

Р.А. Фокина, Ф.А. Захарова

ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ДЕБЮТ И ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

УДК 616.5(-17)

Изучено влияние характера вскармливания детей первого года жизни на дебют заболевания, распространенность и тип течения атопического дерматита (АД) в условиях Якутии.

Установлена взаимосвязь характера вскармливания детей с дебютом заболевания и тяжестью течения атопического дерматита.

Ключевые слова: вскармливание, дебют, атопический дерматит, распространенность, тип течения.

The effect of the first year infant feeding character on disease debut, prevalence and course type of atopic dermatitis (AD) in conditions of Yakutia is studied.

The correlation of infant feeding character with disease debut and AD course severity was determined.

Keywords: feeding, debut, atopic dermatitis, prevalence, course type.

Факторы риска, способствующие развитию атопического дерматита многообразны. Одним из основных факторов риска является нерациональное питание на первом году жизни ребенка, в частности замена естественного вида вскармливания искусственным или смешанным.

Наиболее физиологичным является естественное вскармливание, так как по своей структуре материнское молоко приближается к составу тканей ребенка. Преимуществом женского молока является отсутствие антигенных свойств, оптимальное содержание белка по структуре, близкое к белкам клеток ребенка, содержание таурина, обладающего нейроактивными свойствами. Женское молоко, особенно молоко, выделяющееся в первые три-четыре дня после родов очень богато иммуноглобулинами, лейкоциты грудного молока синтезируют интерферон. В грудном молоке содержится большое количество макрофагов, лимфоцитов и высокий уровень лизоцима. Таким образом, грудное вскармливание обеспечивает не только полноценное питание ребенка, но и иммунологическую защиту, что определяет в последующем состояние здоровья ребенка.

Молочные смеси, приготовленные из коровьего молока, вызывают белковые перегрузки и обладают резко выраженной антигенной активностью, что способствует появлению и усилению аллергических реакций у грудных детей, запаздыванию развития ЦНС ребенка, а также поражению почек из-за нарушения обменных процессов [2].

Целью исследования явилось изучение влияния характера вскармливания детей первого года жизни на дебют заболевания, распространенность и тип течения АД в условиях Якутии.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели на базе Якутского республиканского кожно-венерологического диспансера обследовано 70 детей – больных АД в возрасте от 2 до 15 лет (средний возраст $6,8 \pm 4,1$), из них 42 девочки (60%) и 28 мальчиков (40%). Подавляющее большинство составляли коренные жители (якуты) – 53 чел. (76%), русские 15 (21%) и двое больных другой национальности (3%).

Согласно рабочей классификации 2002 года [1] больные были разделены по распространенности кожного патологического процесса на три группы: с ограниченной формой АД – 8 детей (11,4%), с распространенной формой дерматоза – 45 (64,3%) и диффузной формой – 17 (24,3%).

По типам течения больные распределились следующим образом: 20 детей (28%) с редко рецидивирующим (РР) типом течения (обострения один раз в год), 23 (33%) – с часто рецидивирующим (ЧР) типом (обострения 2-3 раза в год) и 27 (39%) – с непрерывно рецидивирующим (НР) типом (более трех обострений в год).

Применялись клинико-лабораторные методы исследования, а также анкетирование детей и родителей.

Статистическая обработка материала проводилась по программе Statistica 6.

Результаты и обсуждение

Гипоалактация определялась у 66% матерей, у 34% – лактация практически полностью отсутствовала ($\chi^2=11,5$; $p<0,0006$). В качестве докорма детей, как

правило, использовались молочные смеси. Искусственное вскармливание было у 24 детей, смешанное – у 46.

Из литературных данных известно, что АД проявляется чаще с 3-6 месяцев жизни ребенка [3]. В условиях Якутии дебют АД представлен достаточно большим временным диапазоном – от 1 недели до 6 лет (рис.1), при этом начало заболевания чаще наблюдается в возрасте до 3 месяцев (52,8%).

