

терную программу «ПН 5108» (Свидетельство № 2003612170 от 17.09.03 г.). Измерение показателей стандартной спермограммы проводили по общепринятым методикам, рекомендованным ВОЗ.

Было исследовано 95 образцов спермоплазмы мужчин. У 17 проб эякулятов фертильных мужчин определен уровень полиаминов спермоплазмы, а также отношение Сп/Спд. 54 образца эякулятов субфертильных мужчин были разделены на группы, в соответствии с каждым показателем спермограммы, и проводился их сравнительный анализ.

Анализ полученных данных выявил, что содержание полиаминов в спермоплазме и отношение Сп/Спд связано с концентрацией сперматозоидов в единице объема. Полиамины спермоплазмы по-разному влияют на различные звенья фертилизации сперматозоидов: в физиологических концентрациях спермидин увеличивает скорость сперматозоидов и число активно подвижных форм, а спермин препятствует агглютинации и агрегации сперматозоидов. Превышение физиологического уровня спермина способно оказывать губительное действие на мужские половые клетки, вызывая снижение подвижности и увеличение числа мертвых сперматозоидов.

Полученные данные могут представлять практический интерес при подготовке спермы для вспомогательных репродуктивных технологий, для диагностики репродуктивного здоровья мужчин.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Практикующий врач», 6-9 декабря 2004 г., Рим, Италия

ВЛИЯНИЕ ДИСГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ НА СОСТОЯНИЕ И РАННЮЮ АДАПТАЦИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ

Седа Я.Л.В.

*Владивостокский государственный
медицинский университет,
Дальневосточный филиал научного центра
медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН,
Владивосток*

Функционирование репродуктивной системы женщин во многом определяется гармоничностью развития в подростковом возрасте. Исходное нарушение физического или полового развития у юных женщин может послужить дополнительным фактором риска для развития осложнений во время беременности и влиять на перинатальные исходы.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния и особенностей ранней адаптации новорожденных юных первородящих с отклонениями физического развития. Для этого, нами проведено наблюдение за 432 новорожденными детьми, родившимися от матерей подростков. Оценка исходного физического развития юных беременных осуществлялась по совокупности 2-х морфологических признаков – росту и массе тела.

В результате проведенного исследования установлено, что гармоничное физическое развитие (группа ГФР) имели 258 (59,7%) беременных подро-

стков, дисгармоничное – 174 (40,3%). При этом дисгармоничное физическое развитие за счет дефицита массы тела отмечено у 124 (28,8%) юной женщины (группа ДФР1), за счет избытка массы тела – 50 (11,5%) – группа ДФР2. Новорожденные дети были разделены на 3 клинические группы соответственно делению юных матерей.

У юных первородящих группы ГФР родилось доношенными 245 детей (94,6%), в группе ДФР1 – 108 детей (86,4%) и в группе ДФР2 – 46 детей (92,0%). Самую высокую частоту рождения недоношенных детей имела группа юных матерей ДФР1 (13,6±3,1%), что в 2,5 раза чаще, чем в группе ГФР (5,4±1,4%). Аналогичный показатель у группы ДФР2 составил 8,0±3,8%, что в 1,5 раза выше, чем в группе ГФР. Доля переносимых детей составила 0,7% - в группе ГФР, 0,8% – в группе ДФР1, в группе ДФР2 переносимости у новорожденных не отмечено.

Основное количество детей в исследуемых группах родилось с оценкой по шкале Апгар 8 – 10 баллов. Однако в группе юных матерей с ДФР1 данный показатель составил 73,4±3,9%, что достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в группе матерей ГФР (84,4±2,3%). Тенденция к уменьшению количества новорожденных с оценкой по Апгар 8 – 10 баллов имела и в группе юных женщин ДФР2 (73,5±6,3%). В группах юных первородящих с дисгармоничным физическим развитием отмечено увеличение количества детей, рожденных с оценкой по Апгар 6 – 7 баллов. Так, в группе ДФР2 этот показатель составил 22,4±5,9%, а в группе ДФР1 – 21,8±3,7%, что в 2 раза выше ($p < 0,05$), чем в группе ГФР (11,2±1,9%). Количество детей, рожденных с оценкой по Апгар 5 баллов и менее во всех группах было одинаковое и составило 4,3±1,3%; 4,8±1,9% и 4,1±2,8% соответственно. За счет увеличения количества детей рожденных на 6 – 7 баллов в группах дисгармоничного физического развития средняя оценка новорожденных по шкале Апгар в этих группах была достоверно ниже ($p < 0,01$), чем в группе ГФР (7,54±0,09) и составила 7,71±0,03 балла в группе ДФР1; 7,45±0,07 баллов в группе ДФР2.

