

БИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРЕПАРАТ ЖЕЛЕЗА

Т. И. Келина, Э. М. Шакирова, Р. В. Федоров

Кафедра педиатрии № 1 (зав.— проф. С. В. Мальцев), кафедра микробиологии (зав.— доц. Л. М. Устименко) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Изменение микрофлоры кишечника у недоношенных детей раннего возраста, входящих в группу риска по развитию дисбактериоза, встречается довольно часто. Проблема дисбактериоза кишечника становится особенно актуальной в связи с необходимостью раннего профилактического назначения препаратов железа детям, родившимся раньше срока. Данные о хорошей резорбции этого металла у недоношенных детей уже с первых недель жизни подтверждают целесообразность ранней профилактики железодефицитной анемии [1, 4]. В то же время в литературе появились сообщения о том, что длительное введение препаратов железа способствует развитию инфекции [3]. Необходимое для метаболизма бактерий железо, ингибируя хемотаксис нейтрофилов, уменьшает их антимикробное действие. Кроме того, перенасыщение лактоферрина грудного молока железом и появление не связанного с белком ионизированного металла ведут к размножению кишечной палочки [2]. Однако ни в одном исследовании не показано, существует ли зависимость увеличения риска развития инфекций от количества железа в железосодержащих смесях.

Целью настоящей работы являлось изучение характера кишечной микрофлоры, в частности влияния раннего перорального назначения препаратов железа на состояние биоценоза кишечника и уровень инфекционной заболеваемости недоношенных детей.

Обследовано 54 недоношенных ребенка в возрасте от 2 нед до 2 мес. 22 ребенка (основная группа) получали профилактическую дозу железа (40 мг/сут) в виде ферроплекса. Остальным 32 детям (контрольная группа) препараты железа не назначали. К моменту исследования у детей не имелось признаков инфекционно-воспалительных заболеваний и они не принимали антибиотиков.

У одного ребенка основной группы была недоношенность I степени, у 20 — II, у одного — III степени. 18 детей находились на естественном вскармливании, четверых докармливали донорским женским молоком. Признаки рахита II степени и ранней анемии были у 19 детей. Инфекционные заболевания (ОРВИ, пневмония, отит, энтероколит, септицемия) перенесли 8 детей, именно они получали два и более курсов лечения антибиотиками.

Среди детей контрольной группы у 2 была недоношенность I степени, у 27 — II, у 3 — III степени. Все 32 ребенка находились на естественном вскармливании. Признаки рахита II степени и ранней анемии констатированы у 20 детей. Инфекционные заболевания (конъюнктивит, отит, ОРВИ, энтероколит, септицемия) перенесли 12 детей. Два и более курсов лечения антибиотиками получали 12 детей.

Таким образом, по степени недоношенности, характеру вскармливания обе группы детей оказались сходными. Необходимо отметить, что нам не удалось констатировать увеличения инфекционной заболеваемости среди детей, получавших препараты железа.

Средние показатели уровня гемоглобина у детей основной группы существенно не отличались ($1,46 \pm 0,05$ ммоль/л) от таковых в контроле ($1,39 \pm 0,01$ ммоль/л), однако уровень сывороточного железа оказался выше ($20,7 \pm 1,2$ мкмоль/л и $12,5 \pm 0,7$ мкмоль/л соответственно, $P < 0,05$). В то же время довольно высокий показатель сывороточного железа у детей основной группы не превышал железосвязывающей способности сыворотки, уровень которой у недоношенных детей этого возраста составлял, по нашим данным, $61,6 \pm 5,1$ мкмоль/л.

Изучение биоценоза кишечника проводили методом одномоментного трехкратного бактериологического исследования кала с последующей количественной оценкой высеваемой микрофлоры. Лактозонегативные кишечные палочки высевались у 10 детей основной и у 15 контрольной группы, гемолизующая кишечная палочка — соответственно у 7 и 8 детей, *Citrobacter* — у одного ребенка основной группы, ассоциированная микрофлора (лактозонегативная, гемолизующая кишечная палочка, палочка сине-зеленого гноя, энтерококк) — соответственно у 3 и 7 детей. Таким образом, у 21 (96%) ребенка основной и 30 (94%) детей контрольной группы была высевана

условно-патогенная микрофлора. Сходной оказалась и сохранность *B. bifidum* у детей обеих групп независимо от приема препаратов железа. Относительная сохранность *B. bifidum* (10^{-7} и выше) имела у 17 (80%) детей основной и 25 (79%) контрольной группы.