Следует отметить, что 75,6 % детей заболели АД до 6-месячного возраста, т.е. дебют АД в Якутии имеет раннее начало и связано с характером вскармливания ребенка. Выявлена прямая пропорциональная зависимость дебюта заболевания от характера вскармливания ($r=0,87$). До 3-месячного возраста АД чаще заболевали дети, находящиеся на искусственном вскармливании, чем на смешанном (63% против 47,8% $p>0,05$) (рис.2).

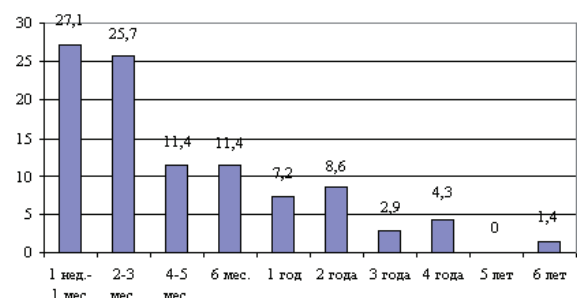


Рис.1. Дебют атопического дерматита

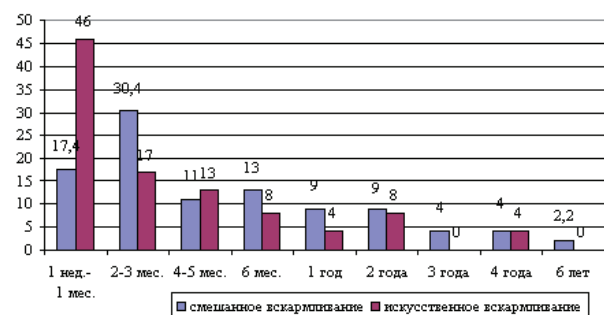


Рис.2. Взаимосвязь дебюта АД и характера вскармливания ребенка на первом году жизни

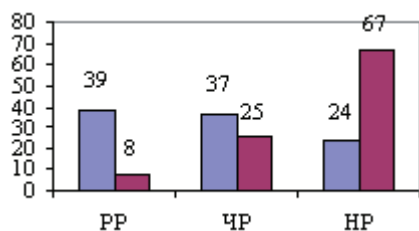


Рис.3. Тип течения АД и характер вскармливания на первом году жизни

Установлена прямая зависимость тяжести течения АД от характера вскармливания ребенка на первом году жизни (рис.3).

Из числа детей, находящихся на искусственном вскармливании, у 67% наблюдался НР тип течения АД, тогда как у детей со смешанным видом вскармливания чаще (39 и 37%) развивался РР и ЧР тип течения АД ($\chi^2=20,2$; $p<0,0001$).

Отмечается также зависимость распространенности болезненного про-

цесса от характера вскармливания ($r=0,9$). При ограниченном процессе смешанное вскармливание получали 15% детей против 4% с искусственным вскармливанием ($\chi^2=6,3$; $p<0,01$). При распространенном АД – 67,5% детей были на смешанном и 58% на искусственном вскармливании ($p>0,05$). У больных с диффузной формой АД соотношение детей с искусственным и смешанным вскармливанием 38% против 17,5 ($\chi^2=7,5$; $p<0,006$) (рис.4).

Выводы

1. Одним из основных факторов риска развития АД является характер вскармливания детей на первом году жизни. По результатам наших исследований, дети – больные АД находились либо на искусственном, либо на смешанном вскармливании.

2. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, имеют более ранний дебют АД (у 58% детей уста-

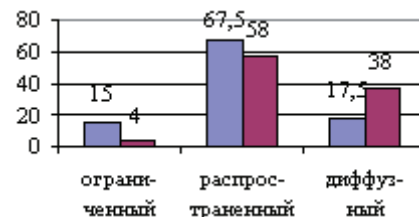


Рис.4. Распространенность АД и характер вскармливания на первом году жизни

новлено начало заболевания в первые три месяца жизни), у них преобладает НР тип течения (67%) и более распространенный характер АД.

