

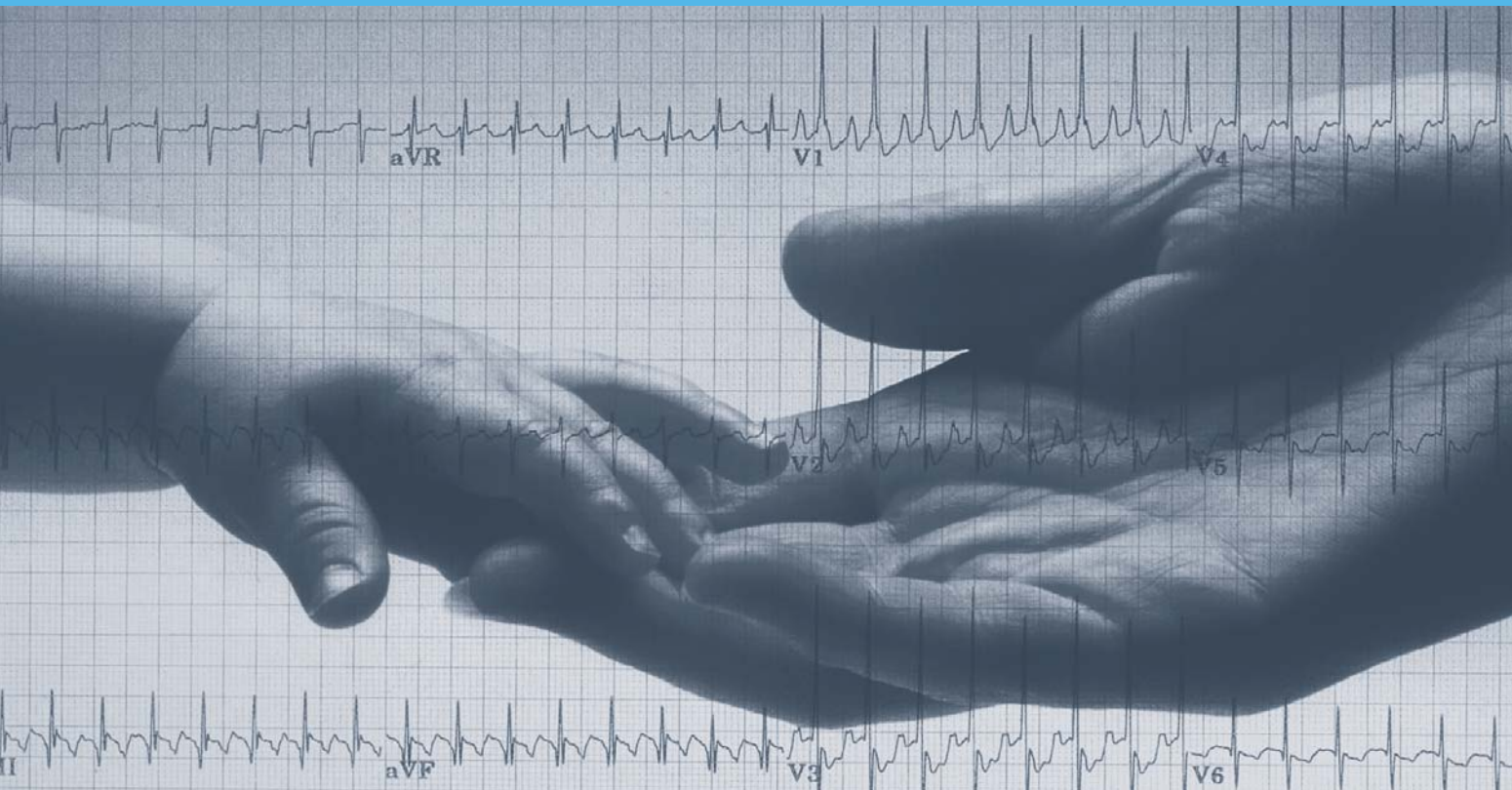


Союз
педиатров
России

ISSN 1682-5527

Сборник материалов XVIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

(Москва, 13–15 февраля 2015 г.)



On-Line версия журнала
www.pediatr-russia.ru www.spr-journal.ru



**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
XVII КОНГРЕССА
ПЕДИАТРОВ РОССИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ»**

Москва, 13–15 февраля 2015 г.

ЧАСТЬ I

1

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ДИАРЕЯ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Абасеева Т. Ю., Панкратенко Т. Е., Буров А. А., Лифшиц В. И.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского

Актуальность. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении диарея-ассоциированного гемолитико-уремического синдрома (Д + ГУС) у детей, сохраняется значительный риск формирования хронической болезни почек (ХБП) вплоть до необходимости диализа и трансплантации почки.

Цель исследования: определить факторы риска ХБП у детей, перенесших Д + ГУС.

Пациенты и методы. Обследовано 66 детей, перенесших Д + ГУС от 2 до 16 лет назад. Все дети лечились в отделении гемодиализа ДГКБ им. св. Владимира. Исходы оценивались по скорости клубочковой фильтрации (СКФ), суточной протеинурии (ПР), данным суточного мониторирования артериального давления (АД). Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (n = 21) длительность анурии ≤ 7 суток, 2-я группа (n = 45) — дети, перенесшие тяжелую форму ГУС (анурия > 7 сут). В качестве прогностических факторов оценивались: длительность анурии, уровень лейкоцитоза, поражение ЦНС в остром периоде, артериальная гипертензия (АГ) и ПР в исходе острой фазы.

Результаты. В катамнезе средние показатели СКФ составили 118 vs 82 мл/мин×1.73 м² (p < 0.0001) соответственно. У 12 детей (27%) 2-й группы показатели СКФ были ниже 59 мл/мин×1.73 м² (ХБП 3 ст). АГ (значения АД > 99 перцентили) выявлялась исключительно у больных 2-й группы (n = 15; 33%), у детей со снижением СКФ отмечались нарушения циркадных ритмов АД в виде недостаточного или чрезмерного ночного снижения. Значимая ПР (> 150 мг/сут) — лишь у детей 2-й группы (n = 14; 31.9%). У пациентов 1 группы признаков ХБП не обнаружено. Выявлены достоверные корреляционные связи длительности анурии с СКФ и ПР в катамнезе (p < 0.01), ПР (≥ 1 г/л) и АГ в исходе острой фазы с СКФ (p < 0.05), выраженности лейкоцитоза с ПР в отдаленном катамнезе (p < 0.01). Наличие поражения ЦНС и АГ в остром периоде не оказывали неблагоприятного влияния на отдаленный прогноз.

Заключение. Факторами риска формирования ХБП у детей после Д + ГУС являются выраженный лейкоцитоз, анурия более 7 суток, ПР и АГ в исходе острой фазы, а также появление их в последующем. Катамнестическое наблюдение детей, перенесших Д + ГУС должно осуществляться ежегодно даже при отсутствии признаков ХБП.

2

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА В УСЛОВИЯХ ЦИРКУМПОЛЯРНОЙ ГИПОКСИИ

Абдурасулов К. Д., Углева Т. Н., Трегуб Н. В.

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия

Актуальность. При адаптации человека в полярных районах происходят нарушения регуляции сердечной деятельности. Период полового созревания сопровождается учащением экстрасистол и нарушений проводимости.

Цель исследования. Изучение распространенности нарушений ритма сердца у детей пубертатного периода в условиях Севера.

Пациенты и методы. В рамках реализации национального проекта «Здоровье» и приказа МЗ РФ № 1346 н от 21.12.2012 г. было проведено скринирующее ЭКГ, ЭхоКГ и УЗИ (щитовидная железа) исследование 261 подростка в возрасте 14 лет. Из них девочки — 49%, мальчики — 51%.

Результаты. Изменения сегмента S–T и конечной части желудочкового комплекса зубца T выявлялись в 4,5 раза чаще у мальчиков, чем у девочек, частота ее составила соответственно 10,6 и 2,32%. У 5,8% обследованных были зарегистрированы ЭКГ — признаки ГПЖ сердца, у 8,8% — ГЛЖ, а отклонение электрической оси сердца вправо было выявлено у 20,7% подростков. Аритмии сердца регистрировались у 19,9% обследованных детей. Синусовая аритмия была обнаружена у 32,2%, экстрасистолия — 5,3%, нарушения AV проводимости I–II степени — 0,4%. Неполная блокада ПНПГ у 13,4%, полная блокада ПНПГ у 0,8%, неполная блокада ЛНПГ — 0,4%, миграция водителя предсердного ритма — 6,1%, а СЛС выявлялась у 2,8% подростков. Синусовая тахикардия в 2 раза чаще регистрировалась у девочек, чем у мальчиков ($p = 0,0014$). У половины детей при ЭхоКГ исследовании были обнаружены морфологические изменения структур сердца и крупных сосудов. Преобладали малые аномалии развития в виде изолированной аномально расположенной хорды левого желудочка — у трети детей (33,0%), пролапс митрального клапана — 6,1%, а также их сочетание (6,5%). Предикторами возникновения нарушений ритма сердца у подростков являются гипертрофии миокарда желудочков, морфологические изменения щитовидной железы.

Заключение. Частота нарушений ритма и проводимости сердца у детей пубертатного возраста составила 19,9%; аритмии сердца заметно чаще выявлялись у мальчиков по сравнению с девочками.

3 ОЦЕНКА ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ЕСТЕСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Акопян А. В., Зоркин С. Н., Воробьева Л. Е., Мазо А. М., Шахновский Д. С.,
Лаповок М. В.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. В современной детской урологии актуальной проблемой является рецидив мочекаменной болезни. На основе химического состава конкремента можно установить необходимую диету и фармакологический режим для предотвращения рецидивного уrolитиаза.

Цель исследования: изучить возможность применения двух-энергетической компьютерной томографии (КТ) в оценке химического состава мочевого камня, по сравнению с кристаллографией как эталоном.

Пациенты и методы. 68 пациентам с мочекаменной болезнью (в диапазоне от 6 месяцев до 18 лет) было проведено безконтрастное двух-энергетическое КТ для оценки мочевых путей. Для каждого конкремента мы провели оценку объема, плотности и состава. Всем пациентам была проведена дистанционная литотрипсия. Был выполнен кристаллографический анализ состава камней. С помощью коэффициента каппа Коэна осуществлен корреляционный анализ с результатами двух-энергетической КТ. Корреляцию между составом камня, объемом и плотностью по КТ оценивали с помощью теста Крускала-Уоллиса.

Результаты. Все пациенты имели единственный конкремент мочевых путей. У 60 пациентов камни были в почках, у 8 были в мочеточниках. Средний объем камня был $0,392 \text{ см}^3$. Средняя плотность по результатам КТ составила 1030 HU (диапазон 200–1900 HU). По данным кристаллографии 60 камней были оксалатом кальция, один ксантиновым, один цистиновым, два конкремента мочевой кислоты и четыре были смешанного состава. КТ позволило выявить состав во всех случаях односоставных камней. В конкрементах со смешанным составом также были определены все химические компоненты. Статистический анализ выявил существенную корреляцию между двухэнергетической КТ и результатами кристаллографии (коэффициента каппа Коэна (kC) = 0,712). Состав конкрементов имел статистически значимую корреляцию с плотностью КТ ($p = 0,00932$) и отсутствовала корреляция с объемом камня ($p = 0,836$).

Заключение. Двухэнергетическая КТ продемонстрировала высокую точность в определении химического состава конкрементов мочевой системы, в том числе и смешанных камней.

4

ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ ПОВТОРНЫХ СЕАНСОВ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ ОТ СОСТАВА КОНКРЕМЕНТА

**Акопян А. В., Зоркин С. Н., Воробьева Л. Е., Мазо А. М., Шахновский Д. С.,
Дворяковский И. В.**

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Причины осложнений при дистанционных литотрипсиях лежат не столько в литотриптерах, сколько в неправильно определенных показаниях, примененной методике дистанционной литотрипсии (ДЛТ) и неадекватности послеоперационного лечения больного.

Цель исследования. Оценка *in vivo* химического состава мочевых камней с помощью двухэнергетической компьютерной томографии (КТ) для определения предрасположенности к дезинтеграции камней в ответ на дистанционную литотрипсию.

Пациенты и методы. 70 пациентам (от 1 до 18 лет) с уролитиазом было проведено безконтрастное двухэнергетическое КТ для обследования мочевых путей. Для каждого конкремента мы провели оценку плотности и состава. Всем пациентам проведена дистанционная литотрипсия и выполнен кристаллографический анализ состава всех конкрементов.

Результаты. У 62 пациентов конкременты находились в почке, и лишь у 8 были в мочеточниках. Средняя плотность камней по данным КТ была 684 ± 220 НУ. С помощью двухэнергетической КТ удалось определить состав всех конкрементов. Согласно кристаллографии, состав конкрементов был следующим: 59 состояли из оксалата кальция, 3 из фосфата кальция, 1 был цистиновым, и 7 — смешанного состава. Получена корреляция между двухэнергетической КТ и кристаллографией (коэффициент каппа Коэна = 0,712). Частота повторных сеансов дистанционной литотрипсии находилась в зависимости от состава конкремента. Камни моногидрата оксалата кальция чаще требовали повторных сеансов лечения, чем смешанные конкременты, состоящие из дигидрата оксалата кальция и струвитных камней. Фосфатные камни и конкременты, состоящие дигидрата оксалата кальция, имеют тенденцию к разрушению на мелкие фрагменты, отхождение которых протекает без осложнений. Камни моногидрата оксалата кальция обычно разрушаются на крупные фрагменты, отхождение которых из мочевых путей чаще всего затруднительно.