При анализе показателей массы тела новорожденных с учетом гармоничности физического развития юных матерей выявлено, что средняя масса доношенных новорожденных у первородящих группы ДФР1 составила 3147,18±37,9 г, что достоверно меньше ($p < 0,001$), чем в группе ГФР – 3298,14±24,4 г. Несколько выше данный показатель оказался выше в группе ДФР2 и составил 3381,7±59,6 г. Средняя длина новорожденных группы ГФР была 51,5±0,1 см, в группе ДФР1 – 50,9±0,3 см ($p < 0,05$, по сравнению с группой ГФР) и в группе ДФР2 – 51,9±0,2 см. Частота рождения доношенных детей весом менее 3000 г была достоверно выше в группе матерей ДФР1 по сравнению с группой ГФР (соответственно 32,4±4,2% и 19,2±2,4%; $p < 0,01$). Данный показатель в группе ДФР2 составил 16,0±5,2%. Доля крупных новорожденных (масса тела при рождении 4000 г и более) у юных первородящих группы ГФР была в 3,5 раза выше по сравнению с группой матерей ДФР1 и в 1,5 раз выше, чем в группе ДФР2 (3,1%; 0,8% и 2,0% соответственно по группам). Одним из показателей процессов адаптации новорожденных является потеря и

восстановление первоначальной массы тела в первые дни после рождения. Согласно результатам наших исследований в детей юных матерей группы ГФР средняя потеря первоначальной массы тела составила $6,6 \pm 0,1\%$, что достоверно меньше ($p < 0,001$), чем у первородящих группы ДФР1 ($8,3 \pm 0,2\%$) и группы ДФР2 ($8,0 \pm 0,3\%$). Кроме того, патологическая (более 10%) максимальная потеря массы тела в периоде новорожденности отмечена у $29,8 \pm 4,1\%$ детей матерей группы ДФР1 и у $28,6 \pm 6,5\%$ - группы ДФР2, что достоверно чаще ($p < 0,001$), чем в группе ГФР ($6,6 \pm 1,5\%$). Показатель восстановления массы тела у новорожденных группы матерей с ГФР составил $97,5 \pm 0,1\%$, что почти соответствовало норме (98 – 100%). В группах детей юных матерей с ДФР1 и ДФР2 этот показатель был снижен до $96,5 \pm 0,2\%$ и $95,1 \pm 0,3\%$ соответственно, что свидетельствует о недостаточных компенсаторно – адаптационных возможностях новорожденных этих групп.

Частота рождения детей в состоянии асфиксии в группах с дисгармоничным физическим развитием была в 3 раза выше, чем в группе матерей ГФР ($p < 0,05 - 0,01$). Различную степень нарушения мозгового кровообращения перенесли $12,9 \pm 3,0\%$ новорожденных матерей группы ДФР1 и $8,0 \pm 3,8\%$ - в группе ДФР2. Аналогичный показатель в группе юных первородящих ГФР составил $4,3 \pm 1,3\%$, что в 2 раза ниже по сравнению с группой ДФР2 и в 3 раза ниже, чем в группе ДФР1 ($p < 0,05$). Признаки морфо - функциональной незрелости достоверно чаще ($p < 0,01$) были зарегистрированы у новорожденных группы ДФР1 - $18,5 \pm 3,5\%$ и группы ДФР2 - $20,4 \pm 5,7\%$ ($p < 0,05$) по сравнению с группой ГФР - $8,5 \pm 1,7\%$). Анализ перинатальных исходов в сравниваемых группах показал, что каждый пятый новорожденный группы матерей ДФР1 имел задержку внутриутробного развития (ЗВУР) ($21,8 \pm 3,7\%$). В группе матерей ГФР этот показатель был достоверно ниже ($p < 0,001$) и составил $8,1 \pm 1,7\%$. ЗВУР у новорожденных в группе матерей ДФР2 отмечена у каждого десятого ребенка ($10,2 \pm 4,3\%$), что существенно не отличалось от группы ГФР.

