

большая, но риск осложнений значительно меньше. Больные хорошо переносят прием таблетированных форм, что облегчает всю процедуру лечения.

Приводим пример успешной терапии метотрексатом.

О., 28 лет, поступила в клинику 28.10.1989 г. с жалобами на задержку менструации в течение 2 нед., появление мажущих кровянистых выделений за 3 дня до поступления, непостоянные боли внизу живота, тошноту по утрам. Чувствует себя беременной.

В анамнезе: росла здоровым ребенком, в детстве болела редко, перенесла корь, ветрянку оспу, взрослой — ОРЗ. Менструации регулярные с 13 лет по 4—5 дней через 28 дней. Последняя менструация была 06.08.1989 г. Половая жизнь с 21 года. Имела 3 беременности — один роды и два медицинских аборта. Гинекологических заболеваний не было.

При общем осмотре отклонений в соматическом статусе нет. Температура — 36,8°, пульс — 68 уд. в 1 мин, ритмичен; АД — 15,3/9,3 кПа.

При гинекологическом исследовании обнаружены цианоз влагалища и шейки матки, небольшое увеличение тела матки, которая имела мягкую консистенцию. Прикосновение к шейке и пальпация матки были безболезненными. Справа от матки пальпировались болезненные, утолщенные до 2 см придатки, слева от нее придатки не определялись. Выделения из влагалища были темными, кровянистыми, очень скудными.

Результаты общего анализа крови и мочи — в пределах нормы. Реакция сперматурии резко положительная. При ультразвуковом сканировании в ампулярном отделе правой маточной трубы най-

ден эмбрион, соответствующий 4-недельной беременности.

Клинический диагноз: правосторонняя трубная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта. С учетом удовлетворительного состояния, отсутствия показаний для экстренного хирургического вмешательства женщине был назначен метотрексат в дозе 60 мг/сут (1 мг/кг массы) ежедневно в течение 4 дней. На 2-й день прекратились кровянистые выделения из влагалища, на 4-й — реакция сперматурии стала отрицательной, исчезли субъективные признаки беременности; на 5-е сутки от начала лечения очертания эмбриона, по данным УЗИ, стали нечеткими. После резорбция плодного яйца произошла через 14 дней.

Выписана из стационара на 14-й день. При контрольном исследовании через месяц отклонений от нормы в гинекологическом статусе не обнаружено, реакция сперматурии была отрицательной; по данным ультразвукового исследования патологии нет.

Таким образом, лекарственная терапия эктопической беременности вполне возможна, и ее следует проводить при диагнозе, не вызывающем сомнения, при отсутствии показаний для экстренного оперативного лечения. Для подтверждения эффективности терапии необходимо использовать ультразвуковое сканирование или лапароскопию. Дальнейшего изучения требует вопрос влияния метотрексата на возможное потомство у таких женщин.

Поступила 13.07.90.

УДК 618.73—02

О ПРИЧИНАХ ГИПОГАЛАКТИИ У ЖЕНЩИН

Г. А. Кулакова, Н. К. Шошина, И. Г. Зиятдинов, Е. В. Агафонова

Кафедра детских болезней № 1 (зав. — проф. О. И. Пикуза) педиатрического факультета Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Естественное вскармливание на первом году жизни имеет огромное значение для нормального физического развития ребенка, правильного формирования его психоэмоциональной сферы. В настоящее время, несмотря на успехи по изучению различных питательных смесей для искусственного вскармливания, все отечественные, а также и зарубежные педиатры признают преимущества грудного вскармливания и являются горячими его сторонниками. Тем не менее число детей, получающих ранний докорм и переведенных на искусственное вскармливание, остается еще высоким. Основной причиной перевода грудных детей на искусственное вскармливание является гипогалактия — пониженная секреторная способность молочных

желез. Важное значение имеют изучение причин гипогалактии, разработка эффективных методов ее предупреждения и лечения.