Заключение. Использование КТ для оценки состава и визуализации внутреннего строения камня может позволить врачам предсказать хрупкость конкремента и прогнозировать исход дистанционной литотрипсии.

5 РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ И СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

Алекаева О. Н., Вотякова О. И., Кузнецова Е. Г., Пахрова О. А.

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. В последние десятилетия бронхолегочная дисплазия (БЛД) становится все более актуальной проблемой, патогенез которой изучен недостаточно.

Цель исследования: установить особенности реологических свойств крови и эндотелия сосудов у детей с бронхолегочной дисплазией.

Пациенты и методы. Обследовано 20 детей первого года жизни со среднетяжелой и тяжелой БЛД. Контрольную группу составили 10 детей раннего возраста. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сроку гестации и массе тела при рождении. Исследовались показатели агрегации эритроцитов (степень агрегации за 5 сек., 10 сек., при полной остановке и при минимальных скоростях сдвига), определялась деформируемость эритроцитов (индекс ригидности) и изучалась поверхностная архитектура эритроцитов (содержание неизмененных клеток, обратимо деформированных и необратимо измененных эритроцитов). Состояние эндотелия сосудов оценивалось по содержанию циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов в крови.

Результаты. При исследовании деформируемости эритроцитов у детей с БЛД, по сравнению с контрольной группой, обнаружены достоверно более низкие значения индекса ригидности ($47,15 \pm 10,55\%$ и $59,9 \pm 18,95\%$ соответственно, $p < 0,05$). При исследовании citoархитектоники эритроцитов у пациентов основной группы, по сравнению с контролем, отмечена тенденция к снижению содержания неизмененных клеток-дискоцитов ($65,39 \pm 14,62\%$ и $74,3 \pm 23,51\%$ соответственно), повышению содержания обратимо деформированных ($23,27 \pm 5,2\%$ и $14,99 \pm 4,7\%$ соответственно) и необратимо измененных эритроцитов ($21,25 \pm 4,7\%$ и $9,33 \pm 2,95\%$ соответственно). Все измеряемые параметры, характеризующие агрегацию эритроцитов, были выше в группе детей с БЛД. Число десквамированных эндотелиоцитов, характеризующих состояние эндотелия сосудов, у обследованных с БЛД было достоверно ($p < 0,05$) выше ($7,37 \pm 1,65$), чем в контрольной группе ($2,3 \pm 0,73$).

Заключение. Полученные данные отражают изменения реологических свойств крови у детей с БЛД, способствующих увеличению ее вязкости, и наличие признаков эндотелиальной дисфункции.

6 ВОЗМОЖНОСТИ МР-АНГИОГРАФИИ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ЦЕФАЛГИЯМИ

Аникин А. В., Каркашадзе М. З., Гетман А. Н., Кузнецова Г. В.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Распространенность цефалгий у детей, по данным разных авторов, составляет от 7 до 54%. Важным шагом диагностического алгоритма является исключение цереброваскулярной патологии. Магнитно-резонансная ангиография является неинвазивной методикой визуализации экстра- и интракраниальных сосудов без использования контрастных средств; при этом селективно получают изображения артерий и вен, с последующей трехмерной реконструкцией.

Цель исследования: определить возможность метода магнитно-резонансной ангиографии для оценки состояния артерий и вен головного мозга у детей с головными болями.

Пациенты и методы. Обследовано 35 детей (19 девочек и 16 мальчиков), в возрасте от 4 до 15 лет. У 29 детей цефалгии расценивались как проявление мигрени и вторичных вегетативных дистоний. У 4-х детей цефалгии сопровождались транзиторными ишемическими атаками, у 2-х — развитием инсультов. Всем пациентам проводилась МР-ангиография с использованием методики 3D/TOF с ориентацией нативных срезов в аксиальной плоскости (оценка артериального русла), а также методики 2D/TOF, с ориентацией нативных срезов в коронарной плоскости (оценка венозного кровотока), с последующей трехмерной МР-реконструкцией изображений. Исследование проводилось на магнитно-резонансном томографе Signa HDx (General Electrics, США), с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла, с использованием катушки высокого разрешения 8 HBrain.

Результаты. Ангиодисплазии экстра- и интракраниальных сосудов отмечены у 13 детей (37%), в том числе — артериовенозная мальформация (2), врожденные стенотические изменения — аплазии и гипоплазии (5), гемодинамически значимые деформации — перегибы, петле- и спиралеобразные извитости артерий (6). У 9 детей из группы ангиодисплазий определялась выраженная асимметрия калибра венозных синусов (поперечного и сигмовидного), а также яремных вен.

Заключение. Частота врожденных ангиодисплазий у детей с цефалгиями составляет 37%. МР-ангиография дает достоверную информацию о состоянии и анатомических особенностях строения сосудов головного мозга.

7 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ ПО ДАННЫМ ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ

Анисимов Е. А., Корнеева И. Т., Додонов С. В.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Использование неинвазивной, простой, хорошо воспроизводимой методики объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) позволяет не только с высокой степенью достоверности регистрировать показатели гемодинамики, но и оценивать вязко-эластичные свойства сосудистой стенки как исходно, так и в динамике.

Цель исследования: изучить особенности сердечно-сосудистой системы методом объемной компрессионной осциллометрии у подростков, занимающихся спортивным плаванием.

Пациенты и методы. Параметры гемодинамики определялись посредством прибора для экспресс-диагностики состояния сердечно-сосудистой системы с топической визуализацией и использованием осциллометрии высокого напряжения. Программное обеспечение «ЭДТВ – Спорт».

Обследовано 146 подростков в возрасте от 14 до 16 лет, занимающихся плаванием. Спортивный стаж от 4 до 8 лет. Спортивная квалификация – массовые разряды – 66 детей, 1 разряд и выше – 80 подростков.

Результаты. Установлено, что артериальное давление у обследуемых детей находилось в пределах нормы, но у 44 юных спортсменов отмечено высокое нормальное давление или незначительно повышенное (не более 10%).

По данным ОКО выявлено, что у пловцов-подростков нормокинетический тип кровообращения определяется в 41,4%, гиперкинетический – 46,3% и гипокинетический – 12,3%.

У 48 юных спортсменов определены более низкие значения податливости сосудистой стенки (1,6–1,7 мл/ммртст), хотя не выходящие за пределы нормы. У 98 подростков выявлены высокие значения податливости сосудистой стенки в пределах 2,2–2,7 мл/ммртст при более низком общем периферическом сопротивлении сосудов и увеличении просвета сосудов, что свидетельствует об экономизации работы сердечно-сосудистой системы у спортсменов.

Заключение. Таким образом, значения гемодинамических параметров, полученные методом объемной компрессионной осциллометрии, могут быть использованы при комплексной оценке сердечно-сосудистой системы спортсменов на разных этапах тренировочного цикла для динамического наблюдения, а также подбора адекватной физической нагрузки.

8 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДАННЫХ ДИСПЕРСИОННОГО КАРТИРОВАНИЯ СЕРДЦА И КЛАССИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ У ШКОЛЬНИКОВ

Анисимова А. В., Перевощикова Н. К., Бритвина О. П., Артамонова О. Н.

Детская клиническая больница № 1, Кемерово

Актуальность. Последнее десятилетие отмечено увеличением в 2,5 раза уровней общей и первичной заболеваемости школьников. Уже в подростковом возрасте регистрируются основные факторы риска развития заболеваний сердца, что диктует необходимость внедрения новых скрининговых методов диагностики состояния сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ данных, полученных в ходе обследования школьников методами дисперсионного картирования и классической ЭКГ.

Пациенты и методы. У 27 школьников в возрасте 11–14 лет было проведено сравнение показателей функционирования сердечно-сосудистой системы, полученных методом дисперсионного картирования и выполненных с помощью классической ЭКГ.

Результаты. Сравнительное изучение показателей, характеризующих состояние миокарда, методом дисперсионного картирования и стандартной ЭКГ у 27 подростков, не выявило значимых различий показателей пульса ($p = 0,2407$), длительности интервалов QT ($p = 0,2784$), PQ ($p = 1,0$), QRS ($p = 0,1477$). При наличии функциональных отклонений, по данным дисперсионного картирования, у 23 из 27 подростков на классической ЭКГ отклонений не выявлено у двух. При значимом отклонении дисперсионных характеристик миокарда у одного подростка на ЭКГ отмечена выраженная синусовая брадикардия. При умеренных неспецифических отклонениях у 19 человек замедление атриовентрикулярного проведения выявлено у 6, метаболические изменения в миокарде у 8, признаки перегрузки левого желудочка у 4, патологии не выявлено у 1 человека. При дисперсионных признаках гипоксии у 3 школьников на ЭКГ отмечались метаболические изменения в миокарде у 2. Отсутствие дисперсионных отклонений на классической ЭКГ подтверждено у всех подростков. Таким образом, метод дисперсионного картирования показал высокую чувствительность ($Se = 91,3\%$) и специфичность ($Sp = 75,0\%$).

Заключение. Высокий процент выявления функциональных отклонений по данным дисперсионного картирования, его значимая чувствительность и специфичность позволяют рекомендовать данную методику для оценки состояния сердца у школьников.

9 ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ БИОМАРКЕРОВ АНГИОГЕНЕЗА У ЮНЫХ ПЛОВЦОВ

**Баканов М. И., Поляков С. Д., Санфирова В. М., Корнеева И. Т.,
Соловьёва Ю. В., Бершова Т. В.**

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. В области спортивной физиологии важными являются исследования механизмов адаптации спортсменов к физическим нагрузкам для оценки приспособительных реакций, связанных с васкуляризацией тканей.

Цель исследования: определить характер изменений содержания ангиогенина (ANG), васкулоэндотелиального фактора (VEGF-A), тромбоспондина (TSP-1), фактора роста фибробластов (bFGF), активности металлопротеиназы (ММР-9) и её ингибитора (TIMP-1) в сыворотке крови пловцов с различной степенью физической подготовленности.

Пациенты и методы. Обследовано 76 пловцов в возрасте 12–17 лет с различным стажем плавания от 6–10 лет. Биохимические маркёры определяли с помощью тест-систем ИФА. Референтные их значения получены нами у 36 подростков того же возраста, не занимающихся систематически спортом. Статистическую обработку результатов выполняли с использованием программы «STATISTICA-6».

Результаты. Маркеры состояния сосудистого эндотелия пловцов отличались от показателей референтной группы и зависели от уровня физической подготовки. Уровень ANG и VEGF-A у спортсменов превышал таковой нетренированных детей, причем был выше у девочек в 1.2 раза. Обнаружено увеличение содержания bFGF с преобладанием его значений в 1.1 раза у девочек. Активация процессов ангиогенеза обусловлена, наряду с отмеченными изменениями ангиогенных факторов, усилением также деградации межклеточного матрикса: значимое увеличение активности ММР-9 в 1.3 раза и достоверное снижение уровня TIMP-1. У всех пловцов установлено снижение содержания TSP-1. Отмеченные изменения обусловлены влиянием генно-детерминированного гипоксия-индуцибельного фактора, усиливающего процесс ангиогенеза. Сдвиги в содержании биомаркеров ангиогенеза наиболее выражены у пловцов с 6–8-летним стажем.

Заключение. Физические нагрузки у юных пловцов могут приводить к активации ангиогенеза, обусловленной оксидантным стрессом и сопутствующей тканевой гипоксией. Изменения факторов ангио- и васкулогенеза у пловцов с 6–8-летним стажем носят адаптационный характер.

10 ОСОБЕННОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ И СЕЛЕ

Балалаева И. Ю.

Воронежская государственная медицинская академия имени Н. Н. Бурденко

Актуальность. Значительная распространённость мочекаменной болезни (МКБ) у детей и подростков в последние годы заставляет анализировать особенности заболевания в зависимости от различных факторов (возраст, пол, отягощённость семейного анамнеза, место проживания и других) для выработки тактики профилактики и раннего выявления данной патологии.

Цель исследования: выявить возрастно-половые и другие особенности пациентов с мочекаменной болезнью, проживающих в сельских районах и городе.

Пациенты и методы. Рассмотрены особенности МКБ у 100 пациентов в возрасте от 2 до 17 лет, среди которых было 60 лиц женского и 40 — мужского пола. Городских жителей было 52, сельских 48. Больные в возрасте от 7 до 14 лет составляли 48%, от 15–17 лет — 31%. Отягощённую по МКБ наследственность имела половина пациентов.

Результаты. Среди сельских жителей преобладали пациенты в возрасте от 7 до 14 лет (58,3%), доля детей до 7 лет была небольшой (10,4%). В то время как среди городских жителей пациентов младшей возрастной группы было почти в 3 раза больше (30,8%). Среди сельских детей с отягощённой наследственностью преобладали мальчики (59,1%), без отягощённой наследственности — девочки (69,2%). Среди городских жителей лиц женского пола было больше независимо от особенностей семейного анамнеза (62–64%).

У детей, проживающих в селе, частота выявления конкрементов диаметром более 5 мм возрастала от 20% у детей до 7 лет до 73,3% у подростков 15–17 лет. Хирургическое вмешательство (в том числе проведение литотрипсии) потребовалось в 3 раза чаще больным с МКБ из села, чем жителям города.

Заключение. Таким образом, у детей и подростков, живущих в селе, вероятно, имеет место более поздняя диагностика мочекаменной болезни. В связи с этим необходимо шире применять визуализирующие методы исследования (УЗИ) для раннего выявления конкрементов в мочевой системе как у детей первых 6 лет жизни, так и в последующие возрастные периоды.

