

3. Диагностика корковых нарушений при минимальных мозговых дисфункциях констатировала сочетанные проявления дисграфии, дислексии (речевые нарушения 50 %) и высокий процент скрытого левшества (43 %).

4. На основании нейропсихологических исследований высших корковых функций у детей с задержкой психического развития резидуально-органического генеза установлено, что нарушения интеллекта у них характеризовались следующими особенностями:

- а) недостаточностью динамической организации психических функций (нарушение тонуса, устойчивости, подвижности),
- б) парциальной недостаточностью отдельных корковых функций (гнозиса, праксиса, речи и т. д.).
- в) недостаточностью регуляторных процессов, обеспечивающих программирование деятельности, что приводит к дисгармоничному характеру психической деятельности этих детей.

#### **Литература:**

1. Вельтищев Ю. Е. Состояние здоровья детей и общая стратегия профилактики болезней // Российский вестник перинатологии и педиатрии (приложение). — М., 1994. — С. 67-71.

2. Симерницкая Э. Г. Методика адаптированного нейропсихологического исследования для детских неврологов/Метод. реком. — М., 1988. — 18 с.

3. Халецкая О. В. Минимальные дисфункции мозга в детском возрасте / О. В. Халецкая, В. М. Трошин. — Н. Новгород: 1995. — 127 с.

4. Цветкова Л. С. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста/ Л. С. Цветкова, С. Н. Семенович, С. Н. Котлягина. — М.: Наука, 2001. — 274 с.

*Аронский Е. В., Ковтун О. П.*

### **ВЛИЯНИЕ ЗАТЯЖНОЙ ЖЕЛТУХИ НА ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Уральская Государственная Медицинская Академия,  
Областная детская клиническая больница № 1 г. Екатеринбург

Желтуха — симптом, характеризующийся желтушным окрашиванием кожных покровов и слизистых оболочек, обусловленный повышением концентрации билирубина в экстра- и интрацеллюлярных пространствах. Существуют 5 степеней желтушного окрашивания (иктеричности) кожи и слизистых (шкала Крамера):

- 1 степень — отмечается желтушное окрашивание кожи лица и шеи.
- 2 степень — желтуха, достигающая уровня пупка.
- 3 степень — желтуха, достигающая коленных суставов.
- 4 степень — ниже колен и в области верхних конечностей, кроме ладоней; также прокрашиваются видимые слизистые.
- 5 степень — желтушность ладоней и стоп, которые обычно прокрашиваются при уровне билирубина — 257 мкмоль/л.

Одной из актуальных проблем педиатрии является проблема затянувшийся желтухи, с которой встречается педиатр на участке. На вопрос: что такое затянувшаяся неонатальная желтуха, ответить сложно. Сложность, прежде всего,

заключается в недостаточной информации о затяжной желтухе, и прежде всего, в недостаточном нашем знании об ее отдаленных последствиях.

Все большую актуальность вышеуказанная проблема приобретает и в результате увеличения количества затяжной желтухи, как у доношенных, так и у недоношенных детей. Так, в неонатальных отделениях ОДКБ 1 г. Екатеринбурга в 1997 г. находилось на лечении 21 недоношенный ребенок с диагнозом: гипербилирубинемия смешанного генеза, затяжное течение, а в 2005г. — 86 детей с вышеуказанным диагнозом.

В настоящее время в неонатальных отделениях ОДКБ № 1 отработаны критерии выписки детей, имеющих проявления желтухи, из стационара:

Исключение причин желтухи, как симптома развивающегося патологического (соматического или хирургического) процесса (например: внутриутробная инфекция, атрезия желчевыводящих путей и другие).

Самопроизвольное (не связанное с проведением фототерапии) снижение уровня непрямого билирубина не менее чем в двух последовательных исследованиях.

Уровень непрямого билирубина, при выполнении вышеуказанных условий, составляет при выписке менее 150 мкмоль/л для недоношенных детей.

Однако, остается неясным вопрос о влиянии перенесенной затяжной желтухи на психомоторное развитие (ПМР) и заболеваемость недоношенных детей.

#### **Материалы и методы.**

Работа основана на изучении результатов динамического проспективного исследования 49 недоношенных детей, с массой тела при рождении менее 2000 грамм и сроком гестации менее 34 недели. Все дети находились на лечении в неонатальных отделениях областной детской клинической больницы № 1 г. Екатеринбурга в 20003-2004 гг., имели проявления затяжной желтухи и наблюдались после выписки из стационара в НПРЦ «Бонум» г. Екатеринбурга.

**Результаты и их обсуждение.** Этиология желтухи у всех наблюдаемых детей была смешанной, преимущественно отмечалось сочетание морфофункциональной незрелости конъюгационной системы печени и пикноцитоза недоношенных детей.

При диагностировании пикноцитоза, детям назначали витамин Е, из расчета 20мг/кг/сут, перорально, в течение 2 недель. Снижение интенсивности желтухи и уровня непрямого билирубина отмечали на 4-5 день после начала терапии. После окончания курса витаминотерапии, сохранялось остаточное субиктеричное покраснение кожи, исчезающее спонтанно в течение последующих 2-3 недель. При диагностировании желтухи, связанной только с незрелостью функциональной системы печени, осуществляли динамическое наблюдение без назначения медикаментозной терапии. У 5 детей персистирование желтухи объяснялось течением транзиторного гипотиреоза и характеризовалось наличием длительной (в течение 3-4 месяцев) волнообразной непрямой гипербилирубинемии. В течение 6 месяцев они получали йодомарин, из расчета 50 мг ежедневно.