Литература

1. Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту / под ред. Р. М. Хаитова, А. А. Кубановой. – М.: Фармарус Принт, 2002. – 191 с.
2. Баранов А.А. Пропедевтика детских болезней / А.А. Баранов. – М.: Медицина, 1998. – 336 с.
3. Сергеев Ю.В. Атопический дерматит / Ю.В. Сергеев. – М.: Медицина, 2002. – 183 с.

Н.Г. Салахова, О.Н.Иванова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

УДК 616-053.2

Ключевые слова: гипогликемия, новорожденные, глюкоза, неонатология, углеводы.

Keywords: hypoglycemia, newborns, glucose, neonatology, carbohydrates.

Гипогликемия – это часто встречающаяся проблема у детей в период новорожденности, которая должна быть диагностирована и разумно курироваться, избегая возникновения судорог и долговременного повреждения головного мозга. Необыкновенно широкий спектр возможных причин и клинических проявлений гипогликемии у новорожденных осложняет ее диагностику и терапию [6].

Кроме того, до сих пор имеется много противоречий, касающихся прежде всего вопроса, что считать гипогликемией.

К середине 80-х гг. XX века большинство неонатологов пришло к убеждению, что критерием гипогликемии следует считать уровень глюкозы 2,2 ммоль/л и ниже в любые сроки после рождения, ибо руководство критериями М.Корнблата и Р. Шварца (гипогликемией считалось снижение глюкозы менее 1,67ммоль/л) приводит к запоздалому ее лечению. После появления сообщений о возможном повреждающем действии на мозг ребенка повторных гипогликемий со снижением сахара в крови ниже 2,6ммоль/л (Lukas

A. Et al., 1988; Mehta A., 1994; Duvanel C.B/ et el., 1999), комитет экспертов ВОЗ (1997) предложил считать гипогликемией новорожденных уровень глюкозы ниже 2,6 ммоль/л [2,3,4]

Каких-либо специфических симптомов гипогликемии не существует. Проявления гипогликемии у каждого ребенка имеют свою клиническую симптоматику и протекают строго индивидуально. Прежде всего следует обращать внимание на такие проявления, как тремор или экстренное развитие адинамии, периодические остановки дыхания, тахипноэ, бради- или тахикардия, слабость, высокочастотный неэмоциональный крик, вялость, заторможенность, слабое сосание, беспокойство, бледность, потливость, гипотермия, задержка мочеиспускания, судороги. Могут быть следующие глазные симптомы: плавающие круговые движения глазных яблок, нистагм, снижение тонуса глазных мышц и исчезновение окулофасциального рефлекса [1,3,5].

Особенно часто гипогликемия возникает у новорожденных от матерей, страдающих сахарным диабетом [2].

Необходимо помнить, что мозг новорожденного в 40 раз активнее утилизирует кетоновые тела (на них приходится 15-30% энергетических потребностей), в связи с чем у 50%

новорожденных может полностью отсутствовать клиника гипогликемии. Считают, что у детей с бессимптомной гипогликемией имеется более выраженная транзиторная физиологическая гиперкетонемия. Вероятно, имеют значение и особенности контринсулярных гормонов в крови (глюкагона, глюкостероидов, трийодтиронина, соматостатина, гормона роста) [4,5].

До настоящего времени нет однозначного мнения, касающегося терапии гипогликемии. Руководствуясь рекомендациями ВОЗ (1997 г.), парентеральное введение растворов глюкозы следует начинать при уровне гликемии 2,2 ммоль/л и ниже. В то же время, если у здорового ребенка при отсутствии симптомов гипогликемии в первые часы жизни регистрируется уровень гликемии ниже 2,6 ммоль/л, необходимо убедиться, что начато энтеральное питание, и мониторировать уровень гликемии каждые 0,5-1 час, и, убедившись, что уровень глюкозы в крови повышается, не предпринимать усилий по его коррекции.

Существует несколько методов парентерального введения глюкозы:

Метод А: глюкозу в дозе 0,4-0,8 г/кг (2-4 мл 20%-го раствора глюкозы на 1 кг массы) вводят внутривенно по 1 мл в минуту. Далее продолжают инфузию глюкозы в дозе 4-8 мг/кг/мин, то есть