

высокого уровня МЭ в сыворотке крови рассматривается как компенсаторный механизм при возникшем дисбалансе металлов. Значительное содержание тяжелых металлов во всех изучаемых средах организма при одинаковом поступлении их с питанием, как и в контрольной группе, отражает высокую степень насыщения организма детей при заболевании и повышенную абсорбцию токсичных микроэлементов, по-видимому, не только через желудочно-кишечный тракт, но и через легкие и кожу.

УДК 616.61—002.2—056.7

И.А. Сунгатуллина (г. Бугульма). Наследственный нефрит (синдром Альпорта)

Синдром Альпорта — наследственный нефрит, протекающий с поражением слуха (тугоухость). Для этой патологии характерен доминантный путь наследования, сцепленный с Х-хромосомой.

Приводим описание истории болезни наследственного нефрита — синдрома Альпорта.

К., 10 лет, поступила на стационарное лечение 24.12.99 г. на 5-й день заболевания с жалобами на отечность век, нижних конечностей, затрудняющих ходьбу, слабость. Амбулаторно не обследована и не лечилась.

Анамнез жизни: родилась от пятой беременности, вторых родов. Беременность протекала с гестозом, отмечалась нефропатия во второй половине беременности. Масса тела при рождении — 2700 г, родилась доношенной в срок. До одного года развивалась соответственно возрасту, к 3 годам у девочки выявилась тугоухость.

Профилактические прививки сделаны в срок. Аллергологический анамнез не отягощен. У мамы — единственная почка (врожденная), хронический пиелонефрит. Отец ребенка здоров, у родственников отца выявлена тугоухость. Девочка из социально неблагополучной семьи. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, ОРВИ, частые ангины. В стационаре не лечилась.

Объективно: состояние девочки тяжелое за счет отечного синдрома, температура — 36,3°C. Телосложение астеническое, пониженной упитанности, выраженное нарушение осанки; кожные покровы бледные, сухие. Незначительный отек век, тени под глазами и резко выраженный отек коленных суставов, голени, голеностопных суставов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке, ЧСС — 110 в 1 мин, АД — 150/110 мм Hg. Границы сердца перкуторно не расширены, верхушечный толчок в пятом межреберье. Дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, хрипов нет. Перкуторно-легочной звук. Живот мягкий во всех отделах, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край острый, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочепускание редкое — 1—2 раза в день и в малом количестве.

С учетом анамнеза, выраженного отечного синдрома, повышенного АД, олигоурии выставлен предварительный диагноз — наследственный нефрит (синдром Альпорта).

Анализ крови от 24.12.1999 г.: эр. — $4,08 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 126 г/л, цв. показ. — 1,0, СОЭ — 40 мл/

ч, л. — $13,0 \cdot 10^9/л$, п. — 7%, с. — 72%, лимф. — 18%, эоз. — 1%, мон. — 2%.

Содержание общего белка — 64 г/л, мочевины — 8,37 ммоль/л, креатинина — 97 мкмоль/л, холестерина — 5,8 ммоль/л, К — 5,0 ммоль/л, Na — 140 ммоль/л, pH 7,38. По данным пробы Реберга, клуб. филтр. — 120 мл/ч, канальцевая реабсорбция — 90%.

Анализ мочи от 24.12.1999 г.: мутная, цвета мясных помоев, отн. пл. — 1,018, содержание белка — 0,099%, л. — 3—5 в поле зрения, эр. — в большом количестве. Анализ мочи по Нечипоренко: л. — 3500, эр. — в большом количестве.

В первые сутки выделено 450 мл мочи. Анализ мочи по Зимницкому от 25.12.1999 г.: дневной диурез — 550 мл, ночной диурез — 300 мл, отн. пл. — 1,005—1,010.

УЗИ почек: правая — 84x31 мм, положение правильное, форма овальная, контуры четкие, капсула уплотнена на полюсах, эхогенность паренхимы идентична с паренхимой печени. Все группы чашечек расширены. Левая почка — 85x35 мм, положение правильное, форма овальная, контуры ровные, четкие, капсула не уплотнена, эхогенность паренхимы снижена.