Мы выяснили причины перевода детей на искусственное вскармливание в районе двух детских поликлиник г. Казани. Проанализированы данные о питании 200 детей. Выявлено, что на искусственное вскармливание в разные сроки были переведены 60% детей (120 чел.), естественное питание до года получали 30% детей (60 чел.). Женщины, дети которых находились на естественном вскармливании, составили контрольную группу. Основной причиной, препятствующей полноценному вскармливанию, была вторичная гипогалактия (95,8%). Первичная гипогалак-

тия имела место, по нашим данным, у 1,4% женщин; в 2,8% случаев причиной перевода на искусственное вскармливание были аномалии сосков.

На искусственное вскармливание детей переводили в основном в 1, 3 и 5-й месяцы жизни. Ранняя гипогалактия (1-й месяц жизни ребенка) выявлена в 28,6% случаев; на 3-м месяце жизни естественного вскармливания лишились 24,2% детей, на 5-м — 17%. Последние месяцы на смешанное и искусственное вскармливание были переведены от 1,4 до 2,8% детей.

Для вторичной гипогалактии характерна многофакторность причин как медицинских, так и социальных. Несмотря на это, нам удалось выделить причину или комплекс причин, способствующих переводу ребенка на искусственное вскармливание в зависимости от возраста. Практически у всех женщин с ранней гипогалактией отмечался отягощенный акушерский анамнез. Большинство женщин (72,3%) страдали токсикозом I или II половины беременности, у 50% была выявлена нефропатия. В контрольной группе данные осложнения беременности имели место соответственно у 40,1% ($P < 0,01$) и 20,3% ($P < 0,01$) женщин. Почти у всех женщин с ранней гипогалактией (95,6%) были зарегистрированы осложнения в родах и послеродовом периоде. Наиболее часто встречались слабость родовой деятельности (75%), множественные разрывы родовых путей (60%), раннее отхождение околоплодных вод (35%), атонические кровотечения (25%). У 80% женщин осложнения в родах и послеродовом периоде носили сочетанный характер.

Матери с ранней гипогалактией страдали различными хроническими заболеваниями (55,6%) достоверно чаще ($P < 0,002$), чем женщины, кормившие грудным молоком до одного года (21,5%). Наиболее часто возникали хронический тонзиллит (72,7%), заболевания сердечно-сосудистой системы (45,4%), болезни почек (36,4%), болезни органов дыхания (18,2%). Чаще (40%), чем в контрольной группе, отмечалось позднее становление менструальной функции ($P < 0,01$). По нашему мнению, этот факт может свидетельствовать о роли эндокринных желез в развитии ранней гипогалактии.

На 3-м месяце жизни ребенка спектр

причин развития гипогалактии был уже иным. Первое место по частоте среди причин, способствующих развитию гипогалактии, занимала психоэмоциональная травма (41,2%). Почти у всех женщин отсутствовал опытный помощник, который взял бы на себя часть забот о ребенке. Поэтому, имея большую физическую нагрузку, они не соблюдали нужный режим дня, недосыпали и переутомлялись. Достоверно чаще встречались у них трещины сосков (30%) и маститы (8,2%).

Анализируя третий пик развития гипогалактии (5-й месяц жизни ребенка), мы хотели бы отметить, что наиболее значимой ее причиной было необоснованное введение докорма ребенку через соску (без консультации с медицинским работником и проведения контрольного взвешивания). После такого докорма ребенок сосал менее охотно и активно, что способствовало снижению лактационной функции у матери. Достаточно часто гипогалактия развивалась после обострения хронического заболевания, перенесенного матерью (17,8%). Следовательно, вполне возможно выделение групп риска в отношении развития гипогалактии с целью проведения профилактических мероприятий по преодолению гипогалактии на различных сроках жизни ребенка.

Наиболее часто кормили грудным молоком до одного года женщины в возрасте от 25 до 30 лет (44,2%). Крайне редко на естественном вскармливании находились дети, рожденные молодыми женщинами (до 20 лет). Так, из 26 матерей лишь одна (3,8%) кормила ребенка грудным молоком в течение необходимого времени ($P < 0,002$). Женщины в возрасте 35 лет и старше, как и юные матери, более подвержены развитию гипогалактии. Лишь 20% матерей такого возраста продолжали естественное вскармливание ребенка до одного года ($P < 0,05$). Дети, рожденные от второй и последующих беременностей, находились на естественном вскармливании в 2 раза чаще. Однако матери, имеющие 5—6 и более беременностей, достоверно чаще страдали недостаточностью секреторной функции молочных желез ($P < 0,01$).

