

Цель исследования. Определить факторы риска развития объемных образований молочных желез (фиброаденомы) по результатам данных анамнеза.

Материал и методы. Всем включенным в исследование пациентам был выполнен сплошной ультразвуковой скрининг на сканере Aloka ProSound ALPHA 7 Premier (Япония), линейным датчиком с частотой 7,5-10 МГц по стандартной методике. Основную группу составили 66 пациенток, у которых по результатам сонографии были диагностированы объемные образования молочных желез (фиброаденомы). После проведенного хирургического лечения по результатам гистологического исследования имело место совпадение предполагаемого и окончательного клинического диагнозов.

В группу контроля вошли 64 женщины с нормальной эхографической картиной молочных желез. Всем женщинам исследование выполнялось с 5 по 12 день менструального цикла.

После стратификации пациенток на основную и контрольную группу, производили сбор анамнестических данных: возраст наступления менархе, характер менструального цикла, наличие генитальной и экстрагенитальной патологии, паритет беременностей и родов, продолжительность лактации, применяемые методы контрацепции, регулярность половой жизни, употребление кофеин содержащих напитков (чай, кофе, какао, мате, энергетики, кола) или шоколада, анализировались индивидуально-психологические качества (пациенток просили ответить на вопросы «Любите ли Вы себя?», «Любимы ли Вы?»).

В рамках настоящего исследования под регулярной половой жизнью понималась частота половых сношений не менее двух раз в неделю (ВОЗ). Под регулярным употреблением кофеин-содержащих напитков или шоколада понимали применение 2 доз и более ежедневно на протяжении не менее 12 месяцев (1 доза соответствовала 70 мг кофеина или 60 мл кофе эспрессо или какао, 200 мл чая или мате, 56 г шоколада, 500 мл энергетика или колы) [1]. Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием пакета STATISTICA 8.0.

Результаты и обсуждение. Установлено, что доброкачественные объемные образования молочных желез выявляются в среднем у пациенток в возрасте $34,3 \pm 11,6$ лет. В группе женщин с нормальной эхографической картиной молочных желез преобладают рожавшие ($84,4 \pm 4,5\%$ и $60,6 \pm 6,0\%$ соответственно) в сравнении с женщинами с фиброаденомой ($\chi^2=5,2$; $p=0,02$), а также пациентки, у которых все беременности закончились родами ($40,6 \pm 6,1\%$ и $16,7 \pm 4,6\%$ соответственно, $\chi^2=8,0$; $p=0,005$).

Достоверных различий относительно данных анамнеза по имеющейся генитальной, экстрагенитальной патологии, возрасту начала менархе, применяемым способам контрацепции, регулярности половой жизни, продолжительности лактации, употреблении кофеин содержащих напитков у пациенток исследуемых групп получено не было.

Однако при сравнении сроков лактации в основной и контрольной группах отмечается тенденция к более продолжительному грудному вскармливанию в контрольной группе (9,2 и 6,3 месяцев соответственно), также, пациентки контрольной группы достоверно чаще имеют большую величину индекса массы тела ($26,2 \pm 5,4$ кг/м² и $22,6 \pm 4,1$ кг/м² соответственно, $p < 0,001$) в сравнении с женщинами без патологии молочных желез.

Анализ индивидуально-психологических характеристик показал, что в группе женщин с объемными образованиями молочных желез в 48,5% случаев имеет место негативное психоэмоциональное отношение к собственной личности и в 53,1% случаев пациентки не ощущают собственной значимости и заботы о себе, полученные данные носят достоверный характер ($p < 0,05$).

Нами установлено, что факторами риска развития фиброаденомы молочной железы являются: нереализованная репродуктивная функция (ОР=2,5; 95% ДИ: 1,3-4,8; $p=0,005$), отказ от лактации (ОР=1,7; 95% ДИ: 1,0-2,8; $p=0,04$) и курение (ОР=2,2; 95% ДИ: 1,7-4,7; $p=0,04$).

Выводы. Отсутствие реализации репродуктивной функции, отказ от лактации и курение являются факторами риска развития доброкачественных объемных образований молочных желез.

Литература

1. Actions of caffeine in the brain with special reference to factors that contribute to its widespread use / B. Bertil Fredholm [et al.] // Pharmacol. Rev. – 1999. – Vol. 51б № 1. – P. 83-133.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСАКОЛА В ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (НЯК) У ДЕТЕЙ

Семёнова О.В., Горлина И.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В последнее время отмечается рост заболеваемости НЯК среди взрослых и детей. Начало болезни в детстве регистрируют в 60%-80% случаев [2, 4]. Первой манифестации особенно подвержены подростки и дети раннего возраста [3]. Проблема диагностики и необходимость интенсивной терапии в дебюте болезни требуют госпитализации. При отсутствии лечения опасные для жизни осложнения развиваются в 29% случаев и могут завершиться колэктомией. У детей по сравнению с взрослыми, высока частота тотального

колита [4, 6]. В связи с важностью прогноза разработаны международные рекомендации по лечению НЯК у детей [4, 5].