Клинический диагноз: наследственный нефрит (синдром Альпорта) с нарушением функции почек.

Было назначено лечение: 1) строгий постельный режим до ликвидации отеков, нормализации АД, исчезновения макрогематурии и протеинурии; 2) диета: 1-й день — разгрузочный (300 г яблок), затем рацион без соли и мяса с ограничением жидкости (выделяемое количество мочи — 300 мл в сут) на 2 недели с постепенным расширением диеты; 3) базисная терапия: антибиотик (цефазолин в/м), комплекс витаминов (В₆, кокарбоксилаза); 4) симптоматическая терапия для снятия отеков: комбинация лазикса с верошпироном, коррекция АД (раунатин), рибоксин, панангин, АТФ; 5) неспецифические иммуномодуляторы: димефосфон, витамины А, Е, элеутерококк.

На фоне проводимой терапии на 3-и сутки отеки исчезли. АД снизилось до 120/80 мм Hg. На 7-е сутки нормализовались результаты анализа мочи и крови (СОЭ снизилось до 11 мм/ч, л. — до $5,6 \cdot 10^6/л$. АД уменьшилось до 95/75 мм Hg. На 10-й день исчез систолический шум. Девочка выписана на 28-й день из стационара в удовлетворительном состоянии со следующими рекомендациями: 1) консультация нефролога в ДМЦ; 2) продолжение диетотерапии; 3) медицинский отвод от профилактических прививок на один год; 4) обучение на дому до конца учебного года; 5) анализы мочи 2 раза в месяц; 6) санация хронических очагов инфекции; 7) гипоаллергическая диета; 8) диспансерное наблюдение.

УДК 577.4—02:616.314—002.2—053.4

А.Н. Галиуллин, Е.А. Россейкина, Р.Г. Бурганов (Казань). Влияние медико-социальных факторов на развитие кариса зубов у детей

Мы провели исследование влияния неблагоприятных медико-социальных факторов у детей, проживающих в г. Казани (2400 чел.) и г. Йошкар-Оле (2130). Для изучения влияния медико-социальных факторов на формирование и развитие кариса зубов у детей дошкольного возраста в условиях крупного города была составлена про-

грамма многомерного корреляционного анализа. Анализ распространенности кариеса зубов показал, что в возрасте 0—3 лет в г. Казани заболеваемость кариесом зубов составляет 30,1%, а в г. Йошкар-Оле — 24%, в возрасте 4—6 лет — соответственно 76,1% и 79,2%.

При изучении влияния антенатальных факторов было установлено, что существенное действие оказывают неблагоприятный климат в семье в периоде беременности (25,3%; $P < 0,001$), перенесенные матерью острые заболевания во время беременности (47,8%; $P < 0,001$), стрессовые ситуации (14,3%; $P < 0,001$), осложнения беременности (5,5%; $P < 0,01$). С возрастом ребенка влияние этих факторов угасает. В г. Казани во время беременности 19,8% женщин употребляли алкоголь, 7,4% — курили. Первое место по употреблению алкоголя и курению занимают женщины, занятые в сфере обслуживания (42,6 1,56%), в строительстве (37,3 1,71%). Меньше, чем другие, курили и употребляли алкоголь педагоги, научные работники (12,2 1,36%). В 3,1% семьях обнаружен неблагоприятный психологический климат, 47,6% женщин не соблюдали в периоде беременности гигиенические правила. Острые заболевания (ОРВИ, грипп и др.) перенесли в этот период 18,5% 0,4% женщин, хронические болезни внутренних органов имели место у 7,7 0,3%, стрессовые ситуации — у 10,2 0,34%, осложнения беременности и в родах — у 50,0 0,39%. Все учтенные нами антенатальные факторы встречались в 86,4 0,4% случаев.

Корреляционный анализ показал существенное влияние на возникновение и развитие кариеса зубов у детей 0—3 лет неблагоприятных антенатальных факторов течения беременности матери. Действие этих факторов усиливалось в сочетании с социально-гигиеническими, медико-биологическими факторами, недостатками медицинского обслуживания. Распространенность кариеса зубов у детей, матери которых в периоде беременности имели неблагоприятные поведенческие факторы, была выше, чем у детей, рожденных матерями, у которых отсутствовали эти факторы, на 16,7% ($P < 0,01$), интенсивность — на 0,75 (кп+КПУ; $P < 0,01$).

