

когда на фоне терапии не удавалось полностью нормализовать содержание фосфора и калия в крови, метаболический ацидоз и гипераминоацидурию, отсутствовала и положительная динамика показателей сократительной функции миокарда.

Таким образом, в период разгара фосфатного диабета и болезни де Тони—Дебре—Фанкони нами установлено нарушение сократительной функции миокарда, степень которого определялась характером и тяжестью метаболических сдвигов.

Изучение сократительной функции миокарда при рахитоподобных заболеваниях у детей имеет практическое значение при оценке тяжести заболевания, эффективности терапии, а также при подготовке больных к хирургической коррекции костных деформаций.

Показатели сократительной функции миокарда по данным поликардиографии у больных фосфатным диабетом и болезнью де Тони — Дебре — Фанкони

Показатели ПКГ (в сигнальных отклонениях от нормы)	Фосфатный диабет	Болезнь де Тони — Дебре — Фанкони
Период изгнания	$-(2,17 \pm 0,55)$	$-(5,88 \pm 0,78)^*$
Период напряжения	$-(1,34 \pm 0,38)$	$-(4,58 \pm 0,78)^*$
	$+(3,10 \pm 0,46)$	$+(4,18 \pm 0,84)^*$
Период изометрического сокращения	$+(1,98 \pm 0,46)$	$+(3,0 \pm 0,5)$
	$+(4,88 \pm 0,67)^*$	$+(6,65 \pm 1,07)^*$
Внутрициклический показатель	$+(3,27 \pm 0,43)^*$	$+(5,00 \pm 0,77)^*$
	$-(4,90 \pm 0,66)^*$	$-(8,26 \pm 1,16)^*$
Внутрицикловой показатель изгнания	$-(3,95 \pm 0,56)^*$	$-(5,87 \pm 0,85)^*$
	$-(3,12 \pm 0,77)$	$-(8,06 \pm 1,03)^*$
Внутрицикловой показатель напряжения	$-(1,80 \pm 0,49)$	$-(5,06 \pm 0,78)^*$
	$+(3,44 \pm 0,47)$	$+(5,16 \pm 0,97)^*$
	$+(2,49 \pm 0,53)$	$+(3,46 \pm 0,70)$

Примечания.

1. В числителе показатели в период разгара заболевания, в знаменателе — на фоне лечения.
2. * — разница достоверна ($P < 0,05$).
3. «+» или «-» увеличение или уменьшение по сравнению с нормой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпман В. П. Фазовый анализ сердечной деятельности. М., Медицина, 1965.— 2. Мальцев С. В., Ахмерова Х. С., Терещенко Ф. М. В кн.: Рахит и рахитоподобные заболевания. Л., 1978.— 3. Осколкова М. К. Клинико-поликардиографический анализ деятельности сердца детей, здоровых и больных ревматизмом. Автореф. докт. дисс. М., 1964.

Поступила 8 апреля 1982 г.

*УДК 616.34—053.2—022.7—078

ЧАСТОТА ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

М. И. Зрячкин

Кафедра детских инфекционных болезней (зав.—член-корр. АМН СССР проф. Н. Р. Иванов) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Реферат. Проведено обследование 145 здоровых детей в возрасте от 1 мес до 2 лет. У 101 (69,6%) ребенка выявлен дисбактериоз кишечника различной степени тяжести. Частота обнаружения и степень его выраженности зависят от возраста, вида вскармливания, срока, прошедшего со времени последнего заболевания, и количества принятых ранее антибактериальных препаратов.

Ключевые слова: здоровые дети, дисбактериоз, микрофлора.

Библиография: 4 названия.

В последние годы все большее внимание клиницистов привлекает проблема дисбактериоза кишечника у детей [2, 4]. Вместе с тем частота выявления у них этой

патологии в литературе освещена недостаточно. Именно это послужило основанием для проведения данной работы.