11 ОБ УЧАСТИИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ» В РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «МОДЕЛЬ ОТРАБОТКИ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВЫХ, ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ) С УЧАСТИЕМ ОБЩЕСТВЕННЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ»

Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Алексеева Е. И., Чистякова Е. Г.

*Научный центр здоровья детей Россия, Москва
Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова Россия, Москва*

Актуальность. Достижение цели возможно при условии эффективных механизмов интеграции гражданского, учебного и научно-педагогического сообществ, науки и образования, научно-практических школ и инновационных технологий. Необходимость развития системы непрерывного профессионального образования в Российской Федерации закреплена в основных законодательных и нормативно-правовых актах, принятых на государственном уровне. Непрерывное профессиональное образование — период образования и подготовки врачей, начинающийся после получения базового медицинского образования и продолжающийся в течение всей профессиональной деятельности врача.

Цель исследования: повышение качества и доступности непрерывного профессионального образования, создание качественно новой информационно-образовательной среды, соответствующей потребностям общества, модернизации и инновационному развитию системы здравоохранения.

Результаты. С 1 декабря 2013 г. Министерство здравоохранения РФ и созданный при нем Координационный Совет реализует Пилотный проект «Модель отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций». Для врачей участие в пилотном проекте является добровольным и бесплатным. За год работы проекта общественная организация «Союз педиатров России» провела значительную организационную, учебно-методическую и просветительскую работу. Первый этап — заключение сетевых договоров с 10 вузами Российской Федерации: ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко»; ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет»; ГБОУ ВПО «Казанская государственная медицинская академия»; ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»; ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова»; ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»; ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»; ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»; ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»; ГБОУ ВПО «Российская медицинская академия последипломного образования». Второй этап — согласование Рабочих программ дополнительного профессионального образования по специальности «Педиатрия» с вузами участниками проекта. В соответствии с принятым Координационным Советом решением продолжительность обучения составляет 144 часа (из них 108 часов отводится вузам, 36 часов — общественным организациям). Третий этап — создание интерактивных образовательных ресурсов. В результате работы на этом этапе записаны 27 модулей по 45 минут по различным разделам педиатрии в сопровождении с тестовыми заданиями по усвоению прослушанного материала. В рамках реализации проекта проведены два мероприятия, зарегистрированные Координационным Советом: XVII Конгресс Союза педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» г. Москва. Третий Конгресс педиатров Урала с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии». г. Екатеринбург. За участие в Конгрессах врачам начислено по 18 кредитов. Кредиты получили 20 педиатров.

Заключение. Общественная организация «Союз педиатров России» в содружестве с вузами России занимает ведущие позиции в системе непрерывного профессионального образования педиатров России. Участие в Проекте показало необходимость дальнейшего развития этой формы обучения врачей и необходимость усиления взаимодействия вузов с общественными организациями.

12 ФОСФОЛИПИДНЫЙ СОСТАВ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Баранова Т. И.

Читинская государственная медицинская академия

Актуальность. Изменениям фосфолипидного состава мембран эритроцитов отводится большая роль в регуляции трансмембранного транспорта ионов, модификации активности интегральных и периферических белков мембраны.

Цель исследования: изучить фосфолипидный состав мембран эритроцитов у детей раннего возраста, больных железодефицитной анемией.

Пациенты и методы. Первую группу составили 75 детей раннего возраста (40 мальчиков и 35 девочек) с анемией легкой (48%) и средней (52%) степени. Вторую группу составили 25 здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту. Содержание фосфолипидов определяли при помощи двухмерной микротонкослойной хроматографии. Для определения количества каждой фракции применяли метод V.E. Vaskovsky et al. (1975). Статистическая обработка осуществлялась с использованием программы Statistica 6.0. Использовали параметрические методы: t-тест для независимых группировок, парный t-тест. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Содержание сфингомиелина значительно возрастало, а уровень фосфатидилхолина значительно снижался у лиц с анемией средней степени тяжести. При этом фракция его лизоформ увеличивалась в обеих группах больных. Цифры фосфатидилэтаноламина, по сравнению с контролем, увеличивались в 1,2 раза в группе детей с анемией легкой степени. При этом доля лизофосфатидилэтаноламина одинаково достоверно повышалась у детей с анемией легкой и средней степени по сравнению с контролем. Сумма лизоформ фосфолипидов была достоверно выше у детей с анемией средней степени тяжести, чем у больных анемией легкой степени. Уровень фосфатидилинозитола значительно снижался в группе детей с анемией легкой степени. Цифры фосфатидилсерина значительно уменьшались в большей степени при анемии средней степени тяжести.

Заключение. Таким образом, определение профиля фосфолипидов эритроцитарных мембран можно использовать в качестве дополнительных критериев оценки тяжести анемии, а также для оценки эффективности проводимого лечения.

13 ПРИЧИНЫ ОТКАЗОВ ОТ ВАКЦИНАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В И ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ДАННЫМ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН

Башакин Н. Ф., Бочарова И. И., Троицкая М. В., Якубина А. А., Букина М. Ю.

*Московский областной научно-исследовательский институт акушерства
и гинекологии*

Актуальность. За последние годы в России сложилась тенденция к значительному увеличению доли детей без иммунизации против различных заболеваний. При этом значительный процент детей не вакцинируется в связи с отказами матерей. По данным клиники неонатологии МОНИИАГ за 2011–2013 гг. от вакцинации детей против гепатита В отказывались 5,1–6,4% женщин и против туберкулеза — 2,0–3,4%, причем за 11 месяцев 2014 года этот показатель резко вырос до 10,4% по гепатиту В и до 5,2% по BCG-M.

Цель исследования. Посредством анонимного анкетирования выявить причины отказа женщин от вакцинации детей в роддоме.

Пациенты и методы. Проведено анонимное анкетирование 30 родильниц на 3–5 сутки после родов. Респондентки отвечали на следующие вопросы: возраст, уровень материальной обеспеченности, наличие образования, сфера профессиональной деятельности, от какой прививки и по какой причине женщина отказывается прививать ребенка, собирается ли вакцинировать его после выписки его из роддома. Все дети были доношенными и медицинских противопоказаний к вакцинации гепатита В и BCG-M не имели.

Результаты. Среди женщин, отказавшихся от вакцинации детей в роддоме, 3 (10%) имели возраст от 21–25 лет, 6 (20%) — 26–30 лет, 11 (36,7%) — 31–35 лет, 10 (33,3%) — 36 лет и старше. Большинство опрошенных (25 женщин — 83,3%) имели высшее образование, 1 — неполное высшее и 4 (13,3%) — среднее специальное образование.

24 человека (80%) оценили уровень материального достатка как средний, 4 (1,3%) отметили, что он выше среднего, 2 (6,6%) — ниже среднего. Постоянной работы не имело 8 (26,7%) женщин. Другие респондентки были заняты в различных сферах — госслужба (5–16,7%), бизнес (5), образование (3–10%), медицина (3). Из числа опрошенных женщин 19 (63,3%) были готовы к вакцинации детей после выписки из роддома; отказались от вакцинации 16 (53,3%). Из них 13 (43,3%) от гепатита В и 1 человек (3,3%) от BCG-M. Причинами отказа послужили: поствакцинальные реакции и осложнения у ранее рожденных детей, у самой женщины и ее близких родственников — 11 случаев (36,7%), рекомендации медицинских работников — 11 (36,7%), советы друзей и знакомых — 6 (20%), негативная информация о прививках в СМИ — 3 (10%) и т. д.

В целом же более 80% женщин, отказавшихся от вакцинации новорожденных от гепатита В и BCG-M, принадлежат к возрастной категории старше 25 лет. Как правило, они имеют высшее образование, средний или выше среднего уровень материальной обеспеченности и заняты в различных сферах деятельности.

Заключение. Необходимо дальнейшее объективное исследование частоты поствакцинальных реакций и осложнений, насколько адекватно оцениваются физиологические и патологические поствакцинальные реакции у детей и даются соответствующие разъяснения их матерям. Недооценка важности санитарно-просветительской работы по соблюдению государственного календаря вакцинации, особенно медицинскими работниками, в ближайшем будущем может привести к повышению доли детей с низким уровнем иммунологической защиты.

14
ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ 5–7-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА, ПОСЕЩАЮЩИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА (НА ПРИМЕРЕ г. УФЫ)

Баширова Г. И., Малиевский В. А., Коновалова Г. М.

Городская детская поликлиника № 6, Уфа

Актуальность. Качество жизни является одним из значимых критериев в комплексной оценке здоровья детей. Особый интерес отечественных педиатров вызывает разработка стандартов качества жизни (КЖ) детей.

Цель исследования: изучить показатели КЖ у детей 5–7-летнего возраста, посещающих образовательные учреждения г. Уфы.

Пациенты и методы. С помощью опросника КЖ Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL 4.0 изучены показатели КЖ у 803 детей в возрасте от 5 до 7 лет, посещающих дошкольные и школьные образовательные учреждения г. Уфы.

Результаты. Исследование показало, что большая часть социально-гигиенических факторов не оказывает влияния на качество жизни детей 5–7-летнего возраста. У здоровых детей суммарная оценка по опроснику PedsQL составила 80 баллов по оценке родителей. Результаты самооценки показали 78 баллов. Дети II группы здоровья по сравнению со здоровыми детьми имели низкое КЖ (соответственно 76 и 73 балла, $p < 0,001$), за счет ухудшения физического функционирования. Дети с III группой здоровья отличались от детей I группы здоровья более низким КЖ (по оценке родителей 77 баллов, по результатам самооценки 74 балла).

Заключение. Установлено влияние состояния здоровья на качество жизни детей 5–7-летнего возраста. Ухудшению показателей качества их жизни способствовали морфофункциональные отклонения и хронические заболевания.

15 ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ

Бекезин В. В., Пересецкая О. В., Короткая Н. Н., Борсуков А. В.

Смоленская государственная медицинская академия

Актуальность. Высокая частота встречаемости ожирения (О) в детском возрасте в России и мире часто приводит к появлению жирового гепатоза (ЖГ), который следует расценивать как первую стадию фиброза печени.

Цель исследования: изучить особенности углеводного и липидного обменов у детей подросткового возраста с О в зависимости от стадии фиброза по результатам эластографии печени (ЭП).

Пациенты и методы. Проведено комплексное обследование 51 ребенка с первичным О ($25 \text{ кг/м}^2 < \text{ИМТ} < 30 \text{ кг/м}^2$). Контрольную группу составили 20 детей.

Методы исследования: гормонально-лабораторные показатели (глюкоза крови, ПГГТ, липидограмма, ИРИ, НОМА-R, АЛТ, АСТ, ЩФ) и УЗИ печени и ЭП (Фиброскан, Франция). Оценка степени фиброза проведена по шкале METAVIR. В зависимости от результатов эластографии основную группу разделили на две: 1-ю группу (n = 40) составили пациенты со стадией фиброза (F0); 2-ю группу (n = 11) — со стадией фиброза F1-F2.

Результаты. Инсулинорезистентность (НОМА-R > 4) регистрировалась у 35% детей 1-й группы и у 54,6% детей 2-й группы. Нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) выявлена у 10% детей 1-й группы и у 27,3% детей 2-й группы. У детей 1-й группы в 10% случаев отмечалось повышение уровня общего холестерина (ОХ), триглицеридов; в 2,5% случаев повышение фракции ОХ ЛПОНП. Снижение показателей ОХ и ОХ ЛПОНП отмечалось как в 1-й группе (в 7,5% случаев), так и во 2-й группе (в 18% случаев). Тенденцию к более частой регистрации снижения ОХ и ОХ ЛПОНП у детей 2-й группы на начальных стадиях формирования ЖГ можно объяснить накоплением холестерина в печени.

Заключение. Таким образом, у детей с ожирением и стадией фиброза печени F1-F2 в 1,4 раза чаще регистрируется инсулинорезистентность и в 2,7 раз чаще НТГ, по сравнению с детьми без фиброза печени (F0). Достоверных различий в нарушении липидного обмена между детьми с О и фиброзом печени (F1-F2) и детьми с О без фиброза печени не выявлено.

16 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АТРАВМАТИЧНОЙ ГИДРОГЕЛЕВОЙ ПОВЯЗКИ «АППОЛО» В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Белова Е. Г., Борисов В. С., Борисова М. А.

Национальный медико-хирургический центр имени Н. И. Пирогова, Москва

Актуальность. В условиях проводимой реформы здравоохранения на поликлиническое звено возросли нагрузки, связанные как с увеличением количества пациентов, так и повышением потребности в современных перевязочных средствах. В последнее время появилось много раневых покрытий, эффективно используемых в лечении ожоговых ран.

Цель исследования: изучить возможность применения гидрогелевых повязок «Апполо» на ожоговых ранах у детей разного возраста в условиях поликлиники.

Пациенты и методы. В 2014 г. в хирургическом кабинете ДКДЦ для местного лечения ожоговых ран у детей амбулаторно применялись гидрогелевые повязки «Апполо». Под наблюдением находилось 20 пациентов в возрасте от 5 до 16 лет. Ожоги I и II степени были у 12 детей, II и III А степени у 8. Площадь поражения не превышала 2% поверхности тела. В качестве критерия эффективности были выбраны: сроки заживления раны, отсутствие осложнений, атравматичность и безболезненность при перевязках. На обработанную ожоговую рану накладывали повязки «Апполо». Повязку фиксировали марлевым бинтом.