Целью настоящей работы явилось достижение ремиссии и предупреждение осложнений НЯК при лечении месаколом.

Месакол (месалазин) относится к группе 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК). В отличие от сульфасалазина, который действует только в толстой кишке и преимущественно в прямой кишке, лечебный эффект месаккола реализуется и в терминальном отделе подвздошной кишки. Это важно для детской практики, так как у детей НЯК захватывает всю толстую кишку, а иногда и конечные отделы тонкой. Локализация действия месаккола обусловлена особой транспортной системой, которая лишена побочных эффектов, свойственных сульфациндазину. Это характеризует актуальность применения месаккола у детей, позволяет назначать более высокие дозы, уменьшает необходимость применения кортикостероидов и снижает частоту формирования гормонозависимых форм НЯК. Месакол назначают детям с 2-х летнего возраста в средней дозе 30-40 мг/кг массы тела в сутки. Лечебный эффект дозозависим, лекарство применяют в период обострения и ремиссии НЯК.

В отделении гастроэнтерологии нам наблюдались 12 детей с НЯК, причём за 2002-2012 гг. выявлены 2 ребёнка, за 2012-2015 гг. – 10 детей. Возраст пациентов составил от 1,7 года до 17 лет. Мальчиков 7, девочек 5. Детей дошкольного возраста 5, младшего и среднего школьного возраста 4, подростков 3. Всем детям проведено полное клиническое обследование.

При поступлении в стационар дети отмечали боли в животе с локализацией преимущественно в левой подвздошной области или нижних отделах живота. А также боли при дефекации, метеоризм, учащение стула, изменение его консистенции до неоформленного кашицеобразного с наличием крови и слизи, а также снижение аппетита, недомогание, слабость, бледность кожи, дефицит массы тела.

До момента госпитализации симптомы отмечались периодом от 2 недель до 6 месяцев. Преимущественно причиной госпитализации была кровь в стуле, у одного ребёнка лихорадка неясного генеза на протяжении 3-х месяцев. Частота стула составила от 4-х до 17 раз в сутки. Количество крови в стуле от прожилок до чайной ложки. Причиной более поздней госпитализации подростков было сокрытие ими замеченных симптомов, испуг и недооценка тяжести болезни.

В общем анализе крови у большинства детей выявлено снижение уровня гемоглобина до 80-95 г/л, умеренный лейкоцитоз $11-12 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы 6-12%, ускорение СОЭ 20-30 мм/час.

В биохимическом анализе крови: повышение уровня СРБ 12-80 мг/л, фракции альфа-2 глобулинов 8-10 г/л, снижение уровня сывороточного железа 5-6 мкмоль/л.

Возбудители кишечных инфекций (*Salmonella*, *Shigella*, *E. coli*, *Yersinia*, *Ameba*, *Cl. Difficile*) не выявлены. Лямблиоз наблюдался у 4 пациентов. У детей младше 2-х лет исключали колит, обусловленный аллергией на белок коровьего молока.

При колоноскопии отмечались отёчность и гиперемия слизистой, смазанность сосудистого рисунка, контактная кровоточивость, язвы. Проктосигмоидит имели 2 пациента, левосторонний колит 3 пациента, тотальный колит 7 пациентов. Псевдополипоз толстой кишки был у 2 пациентов. У одной девочки выявлен токсический мегаколон. Во всех случаях проведено ФГДС для исключения болезни Крона.

При биопсии отмечено слизистое и подслизистое воспаление, нарушение архитектоники слизистой, лимфоидные агрегаты в собственной пластинке. Окончательный диагноз обосновывали по совокупности данных клинических, лабораторных, инструментальных и морфологических проявлений болезни, учитывали эффект лечения.

Лечение проводили согласно международным рекомендациям [4, 5]. Для выбора первоначальной дозы месаккола учитывали тяжесть колита по клиническим и эндоскопическим признакам, рассчитывали педиатрический индекс активности НЯК (PUCAI) [4], проводили коррекцию дозы месаккола по эффекту от лечения.

Критериями оценки эффективности и переносимости месаккола служили: динамика основных клинических симптомов, данных лабораторных исследований (общий анализ крови, копрограмма, биохимические показатели крови, колоноскопия). Учитывали частоту и консистенцию стула, наличие позывов к дефекации, количество крови в стуле и частоту её выявления, наличие слизи в кале, боли в животе, лихорадку, железодефицитную анемию, ощущения детей. Клинически достоверным считали ответ на назначенное лечение при снижении индекса PUCAI на 20 баллов.

В результате проведенной терапии месаколом у всех детей отмечено наступление клинической ремиссии НЯК. что расценено нами, как хороший эффект. У большинства детей получен клинический эффект на фоне лечения месаколом в дозе 60-80 мг/кг/сутки. У двоих детей заметный эффект отмечался уже на 2-3-й день лечения, у других – в течении 1-2 недель. При недостаточном эффекте повышали дозу месаккола до 100-120 мг/кг/сутки [1]. Побочных эффектов не наблюдали. Повышение дозы месаккола позволяло получить клинический эффект без гормональной терапии.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Переносимость месаккола хорошая, побочных эффектов не отмечено.