Критериями отбора детей являлось отсутствие перенесенной кишечной инфекции в анамнезе, а также других инфекций за 2—4 мес до обследования и во время его. У всех детей было установлено нормальное физическое и психическое развитие как клиническими, так и лабораторными методами исследования. Все это соответствовало требованиям, предъявляемым к отбору контрольной группы [1, 3].

Исследования микрофлоры кишечника проводили методом Р. В. Эпштейн-Литвак и Ф. Л. Вильшанской (1969). Характер экологических сдвигов в биоценозе кишечника устанавливали согласно рекомендациям О. П. Марко и Т. К. Корневой (1974), в основе которых — нарушения анаэробной и аэробной микрофлоры различной степени.

Проведено обследование 145 здоровых детей в возрасте от 1 мес до 2 лет. «Организованные» дети составили 69,8%. Анализ результатов обследования показал, что у 101 (69,6%) ребенка выявлялся дисбактериоз кишечника в различных стадиях. Такую большую частоту его у детей можно объяснить воздействием ранее принимавшихся антибактериальных препаратов на кишечную микрофлору. Из 145 обследованных только 45 детей (31%) не получали никаких антибиотиков. При вычислении коэффициента корреляции между количеством полученных антибактериальных препаратов и составом микрофлоры кишечника у 100 (69,0%) детей было установлено влияние их количества на состояние последней. Кроме того, изменения характеризовались снижением или исчезновением бифидобактерий, появлением лактозодетерминированных и гемолитических штаммов кишечной палочки, увеличением количества колоний грибов рода кандиды ($P < 0,01$).

Отмечена большая частота (77,2%) и выраженность дисбактериоза кишечника у детей первого года жизни, обусловленные частым обнаружением в этом возрасте условно-патогенных микробов: стафилококка ($P < 0,001$) и протей.

Выявлена зависимость частоты обнаружения дисбактериоза от вида вскармливания и срока, прошедшего со времени последнего заболевания. У детей, находившихся на искусственном и смешанном вскармливании, дисбактериоз кишечника констатировали на 8,7% чаще, чем у тех, кто вскармливался естественно. При сроке 4—7 мес от последнего заболевания дисбактериоз кишечника наблюдался у 50% обследованных, а при сроке 2—4 мес — у 68,5%, то есть в 1,4 раза чаще.

Обследование детей в разные сезоны года показало, что зимой дисбактериоз кишечника диагностировался в 1,3 раза чаще и в более значительной степени, чем летом. По нашим данным, его большая частота и выраженность зимой были связаны с более ранним возрастом обследуемых.

Таким образом, у 69,6% клинически здоровых детей в составе микрофлоры кишечника отмечаются явные нарушения.

Частота обнаружения и степень выраженности дисбактериоза кишечника зависят от возраста, вида вскармливания, срока, прошедшего со времени последнего заболевания, и, что особенно важно, от количества принятых антибактериальных препаратов. В связи с этим антибактериальные средства необходимо использовать строго по показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуторова Л. Д. Аэробная микрофлора кишечника детей в норме и патологии. Применение бактериологических данных для характеристики функционального состояния пищеварительного тракта. Автореф. докт. дисс., М., 1974.— 2. Марко О. П., Корнева Т. К. Сов. мед., 1974, 5.— 3. Фатыхова Р. М., Тюкова Н. И., Буланова Г. К. Вопр. охр. мат., 1976, 9.— 4. Эпштейн-Литвак Р. В., Вильшанская Ф. Л. Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника. Методические материалы. М., 1969.

Поступила 9 июня 1981 г.

УДК 616.61—002.3—053.2—07

ДИАГНОСТИКА ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Э. И. Землякова, Р. Г. Камалова

Кафедра педиатрии № 1 (зав. — проф. С. В. Мальцев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Проанализированы результаты комплексного обследования 360 детей с пиелонефритом в возрасте от 6 мес до 15 лет. Рассчитана частота отдельных симп-