

Таким образом, результаты УИРС показали, что по имеющимся литературным данным, наблюдается положительная динамика заболеваемости туберкулезом в республике Дагестан.

Список литературы

1. <http://www.riadagestan.ru>; <http://dagpravda.ru>.

РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ У ДЕТЕЙ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Исмаилова М.А., Пулатова Ш.М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан, e-mail: miuzam55@mail.ru*

Актуальность

Частота встречаемости ретинопатии недоношенных (РН) составляет от 11 до 47% в разных странах мира. В структуре инвалидности по заболеванию органов зрения у детей РН составляет от 11 до 18%. Среди дошкольников этот показатель достигает 20-30%.

Целью настоящей работы явилось выявление основных факторов риска на развитие РН в зависимости от характера многоплодной беременности (однойяйцовые или разнояйцовые плоды).

Материалы и методы

На базе Республиканского Перинатального Центра проведен ретроспективный анализ историй болезни 28 новорожденных детей от многоплодной беременности (22 новорожденных из двойни, 6 новорожденных из тройни), вошедших в группу риска по развитию РН. Из них однойяйцовых пар – 7 и разнояйцовых пар – 6. Возраст детей составлял от 28 до 34 недель и масса тела при рождении от 1100 до 2300 гр. Всем новорожденным проводилась респираторная терапия.

Детям были проведены следующие обследования: визометрия, наружный осмотр, биомикроскопия, пуллометрия до и после закапывания мидриатиков, моно и бинокулярную офтальмоскопию, нейросонография, общие и биохимические анализы крови.

Результаты исследования

Результаты исследования показали, что патологические изменения головного мозга тесно связаны с развитием РН. В группе детей с РН чаще выявились ПВК, ВЖК, ПВЛ (72% в группе с РН, 18% в группе без РН). У новорожденных с поражением ЦНС, диагностированной на первой неделе жизни, в 84% случаев наблюдалась РН, тогда как у остальных 16% детей с патологическими изменениями со стороны головного мозга выявленными на 3-4 неделях жизни, диагноз РН был исключен.

В группах разделенных на однойяйцовые и разнояйцовые виды многоплодия, отмечались существенные различия по выявляемости РН. В группе однойяйцовых отмечалась 100% выявляемость РН у обоих близнецов, однако у первого плода из близнецов отмечалась более тяжелая степень относительно к рожденному вторым. Среди всех детей этой группы диагностировалась активная фаза РН “0” стадия у 17%; “1” стадия у 83%, из которых 17% протекали в виде «плюс болезни» и 17% закончились индуцированным регрессом. В группе разнояйцовых РН наблюдалась у 25% обоих детей, а в 75% случаев РН отмечена только у одного из плодов. И в этой группе у первородных плодов также преобладала тяжелая форма РН. В группе тройни РН наблюдалась у 67% новорожденных (“0” стадия – 50%, “1” стадия – 50%). Анализ зависимости частоты встречаемости РН от гестации, в настоящем исследовании, показал что начиная с 34 х недель выявляемость РН резко снижается, у 6 детей со сроком гестации 34-35 недель были

выявлены изменения на глазном дне, но диагноз РН был исключен.

Выводы

Многоплодная беременность, заканчивающаяся преждевременными родами, также является фактором риска на развитие РН. У новорожденных рожденных первыми при многоплодной беременности, возрастает риск развития тяжелой формы РН. Патологические изменения в головном мозге способствуют формированию РН у недоношенных детей от многоплодной беременности.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА И ИСХОДОВ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ

Исмаилова М.А., Ходжамова Н.К.,
Абдурахмонова С.З., Сулйманова Л.И.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан, e-mail: miuzam55@mail.ru*

Бактериальные инфекции новорожденных занимают первое место в структуре неонатальной заболеваемости и является лидирующей причиной в структуре смертности, по данным ВОЗ составляет до 36%. Летальность от сепсиса новорожденных (СН) составляет 30-40%, тогда как при развитии септического шока летальность достигает 58-60%.

Реформы Здравоохранения в Узбекистане по регионализации медицинской помощи роженицам и новорожденным, направленные на повышение качества услуг в родовспомогательных учреждениях (РВУ), привели к существенному снижению заболеваемости по СН в статистической структуре смертности, однако показатель летальных случаев в самой группе больных остается высоким.

Цель исследования: провести анализ факторов риска на заболеваемость и перинатальные исходы сепсиса новорожденных с позиций сроков манифестации.

Материалы исследования

Исследования проводились в РВУ II и III уровней г. Ташкента. Критериями для включения в группы исследования явились 85 случаев с клиническим диагнозом сепсиса новорожденных (ранняя и поздняя формы), исключались случаи доказанной перинатальной асфиксии тяжелой степени, родовые травмы ЦНС и внутричерепные кровоизлияния, врожденные формы TORCH инфекции, очаговые бактериальные инфекции.