Врожденные пороки развития были выявлены у $1,5 \pm 0,7\%$ детей группы матерей ГФР, что в 2 раза реже, чем в группе ДФР1 - $3,2 \pm 1,5\%$ и в 4 раза реже, чем в группе ДФР2 - $4,0 \pm 2,7\%$. Обращает на себя внимание, что у новорожденных группы матерей ДФР1 достоверно чаще имели место аномалии развития опорно – двигательного аппарата, не влияющие в значительной степени на жизнедеятельность организма (дисплазия тазобедренных суставов, мышечная кривошея, вальгусная деформация стоп). Данная патология отмечена у $29,6 \pm 4,1\%$ новорожденных группы ДФР1. Аналогичный показатель в группе юных матерей ГФР составил $17,4 \pm 2,4\%$ ($p < 0,001$) и $16,3 \pm 5,3\%$ - в группе ДФР2.

Заболеваемость новорожденных в группе ДФР1 составила $774,1\%$, в группе ДФР2 – $653,1\%$, что значительно превысила таковую у новорожденных группы матерей ГФР ($302,3\%$; $p < 0,001$).

Таким образом, проведенные исследования позволили сделать вывод, что физическая дисгармоничность юной матери, отражающая биологическую зре-

лость организма, может быть причиной высокого уровня патологии у новорожденных детей. Анализ перинатальных исходов показал, что новорожденные юных матерей с исходным дисгармоничным физическим развитием, имеют более низкие показатели при оценке по шкале Апгар, чаще рождаются в состоянии асфиксии, имеют более высокий процент морфо – функциональной незрелости и гипоксического поражения ЦНС. Кроме того, дети группы матерей с исходным недостатком массы тела имеют меньшую массу и длину тела при рождении, более высокий процент ЗВУР и патологии опорно – двигательного аппарата. Вышеперечисленное является свидетельством неблагоприятного течения гестационного процесса и ухудшает течение адаптационного периода новорожденных.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Практикующий врач», 6-9 декабря 2004 г., г. Рим, Италия

КОРРЕКЦИЯ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ

Стрюковский А.Е., Тараканов В.А.,
Мазурова И.Г., Бондаренко С.Б.

*Кафедра хирургических болезней детского возраста,
Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Ведение больных с аноректальными пороками развития на различных этапах лечения остается актуальной и дискуссионной проблемой детской колопроктологии. Ее значимость обусловлена высокой частотой встречаемости данного порока развития (в нашем регионе 1:3000 новорожденных), сложностью медицинской и социальной реабилитации, не полностью решенными вопросами тактики реабилитационной терапии и отсутствием единого мнения о предоперационной подготовке и послеоперационном ведении.

Одной из основных задач сопроводительной терапии на этапе предоперационной подготовки является коррекция дисбактериоза, облегчение процессов пищеварения на фоне проводимой деконтаминации кишечника. Восстановление качественного и количественного состава микрофлоры толстой кишки возможно применением препаратов-эубиотиков, таких как бифидумбактерин, лактобактерин, препарат «Линекс», «Бактисуптил», а также при использовании препаратов пробиотиков.

Применение препаратов пробиотического характера равноценно, а в предоперационной подготовке имеет некоторые преимущества перед препаратами эубиотиками: они облегчают пищеварение и всасывание необходимых витаминов и питательных веществ, способствуют формированию собственной микрофлоры кишечника без «нагрузки извне», а также не инактивируются под действием препаратов, применяемых с целью деконтаминации.

По материалам нашей клиники нарушение колонизационной резистентности микрофлоры