Результаты. Согласно мнению пациентов, после наложения повязки «Апполо» болевые ощущения в ране заметно снижались. Мы не отмечали развития перифокального воспаления или других местных осложнений. Смена повязки выполнялась через 2–3 дня в зависимости от промокания салфетки. Эпителизация поверхностных ожогов I и II степени наступала в среднем на 5–7 сутки, а ожогов III А степени на 12–14 сутки с момента травмы. При лечении неинфицированных поверхностных ожогов смены салфеток не потребовалось, они были легко удалены после эпителизации раны. Благодаря атравматичности дети легко переносили перевязки.

Заключение. Таким образом, гидрогелевая повязка «Апполо» является эффективным современным перевязочным средством местного лечения детей с ограниченными поверхностными ожогами, что позволяет применять их в амбулаторной практике.

17 ЙОДНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ, КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Белых Н. А., Плугатаренко Н. А., Доброхотова А. В.

Луганский государственный медицинский университет

Актуальность. Дети грудного возраста, беременные и кормящие матери являются группой риска по развитию йоддефицитных заболеваний.

Цель исследования: оценить йодную обеспеченность беременных, кормящих матерей и детей грудного возраста в Луганской области.

Пациенты и методы. Степень йоддефицита оценивали в соответствии с частотой гипертиреотропиемии по результатам скрининга на врожденный гипотиреоз ($n = 64607$) (ВОЗ, 2007). Определяли йод в моче у 1052 беременных женщин, 60 матерей и 156 детей первого полугодия жизни (метод Sandell-Koltkoff), а также процент йода в грудном молоке у 88 кормящих матерей.

Результаты. Полученные показатели свидетельствуют о недостаточном йодном обеспечении наиболее уязвимых групп населения (частота неонатальной гипертиреотропиемии составила 20,6%, медиана йодурии у беременных — 78,2 мкг/л, у кормящих матерей — 91,2 мкг/л). Оптимальное йодное обеспечение имели только 14,2% беременных и 16,2% матерей. Содержание йода в грудном молоке не достигало нижней границы нормы ($Me = 68,0$ мкг/л), уровень йода > 100 мкг/л выявлен в 21,3% образцов.

Медиана йодурии у детей, находящихся на грудном вскармливании, составила 82,9 мкг/л, показатель соответствовал норме только у 36,9%. У детей, которые употребляли адаптированные смеси, медиана йодурии составила 282,0 мкг/л, нормальный уровень йодурии имели 94,8%. Установлена прямая корреляционная связь между уровнем йода в грудном молоке и йодурией ребенка ($p = 0,57$).

У матерей, которые ежедневно употребляли 200 мкг йода медиана йодурии составила 112,0 мкг/л против 68,6 мкг/л у женщин не получавших йодной профилактики (ЙП) ($p = 0,0001$), а уровень йода в грудном молоке — 115,3 мкг/л против 56,1 мкг/л соответственно ($p = 0,0001$). Медиана йодурии у детей, получавших ЙП, вдвое превышала показатель детей, матери которых не получали дотации йода (177,1 мкг/л против 81,5 мкг/л, $p = 0,0001$).

Заключение. Йодное обеспечение беременных, кормящих матерей и детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, является недостаточным, что обосновывает необходимость применения индивидуальной йодной профилактики.

18

ОБРАЗ ЖИЗНИ ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Бельдиева С. Н., Ликсонова М. А., Жданова Л. А., Шишова А. В.

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. Среди факторов, которые определяют здоровье человека, значительную роль играет образ жизни. Поэтому изучение его у педагогов и устранение в нем факторов риска — один из механизмов сохранения и укрепления здоровья учащихся.

Цель исследования: изучить образ жизни учителей общеобразовательных школ Ивановской области.

Пациенты и методы. Педагоги ($n = 40$), ведущие преподавательскую деятельность в среднем звене школы, были опрошены по разработанной нами анкете.

Результаты. Более половины педагогов (58%) считают уровень своей информированности в вопросах здоровья достаточным. При этом 86% учителей считает свое здоровье удовлетворительным и лишь 7% оценивают его как хорошее. Подавляющее большинство из них обладают достаточными знаниями о правильном питании, режиме дня, закаливании, правилах работы за компьютером, способах сохранения правильной осанки и более половины (57%) ведут здоровый образ жизни. Примечательно, что только половина педагогов соблюдают режим питания, 7% учителей курят, 71% употребляют алкоголь эпизодически, а 7% — один раз в неделю. В лечебные учреждения они обращаются в основном за лечением (57%), за консультацией (22%). Для укрепления своего здоровья педагоги посещают бассейн, катаются на лыжах, коньках и велосипедах. На собраниях большинство из них обсуждают с родителями вопросы режима дня школьника, здорового образа жизни, влияния компьютерных игр на психику ребенка, рассказывают о вредных привычках, влиянии зарубежных мультфильмов на психику ребенка. Более половины педагогов проводят физкультминутки, спортивные эстафеты, упражнения на ритмику, упражнения для глаз, осуществляют выходы на природу.

Заключение. Лишь около 60% учителей ведут здоровый образ жизни и способствуют формированию такого у своих учеников.

19 ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бердовская А. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (СН) одна из основных причин инвалидизации и смертности у детей с врожденными пороками сердца (ВПС).

Цель исследования: изучить уровень нового маркера эндотелиальной дисфункции у детей с врожденными пороками сердца.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 55 детей с естественным течением ВПС (общая группа) и 38 здоровых детей (группа сравнения). Общая группа больных состояла из 16 детей с ВПС с СН (1 подгруппа) и 39 детей с ВПС без СН (2 подгруппа). В 1 подгруппе 14 пациентов имели проявления сердечной недостаточности I степени и 6 – II степени. Степень сердечной недостаточности оценивали клинически. Морфологические признаки повышенной десквамации эндотелия оценивали по количеству циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в плазме крови.

Результаты. Определение содержания количества ЦЭК в крови больных с ВПС показало, что более значительное их повышение наблюдается в подгруппе детей с СН ($16,9 \pm 1,84 \times 10^4/\text{л}$), по сравнению с практически здоровыми детьми, ($5,0 \pm 1,87 \times 10^4/\text{л}$, $p < 0,001$) и больными 2 подгруппы ($11,7 \pm 2,20 \times 10^4/\text{л}$, $p < 0,05$).

Заключение. Полученные данные подтверждают усиление процессов десквамации эндотелия у детей с врожденными пороками сердца.

20 БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Бершова Т. В., Баканов М. И., Басаргина Е. Н., Гасанов А. Г.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) сопровождается прогрессирующей хронической сердечной недостаточностью (ХСН), часто рефрактерной к проводимой медикаментозной терапии. Течение ДКМП зависит от ряда факторов, к числу которых относят активацию процессов апоптоза.

Цель исследования: выявить взаимосвязь между содержанием «сигнальных» биомаркеров апоптоза и функциональным состоянием сердца детей с ХСН и проанализировать роль апоптоза в патогенезе кардиодеструктивных процессов при ДКМП.

Пациенты и методы. Обследовано 90 детей в возрасте от 3–15 лет с различной стадией ХСН. С помощью ИФА определяли содержание Fas-рецептора (Fas-R), Fas-лиганда (Fas-L), аннексина и цитохрома-С в сыворотке крови. Полученные данные сравнивали с таковыми здоровых детей того же возраста. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы «STATISTICA-6».

Результаты. У детей с ХСН установлены изменения биомаркеров апоптоза в зависимости от течения ХСН и морфофункционального состояния сердца. Средние значения маркеров апоптоза у детей с ХСН были выше таковых в референтной группе и зависели от стадии ХСН. Обнаружена прямая корреляционная связь увеличения кардиоторакального индекса с содержанием аннексина, обратная зависимость фракции выброса от уровня цитохрома-С. Анализ выявленных связей указывает на значимость апоптоза в развитии систолической дисфункции. Увеличение содержания Fas-R и Fas-L у детей с ХСН определяет выраженность мембранного звена апоптоза, повышение уровня аннексина и цитохрома-С — характер метаболических нарушений в митохондриях.

Заключение. Таким образом, в патогенез ХСН у детей с ДКМП вовлечены мембранный и митохондриальный пути апоптоза, которые могут быть обусловлены выраженностью оксидативного стресса, увеличением экспрессии противовоспалительных цитокинов, а также повреждением митохондрий.

21 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКИХ ШКОЛЬНИКОВ В ДИНАМИКЕ С 1980 ПО 2012 г.

**Богомолова Е. С., Котова Н. В., Киселева А. С., Шапошникова М. В.,
Ковальчук С. Н.**

Нижегородская государственная медицинская академия

Актуальность. Распространенность и социальная значимость школьно- обусловленных функциональных нарушений и заболеваний свидетельствует о необходимости постоянного наблюдения за здоровьем учащихся для их своевременного выявления, обоснования профилактических и оздоровительных мероприятий в условиях образовательных учреждений.

Цель исследования. Выявление тенденций в состоянии здоровья современных школьников для разработки эффективной здоровьесберегающей деятельности.

Пациенты и методы. Материалами к исследованию послужили данные комплексных углубленных обследований школьников Нижнего Новгорода в возрасте 7–17 лет, проведенные в 1980 г. (3042 чел.), 1992 г. (4041 чел.), 2002 г. (5978 чел.) и в 2012 г. (3034 чел.).

Результаты. За исследуемый период произошли существенные изменения показателей состояния здоровья школьников. Уровень патологической пораженности (ПП) постоянно возрастал и к 2012 г. достиг 7167,4‰ против 2191,2‰ в 1980 г. Рост ПП зарегистрирован по всем классам болезней. Максимальный рост показателя выявлен по классам: врожденные аномалии в 38,7 раз, болезни системы кровообращения в 35,5 раз, болезни мочеполовой системы в 27,7 раз, болезни органов пищеварения в 12,0 раз, болезни кожи и подкожной клетчатки в 7,6 раза.

Существенно вырос уровень ПП по классам болезней, которые рассматривают как школьно-обусловленные: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в 3,9 раза, болезни нервной системы в 2,52 раза, психические расстройства и расстройства поведения в 1,62 раза, болезни глаза и его придаточного аппарата в 1,2 раза.

Заключение. Рост уровня ПП связан с разной восприимчивостью организма к факторам среды с учетом полового диморфизма, с разной генетической предрасположенностью к различным заболеваниям. В целом же сложившаяся ситуация создает проблемы в отношении формирования репродуктивного потенциала.

22

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОТКЛОНЕНИЙ В ЗДОРОВЬЕ И ЗАБОЛЕВАНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ КРУПНОГО ГОРОДА

Богомолова Е. С., Бадеева Т. В., Шапошникова М. В., Ашина М. В., Киселева А. Н., Литвинов Ю. А.

Нижегородская государственная медицинская академия

Актуальность. Среда обитания является многокомпонентной системой, включающей многочисленные факторы, среди которых в первую очередь по значимости воздействия на современных школьников выделяют медико-биологические и социально-гигиенические факторы, включающие условия образовательной и семейной микросреды.

Цель исследования: изучить факторы риска развития отклонений в здоровье школьников.

Пациенты и методы. Изучение медико-социальных факторов осуществлялось посредством анкетирования школьников и их родителей. Кроме того проведено комплексное санитарно-гигиеническое обследование (СГО) 10 школ г. Н. Новгорода.

Результаты. По медико-биологическим факторам и факторам образа жизни практически две трети школьников относятся к группе настороженности. В группу повышенного риска по медико-биологическим факторам отнесены более 30% детей, по факторам образа жизни — 14,3%. По факторам раннего детства, 98,63% школьников имеют повышенный риск развития отклонений в здоровье и заболеваний. Характер качества СГО в общеобразовательных учреждениях (ООУ) выявил следующую картину: в 8 школах условия признаны удовлетворительными, в 2 — хорошими. Помимо этого выявлен статистически значимый высокий риск формирования отклонений школьников, обусловленный заболеваниями со стороны нервной системы (1,29–1,97), глаза (1,16), органов дыхания (1,14–1,37), пищеварения (1,20–2,04), костно-мышечной системы (1,49–1,79). Следовательно, неудовлетворительный уровень СГО повышает вероятность развития отклонений в здоровье и морфофункциональном состоянии учащихся ООУ.

Заключение. Сложившуюся ситуацию можно назвать критической, она требует внедрения радикальных мер на государственном уровне, а также коллективных усилий специалистов разного профиля в плане ценностной ориентации на здоровье и мотивации здорового образа жизни семьи.

23

СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ЖИЗНИ СЕМЕЙ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА**Бокерия Л. А., Милиевская Е. Б., Крупянко С. М., Неведрова М. Н.***Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева, Москва*

Актуальность. Несмотря на то, что в большинстве случаев проведение операции позволяет нормализовать или значительно улучшить физическое состояние ребенка с врожденным пороком сердца (ВПС), многие исследования показывают снижение качества жизни данной категории больных.

Цель исследования. Изучение социальных и психологических проблем, возникающих в семьях детей с ВПС.

Пациенты и методы. Включены данные анкетирования родственников 1679 детей, перенесших операции по коррекции различных ВПС. Анкетирование включало в себя вопросы о социальных аспектах жизни семей детей с ВПС, посещаемости детьми дошкольных образовательных учреждений, форме обучения и возникающих при нем трудностях, объеме физической активности, переносимости физических нагрузок, психологических трудностях, связанных с заболеванием, ограничениях возникающих в семьях детей с ВПС.

Результаты. В трудовой деятельности не было занято 794 (47,9%) матери детей с ВПС. В 132 (8,0%) случаях у родителей возникли сложности с работодателями в связи с ВПС у ребенка. В 712 (42,4%) случаях родителям была необходима различная информация по вопросам, связанным с ВПС. В 368 (21,9%) отмечались психологические трудности у ребенка, связанные с ВПС. В отдаленном послеоперационном периоде в 328 (19,5%) семьях были отмечены трудности, связанные с наличием ВПС у ребенка, из них в 73 они были связаны с ограничением в трудоустройстве родителей и финансовыми трудностями, в 30 — с ограничениями в воспитании из-за опасения за здоровье больного ребенка, в 24 — с ограничением в общении.