У группу раннего сепсиса новорожденных (РСН) были включены 65 новорожденных с гестационным возрастом от 22 до 42 недель (основная группа), при условии не менее 3-х клинико-лабораторных проявлений бактериальной инфекции в первые 72 часов жизни. Соответственно группу позднего сепсиса новорожденных (ПСН) – составили 20 новорожденных (контрольная группа), со сроком гестации от 22 до 42 недель с клинико-лабораторными проявлениями генерализованной бактериальной инфекции после 72 часов жизни.

В настоящее время в Узбекистане внедряется национальный протокол диагностики и лечения СН, однако диагностика его в родильных домах до настоящего времени чаще базируется на клинических проявлениях. В связи, с чем в наших исследованиях мы также разделили новорожденных на 2 подгруппы: с диагностически достоверными и диагностически сомнительными случаями СН. Критериями для включения в группу диагностически сомнительного СН явились:

1. Выздоровление и выписка домой на 7-10 день жизни;
2. Отсутствие бактериального подтверждения;
3. Нормальные показатели ОАК, в динамике двукратного повторения;
4. Длительность эмпирической антибактериальной терапии до 7 дней.

Результаты исследования

Характеристика акушерского анамнеза матерей, обследованных новорожденных показала, что средний возраст матерей составлял 27,25±1,8 лет. Из 85 матерей у 10 (11,8%) выявлен отягощенный соматический анамнез: хронический тонзиллит, нейроциркуляторная дистония, приобретенные пороки сердца, миопия, артериальная гипертензия, нарушение жирового обмена. Отягощенный гинекологический анамнез отмечался у 13 (15,3%) женщин: воспалительные заболевания органов малого таза, эрозия шейки матки, дисфункция яичников, первичное и вторичное бесплодие, привычное невынашивание. Урогенитальная инфекция (уреаплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз) обнаружена у 14 (16,5%) матерей.

Данная беременность была первой у 32 (37,6%) женщин, повторной – у 53 женщин (62,4%). У 29 женщин (34,1%) настоящей беременности предшествовали от 1 до 8 медицинских аборт; у 24 (28,2%) отмечались самопроизвольные выкидыши при сроке беременности до 12 недель; в 2 (2,4%) случаях имело место неразвивающаяся беременность. Осложненное течение настоящей беременности имело место в следующих пропорциях: токсикоз беременных наблюдался в I триместре у 49 женщин (57,6%); угроза прерывания беременности у 47 женщин (54,1%); ОРВИ перенесли 82 (96,5%) беременных; анемия была зарегистрирована у 73 (85,9%) женщин; гестоз развился у 14 (16,5%) женщин в III триместре данной беременности.

Роды были самостоятельными у 17 (20%) женщин, оперативными – у 68 (80%). Осложнения в родах имели место в 57 (67,1%) случаях (отслойка нормально расположенной плаценты, дистресс плода).

Основную группу составили 43 мальчика и 22 девочки. Масса тела детей при рождении составила от 600 до 4450 гр, длина тела от 32 до 55 см. Распределение детей по массе тела было следующим: менее 1000 гр – 3 (4,1%) детей, от 1000 до 1499 гр – 10 новорожденных (15,3%), от 1500 до 2499 г – 27 детей (41,5%), более 2500 г – 25 детей (38,4%). По гестационному возрасту дети распределились следующим образом: 22–27 недель – 4 ребенка (6,1%), 28–31 недель – 12 детей (18,4%), 32–37 недель – 23 детей (35,4%), более 37 недель – 26 детей (40%). Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни составляла 4,5±0,35 (от 1–8 баллов), и на 5-й минуте жизни – 5,82±0,29 (3–8 баллов).

В контрольной группе распределение по гестационному возрасту было следующим: 8 детей составили 28–31 недель (40%), 7 (35%) детей – 32–37 недель и 5 (25%) детей – более 37 недель. Мальчиков было 11 (55%), девочек – 9 (45%). Оценка по шкале Апгар на

1-й минуте жизни составила 6,04±0,42 (3 – 8 баллов) и на 5-й минуте – 7,04±0,29 (7 – 9 баллов).

У недоношенных детей сниженная иммунологическая защита, в силу незрелости их организма, не позволяет адекватно противостоять на пути инфекционного агента. В наших исследованиях число недоношенных детей составило 54 новорожденных (63,5%), со сроком гестации от 22 до 37 недель, тогда как число доношенных было 31 (36,5%).