Анализ влияния медико-биологических факторов на развитие кариеса зубов у детей показал, что в возрасте 0—6 лет существенное действие оказывают первые роды (13,7%; $P < 0,001$), пол ребенка (3,7%; $P < 0,05$), болезни перинатального периода (2,9%; $P < 0,01$), перенесенные ребенком заболевания (2,9%; $P < 0,01$), сочетанное влияние этих факторов.

Среди социально-гигиенических факторов наибольшим влиянием на возникновение кариеса зубов у детей в возрасте 0—3 лет обладают низкий уровень образования матери (52,5%). Наименьшая зависимость в этой возрастной группе выявлена в отношении плохих материально-жилищных условий. В возрасте 4—6 лет распространенность кариеса зубов составляет 60,2% при следующих факторах: низкий уровень образования матери, неполная семья, трое и более детей в семье, плохие материально-жилищные условия.

Анализ влияния качества питания матери на формирование кариеса зубов свидетельствует о существенном воздействии низкого содержания фтора в питьевой воде (с 46,1 до 100%), а также рафинированных углеводов, употребляемых во

время беременности (49,6 и 91,4%). Неблагоприятными остаются показатели у детей, находящихся в течение первого года жизни на искусственном вскармливании, а также в случаях, когда во время беременности женщины употребляли овощи, фрукты и мясомолочные продукты не каждый день (43,0%). С возрастом ребенка влияние этих факторов ослабевает.

Существенную роль в развитии кариеса зубов у детей играют медико-социальные факторы питания, особенно злоупотребление рафинированными углеводами в возрастной группе 0—3 лет (53,0%; $P < 0,001$). Сила действия этого фактора с возрастом снижается, но остается значительной. Второе место занимает фактор несистематического потребления ребенком жесткой пищи (10,4%; $P < 0,001$). В возрасте 4—6 лет сила влияния этого фактора увеличивается до 34,8% ($P < 0,001$). Третье место принадлежит фактору потребления сладостей между основными приемами пищи.

Наиболее высокий прирост распространенности кариеса зубов характерен для детей, не ухаживающих за полостью рта, имеющих отклонения в сроках прорезывания и некариозные заболевания (соответственно 52,4%, 39,8%, 29,7%).

Неудовлетворительное стоматологическое обслуживание также влияет на формирование и развитие кариеса зубов у детей, и прежде всего отсутствие профилактических мероприятий (35, 9%).

Таким образом, согласно нашим данным, в Казани и Йошкар-Оле существенное влияние на распространенность кариеса зубов у детей оказывают пониженное содержание фтора в питьевой воде, антенатальные факторы, медико-социальные факторы, питание матери в периоде беременности, социально-гигиенические факторы питания ребенка, состояние полости рта, неудовлетворительное медицинское обслуживание. При проведении индивидуальной профилактики необходимо учитывать особенности влияния неблагоприятных медико-социальных факторов риска развития кариеса зубов у детей, проживающих в крупных городах.

УДК 616.995.428—07—08

И. Л. Минулин, А.В. Микешина, Ф.Г. Сафина, Е.В. Бильдюк (Казань). Норвежская чесотка

Норвежская чесотка — редко встречающееся заболевание, которое впервые было описано Даниэльсоном и Беком в 1847 г. у больных лепрой. Ф. Гебра назвал эту форму заболевания норвежской чесоткой. В данном названии отражено лишь место ее первого описания: никакой информации о характерных проявлениях заболевания это определение не содержит. В литературе более поздних лет норвежскую чесотку нередко называют корковой или крустовной, делая акцент на основной клинический симптом заболевания — образование массивных сливных гиперкератотических корковых наслоений на различных участках кожного покрова. Помимо корок при норвежской чесотке обычно выявляются полиморфные высыпания (папулы, везикулы, пустулы, чешуйки) и эритродермия. В связи с этим некоторые авторы считают, что наиболее подходящим названием для данной формы явилось бы “Scabies Danielsen Boeck” с определениями