У большинства семей сложности представляла организация консультации у кардиолога по месту жительства, поскольку им требовалось время для записи на консультацию, что часто сопровождалось поездкой в другой населенный пункт. У 58 (3,5%) детей в течение последнего года не было проведено ни одного кардиологического обследования.

Заключение. Таким образом, необходимо совершенствовать организацию медицинской, социальной и психологической помощи, что позволит улучшить качество жизни больных с ВПС.

24 ОДНОРОДИТЕЛЬСКАЯ ДИСОМИЯ ИЛИ СИНДРОМ РАССЕЛА–СИЛЬВЕРА

**Боконбаева С. Д., Мамбетсадыкова Е. М., Сушанло Х. М., Афанасенко Г. П.,
Кадырова А. Ш., Ким Е. Г.**

Кыргызско-российский славянский университет имени Б. Н. Ельцина, Бишкек

Актуальность. Синдром Рассела–Сильвера — наследственное заболевание, характеризующееся внутриутробной задержкой развития плода, карликовостью и нарушением формирования скелета. Частота в популяции составляет 1:30 000. В единичных случаях рождение детей с синдромом Рассела–Сильвера обусловлено применением ЭКО.

Цель исследования. Представить особенности клинического течения и диагностики синдрома Рассела–Сильвера.

Пациенты и методы. Проведено клинико-лабораторное исследование 1 пациента с синдромом Рассела–Сильвера.

Результаты. Больная К. В. 2.07.13 года рождения. Ребенок от 5-й беременности и вторых родов. Данная беременность двойней, плановая, осуществлена путем ЭКО. С 16-ти недель у данного плода впервые установлена ЗВУР. Роды оперативные в сроке 39 недель. Первая из двойни здорова. Вторая девочка родилась с массой 900 грамм. На момент осмотра ребенка: масса тела 3,200 кг, рост 55 см, окружность головы 41 см. Лицо симметричное, треугольной формы, череп гидроцефальной формы, большой родничок 1,51,5 см., большой лоб, гипоплазия нижней челюсти, небо готическое, уши оттопырены, есть клинодактилия мизинца (признак Дюбуа), частичная синдактилия второго и третьего пальцев стоп слева. Стул периодически большим объемом, пластилинообразный с запахом.

Посредством лабораторных исследований установлено резкое снижение уровня соматомедина: 25 мг/мл при норме 55–327 мг/мл. Титр ЦМВ методом ИФА 1:400. Результаты исследования кариотипа: 46, XX, хромосомной патологии не выявило. На рентгенограмме кистей: костный возраст соответствует возрасту 3–4 месяцев. При молекулярно-генетическом исследовании методом микросателлитного анализа локусов 7q 33–34 (D7S2202, D7S91821) и 7p12.1–12.3 (D7S2422, D7S2519) установлено нарушение метилирования H19, однородительская дисомия хромосомы 7.

Заключение. Таким образом, клинико-лабораторное и молекулярно-генетическое исследование позволяет поставить диагноз — однородительская дисомия или синдром Рассела–Сильвера.

25 СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ГРИППА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

**Бокучава Е. Г., Намазова-Баранова Л. С., Торшхоева Р. М., Ткаченко Н. Е.,
Гайворонская А. Г., Гречуха Н. Е., Броева М. И., Шахтактинская Ф. Ч.**

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Актуальность. Единственным способом снижения заболеваемости инфекциями, управляемыми вакцинацией, и предотвращения развития эпидемий на современном этапе является 95% охват населения профилактическими прививками. Это означает, что вакцинации подлежат не только здоровые, но и страдающие различными заболеваниями дети.

Цель исследования: оценить эффективность специфической иммунопрофилактики респираторных инфекций и гриппа у детей с аллергическими болезнями.

Пациенты и методы. Проведен сравнительный анализ переносимости полимер-субъединичных вакцин отечественного и зарубежного производства у 160 детей в возрасте 3–17 лет с различными аллергическими болезнями. Исследование проведено в течение трех эпидемических сезонов: с 2011–2014 гг. Анализировались переносимость вакцинации, течение основного заболевания и частота ОРИ в течение года после иммунизации. Оценивался специфический иммунный ответ через 1 и 6 месяцев после вакцинации.

Результаты. Из полученных данных выявлено, что во всех группах детей — и здоровых, и с аллергическими болезнями, меньшее количество и выраженность местных и общих реакций отмечено в группе, иммунизированных вакциной отечественного производства. Также выявлено отсутствие достоверных отличий в иммуногенности противогриппозных вакцин отечественного и зарубежного производства, а также результатов вакцинации у здоровых детей, по сравнению с детьми с аллергическими болезнями. Кроме того, надо отметить, что при иммунизации данными препаратами больных, как с бронхиальной астмой, так и с атопическим дерматитом уровень поствакцинального иммунитета достигал высокого уровня. Не выявлено ни одного случая обострения хронического заболевания, связанного с вакцинацией от гриппа. Выявлено снижение частоты ОРИ и, как следствие, снижение частоты обострения бронхиальной астмы.

Заключение. Вакцинация детей как здоровых, так и больных бронхиальной астмой и атопическим дерматитом является необходимым и безопасным мероприятием.

26

НОРМАТИВНАЯ БАЗА КАК ПОТЕНЦИАЛ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ (ЦЗ)

Бондарь В. И., Коган С. А., Модестов А. А.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. С развертыванием ЦЗ появилась реальная возможность охватить население ранней профилактикой неинфекционной патологии — основной причины снижения трудовых ресурсов.

Цель исследования. Выявление потенциала роста эффективности ЦЗ, связанного с совершенствованием их нормативной базы.

Пациенты и методы. Экспертный анализ существующей нормативной базы ЦЗ для детей (свыше 300 отечественных и международных документов) и изучение деятельности ЦЗ в регионах.

Результаты. Анализ действующей нормативной базы, регламентирующей деятельность ЦЗ для детей, позволил выделить следующие направления в ее развитии:

- создание единой межведомственной Концепции профилактики заболеваний как таковой, с определением места медицины и ЦЗ для детей, конкретно;
- интеграция ЦЗ в систему детского здравоохранения с организацией эффективного обмена информацией и документооборота между всеми, от кого зависит здоровье детей;
- приведение числа ЦЗ, штатных нагрузок, табеля оснащения, штатного расписания, методов реализации функций — в соответствие условиям их деятельности с реальным распространением их деятельности на всех детей с 0 лет;
- приведение учетно-отчетной документации ЦЗ в соответствие особенностям детского возраста и наибольшей информативности для профилактики неинфекционной патологии, в том числе в популяции;
- определение критериев оценки эффективности работы ЦЗ;
- создание достаточного числа баз для подготовки специалистов для ЦЗ с разработкой стандартов и программ подготовки;
- наработка пособий, литературы и других средств пропаганды здорового образа жизни во всех его аспектах, адаптированных под весь возрастной диапазон детства, как для детей, так и для их родителей, с учетом особенностей условий проживания и местных традиций, с широким привлечением Интернет-ресурса.

Заключение. Для решения всех стоящих перед ЦЗ задач необходимо их функциональное объединение с Федеральным ЦЗ во главе, что также требует нормативного решения.

27

НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ**Буслаева А. С., Свиридова Т. В., Венгер А. Л., Лазуренко С. Б., Ртищева М. С.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Ситуация лечения в отделении реанимации является психотравмирующей как для ребенка, так и для его родителей. Психологическая помощь в ситуации кризиса уменьшает его негативное влияние на жизнь всей семьи в целом.

Цель исследования: определить направления психологической помощи семье в период лечения ребенка в отделении реанимации.

Пациенты и методы. Анализ медицинской документации, беседа, наблюдение. В исследовании участвовало 11 детей в возрасте от 8–17 лет и их родители.

Результаты. Крайне тяжелое, жизнеугрожающее физическое состояние, фрустрированная потребность в безопасности, ситуация сенсорной депривации, дефицита общения негативно влияют на психологическое состояние ребенка. У всех обследованных детей были выявлены эмоциональные нарушения, крайняя истощаемость психических процессов, снижение психической активности, оскудение круга интересов.

Родители находятся в ситуации неопределенного будущего и беспомощности, испытывают чрезвычайно высокий уровень эмоционального напряжения (72,7%), депрессию (63,6%), испытывают страх за жизнь ребенка (100%). Эмоциональные проблемы усугубляются хаотичностью мыслительных операций, неспособностью сконцентрироваться на деятельности и общении, что негативно влияет на характер взаимодействия родителя с лечащим врачом и с ребенком. Ребенку необходимо присутствие близкого взрослого и психологов, поддерживающих эмоциональное общение, разделяющих с ним пугающие события и возникающие в связи с этим чувства, а также удовлетворение потребности во впечатлениях и общении.

Родители нуждаются в активизации адаптационных механизмов, поддержке со стороны психолога и родственников, возможности организации видов деятельности, не связанных с процессом лечения, обучения навыкам эффективного взаимодействия с ребенком и медицинским персоналом.

Заключение. Усилия психологов должны быть направлены на повышение уровня адаптации пациентов к условиям лечения, коррекцию нарушений эмоциональной сферы, поиск ресурсов для преодоления кризисной ситуации, повышение эффективности взаимодействия родителя с ребенком и медицинским персоналом.

28

ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Вахрушева Е. Е., Пономарева О. В.

Кировская государственная медицинская академия

Актуальность. Профилактика аллергических заболеваний основана на изучении факторов риска развития атопии, что является важным моментом при осуществлении индивидуальной реабилитации пациента.

Цель исследования. Изучение особенностей аллергологического анамнеза семей детей, страдающих бронхиальной астмой (БА).

Пациенты и методы. Работа основана на результатах обследования 84 детей (74,2% — мальчики, 25,8% — девочки) в возрасте от 3–7 лет, наблюдающихся у аллерголога Кировского детского диагностического центра, с диагнозом БА. Путем опроса родителей, анализа амбулаторных карт был собран подробный аллергоанамнез ребенка и его семьи.

Результаты. Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям в семьях исследуемых была выявлена у 46 (54,7%) детей (аллергический ринит (АР) — 39,4%, атопический дерматит (АД) — 6,8%, острые аллергические реакции — 35,5%). При этом уровень аллергологической отягощенности со стороны матери и всех ее родственников оказался выше, чем со стороны отца и родственников по отцовской линии в 2,2 раза и 1,5 раза соответственно. Профессиональная вредность производства у матерей имела место в 31,9% случаев. Беременность протекала на фоне токсикоза у 71,8%, угрозы прерывания у 65,4%, острых инфекционных заболеваний у 27,5%, анемии у 73,9% женщин. Кесарево сечение было проведено 25,1% матерей. Церебральная ишемия и хроническая внутриутробная гипоксия имели место у 42,7% и 44,3% детей соответственно. Возможность внутриутробной сенсибилизации пищевыми и лекарственными аллергенами была выявлена у 3/4 детей. Во время беременности и в период кормления грудью 19,2% женщин не соблюдали гипоаллергенную диету, 27,7% — курили, 49,4% — получали антибиотики. У детей, страдающих БА, среди сопутствующих аллергических заболеваний преобладали: АД (24,2%), АР (22,4%) и поллиноз (12,3%).

Заключение. Учитывая особенности аллергоанамнеза у детей с БА, а именно высокий уровень аллергологической отягощенности по материнской линии, необходимо активно внедрять меры профилактики аллергических заболеваний у детей, рожденных от матерей с отягощенным аллергологическим анамнезом.

29 ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЕТЕЙ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ДЕТСКОГО САДА

Виниченко С. Н., Перевощикова Н. К., Анисимова А. В., Бурмистрова Е. Ю.

Кемеровская государственная медицинская академия

Актуальность. Состояние здоровья детей относится к ведущим факторам, определяющим его способности справляться с трудностями при переходе из детского сада в школу. Определение функциональных возможностей организма детей имеет большое значение для правильного подбора двигательных режимов.

Цель исследования: оценить антропометрические показатели и функциональные возможности детей подготовительной группы детского сада.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 103 ребенка от 6–7 лет подготовительной группы детского сада. Из них 53 (51,46%) мальчика и 50 (48,54%) девочек. У всех детей оценивались: длина тела и масса тела, индекс массы тела, уровень и гармоничность физического развития, мышечная сила, пробы Штанге и Генча.

Результаты. Оценка физического развития детей показала, что длина тела у мальчиков в 6 лет составила $120,42 \pm 1,52$ см, в 7 лет — $122,54 \pm 0,80$ см. У девочек в 6 лет — $122,95 \pm 0,94$ см, в 7 лет — $123,75 \pm 1,24$ см. Масса тела у мальчиков 6 лет — $22,69 \pm 0,71$ см, 7 лет — $24,49 \pm 0,65$ см, у девочек 6 лет $23,76 \pm 0,92$ см, 7 лет — $23,26 \pm 0,96$ см, что соответствовало средним нормативным значениям. Индекс массы тела колебался от 12,7 до 22,0 кг/м², составляя в среднем $15,78 \pm 0,29$. Преобладали дети со средним уровнем физического развития (56,3%), выше среднего было 28,3% мальчиков и 44,0% девочек. Подавляющее число детей имели гармоничное физическое развитие (73,6%). Выявлены низкие показатели динамометрии у каждого четвертого ребенка 6 лет и у 46% девочек 7 лет ($p = 0,0421$). Оценка проб Штанге и Генча показала задержку дыхания ниже нормы на вдохе у большинства мальчиков (62,2%) и у половины девочек (45,0%), задержка дыхания на выдохе менее 12 секунд регистрировалась у 52,6% мальчиков и 40% девочек.

