

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БЕЛОРУССКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАНИМАТОЛОГИИ
И ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ
В АКУШЕРСТВЕ, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕДИАТРИИ**

**Сборник трудов, посвященный 70-летию
Научно-исследовательского института охраны материнства и детства**

Минск 2001

УДК 618.1/2+616-053.2]-036.882-08+616.9

ББК 57.16

А 43

Редакционный совет: директор НИИ ОМД МЗ РБ, д-р мед. наук, проф. Г.А. Шишко (председатель); зам. директора по научной работе НИИ ОМД МЗ РБ, канд. мед. наук О.Н. Харкевич (зам. председателя); зав. 1-й каф. детских болезней БГМУ, д-р мед. наук, проф. А.В. Сукало (зам. председателя); ученый секретарь НИИ ОМД МЗ РБ, канд. мед. наук, доц. В.А. Мазур; рук. отд. медико-социальных проблем материнства и детства НИИ ОМД МЗ РБ, канд. мед. наук Н.С. Богданович; рук. отд. клинической неонатологии НИИ ОМД МЗ РБ, канд. мед. наук, доц. Т.В. Гнедько; доц. каф. неонатологии БелМАПО, канд. мед. наук С.Н. Горстая; рук. клинико-диагностического отд. НИИ ОМД МЗ РБ, канд. мед. наук В.Г. Калюжин; науч. сотр. отд. репродуктивного здоровья НИИ ОМД МЗ РБ С.Р. Мазитов; рук. отд. репродуктивного здоровья НИИ ОМД МЗ РБ, канд. мед. наук, доц. В.Н. Сидоренко; рук. отд. экологических проблем детей и подростков НИИ ОМД МЗ РБ, канд. мед. наук А.Н. Черезко; рук. акушерского отд. НИИ ОМД МЗ РБ, канд. мед. наук, доц. А.Н. Шилко

Рецензенты: зав. каф. анестезиологии, реаниматологии и детской хирургии БелМАПО, д-р мед. наук, проф. В.В. Курек; зав. 2-й каф. акушерства и гинекологии БелМАПО, д-р мед. наук, проф. С.Л. Воскресенский

Актуальные проблемы реаниматологии и инфекционной патологии в акушерстве, А 43 гинекологии и педиатрии: Сборник трудов, посвященный 70-летию Научно-исследовательского института охраны материнства и детства. – Мн.: БГМУ, 2001. – 245 с.

ISBN 985-462-046-8

В сборник включены материалы научных исследований, освещающих вопросы совершенствования организации лечебно-профилактической помощи женщинам и детям, направленные на повышение качества диагностики и медицинской помощи, снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Особое внимание уделено патологии неонатального периода и неотложным состояниям в педиатрии, акушерстве и гинекологии. Подчеркивается роль инфекции в структуре детской заболеваемости, акушерстве и гинекологии.

Расчитан на широкий круг врачей педиатров, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов, организаторов здравоохранения, научных работников.

УДК 618.1/2+616-053.2]-036.882-08+616.9
ББК 57.16

ISBN 985-462-046-8

© Коллектив авторов, 2001
© Белорусский государственный
медицинский университет, 2001

*Яремченко Е.К., Гракова Т.А., Голубь В.Ф., Власова Т.И.,
Клапоцкая А.В., Сидорович А.И., Остапенко С.М., Кручинский Н.Г.*

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ 7-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

Бел НИИ экологической и профессиональной патологии, г. Могилев

Алопеция – выпадение волос (облысение) на местах присущего им роста, заболевание, встречающееся у детей в любом возрасте, чаще старше 3-х лет [1, 5].

Очаговая алопеция характеризуется спонтанным, незамеченным вначале, часто внезапным выпадением волос на одном или нескольких ограниченных участках волосистой части головы. Обычно лишенные волос участки бывают правильно округлой формы. Кожа на пораженных местах по виду может быть совершенно нормальной, без покраснения, чешуек и атрофии. При этом ее рельеф сохранен, но она более вялая, гипотоническая, отверстия волосных фолликулов кажутся расширенными. Очаги поражения еще не вполне оформлены и волосы по периферии их легко выдергиваются. Сами волосы могут быть мало или совсем не изменены, но чаще истончены, более светлого цвета, а их концы – разветвленными как «метелка» или иметь на плешинах вид пеньков [1–3].

Существуют вирусная и бактериальная концепции этиологии некоторых форм алопеции у детей, указывающей на значение алергизирующего влияния стрепто-стафилококковой флоры на сально-волосной аппарат и механизмы синтеза кератина в корне волоса, которая сочетается с такими патогенетическими факторами как нейроэндокринные расстройства, обменные нарушения, а также местные анатомофизиологические изменения [1, 5]. Отмечен рост алопеции у детей в период эпидемии ОРВИ. После эпидемии в Черновцах возникло предположение о многофакторности синдрома, а именно, сочетанном воздействии на фолликулы волосных мешочков тяжелых металлов: талия, бария, свинца

и др., а также вируса, в результате которого нарушается рост волос [4].

По данным Вильнюсского университета, в патогенезе заболевания значимы факторы электромагнитного и электростатического полей (у многих детей, проживающих вблизи электротрансформаторных подстанций или телевизионных башен отмечались случаи алопеции) [1].

Касаясь генеза алопеции, можно пока только предположительно утверждать о совокупности влияния химических и физических факторов.

В Бел НИИЭПП с лечением начали заниматься с 1993 года. В педиатрическом отделении выделены специализированные койки для лечения этой категории больных, в диспансерно-поликлиническом отделении организован прием врача-педиатра, прошедшего подготовку на курсах усовершенствования по вопросам диагностики и лечения алопеции в 1992 и 1995 годах в г. Казани.