Таким образом, флора кишечника у большинства недоношенных детей раннего возраста характеризовалась наличием условно-патогенных микроорганизмов и их ассоциаций, нарушением соотношения облигатных аэробных и анаэробных бактерий при относительной сохранности *B. bifidum*. Естественное вскармливание и относительная сохранность *B. bifidum* способствовали клинической компенсации дисбактериоза кишечника. Присущая недоношенным детям закономерная эволюция биоценоза кишечника с высокой частотой развития дисбактериоза была характерна для детей обеих групп независимо от приема препаратов железа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Султанова Г. Ф. Особенности обмена железа, меди, марганца у недоношенных и их значение в этиологии и патогенезе ранней анемии у этих детей. Автореф. докт. дисс., Казань, 1969. — 2. Barnesse L., Mauer A. a. o. *Pediatrics*, 1978, 62, 2. — 3. Becroft M., Farmer K. *Arch. Disease Childh.*, 1977, 52, 778. — 4. Brüscke Q., Mehls E. *Das Eisenmangelsyndrom*. Verlag Theodor Stenkopff. Dresden, 1971.

Поступила 24 июля 1984 г.

УДК 616.72—002.77—053.3

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Н. З. Алимова

Кафедра детских болезней педиатрического факультета (зав.—проф. Н. А. Романова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская детская клиническая больница (главрач—Е. В. Карпухин) МЗ ТАССР

В последние годы наряду с повышением уровня общей заболеваемости ревматоидным артритом (РА) отмечается увеличение частоты заболеваний в детском возрасте. С 1980 по 1983 г. под нашим наблюдением находилось 80 детей (мальчиков — 35, девочек — 45), больных РА. За этот период 26 (32,5%) больных поступали в стационар неоднократно, и все дети 1—2 раза в год были обследованы в порядке диспансерного наблюдения, а также консультированы врачами узких медицинских специальностей.

У 65 (81,2%) детей была преимущественно суставная форма РА, которая у 25 из них протекала остро, у 40 — подостро. Суставно-висцеральная форма заболевания, констатированная у 15 (18,8%) больных, имела непрерывно-рецидивирующее течение у 8, первично-хроническое у 2, сочеталась с аллергическим субсепсисом Вислера — Фанкони у 5. Большинство больных (51) были школьного возраста — от 7 до 15 лет, 22 ребенка — от 3 до 7, 7 — от 0 до 3 лет. У 38 детей заболевание началось в осенне-весенний период, у 17 — летом, у 11 — зимой; у остальных больных не было точных сведений о времени начала заболевания.

По данным анамнеза, у 24 (30%) больных наблюдалась пищевая и лекарственная аллергия. У 60 (75%) детей были хронические очаги инфекции в носоглотке (у 41), желчевыводящих (у 11) и мочевыводящих (у 11) путях. Бронхоэктатическая болезнь диагностирована у одного больного, энтеробиоз — у 2. Отягощенная наследственность в 3 поколениях отмечена у 30 (37,5%) детей. До возникновения настоящего заболевания полностью здоровыми были только 8 детей, редко болели 30 человек, остальные перенесли по несколько заболеваний.

Факторами, спровоцировавшими данное заболевание, были травма (у 9), острая вирусная инфекция (у 7), ангина (у 4), пневмония (у 1), гнойный отит (у 1), остеомиелит (у 1), переохлаждение (у 3), фурункулез (у 1), трахеит (у 1).

При анализе направлений и выписок из историй болезни районных лечебных учреждений, откуда поступили дети, установлено, что в 56,2% случаев диагноз был поставлен несвоевременно и соответственно поздно начато лечение. Среди неправильных первоначальных диагнозов первое место занимал ревматизм (17), ушиб