Определенное влияние на развитие гипогалактии оказывали характер труда и его интенсивность. У женщин, занятых тяжелым физическим трудом и

трудом средней интенсивности, недостаточность лактационной функции молочных желез встречалась в 6 раз чаще, чем у лиц, работающих без физического напряжения или в сфере умственного труда. Учащиеся женщины в 100% случаев переводили детей на искусственное вскармливание на разных сроках жизни ребенка.

Профессиональные вредности также достоверно чаще имели место у женщин с недостаточной лактационной функцией молочных желез ($P < 0,05$).

В процессе исследования мы обращали внимание на психологический настрой женщины и ее семьи к проведению естественного вскармливания. 14,2% женщин вообще не хотели кормить ребенка грудным молоком. Среди женщин, кормящих грудным молоком, $\frac{1}{3}$ матерей считали этот вид вскармливания удобным, 7,6% — приятным, и лишь 35,7% женщин прикладывали ребенка к груди, поскольку грудное молоко, по их мнению, являлось наиболее здоровой пищей для ребенка.

Огромная роль в борьбе с недостаточной лактацией принадлежит женской консультации. Многие педиатры справедливо подчеркивают необходимость содружественной работы с акушерами по пропаганде естественного вскармливания. К сожалению, большинство обследованных нами женщин имели минимальные знания о преимуществах грудного молока, лишь у 5,7% эти знания носили научный характер. Известно, что положительное влияние на становление лактационной функции молочной железы оказывает раннее прикладывание ребенка к груди в послеродовом периоде: чем позже происходит первая встреча матери и ребенка, тем большая вероятность возникновения у женщины гипогалактии. Так, выявлено достоверное различие в частоте развития гипогалактии у матерей, дети которых прикладывались к груди до 6 ч (20%) и после этого срока (38,5%; $P < 0,05$).

Фактором, провоцирующим развитие гипогалактии, следует считать использование в рационе ребенка сладкой воды. Она снижает активность сосания, раздражение рефлексогенных зон, уменьшает количество импульсов, направленных в переднюю долю гипофиза, выработку пролактина, синтез молока и его выход в молочные ходы. Сладкую

воду получали большинство детей, соответственно у всех матерей развилась стойкая гипогалактия (80,2%); женщины с достаточной лактационной функцией давали ее детям значительно реже (25,3%; $P < 0,01$).

Весьма интересен и тот факт, что у женщин с гипогалактией, как и у женщин с хорошей лактацией, на ранних сроках после родов имелись излишки молока. Большинство матерей с гипогалактией молоко не сцеживали или делали это нерегулярно, в течение непродолжительного времени.

Поскольку полноценное питание и достаточный питьевой режим оказывают большое влияние на лактационную функцию женщины, мы проанализировали питание матерей не только в периоде кормления ребенка, но и во время беременности. Для оценки питания нами использовались нормативы, разработанные Институтом питания АМН СССР и утвержденные в 1982 г. В питании женщин, страдающих гипогалактией, были выявлены грубые погрешности: недостаточное употребление молочных продуктов — у 60%, мяса — у 52,9%, растительных жиров — у 54,2%, в контрольной группе соответственно реже — 25,3% ($P < 0,01$), 21,4% ($P < 0,01$), 7,8% ($P < 0,05$). Пищевой рацион был беден витаминными и растительными продуктами и у 80% женщин с гипогалактией и у 50% ($P < 0,05$) в контрольной группе.

Большое значение для нормальной лактационной функции имеет психическая сфера женщины. Мы определяли тип высшей нервной деятельности (уравновешенный, неуравновешенный или инертный), преобладание процессов возбуждения или торможения в ЦНС. У женщин с сильным, уравновешенным типом ЦНС достаточная лактация встречалась достоверно чаще (65,5%), чем при слабом, неуравновешенном типе (20,3%; $P < 0,01$). Инертный тип высшей нервной деятельности отмечался с одинаковой частотой как среди кормящих женщин, так и среди лиц с гипогалактией.