Заключение. Несмотря на преобладание среди детей подготовительной группы среднего и высокого уровня физического развития, каждый второй ребенок демонстрировал низкие показатели мышечной силы и функциональных возможностей кардиореспираторной системы, что диктует необходимость коррекции качества физических занятий.

30

АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Винокурова Л. Н., Мерзлова Н. Б., Гулина О. А.

Пермский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время рождение детей от матерей с наркотической зависимостью является актуальной проблемой.

Цель исследования: оценить течение раннего неонатального периода детей, родившихся от матерей с наркотической зависимостью.

Пациенты и методы. Проведен анализ 27 историй развития новорожденных детей, матери которых во время беременности принимали наркотические вещества (героин 21 женщина, дезморфин — 3, неизвестный препарат-3).

Результаты. В женскую консультацию по поводу беременности обратились 5 женщин со сроком до 12 недель, 10 — после 12 недель, не состояли на учете — 12 беременных. Среди наблюдавшихся в женской консультации беременность протекала на фоне хронического вирусного гепатита С у 24 женщин, ВИЧ инфекции у 18, хронической фетоплацентарной недостаточности у 6, анемии у 11. Синдром задержки развития плода диагностирован у 4 беременных. Аборты в анамнезе имели 14 человек, воспалительные заболевания половых органов — 8. Дети родились с оценкой по шкале Апгар 6–7 баллов 17 человек, 8–9 баллов — 19, доношенными — 15, недоношенными — 12, в том числе с гестационным возрастом от 35–36 недель — 4 ребенка, 32–34 недели — 7, до 32 недель — 1 человек. После рождения все дети были беспокойными, с крупноразмашистым тремором, принимали скованную позу. У половины детей мышечный тонус был резко повышен с оживлением сухожильных рефлексов. У 9 новорожденных имелась билирубинемия с непрямой фракцией, у 9 — полицитемия. При проведении нейросонограммы выявлялись признаки незрелости, гиперреактивный тип кровотока, мелкие субэпендимальные кисты. Согласно шкале Школьниковой М. А. 6 детей были отнесены в группу риска по синдрому внезапной смерти.

Заключение. Таким образом, новорожденные, родившиеся от матерей, употреблявших во время беременности наркотические вещества, имели напряженную адаптацию в раннем неонатальном периоде.

31 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ И ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В КООПЕРАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

**Вишнёва Е. А., Намазова-Баранова Л. С., Смирнов В. И., Антонова Е. В.,
Алексеева А. А., Добрынина Е. А.**

*Научный центр здоровья детей, Москва
Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени
Н. И. Пирогова, Москва*

Актуальность. Активный процесс информатизации здравоохранения обусловил интеграцию возможностей информационных технологий и гармонизацию их применения в условиях отрасли.

Цель исследования: создание новой системы телекоммуникационного взаимодействия врача и пациента — интернет-портала.

Материалы и методы. В рамках исследования были проведены работы по созданию веб-портала (разработан программный проект — электронная оболочка управления веб-сайта с двумя интерфейсами: для специалиста и пациента). Одновременно с проектированием и созданием интернет-портала проведено обследование, изучены истории болезни 156 детей с бронхиальной астмой (БА).

Результаты. Включены в проект, имеют персональный индивидуальный доступ (уникальную пару логин/пароль к своей странице-аккаунту) 19 детей с тяжелой атопической персистирующей неконтролируемой БА тяжелого течения (68% мальчики; средний возраст 13,6 лет; комбинированная базисная терапия — 875 мкг по флутиказону в сочетании с длительно действующим β_2 -агонистом и Омализумаб, средняя доза — 450 мг/4 нед). Персональная страница пациента после ввода индивидуального логина/пароля дает возможность вводить в синхронном/асинхронном режимах показатели пикфлоуметрии, симптомы, отмечать использование препаратов базисной терапии и прием лекарств скорой помощи в специальных таблицах, определять уровень контроля над астмой (АСТ-тест), в удаленном режиме — задать вопрос специалисту. Пациентам с тяжелыми обострениями БА, находившимся по поводу обострений в отделениях реанимации и интенсивной терапии, а также больным, длительно не ощущающим значительное снижение показателей функции внешнего дыхания, были выданы приборы определения сатурации кислорода (SpO₂, пульсоксиметры) для контроля данного показателя и исключения развития жизнеугрожающих состояний. Интерфейс специалиста (также после ввода индивидуальной пары логин/пароль) содержит сведения о каждом пациенте, позволяет оценить удаленно в синхронном/асинхронном режимах состояние, приверженность назначенной терапии и контроль над БА.

Заключение. По результатам предварительного анализа есть все основания утверждать о повышении приверженности назначенной терапии, улучшении качества жизни, снижении частоты клинически значимых обострений, что подтверждает клинико-экономическую обоснованность использования данных технологий в аллергологии.

32

**ИНФОРМАЦИОННАЯ БАЗА ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ
КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛИТЕЛЬНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО
МОНИТОРИНГА В АЛЛЕРГОЛОГИИ**

**Вишнёва Е. А., Намазова-Баранова Л. С., Смирнов В. И., Алексеева А. А.,
Левина Ю. Г., Эфендиева К. Е., Томилова А. Ю., Вознесенская Н. И.,
Волков К. С., Баранник В. А., Селимзянова Л. Р., Добрынина Е. А.,
Промыслова Е. А.**

Научный центр здоровья детей, Москва

*Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени
Н. И. Пирогова, Москва*

Актуальность. Рандомизированные клинические исследования, являясь золотым стандартом доказательной медицины, обладают рядом определенных недостатков, а их результаты не отражают в полной мере реальную клиническую практику. В случаях, когда проведение РКИ затруднено вследствие этических или иных аспектов, для определения эффективности и безопасности какого-либо медицинского вмешательства в условиях долгосрочного наблюдения, используют информационные базы клинических случаев — медицинские регистры. В условиях гетерогенности клинической симптоматики у различных групп пациентов с бронхиальной астмой (БА), для оценки эффективности и безопасности терапии БА тяжелого персистирующего неконтролируемого течения в реальных условиях, оптимальным является использование длительного клинического мониторинга.

Цель исследования: создание детского регистра пациентов с БА тяжелого персистирующего неконтролируемого течения.

Материалы и методы. Специалистами центра в результате проведения системных работ был создан программный продукт — оболочка управления базой данных клинических случаев — детский регистр пациентов БА тяжелого персистирующего неконтролируемого течения, одним из препаратов базисной терапии у которых является омализумаб.

Результаты. В базу данных включены сведения о 64 детях (62,5% мальчики) от 6 до 17 лет 11 мес (средний возраст 12,9 лет) с БА тяжелого персистирующего неконтролируемого течения, получавших/получающих (31 пациент, 70,9% мальчики) терапию биоинженерным препаратом (длительность терапии от 1 до 70 мес). За проанализированный период лечения подтверждена безопасность препарата: проведено более 5384 инъекции, местные нежелательные явления отмечались с частотой 1/100 и проявлялись в виде легкого покраснения, а также уплотнения в месте инъекции, купировалось самостоятельно через 1–1,5 дня после введения; местные аллергические реакции в виде сыпи отмечались у двух пациентов, купировались приемом антигистаминных препаратов второго поколения и в дальнейшем не беспокоили.

Заключение. Ведение регистра поможет в решении задач, как эпидемиологического характера, так и в целях достижения оптимальных конечных точек мониторинга и анализа эффективности и безопасности инновационных высокотехнологичных методов лечения и давно использующихся подходов.

33

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Волкова М. П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность. В течение последних десятилетий отмечен значительный рост распространённости тяжёлых воспалительных заболеваний кишечника, главным образом среди городского населения индустриально развитых стран.

Цель исследования: изучить особенности клинической картины хронических воспалительных заболеваний кишечника у детей.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 45 детей в возрасте от 3–17 лет. Мальчиков — 8, девочек — 37. Изучены клинические особенности заболевания и лечения. Всем проводили комплексное обследование. С хроническим неспецифическим язвенным колитом было 62,2% детей; болезнью Крона — 13,3%; хроническим неязвенным колитом — 24,5%. В возрасте до 3 лет — 13,3% детей; 4–7 лет — 6,7%; 8–11 лет — 40%; 12–14 лет — 22,2%; 15–17 лет — 17,8%.

Длительность заболевания: < 1 года — 51,1%; 1–2 года — 17,8%; 3–5 лет — 24,4%; более 5 лет — 6,7%.

Результаты. Частые жалобы: слабость — 83,3% детей; боль в животе — 66,7% детей; снижение аппетита — 65,6% детей; кровь в стуле — 31,1% детей; послабление стула — 58,9%; повышение температуры тела — 24,4%; потеря массы тела у 44,4% детей. Из объективных симптомов при пальпации живота — болезненность по ходу всей толстой кишки (81%) или только сигмовидной. При лабораторном обследовании: лейкоцитоз, тромбоцитоз, ускорение СОЭ, снижение Hb и Ht, повышение СРБ; наличие лейкоцитов и эритроцитов в кале. Средняя продолжительность послабления стула составила $9,5 \pm 1,3$ дней, наличие крови в стуле — $8 \pm 1,1$ дней.

В 73,3% случаев детям назначался безмолочный стол, в 20% — гипоаллергенный.

Медикаментозная терапия: препараты 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикоиды, антибиотики, ферменты, пробиотики, антигистаминные, витамины. 2/3 пациентов получали инфузионную терапию.

Заключение. Таким образом, хронические воспалительные заболевания кишечника чаще встречается у девочек, в 60% случаев хронические воспалительные заболевания кишечника начинаются у детей в возрасте до 10 лет, чаще всего встречается хронический неспецифический язвенный колит, затем хронический неязвенный колит, реже всего — болезнь Крона.

34

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ И ЕЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Волынец Г. В., Евлюхина Н. Н., Потапов А. С., Туманова Е. Л., Филин А. В., Пахомовская Н. Л.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья выделяет структуры и функции организма, а также их нарушения. Остаётся невыясненным, какие патологические процессы в ткани печени наиболее значимо влияют на нарушение её функции.

Цель исследования: выявить взаимосвязь морфологических изменений ткани печени и степень нарушения функции печени при аутоиммунном гепатите (АИГ) у детей.

Пациенты и методы. Проанализированы данные морфологического исследования биоптатов ткани печени 40 пациентов в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст $11,1 \pm 3,0$) с АИГ. Оценка степени нарушения функции печени (СНФП) проводилась по балльной системе.

Результаты. Морфологические признаки дистрофии гепатоцитов присутствовали в 31 препарате из 40 (77,5%). Жировая дистрофия встречалась в 12,5% препаратов, ацидофильная — в 7,5%, баллонная — в 17,5%. Некроз гепатоцитов различной степени выраженности выявлялся в 29 препаратах из 40 (72,5%). Розеткообразование определялось в 52,5% препаратов. Воспалительный инфильтрат обнаруживался в 100,0% препаратов. Цирроз печени выявлен в 27,5% препаратов. Минимальный фиброз выявлен в 7,5% препаратов, умеренный — 20,0%, выраженный — 45,0%. ИГА у детей, не получающих иммуносупрессивную терапию составил $10,7 \pm 4,3$ баллов, у детей, получающих иммуносупрессивную терапию > 2-х недель, ИГА был $6,9 \pm 3,4$ баллов ($p = 0,031$). СНФП у детей, не получающих иммуносупрессивную терапию, была снижена на $42,6 \pm 11,2\%$, у детей, получающих иммуносупрессивную терапию > 2-х недель, снижена на $25,0 \pm 10,5\%$ ($p < 0,001$). СНФП при умеренной и высокой гистологической активности составила $37,8 \pm 14,5\%$, а при минимальной и низкой гистологической активности $27,2 \pm 13,2\%$ ($p = 0,003$). СНФП при фиброзе печени 3–4 балла по Desmet составила $40,3 \pm 13,0\%$, а при фиброзе 0–2 балла по Desmet $32,6 \pm 10,9\%$ ($p = 0,015$).

Заключение. Чем более выражены фиброз/цирроз печени и/или гистологическая активность, тем более значительно нарушена функция печени.

35

НОВАЯ ФОРМА НЕСИНДРОМАЛЬНОЙ Х-СЦЕПЛЕННОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ, СВЯЗАННАЯ С МУТАЦИЯМИ ГЕНА ОРНН1**Ворсанова С. Г., Юров И. Ю., Васин К. С., Воинова В. Ю., Куринная О. С., Зеленова М. А., Юров Ю. Б.**

*Научно-исследовательский клинический институт педиатрии
российского научно-исследовательского медицинского университета
имени Н. И. Пирогова, Москва
Научный центр психического здоровья, Москва
Московский городской психолого-педагогический университет*

Актуальность. В настоящее время известно большое число Х-сцепленных форм умственной отсталости у детей. Тем не менее, поиск новых генетических дефектов в генах хромосомы Х остается актуальным, поскольку с внедрением современных высоких технологий анализа генома выявляются ранее неизвестные типы генетических нарушений, ассоциированных с Х-сцепленной умственной отсталостью (Ворсанова и др., 2014).

Цель исследования: проанализировать данные полногеномного сканирования для идентификации новых моногенных форм несиндромальной Х-сцепленной умственной отсталости.