С 1996 года осуществляется диагностическое наблюдение за 375 детьми в возрасте от 1,5 до 15 лет (г. Могилев – 76,3%, Могилевская область – 23,7%, в том числе из радиационно небезопасных районов около 9% наблюдаемых), у которых впервые был установлен диагноз очаговой алопеции.

Очаговая алопеция I и II степени диагностирована у 239 детей (соответственно в 1996 г. – 90; в 1997 г. – 120, в 1998 г. – 133; в 1999 г. – 180; и в 2000 г. – 211).

Длительность заболевания с момента обнаружения очага облысения и обращения к врачу составила в среднем от 2-х недель до одного месяца.

Следует отметить, что у 87% наблюдаемых детей выявлена сопутствующая патология. Так, эндокринная патология (эндемический зоб IА – IБ ст.) диагностирован в 1996 г. – у 30,5% больных; в 1997 г. – у 33,5%; в 1998 г. – у 27,6%; в 1999 г. – у 28,3%; и в 2000 г. – у 32%. Гстрозентерологическая патология (гастриты, гастродуодениты, дискинезии кишечника и желчевыводящих путей) в 1996 г. составили 48,4%; в 1997 г. – 61,4%; в 1998 г. – 42,7%; в 1999 г. – 50,1%; и в 2000 г. – 58,7%.

Аллергопатология (атопический дерматит, рецидивирующая крапивница, бронхиальная астма) в 1996 году – у 15,8%; 1997 году – у 19,7%; в 1998 году – у 20,1%; в 1999 году – у 22,7%, и в 2000 году – у 23,5%. Основную возрастную группу среди заболевших (более 58%) составили дети пубертатного периода (11–15 лет), что позволяет высказать предположения о гормональном дисбалансе в патогенезе этого заболевания. Нами не установлена зависимость частоты возникновения и тяжести течения алопеции от пола ребенка.

Учитывая то, что в настоящее время отсутствует единое мнение об этиологии и патогенезе очаговой алопеции, мы придерживаемся мнения о необходимости проведения комплексного лечения с учетом выявленной в ходе обследования сопутствующей патологии.

Для наружной (местной) терапии больных алопецией с целью стимуляции роста волос проводится втирание в очаги поражения настоек (зверобоя, прополиса, перца стручкового и т.п.) и болтушек, содержащих салициловую кислоту, димексид, серу, касторовое масло и 96% спирт [4].

Одновременно широко используются физиотерапевтические методы ле-

чения (дарсонвализация волосистой части головы, электромассаж волосистой части головы, гальванизация шейных симпатических узлов, поляризованный свет на очаги алопеции с помощью аппарата Бионик, ультразвук на шейные симпатические узлы). Примерно с конца 1998 года применяют очаговую лазеротерапию, обкалывание раствором гидрокартизона очагов облысения, массаж шейных симпатических узлов и волосистой части головы. Для улучшения регенерации кожных покровов назначают витамины А, В15, РР, фолиевую кислоту в лечебных дозах и мультивитамины с микроэлементами (алиговит, центрум, витус и т.п.), т.к. не исключается значимость дефицита некоторых микроэлементов в организме, ведущего к ранней алопеции.

Всем детям проводят курс энтеросорбции энтеросорбентом Белосорб-П в течение 7–10 дней из расчета 0,1 г/кг массы тела/сутки в два приема.

С целью нормализации метаболических процессов в области волосяного сосочка применяются АТФ, церебролизат, экстракт алоэ. Из средств, обладающих сосудорасширяющим действием и улучшающим васкуляризацию, назначают кавантин, кавентон. Так как метаболические процессы в волосах тесно связаны с состоянием обменных процессов в организме, параллельно рекомендуется включать в пищевой рацион достаточное количество белка и микроэлементов (говядина, свинина, куры, индейка, рыба, продукты моря, листовые овощи, бобовые, фрукты, орехи и т.д.).

Всем больным проводится курс стационарного лечения в течение 19–21 дней, затем на протяжении одного-двух месяцев – амбулаторное лечение с 2–3-х месячными перерывами на 1-ом году наблюдения. На втором году диспансеризации – противорецидивное лечение не реже одного раза в квартал; на 3-м году не менее 2-х раз в год, преимущественно в весенне-осенние периоды.

Частота рецидивов алопеции, по нашим данным, составляет около 25,1%. Как правило, рецидивы возникали на первом году наблюдения и более чем в половине случаев у детей с крупными очагами поражения волосяного покрова (алопецией II ст.).

Выздоровление от алопеции диагностируется при отсутствии рецидивов заболевания в течение трех лет после установки диагноза и составляет, по нашим данным, от 11% до 13%.

Учитывая анатомо-функциональные особенности детского организма довольно высокую частоту патологии у детей с алопецией, считаем более рациональным проводить лечение этой патологии в учреждениях педиатрического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаксевич В.П., Мяделец О.Д., Тихоловская И.В. Алопеция (гнездная, андрогенетическая, диффузная). – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. – 192 с.
2. Сосновский А.Т., Балакирев А.В., Жданова Н.И. Алопеция: Метод. рекомендации. – М., 1995. – 14 с.
3. Сырникова Е.В., Лобанов Ю.Ф. Алопеция у детей // Педиатрия. – 2000. – № 3. – С. 99–105.
4. Сосновский А.Т., Жданова Н.И. Лечение очагового облысения // Здоровоохранение Беларуси. – 1995. – № 8.
5. Рух А., Даубер Р. Болезни волос и волосистой части головы. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1985. – 528 с.