У 9 детей гипербилирубинемия была прямой и являлась следствием течения вторичного синдрома холестаза, как одного из синдромов перенесенного токсического гепатита. Все дети получали терапию холекинетиками (урсофальк или аллохол) до снижения уровня прямого билирубина до 50 мкмоль/л, с после-

дующей отменой. Терапия, начатая в стационаре, продолжалась, в среднем до 2,5 месяцев, иктеричность кожных покровов персистировала до 3-3,5 месяцев.

При последующем наблюдении в течение 2 лет за детьми с затяжной желтухой, не выявили развития клиники гепатитов, печеночной недостаточности. Однако, обращало внимание наличие дисфункциональных расстройств билиарного тракта, преимущественно по гипотоническому типу практически у всех этих детей. Основной жалобой матерей было наличие, либо тенденции к запорам, либо стойких запоров. Кал был чаще плотный, неравномерно окрашенный. Течение выявленных дисфункциональных расстройств было волнообразное, длительное. У 79 % детей, имевших данную симптоматику, наблюдалось сохранение симптомов и после 2 лет жизни, что позволило установить взаимосвязь между перенесенной затяжной желтухой и дисфункциональными расстройствами билиарного тракта. Однако, остается неясным вопрос: первична ли затяжная желтуха недоношенных детей в формировании данной патологии или дети, у которых генетически детерминировано развитие нарушений моторики ЖВП в детском возрасте, имели первые проявления этого состояния в виде затяжной желтухи неонатального периода?

Оценивая влияние затяжной желтухи недоношенных детей на ПМР, не выявили зависимости неблагоприятного ПМР детей в первые два года жизни от перенесенной затяжной желтухи в первые месяцы жизни. Из 49 детей с анализируемым симптомокомплексом, 9 детей стали инвалидами по ДЦП, 5 имели темповую задержку ПМР, остальные дети были отнесены к группе детей с благоприятным ПМР. Полученные данные достоверно не отличаются от исходов перинатальной неврологической патологии у недоношенных детей, не имевших проявления затяжной желтухи (n=95).

При наблюдении за недоношенным ребенком с проявлениями затяжной желтухи на амбулаторно-поликлиническом участке врачу-педиатру необходимо обратить внимание на результаты исследований, свидетельствующие об исключении желтухи, как симптома развивающегося патологического заболевания. Лечение и госпитализации такой ребенок не требует, но ему необходимо динамическое наблюдение с осмотром не реже 1 раза в неделю. В наблюдении нужно обратить внимание на следующее:

1. состояние у ребенка должно оставаться удовлетворительным, а самочувствие хорошим.
2. размеры паренхиматозных органов (не должно появляться увеличение печени и/или селезенки)
3. цвет стула и мочи (не должна появляться ахолия стула и/или потемнение мочи)
4. контроль билирубина (обязательно с определением фракций) – 1 раз в неделю
5. ОАК – возможно снижение гемоглобина, связанное с анемией недоношенного ребенка.

В результате наблюдения за детьми можно выделить 3 направления течения гипербилирубинемии:

1. Снижение уровня непрямого билирубина, требующее прекращения наблюдения.

2. Уровень непрямого билирубина — стабильно высокий, но не более 170 мкмоль/л, требует продолжения наблюдения, которое при благоприятном течении процесса (снижение уровня билирубина), будет прекращено.
3. Появление у ребенка показаний для госпитализации в стационар. Показания для госпитализации с педиатрического участка в стационар (по гипербилирубинемии):

1. Появление гепатоспленомегалии.
2. Потемнение мочи и обесцвечивание кала
3. Уровень непрямого билирубина более 170 мкмоль/л.
4. Нарастание прямой фракции билирубина свыше 25 мкмоль/л или более 10 % от количества общего билирубина.

В случае течения прямой гипербилирубинемии, причиной которой, в большинстве случаев является вторичный синдром холестаза, после перенесенного сепсиса, некротического энтероколита, необходимо продолжить терапию холекинетиками до снижения количества прямого билирубина менее 50 мкмоль/л.

#### **Выводы.**

1. Дети, перенесшие затяжную желтуху, в последующие 2 года жизни имеют дисфункциональные расстройства билиарного тракта, преимущественно по гипотоническому типу и должны наблюдаться у гастроэнтеролога. Также такие дети нуждаются в особом графике введения прикормов, коррекции указанных состояний методами диетотерапии.

2. Не выявлено взаимосвязи между затяжной желтухой недоношенных детей и задержкой ПМР, как выраженной, так и темповой. Аналогично, отсутствовала взаимосвязь между инвалидностью по ДЦП и затяжной желтухой.

*Мрясева В. В.*

### **ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИИ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА — ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА НА УРОВЕНЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ**

МУЗ «ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 8», г. Челябинск

Значительный научно-технический прогресс во второй половине XX века привел к резким изменениям окружающей среды [3]. Техногенные загрязнения и естественные геологические аномалии, способные оказывать влияние на здоровье населения, весьма мощны и разнообразны в Челябинской области [2]. Известно, что наиболее информативными критериями оценки здоровья населения, проживающего в городах с различным уровнем и составом загрязнения окружающей среды, являются общая заболеваемость и ее структура по отдельным классам болезней [1]. Состояние здоровья детей — один из наиболее чувствительных показателей, отражающий изменения качества окружающей среды [3]. В связи с этим нами поставлена цель — определить влияние экологии промышленного Центра- города Челябинска на уровень распространенности и структуру заболеваемости органов дыхания у детей.

**Материалы и методы.** Нами были проанализированы показатели уровня распространенности заболеваний органов дыхания у детей двух районов промышленного Центра- г. Челябинска. Кроме того, определена структура заболеваемости органов дыхания детского контингента в возрасте от 1 месяца до