Среди обследованных детей РВУ III уровня число недоношенных превышало в 3 раза относительно доношенных. В РВУ II уровня достоверной разницы между количеством доношенных (43%) и недоношенных (57%) детей не отмечалось. Учитывая формы течения СН по срокам манифестации, мы проанализировали статистические показатели встречаемости РСН и ПСН в выше указанных родильных учреждениях в зависимости от гестационного возраста новорожденных (таблица).

Как видно из данных таблицы 76,5% из контингента больных СН составила ранняя форма (РСН); соответственно ПСН составила 23,5%. Анализ зависимости сроков проявления СН в группе доношенных и недоношенных детей показал что, РСН на 20% чаще встречается у недоношенных детей (60% относительно 40%), тогда как по при ПСН данная зависимость статистически достоверно превалировала в 3 раза у недоношенных детей (75% относительно 25%). Полученные результаты соответствуют данным литературы, что основными факторами риска ПСН являются длительность пребывания недоношенных в РВУ и активность инвазивных вмешательств на этапе выхаживания.

Известно, что более низкие сроки гестации усугубляют тяжесть и исходы перинатальных состояний недоношенных детей. Нами проведен анализ частоты встречаемости ранних и поздних форм СН в зависимости от сроков гестации. Полученные данные указывает на тенденцию нарастания случаев ПСН в зависимости от малых сроков гестации (> 37 недель – 25%, 32–37 недель – 35%, 28–31 недель – 40%). Обратная зависимость снижения частоты встречаемости РСН у недоношенных детей, причем, чем ниже срок гестации, тем ниже частота встречаемости РСН (более чем в 6 раз чаще РСН встречается у доношенных детей, чем у недоношенных с гестацией 22–27 недель).

Низкая масса при рождении наряду с недоношенностью значительно влияет на состояние здоровья новорожденных детей и на характер перинатальных исходов, а также по данным ВОЗ (2006 г.) является второй по значимости причиной неонатальной смертности. В наших исследованиях масса детей при рождении составила от 600 до 4450 гр. Распределение детей по массе было следующее: экстремально низкая масса тела (ЭНМТ) – 3 новорожденных (3,5%), очень низкая масса тела (ОНМТ) – 19 новорожденных (22,4%), низкая масса тела (НМТ) – 34 детей (40%) и дети с весом более 2500 гр – 29 (34,1%).

Анализ зависимости форм СН от сроков гестации новорожденных в РВУ II и III уровня

Уровень РВУ	РСН (n=65)		ПСН (n=20)		Всего (n=85)	
	Дон	Недон	Дон	Недон	Дон	Недон
III уровня	6 (26,1%)	17 (73,9%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	7 (24,1%)	22 (75,9%)
II уровня	20 (47,6%)	22 (52,4%)	4 (28,6%)	10 (71,4%)	24 (42,9%)	32 (57,1%)
Всего	26 (40%)	39 (60%)	5 (25%)	15 (75%)	31 (36,5%)	54 (63,5%)

В группе РСН число диагностически достоверных случаев составило 90%, тогда как в группе РСН наблюдались: 69,2% случаев достоверной диагностики и число детей с недостаточной диагностикой составило 30,8% (превалирование в 2,6 раз). Таким образом, диагностика РСН является на настоящий момент проблемой требующей дальнейшего поиска диагностически достоверных маркеров с учетом сроков гестации новорожденных.

Количественный анализ перинатальных исходов показал, что при РСН летальность была в 3 раза ниже (23,4%), в основном летальные исходы преобладали в группе недоношенных детей в 5 раз (соответственно 83%, относительно 17% среди доношенных).

Вывод

Недоношенность, маловесность по-прежнему детерминируются, как основные факторы риска на развитие СН и его летальности, особенно при поздней форме манифестации. Диагностика РСН чаще является клиническим диагнозом, требующим усиления базы доказательных критериев диагностики.

Список литературы

1. Bellid L.L., Ohning B.L. Neonatal sepsis. Medicine. Neonatology. Com. Inc, 2006: 351–369.
2. Etiology and Clinical Signs of serious infections in young infants in developing countries: a WHO collaborative study. The Pediatric Infectious Disease Journal. 1999; 18 (10) (Suppl.): 8–16.
3. Joy E Lawn, Simon Cousens, Jelka Zupan. Neonatal Survival 1: 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet, Vol. 365 March 5, 2005.
4. The World Health Report. Make every mother and child count. WHO, 2005.
5. Friedman G, Silva E, Vinsent J.L. Has the mortality of septic shock changed with time. Crit. Care Med. 2001.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ИЕРСИНИОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У РЕБЕНКА

Катхе С.В., Гаджиева Ш.Р.