Пациенты и методы. С помощью оригинальной биоинформатической технологии (Iourov et al., 2009; 2012; 2014) проводилось обследование 250 пациентов.

Результаты. В трех случаях (1,2%) были обнаружены мутации гена ОРНН1 в виде инtragenных делеций размером 640 пн (2 случая) и 426 пн (1 случай). Мутации были выявлены у мальчиков с несиндромальной Х-сцепленной умственной отсталостью (по клинико-генеалогическим данным), у которых также наблюдались органическое поражение головного мозга, крипторхизм, косоглазие, задержка физического развития.

Заключение. Несмотря на то, что точковые мутации гена ОРНН1 ранее были обнаружены при Х-сцепленной умственной отсталости, инtragenные делеции, выявляемые с помощью полногеномного сканирования, ранее описаны не были. Таким образом, в настоящей работе обнаружена новая форма несиндромальной Х-сцепленной умственной отсталости у детей, связанная с мутациями гена ОРНН1.

Работа поддержана грантом Российского научного фонда (проект № № 14-15-00411).

36
ПСИХО- И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
ПРОГРАММЫ РАЗДЕЛЬНОГО ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ
МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК

Вятлева О. А.

*Научно-исследовательский институт гигиены и охраны здоровья детей
и подростков научного центра здоровья детей, Москва*

Актуальность. Раздельное обучение мальчиков (М) и девочек (Д) используется как способ адаптации школьного процесса к половым особенностям созревания и работы мозга детей (Hyde J. S., 2005). Однако адекватность и эффективность такого обучения мало изучены.

Цель исследования. Настоящее исследование нацелено на физиологическую оценку раздельного обучения М и Д.

Пациенты и методы. Мы сравнили сходные по количеству и половому составу (по 19 человек 9 – М и 10 – Д.) группы подростков 9 класса из гендерной (ГШ) и обычной (ОШ) школ г. Москвы по ряду показателей:

- 1) качеству вербального (ВД) и образно-пространственного (ОПД) тестов;
- 2) топографии ЭЭГ-активации;
- 3) вариабельности сердечного ритма.

Обе школы специализированы в изучении иностранных языков. В ГШ дети учились в однородных по полу классах, причем состав учителей и программы обучения у М и Д не отличались.

Результаты. Исследование показало, что в ОШ М и Д значительно отличались по гендерным свойствам, качеству ВД (преимущество Д) и ОПД (преимущество М), а также мозговым стратегиям их обеспечения (правополушарной у М и левополушарной у Д). В ГШ подобные различия М и Д не были обнаружены, причем М и Д использовали левополушарные мозговые стратегии. Дети из ГШ опережали своих сверстников из ОШ по качеству (ВД у М) или меньшей физиологической цене (ОПД у Д) когнитивной деятельности, трудной для данного пола. Однако из-за ломки правополушарного гендерного стереотипа М из ГШ платили высокую физиологическую цену за ВД и отставали от М из ОШ в ОПД. Д из ГШ отличались от Д из ОШ усилением мужских гендерных черт.

Заключение. Полученные результаты показывают, что раздельное обучение мальчиков и девочек улучшает освоение ими трудных для каждого пола видов когнитивной деятельности, однако оно не вполне адекватно для мальчиков и, по-видимому, должно быть дополнено специфичными для каждого пола программами обучения и воспитания.

37 ЭКОЛОГИЯ И ДЕТИ

Гагошидзе М. В., Гетия К. Г., Петриашвили А. Ш., Петриашвили Г. Ш.

Педиатрическая академическая клиника им. Г. Жвания, Тбилиси

Актуальность. Организм детей и подростков особенно чувствителен к воздействию мутагенных факторов окружающей среды. Одной из главных проблем в этом отношении является загрязнение окружающей среды соединениями мышьяка в высокогорном регионе Грузии Рача в Лухунском ущелье, где длительное время велось производство мышьяка (As).

Цель исследования. Изучение воздействия загрязненной мышьяком среды на показатели здоровья и заболеваемость детей и подростков и оценка факторов риска.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились дети школьного возраста, проживавшие в Лухунском ущелье (143 человека), и в сравнительно отдаленной от него территории (143 человека) (рандомизированный контроль). При цитогенетических исследованиях контролем служили здоровые дети и подростки, проживающие в г. Тбилиси.

Оценены относительные и атрибутивные величины риска условий среды, загрязненной мышьяком и доверительный интервал по их группам для каждого фактора. Установлен относительный и атрибутивный риск и их доверительный интервал для каждого фактора по группам, была определена достоверность теста учета количества микроядер в эксфолиативных клетках для прогнозирования частоты различных заболеваний.

Результаты. В условиях загрязнения окружающей среды мышьяком у детей школьного возраста отмечаются значительные отклонения в здоровье, частая обращаемость к врачам и достоверный рост заболеваемости острыми респираторными и другими инфекциями. В зоне действия мышьяка относительный и атрибутивный риск респираторных заболеваний высок как среди родителей, так и среди детей. Отмечается увеличение риска патологической беременности, протекающей с преэклампсией и риска преждевременных родов. Выявлена достоверная корреляция между уровнем микроядер и частотой заболеваемости острыми респираторными инфекциями.

Заключение. Загрязненная мышьяком среда отрицательно влияет на показатели здоровья и заболеваемость детей и подростков.

38 ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ПОСЛЕ ЭКО С НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Гаджимурадова Н. Д.

*Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства
им. В. Н. Городкова*

Актуальность. В России частота бесплодных браков среди населения репродуктивного возраста колеблется от 8 до 17%. В настоящее время экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) является одним из основных методов медицинской помощи при различных видах бесплодия. Однако одной из проблем применения ЭКО часто является невынашивание беременности и рождение детей с низкой и очень низкой массой тела, обусловленное этим методом.

Цель исследования: выявить особенности показателей здоровья детей в неонатальном периоде, родившихся с очень низкой массой (ОНМ) и низкой массой тела (НМ), после ЭКО и зачатых естественным путем.

Пациенты и методы. Проанализированы истории развития новорожденных, родившихся после ЭКО с ОНМ и НМ тела. Основную группу составили 28 детей с ОНМ тела (от 1 000 до 1 499 г) и 140 детей с НМ тела (от 1 499 до 2 499 г), родившихся после ЭКО; группу сравнения — 28 детей с ОНМ тела и 25 детей с НМ тела, зачатых естественным путем.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что в основной группе детей с ОНМ тела чаще, чем в группе сравнения с ОНМ, выявлялись острая гипоксия плода (21,4% и 3,6%, $p < 0,05$), асфиксия средней степени тяжести при рождении (75,0% и 25,0%, $p < 0,01$), врожденные пневмонии (21,4% и 3,6%, $p < 0,05$), первичные ателектазы новорожденного (53,5% и 21,4%, $p < 0,05$), врожденные anomalies пищевода (3,5%). У детей основной группы с НМ тела, чаще чем в группе сравнения с НМ, определялись задержка внутриутробного развития (37,9% и 16,0%, $p < 0,05$), церебральная ишемия гипоксически-ишемического генеза (95,0% и 84,0%, $p < 0,05$), внутрижелудочковые кровоизлияния I степени (45,0% и 24,0%, $p < 0,05$), врожденный гидронефроз и дефект межжелудочковой перегородки (по 2,14%).

Заключение. В неонатальном периоде состояние здоровья детей, родившихся после ЭКО, с низкой и очень низкой массой тела, отличается более высокой частотой его нарушений, по сравнению с такими детьми, зачатыми естественным путем.

39 НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Галактионова М. Ю., Матыскина Н. В., Маисеенко Д. А., Машина Н. С.

*Красноярский государственный медицинский университет
имени В. Ф. Войно-Ясенецкого*

Актуальность. Церебральные расстройства у глубоко недоношенных новорожденных представляют одну из актуальных проблем неонатологии и являются одной из частых причин детской инвалидности.

Цель исследования: изучить перивентрикулярные повреждения головного мозга у новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, их динамику, исходы и факторы риска их определяющие.

Пациенты и методы. Проведен анализ течения неонатального периода у 200 новорожденных, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии ГДКБ № 1 г. Красноярск. I группу составили 130 детей с массой тела при рождении от 1000 до 1500 гр., во II группу вошли 70 младенцев с экстремально низкой (до 1000 гр.). Обследование включало нейросонографию с определением мозгового кровотока в передней мозговой артерии.

Результаты. На НСГ на 1–2-е сутки жизни отмечались признаки ишемии головного мозга у 71 ребенка I группы и 52 детей II группы. Перивентрикулярная ишемия в сочетании с ВЖК II ст. у пациентов двух групп встречалась в равном числе случаев. Сочетание перивентрикулярной ишемии с ВЖК III ст. более чем в 3 раза чаще встречалось у новорожденных II группы — 5,4% и 17,4% соответственно. На 3–4-й недели жизни частота развития перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) в I группе достигала 14,6%, во II — 28,5% случаев. Исходами геморрагических повреждений (ВЖК II–III ст.) являлись различные формы гидроцефалии от компенсированных (I группа — 3,8%, II группа — 11,4%) до прогрессирующих декомпенсированных (I группа — 1,5%, II группа — 4,3%). У 48 новорожденных двух групп визуализировались субэпендимальные постгеморрагические псевдокисты.

Заключение. Факторами риска перивентрикулярной лейкомаляции у новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела являются преждевременная отслойка плаценты, оценка при рождении по шкале Апгар менее 3 баллов и потребность в длительной ИВЛ (более 10 суток), которая обусловлена тяжелыми инфекционными осложнениями и развитием синдрома дыхательных расстройств.

40 ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ И РИСК РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ АСТМЫ

Георгиева Е.

Клиника пульмонологии с интенсивным отделением Университетской детской больницы, София, Болгария

Актуальность. Высокая частота развития бронхообструктивного синдрома в раннем детском возрасте и вероятность его перехода в бронхиальную астму обуславливает актуальность выявления факторов риска «свистящего» дыхания (wheezing) у детей.

Цель. Установить характер влияния антибиотикотерапии у детей грудного возраста на развитие бронхообструктивного синдрома в раннем детстве.

Результаты. Обследованы 155 детей – 103 ребенка с эпизодами бронхиальной обструкции, возникшими в возрасте до трех лет (основная группа); 52 здоровых детей, которые до достижения ими возраста трех лет не имели случаев развития «свистящего» дыхания (группа сравнения). Из всех наблюдавшихся детей в 31 случае (20%) антибиотикотерапия проводилась в течение первой недели после рождения, из них 24 (23,3%) детям из основной группы и 7 (13,5%) из группы сравнения. При этом в обеих группах девочкам антибиотики назначались чаще, чем мальчикам ($p < 0,05$; коэффициент Крамера (К) 0,270). У половины детей основной группы, получивших антибиотики в первую неделю жизни, независимо от пола первый эпизод «свистящих» хрипов развился в течение первых 6 месяцев после рождения.

Среди пациентов, получивших антибиотики в течение первого года жизни, 71 (68,93%) детей были из основной группы и 10 (19,23%) из группы сравнения ($p < 0,001$; К = 0,471 для обоих полов). Установлено статистически значимое различие между мальчиками и девочками в обеих группах как по количеству курсов приема антибиотиков, так и по частоте эпизодов бронхиальной обструкции ($p < 0,05$; К = 0,311).

Выводы. Применение антибиотиков в течение первой недели после рождения является фактором риска последующего развития бронхиальной обструкции в раннем детстве. Результаты имеют большее значение для детей женского пола ($p < 0,05$, К = 0,270). Для обоих полов этот фактор является важным при раннем проявлении бронхиальной обструкции в возрасте до 6 месяцев.

Проведение одного или нескольких курсов антибиотиков в течение первого года жизни имеют существенно влияют на развитие БОС в раннем детстве ($p < 0,001$, К = 0,471). Установлена статистически значимая взаимосвязь повторных курсов применения антибиотиков и высокой частоты эпизодов БОС в раннем детстве ($p < 0,01$, К = 0,311).

41 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Гирш Я. В., Юдицкая Т. А., Тепляков А. А.

Сургутский государственный университет

Актуальность. По данным ВОЗ (2014), численность младенцев и детей раннего возраста (от 0 до 5 лет), имеющих избыточный вес или ожирение, во всем мире увеличилась с 31 миллиона до 44 миллионов. Нарушение пищевого поведения является значимым механизмом, лежащим в основе дебюта ожирения и поддержания избыточной массы тела.

Цель исследования: выявить различия пищевого поведения у детей дошкольного возраста с различной массой тела.

Пациенты и методы. 342 ребенка в возрасте от 1–7 лет, посещающие детские сады. Рассчитан индекс массы тела (ИМТ) с определением ожирения более 95 перцентиля, избыточной масса тела при ИМТ 85–95 перцентили. Выделены группа здоровых детей — 285 (83%), группа детей с избыточной массой тела — 30 дошкольников (9%) и группа детей, страдающих ожирением — 27 человек (8%). На втором этапе проведено анкетирование родителей с использованием опросника СЕВQ для оценки пищевого поведения детей.

Результаты. 28% ($n = 303$) родителей имели избыточную массу тела, 13% страдали ожирением. В группе детей с ожирением родители имели больше массу тела, ИМТ в сравнении с родителями группы здоровых дошкольников ($p < 0,05$). Корреляционный анализ показал положительную связь веса родителей и детей в группе детей с ожирением ($p < 0,05$).

При сравнительном анализе показателей пищевого поведения у здоровых детей, детей с ИМТ и ожирением выявлены статистически значимые различия по трем показателям — «реагирование на еду», «эмоциональное переедание» и «ощущение сытости». В группе детей с нормальной массой тела «реакция насыщения» выше, чем в группе дошкольников с ожирением ($p < 0,05$). Группа детей с ожирением имела выше уровень «реагирование на еду» и показатель «эмоциональное переедание», чем группа с неизменной массой тела ($p < 0,05$).