Из психологических качеств нами оценивался уровень «беспокойства-тревоги» (БТ), который включает целый комплекс различных проявлений — как внешних, так и внутренних. Он проявлялся в беспокойстве за здоровье ребенка и собственное здоровье, благополу-

чие в семье, возможность полноценного вскармливания ребенка грудным молоком и т. д. Оказалось, что у 70% женщин с гипогалактией уровень «беспокойства-тревоги» выше среднего и высокий. У некоторых женщин он был настолько высоким, что квалифицировался нами как страх. У женщин с достаточной лактацией преобладал низкий уровень «беспокойства-тревоги». По нашему мнению, в группе женщин с его высоким уровнем психопрофилактика гипогалактии, успокаивающие беседы врача и медицинской сестры имеют исключительное значение для сохранения естественного вскармливания.

Необходимо подчеркнуть, что участковые врачи и медицинские сестры не уделяют серьезного внимания борьбе со вторичной гипогалактией. В подавляющем большинстве случаев врач, констатируя недостаточную секреторную способность молочных желез у женщины, назначает ребенку докорм без попыток активизировать лактацию. Лишь неболь-

шой части матерей, страдающих гипогалактией, предписывали дополнительно к рациону пищевые продукты, стимулирующие лактацию и проводили медикаментозную коррекцию гипогалактии (у 5,7%).

Полученные данные позволяют заключить, что вторичная гипогалактия развивается в результате воздействия комплекса отрицательных причин, причем не только медицинских, но и социальных. Выделение периодов повышенного риска развития гипогалактии позволяет наметить комплекс мероприятий по профилактике недостаточности секреторной способности молочных желез у женщин в зависимости от возраста ребенка.

Раннее выявление и коррекция факторов, характерных для определенных групп риска развития гипогалактии на выделенных сроках жизни, будут способствовать увеличению числа детей, получающих полноценное вскармливание.

Поступила 21.07.90.

УДК 616.5—002—053.2 : 612.336.3

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

В. Г. Петров, Л. Н. Иванов, С. И. Долгова

Кафедра педиатрии (зав.— проф. Г. Ф. Султанова), кафедра патологической физиологии (зав.— проф. Л. Н. Иванов) Чувашского университета имени И. Н. Ульянова

Реферат. Изучены нарушения зубиоза кишечника у детей с атопическим дерматитом. Выявлена взаимосвязь между степенью нарушений биоценоза кишечника и выраженностью атопического дерматита.

Ключевые слова: атопический дерматит, дисбактериоз кишечника, аллергологическое и бактериологическое обследование.

Библиография: 6 названий.

Широкое распространение кожных форм аллергических реакций общеизвестно. Имунные механизмы на антигены и их клинические проявления разные, что существенно затрудняет своевременную диагностику и патогенетическую терапию этих состояний. Большинство авторов признают их аллергическую природу, считая основной причиной в 85% случаев пищевую непереносимость. Немаловажную роль в развитии сенсibilизации организма играют функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта [3, 4]. По данным И. М. Воронцова и О. А. Мата-

лыгиной [3], пищевая аллергия в 27,9% случаев сочетается с поражением желудочно-кишечного тракта. Кроме того, есть доказательства наличия сенсibilизирующих свойств у некоторых микроорганизмов кишечника [1, 5]. Однако дисбиотические изменения кишечника у детей с атопическим дерматитом различной тяжести кожного процесса изучены недостаточно.

Целью исследования являлось выявление взаимосвязи между степенью нарушений биоценоза кишечника и выраженностью атопического дерматита у детей. Были изучены нарушения зубиоза кишечника у 92 (мальчиков — 48, девочек — 44, возраст от 2 мес до 2,5 лет) детей с атопическим дерматитом по известному методу [6].

В зависимости от выраженности кожных симптомов дети были распределены на 3 группы. В 1-ю вошли 23 ребенка с транзиторными, легкими прояв-