с первичным склерозирующим холангитом (АИГ/ПСХ) — 7,6%, с аутоиммунным холангитом (АИГ/АИХ) — 2,5%), в 13% случаев сочетание АИГ и др. иммунных синдромов (из них диабет у 25%, аутоиммунный тиреоидит у 34%). С увеличением стажа заболевания, несмотря на проводимую терапию, увеличивается частота развития цирроза печени (на 32,5%), присоединение других аутоиммунных заболеваний (так, у 1 больной через 5 лет манифестации АИГ дебютировал неспецифический язвенный колит (НЯК), системный васкулит).

При диагностике АИГ была использована балльная система, предложенная Международной группой по изучению АИГ. До



начала терапии только у 23% детей был установлен диагноз «определенного АИГ», у 76% - «предположительный». Положительная клиническая динамика на фоне иммуносупрессивной терапии явилась дополнительным подтверждением диагноза АИГ. После начала терапии 31% детей с «предположительным АИГ» перешли в категорию «определенного». В 100% случаев стартовая терапия проводилась в виде монотерапии преднизолоном. В зависимости от применяемой схемы лечения дети были разделены на 3 группы. В первой группе (23%) применялась схема с быстрым снижением дозы преднизолона. Во второй группе (67%) использовалось лечение с медленным снижением дозы преднизолона. В дальнейшем в обеих группах был подключен азатиоприн. В третью группу вошло 10% детей, получивших лечение в виде монотерапии преднизолоном.

Во всех 3 группах на 3 - 4 неделе лечения отмечалась положительная динамика. Полной эффективности лечения удалось достигнуть у 25% больных. У данных детей применялась II схема, на фоне которой в течение 1 месяца уменьшилась клиническая симптоматика, на 50% улучшились печеночные пробы, уровень трансаминаз в следующие 6 месяцев не превышал нормальные показатели более чем в 2 раза. Частичная эффективность наблюдалась у 75% больных. Рецидивы заболевания отмечались через 11±5 месяцев от начала терапии у 75% детей. При этом у 50% детей к развитию рецидива привело снижение дозы преднизолона ниже 10 мг/сутки, у 35% детей рецидив был связан с интеркуррентными инфекциями, у 15% детей — с травмами. Наибольшая частота рецидивов (89%) наблюдалась у детей со сформированным циррозом печени. В настоящее время 5 детей в состоянии клинико-лабораторной ремиссии получают поддерживающую тера-

пию преднизолоном в дозе 5-10 мг/сутки, 3 детей в сочетании с азатиоприном в дозе 25 мг/сутки. В настоящее время ни одному больному полностью не отменена иммуносупрессивная терапия. У 1 ребенка в ближайшее время планируется проведение трансплантации печени. На фоне длительной иммуносупрессивной терапии мы наблюдали побочные действия препаратов: у 45% выявлен остеопороз с высоким риском переломов через 7±2,3 лет иммуносупрессивной терапии, аменорея у 23%, синдром Кушинга у 89%, повышение АД у 27%, инфекции у 66%, отставание в физическом развитии у 45% больных.

Повторная биопсия была проведена с целью решения вопроса об отмене гормональной терапии у 1 больной, у которой удалось достигнуть полной клинической эффективности лечения на фоне монотерапии преднизолоном в течение 2 лет. Но сохранение активности по данным гистологического исследования биоптата (лимфоцитарной инфильтрации, выраженных цирротических изменений), не позволило отменить терапию.

Выводы: 1. С увеличением стажа АИГ высока вероятность развития перекрестных синдромов (АИГ/ПБЦ, АИГ/ПСХ, и др.) и присоединение других аутоиммунных заболеваний. 2. Международная балльная система может использоваться для диагностики АИГ у детей. 3. Несмотря на положительный ответ на иммуносупрессивную терапию у 100% больных в дебюте заболевания, рецидивы заболевания у 75%. 4. Развитие побочных эффектов на фоне длительной иммуносупрессивной терапии, сохранение иммунологической активности и гистологических изменений даже при полной эффективности лечения диктует необходимость дальнейшего совершенствования схем лечения аутоиммунного гепатита и поиска новых безопасных лекарственных средств.

616.5-002-053.3

Г.Р. КАМАСHEВА, Р.Ф. ХАКИМОВА

Казанский государственный медицинский университет

Проблемы терапии атопического дерматита у детей раннего возраста в практике врача-педиатра

Патогенетическую основу атопического дерматита (АД) составляет хроническое аллергическое воспаление кожи. Современные подходы к терапии острой фазы АД у детей раннего возраста базируются на элиминации специфических и неспецифических триггеров, фармакотерапии с применением антигистаминных препаратов, высокоэффективных в отношении кожных высыпаний и зуда, а также наружной терапии с учетом стадии, распространенности, локализации воспалительного процесса и анатомо-физиологических особенностей строения кожи у детей данной возрастной группы.

Цель исследования: анализ назначенного врачами-педиатрами лечения АД у детей раннего возраста.

Методы исследования: проанализированы данные медицинской документации (история развития ребенка (форма № 112 у)) и анамнеза заболевания 140 детей раннего возраста

о проведенном ранее лечении врачами-педиатрами детских поликлиник обострений АД.

Результаты: анализ медицинской документации 140 детей с АД, а также данные анамнеза показали, что у 63,5% больных лечение АД не соответствовало общепринятым стандартам лечения данного заболевания. 25,7% детей с проявлениями АД лечение назначено не было. 5,7% детей были даны только рекомендации по гипоаллергенной диете. В 9,3% случаях проводилась монотерапия антигистаминными препаратами. Местную терапию нестероидными препаратами получали 7,8% детей, среди которых часто применялись препараты, содержащие декспантенол (бепантен, Д-пантенол), 0,1% диметинден (фенистил-гель), обладающие слабыми противовоспалительными свойствами. Следует отметить низкую частоту назначения нестероидного крема элидел (в 6,5% случаев). У 15%