

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

толстой кишки у детей с различными формами атрезии ануса и прямой кишки в пред- и послеоперационных периодах корректировали применением препарата «Хилак - форте» на фоне проведения селективной деконтаминации в сочетании с энтеросорбцией и ферментотерапией, под контролем анализов кала на дисбактериоз.

Восстановление собственной микрофлоры кишечника происходило за более короткие сроки, что являлось одной из немаловажных факторов, позволяющих провести полную реабилитацию детей с данной патологией за 1,5-2 года.

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

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НЕБИВОЛОЛА НА СПОСОБНОСТЬ К ДИЛАТАЦИИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Терентьев В.П., Клейменова В.А., Курбатова Э.В.

*Ростовский государственный
медицинский университет*

Целью исследования явилось изучить влияние небиволола на способность к вазодилатации задней большеберцовой артерии у больных с синдромом диабетической стопы (СДС) при окклюзионной и нитроглицериновой пробах.

Больные сахарным диабетом (СД) II типа (n=249) были разделены на две группы в зависимости от наличия (основная) и отсутствия (контрольная) СДС. Оценку эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации задней большеберцовой артерии проводили с помощью окклюзионной и нитроглицериновой проб. Для этого изменения диаметра задней большеберцовой артерии и линейной скорости кровотока фиксировали в режиме двухмерного ультразвукового сканирования. В работу включены результаты исследования больных до и после 12- недельного лечения высокоселективным бета1-адреноблокатором со свойством донатора NO небивололом (Небилет, Berlin- Shemie). Оценку влияния небиволола производили путем применения дисперсионного анализа.

Применение небиволола у больных основной и контрольной групп привело к повышению способности задней большеберцовой артерии к вазодилатации при окклюзионной и нитроглицериновой пробах. Однако, проведенный дисперсионный анализ позволил выявить большую значимость воздействия небивололом для повышения вазодилатационных резервов сосудов нижних конечностей у пациентов с СДС. Полученные результаты позволяли рекомендовать применение небиволола у больных с СДС для коррекции регуляторных контуров периферической гемодинамики.

ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА НА АУТОРЕГУЛЯЦИЮ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Терентьев В.П., Клейменова В.А.

*Ростовский государственный
медицинский университет*

Целью исследования явилось изучить влияние небиволола у больных с синдромом диабетической стопы (СДС) на ауторегуляторные способности сосудов нижних конечностей (НК) при колебаниях системного АД.

В исследование включены 249 больных сахарным диабетом (СД) II типа. Нижнюю границу ауторегуляции кровотока в НК определяли при форсированном снижении повышенного системного АД. Уровень среднего АД, при достижении которого локальный кровоток в регионе начинал снижаться, считали нижней границей ауторегуляции кровоснабжения НК. Кровоток оценивали методом ультразвуковой доплерографической флоуметрии в импульсном режиме. В работу включены результаты исследования больных до и после 12- недельного лечения высокоселективным бета1-адреноблокатором небивололом (Небилет, Berlin- Shemie).

У больных СД II типа в основной группе нижняя граница ауторегуляции кровотока в нижних конечностях была повышена. В связи с этим, у пациентов СД II типа с СДС диапазон и темпы достижения целевых цифр при изменении АД ограничены. Проведение 12- недельного курса небиволола у больных с СДС способствовало снижению нижней границы ауторегуляции кровотока в задней большеберцовой артерии. Следовательно, применение небиволола у больных основной группы при наличии артериальной гипертензии кроме гипотензивного эффекта приводило к улучшению нарушенных механизмов ауторегуляции кровотока в нижних конечностях, то есть к его реадaptации. В результате реадaptации ауторегуляции больные начинали лучше переносить резкое снижение системного АД, в том числе вызываемое приемом антигипертензивных препаратов.

ОСОБАЯ ФОРМА СИНДРОМА ЭУТИРЕОИДНОЙ СЛАБОСТИ

Терещенко И.В., Каюшев П.Е., Каюшева Е.Е.

*ГОУ ВПО «Пермская государственная
медицинская академия МЗ РФ»*

Цель: изучить патогенетические механизмы и клинические признаки синдрома эутиреоидной слабости (СЭС), проявляющегося изолированным повышением в крови уровня трийодтиронина (Т3).

Методы: проведено углублённое общеклиническое обследование 92 лиц с изолированным повышением в крови уровня Т3, из них 78 чел. были участниками ликвидации аварии на ЧАЭС (Л), 2 мужчин. регулярно занимались зимним плаванием (исследование ТТГ, Т3, Т4 проведено у них до и сразу после заплыва), 12 чел. - люди разного пола (6 муж., 6 жен.), возраста (от 18 до 59 лет) и профессий (работники ин-