*Южно-Казахстанская государственная
фармацевтическая академия,
Шымкентская городская инфекционная больница,
Шымкент, Республика Казахстан,
e-mail: sberdalieva@mail.ru*

Введение

В настоящее время заболеваемость иерсиниозом в Республике Казахстан по данным официальной статистики относительно невысокая, так на 100 тысяч населения показатель составляет 1,86. По ЮКО соответственно за 2012 год – 0,46 и за 2013 год – 0,56. Из указанных показателей заболеваемости иерсиниозом, на долю детей в возрасте до 14 лет приходится около 80-90% от общего числа. Сложный иммунопатогенез иерсиниозов, разнообразие клинических масок, склонность к хронизации процесса, проблемы дифференциальной и лабораторной диагностики создают трудности верификации диагноза и большая часть случаев остается нераспознанной, незарегистрированной.

Среди видов иерсиниозов, кишечный иерсиниоз, относится к трудно диагностируемому острым инфекциям и часто регистрируется под видом других заболеваний. Трудности в постановке клинического диагноза, длительность бактериологического выделения возбудителя, перекрестная иммунореактивность с рядом других микроорганизмов являются основанием для акцентирования данного заболевания, и основанием для совершенствования методов и приемов диагностики. Предлагаем обсудить случай из практики иерсиниозной инфекции у мальчика 13 лет, из Кзылгурского района ЮКО, поступившего на лечение в Шымкентскую городскую инфекционную больницу.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ истории болезни, статистические данные Шымкентской городской инфекционной больницы.

Результаты и их обсуждение

Больной поступил с жалобами на повышение температуры тела до 38-39⁰, высыпания по телу, головные боли, слабость, снижение аппетита.

Из anamnesis morbi: со слов мамы ребенок болен 5-й день. Заболевание началось остро с повышения температуры до 38,5-39⁰, кашля, головной боли и боли в животе. На 2-3 день общая слабость, умеренные высыпания по телу. На 4-й день сыпь появилась на ногах и руках. Обратились в поликлинику по месту жительства, где получили назначения: парацетамол и аспирин. На следующий день сыпь появилась по всему телу, больше в конечностях кистей рук, стоп и ухудшилось самочувствие. Вновь обратились в поликлинику, откуда были доставлены в Шымкентскую городскую инфекционную больницу, скорой медицинской помощью, госпитализированы по тяжести состояния в ОРИТ, затем после стабилизации состояния перевели в отделение.

Из anamnesis vitae: в семье 4-й ребенок. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по плану. Состоит на «Д» учете у уролога с д/з: «Варикоцеле». Аллергоанамнез и наследственность не отягощены. Перенесенные заболевания: ОРВИ с судорогами (получали лечение в Шымкентской городской инфекционной больнице.)

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает. Живет в частном доме, водоснабжение централизованное, санитарную гигиену соблюдает. Овощи хранят в погребе. Мальчик помогает родителям по уходу за домашними животными. Со слов мальчика другие члены семьи здоровы.

Status praesens: Состояние при поступлении тяжелое за счет симптомов интоксикации. Сознание ясное. Самочувствие нарушено. Вялый, слабый. Аппетит снижен. Менингеальные знаки отрицательные. Температура тела 38,5⁰С. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, по всему телу темные мелко-точечные высыпания на неизменном фоне, особенно много на локтевых сгибах, в паховой области, в подмышечных впадинах, и в естественных складках. Кисти рук и стопы ярко гиперемированы по типу симптомов «перчаток» и «носок». Тургор тканей сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. При осмотре: склеры глаз инъекцированы, легкая фотофобия, губы сухие запекшиеся, рот открыт с трудом, язык по краям – малиновый, корень покрыт грязно-белым налетом. В зеве яркая гиперемия дужек; миндалины – гипертрофированы, рыхлые, налетов нет; задняя стенка глотки – зерниста. Дыхание через нос затруднено, отделяемого нет. Легкая токсическая одышка. ЧД – 32 в мин. Аскультативно в легких жесткое дыхание, хрипов нет, перкуторно легочной звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 96 в мин. Живот мягкий, доступен пальпаций, отмечаются незначительная болезненность по всему животу. Печень увеличена на 1,0 см, селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный, Диурез адекватный.

В анализах умеренная лейкопения, нейтрофилез; Б/хАК; ОАМ, Копрологии – б/о. Бак посев из носа, зева – отрицательный; ИФА на иерсиниоз, листериоз – Ig M, Ig G не обнаружены; Бак анализ кала и мочи на иерсиниоз – в работе; РПГА – нет реактивов.

Проведено лечение: стол № 15, теплое питье; этиотропная терапия (левомицетин 0,5×3 р/д №6, цефа-