2. Месакол эффективен при различных формах НЯК по локализации и по тяжести болезни для достижения ремиссии и предупреждения осложнений НЯК у детей.
3. Оральный прием месакола эффективно индуцирует и сохраняет ремиссию и может быть с успехом использован в качестве базовой терапии НЯК.
4. Эффект месакола дозозависим, начальная доза у детей составляет 60-80 мг/л/сут, при отсутствии эффекта доза может быть повышена до 100-120 мг/л/сут., что уменьшает число пациентов с необходимостью применения кортикостероидов.

Литература

1. Загорский, С.Э. Хронические воспалительные заболевания кишки у детей и подростков / С.Э. Загорский, Л.М. Беляева. – Минск : Белпринт, 2007. – 47 с.
2. Неспецифический язвенный колит у детей: клинический опыт и современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс] / О.Н. Назаренко [и др.]. – Режим доступа : www.bsmu.by/files/category40/151.
3. Цимбалова Е.Г., Потапов А.С., Щербаков П.Л. // Лечащий врач. – 2005. – № 8. – С. 52 – 55.
4. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition / D. Turner [et al.]. – 2012. – Vol. 55 (3). – P. 340–361.
5. American Journal of Gastroenterology / D. Turner [et al.]. – 2011. – Vol. 106. – P.574–588.
6. IBD Working Group of the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. – 2005. – Vol. 41. – P. 1–7.

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ КАК ФАКТОР РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Спиридонова Е.В.

УО « Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Воспалительные изменения в плаценте, возникающие в ходе гестационного процесса не всегда приводят к реализации тех или иных повреждений у новорожденного ребенка. Так же существует и обратная ситуация, когда морфологически здоровый послед сочетается с тяжелым течением инфекции у новорожденного [1,2].

Качество здоровья человека закладывается до его рождения, и течение перинатального периода в значительной степени определяет дальнейшее развитие организма в детстве и зрелом возрасте [1].

Цель исследования. Установить величину относительного риска перинатальных заболеваний и повреждений у новорожденных в зависимости от наличия воспалительных явлений в плаценте.

Материалы и методы. Были проанализированы гистологические заключения плацент и заболеваемость новорожденных у женщин, родивших в период с апреля по декабрь 2012 года в роддоме УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Мы проанализировали 1102 гистологических заключений плацент и данные о заболеваемости новорожденных от этих беременностей. Относительный риск (ОР) новорожденного заболеть той или иной патологией рассчитывался в зависимости от наличия следующих воспалительных изменений плаценты: мембранит, хорионит, децидуит, виллузит, омфаловаскулит, хорионамнионит, кровоизлияние в послед. ОР заболеть рассчитывался для следующих патологических состояний - нарушение адаптации по церебральному типу (НАПЦТ), неонатальная желтуха, церебральная ишемия, кефалогематома, недоношенность, асфиксия новорожденного, синдром двигательных дисфункций, крупный ребенок, ВПР, перинатальное поражение ЦНС, судорожный синдром, РДС, ИСПП, перелом ключицы, синдром угнетения ЦНС, врожденная пневмония, синдром инфицирования ребенка, рождении маловесного в сроку гестации, церебральная ишемия, синдром двигательных дисфункций, ИЗО АВ0 желтушно-анемическая форма, врожденный ложный сустав, уретерогидронефроз, плексопатия.

При статистической и математической обработке результатов исследования использованы – ППП «Statistica 6.0», вероятностный калькулятор «MedCalc», откорректированный метод Вальда. Данные представлены в виде относительных величин с расчетом 95% доверительного интервала (95% ДИ).

Результаты и обсуждение. При изучении воспалительных изменений последов и перинатальной патологии нами было изучено 1102 последа. Последы, не имеющие воспалительной патологии, встречались в 721 случае (65,4%, 95% ДИ 62,6-68,2), а имеющие воспалительные изменения – 381 (34,6%, 95% ДИ 31,8-37,4). Среди всех исследованных нами гистологических заключений последов зрелая плацента встречается в 1009 случаях (91,6%, 95% ДИ 89,8-93,1), а незрелая плацента – 93 (8,4%, 95% ДИ 6,9-10,2). Среди женщин у которых плаценты не имели морфологических изменений новорожденные с наличием перинатальной патологии встречались в 92 случаях (8,4%, 95% ДИ 6,9-10,1), а здоровые дети – 628 (57%, 95% ДИ 54,0-59,9). При наличии каких-либо инфекционно-воспалительных изменений в последе дети рождались здоровыми в 322 случаях (29,2%, 95% ДИ 26,6-32), больные – в 59 (5,4%, 95% ДИ 4,2-6,9).