Заключение. Доказана взаимосвязь избыточного веса детей и массы их родителей. Выявлены различия в пищевом поведении у детей дошкольного возраста с разной массой тела. В отличие от детей с неизменной массой тела, дети с избыточной массой тела и ожирением имеют выше интерес к пище, более низкое чувство сытости, повышенный аппетит на фоне эмоций.

42 ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ 16–17 ЛЕТ С ФАКТОРАМИ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Голубева А. М., Нежкина Н. Н., Фомин Ф. Ю., Чистякова Ю. В.

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) одно из распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, которое часто дебютирует в подростковом возрасте. Началу и развитию АГ способствует множество факторов риска, важнейшими из которых являются избыточный вес и курение. За последние 10–20 лет их распространенность увеличилась среди детей подросткового возраста.

Цель исследования: изучить состояние вегетативной регуляции у подростков с факторами риска АГ: избыточной массой тела (ИМТ) и курением.

Пациенты и методы. Для исследования были отобраны подростки 16–17 лет 1 и 2 групп здоровья. Из их числа сформированы 3 группы по 30 человек — с ИМТ, курящие и некурящие с нормальной массой (контрольная). Методы исследования: расчет индекса Кетле, определение окиси углерода в выдыхаемом воздухе на приборе «Микро СО», выявление признаков вегетативной дисфункции по анкете-опроснику А. М. Вейна, исследование вариабельности ритма сердца (ВРС) на приборе «Полиспектр 8/Е» в фоновой и активной ортопробе.

Результаты. У 82% подростков с ИМТ и 85% курящих выявлены признаки вегетативной дисфункции. В контрольной группе вегетативная дисфункция отмечалась лишь у 40%. При проведении ВРС в фоновой пробе общая мощность спектра нейрогуморальной регуляции у подростков с ИМТ оказалась достоверно ниже по сравнению с другими группами. У курящих подростков отметились изменения в структуре спектра в виде преобладания колебаний очень низкой частоты (гуморально-метаболические влияния). В активной ортопробе у курящих отмечилось достоверное снижение общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции по отношению к фоновой и высокий прирост ЧСС — на 28,8% (свыше 30 ударов в минуту) от исходного уровня, что говорит об избыточном вегетативном обеспечении деятельности.

Заключение. ИМТ и курение (в большей степени) являются факторами, способствующими развитию вегетативной дисфункции и ухудшающими адаптацию, что впоследствии приводит к формированию АГ. Выявленные вегетативные изменения у подростков с факторами риска АГ определяют необходимость разработки программ медико-психолого-педагогического сопровождения.

43 ВИДЫ АДАПТАЦИОННЫХ ТЕКСТИЛЬНЫХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Голубчикова А. В., Лазуренко С. Б., Мовшович П. М., Мамедьяров А. М.

*Московский государственный университет технологий и управления
имени К. Г. Разумовского
Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Для укрепления здоровья детей применяется комплексная реабилитация, используются различные современные методы и технические средства. Несмотря на научные достижения в области восстановительного лечения детей с тяжелыми нарушениями здоровья, поиск наиболее эффективных устройств и средств реабилитации остается актуальной проблемой настоящего времени.

Цель исследования. Разработка адаптационных текстильных изделий, способствующих социальной адаптации и абилитации детей с ограниченными возможностями за счет создания благоприятных условий среды, содействующих физическому и психическому развитию ребенка, повышающих качество его жизни.

Пациенты и методы. В исследовании участвовало 250 детей с хронической тяжелой патологией органов и систем различной этиологии. С помощью имитационного моделирования, макетирования были получены данные о требованиях к изделиям, видах конструкторско-технологических решений.

Результаты. Текстильные адаптационные изделия по своему функциональному назначению были разделены на 3 категории:

1. Изделия, облегчающие медицинский уход:
 - послеоперационная одежда «распашного» характера с разъемами и функциональными отверстиями для доступа к местам расположения на теле различных медицинских устройств;
 - одежда, учитывающая в своей конструкции наличие на теле медицинского аппарата;
 - изделия для детей с особенностями физического развития.
2. Изделия, формирующие благоприятную среду для обучения и развития:
 - изделия с обучающими и развивающими элементами, стимулирующими психическую активность;
 - изделия для реализации физических возможностей и способствующие формированию моторных навыков.
3. Изделия, способствующие восстановлению работы нарушенной функции организма:
 - одежда для биомеханической коррекции нарушенной функции, содержащая систему эластичных тяг с массажным эффектом;
 - изделия для стимуляции тактильной, зрительной и акустической чувствительности.

Заключение. Выделение трех разных по функциональному назначению категорий изделий для детей с ограниченными возможностями необходимо для правильного планирования их производства и дальнейшего продвижения потребителям.

44 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРОДУКТА В ПИТАНИИ ШКОЛЬНИКОВ

Горелова Ж. Ю., Баканов М. И., Мазанова Н. Н., Летучая Т. А.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Обучение в школе требует восполнения повышенных потребностей организма в незаменимых пищевых веществах. Нутритивная поддержка учащихся путем дополнительного введения в питание специализированных продуктов для улучшения роста и развития может предупредить развитие алиментарных заболеваний.

Цель исследования. Научно обосновать эффективность использования в питании подростков специализированных продуктов для коррекции веса и профилактики алиментарной недостаточности.

Пациенты и методы. Обследовано 50 школьников в возрасте от 12–13 лет. I группа (n = 21) с нормальной массой тела по возрасту и II группа (n = 14) с дефицитом массы тела получали дополнительно к рациону молочный продукт «Формула Роста Стандарт» 1 раз в день — один месяц. Группа сравнения (n = 15) не получала данный продукт. Одна порция 200 мл в день соответствует 10% потребности в белке, 14% — в витаминах и основных микроэлементах от нормы потребления. Эффективность оценивали по общему состоянию; эмоциональному статусу по тесту САН на 14-й и 28-й дни приема продукта и ренальной экскреции аминокислот в динамике.

Результаты. Хорошее отношение детей к продукту отмечено в 85% случаев, в 15% случаев — удовлетворительное. Выявлена положительная динамика САН после приёма продукта у 73% учащихся при небольшом снижении функционального состояния у 27% школьников. Отмечена положительная динамика длины, массы тела и индекса массы тела на фоне приёма продукта, более значимая во II группе школьников с недостаточным весом по возрасту. Содержание свободных аминокислот (АК) в моче после получения продукта ниже исходных уровней (в ммоль/моль креатинина). При этом во II группе динамика была более выражена, в частности, по незаменимым АК: метионин до — $M \pm m = 3,6 \pm 0,5$, после — $M \pm m = 2,0 \pm 0,2$; лейцин до — $M \pm m = 7,9 \pm 0,8$, после — $M \pm m = 3,7 \pm 0,4$; лизин до — $M \pm m = 13,4 \pm 3,4$, после — $M \pm m = 8,1 \pm 0,9$. Достоверность различий — $p < 0,05$. В группе сравнения прирост массо-ростовых показателей был в меньшей степени и лабораторных изменений не выявлено.

Заключение. Динамика мочевой экскреции АК объясняется усиленным их использованием в метаболизме в период роста (особенно у детей с дефицитом массы тела) и участием АК в обмене веществ при гормональной перестройке и повышенных интеллектуальных нагрузках. Улучшение настроения у детей согласуется с изменениями показателей лейцина и изолейцина, поддерживающих оптимальный уровень серотонина, участвующего в регуляции психоэмоционального состояния. Применение специализированного продукта для дополнительного питания у школьников — эффективный способ нормализации нутритивного и эмоционального статуса школьников.

45

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕКСАВАКЦИНЫ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ
В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ФГБНУ «НЦЗД»****Гречуха Т. А., Ткаченко Н. Е., Новикова Д. А., Гайворонская А. Г.,
Федосеенко М. В., Шахтактинская Ф. Ч., Броева М. И.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. В настоящее время родители настороженно относятся к вакцинации, опасаясь побочных эффектов от прививок и большого количества инъекций. С созданием комбинированных вакцин необходимость в одновременном введении 4–5 инъекций отпала, увеличился охват иммунизацией детского населения. Инфанрикс-Гекса, вакцина нового поколения, которая с февраля 2013 года применяется на базе нашего отделения.

Цель исследования: оценить безопасность использования гексавакцины для здоровых детей, а также при сочетанном использовании гексавакцины с 10-валентной конъюгированной пневмококковой и пентавалентной ротавирусной вакциной.

Пациенты и методы. На базе отделения вакцинопрофилактики с февраля 2013 г. по июнь 2014 г. гексавакцину получили 1080 детей. В 1 группе были пациенты, получившие 3 дозы вакцины, во 2 и 3 группу — получившие по 2 и 1 дозе соответственно. В ходе исследования оценивались местные и общие реакции, появившиеся в течение первых трех дней с момента введения вакцины.

Результаты. При оценке местных реакций в группе I болезненность и уплотнение в месте введения наблюдались в 9,2% случаев, покраснение — в 18,5%. Из общих реакций: гипертермия отмечалась в 45,4%, нарушение аппетита — в 17,7%, капризность — в 26,9%. Среди поствакцинальных явлений в группах II и III болезненность отмечалась в 11,2 и 16,7% соответственно; покраснение — в 13,7 и 10,3% случаев, уплотнение в 17,6 и 7,4%. Из общих реакций появилось: повышение температуры (в 25,1 и 16,1% случаев соответственно), капризность (в 6,6 и 11,5% случаев), вялость и сонливость (в 8,5 и 16,7%). При сочетанной вакцинации температурные реакции отмечались примерно в 20% случаев (повышение температуры до 38°C и выше), местные реакции (отек, покраснение) — до 10% случаев.

Заключение. Инфанрикс-Гекса зарекомендовала себя как низкореактогенная, безопасная, удобная в применении вакцина. Сочетанное использование гексавакцины с пневмококковой и ротавирусной вакцинами является безопасным, уменьшает количество инъекций, повышает своевременность введения вакцин в период, когда ребенок особенно в этом нуждается.

46

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА PHADIATOR INFANT В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Горелко Т. Г., Стасий Е. Д., Горелко В. В., Кулешина Т. М., Руссу Ж.А., Нику О. А.

Научно-исследовательский институт охраны матери и ребёнка, Кишинёв

Актуальность. Аллергические заболевания широко распространены и представляют собой серьёзную проблему, включительно в периоде раннего детского возраста. В связи с этим качественная ранняя диагностика аллергических болезней является важной составляющей работы аллерголога.

Phadiator Infant — это тест позволяющий дифференцировать аллергические и неаллергические заболевания, первый скрининговый этап тестирования на атопию.

Цель исследования. Идентификация природы (аллергической или неаллергической) заболевания у обследуемой группы детей.

Пациенты и методы. В исследовании было включено 112 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, наблюдающиеся в НИИ Охраны здоровья матери и ребёнка. С целью установления причины заболевания детям провели тест Phadiator Infant ImmunoCAP, представляющий собой качественный тест, в состав которого входят наиболее распространённые аллергены ответственные за развитие аллергии у детей младшего возраста (ингаляционные и пищевые).

Результаты. У всех детей, включённых в исследование, отмечались рецидивирующие простые и обструктивные бронхиты до 8–10 эпизодов в год, при отсутствии наследственной отягощённости по аллергическим заболеваниям. У 52 из 112 обследованных детей были выявлены положительные результаты теста Phadiator Infant. Впоследствии все эти дети были обследованы более детально с определением уровня специфических IgE — антител к бытовым, эпидермальным, пыльцевым и пищевым аллергенам. У 40 из этих детей отмечен высокий уровень специфических IgE, что убедительно подтвердило атопический генез заболевания у данных пациентов.

Заключение. Тест Phadiator Infant является эффективным скрининговым методом определения атопического характера заболевания у детей и может быть рекомендован для широкого использования в педиатрической практике.

47

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ДЕТЕЙ**Гудков Р. А., Ткаченко Т. Г., Петрова В. И.***Рязанский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова*

Актуальность. Приверженность регулярным занятиям физкультурой является важной составляющей в лечении многих заболеваний: сахарного диабета, бронхиальной астмы, ожирения и т. д. Однако хронические заболевания ограничивают физическую активность ребёнка.

Цель исследования: изучить влияние коморбидности на физическую активность детей, имеющих изолированную и сочетанную патологию.

Пациенты и методы. Обследовано 132 ребёнка в возрасте от 7–16 лет.

В I группу входило 45 детей с бипатиями, во II группу — 50 пациентов с полипатиями. У 42 детей 3 (контрольной) группы имелись изолированные хронические заболевания. Группы сопоставимы по возрастному и половому составу, а также по спектру заболеваний. Приверженность физической активности изучена методом анкетирования по следующим характеристикам: наличие гиподинамии, занятия физкультурой в школе, участие в спортивных секциях, физическая активность в свободное время, физическая активность семьи и активное совместное времяпровождение. Каждый пункт оценивался по 5 бальной системе.

Результаты. Оценка физической активности в основных группах оказалась ниже, чем в контрольной: I гр. — 16,4; II гр. — 14,4; контрольная группа — 20,1 ($p < 0,005$). Снижение физической активности у детей основных групп затрагивало все изученные пункты, но в наибольшей мере занятия физкультурой в школе (I и II гр. — 2,8; контрольная — 3,9), участие в спортивных секциях (I и II гр. — 2,6; контрольная — 3,8) и семейное активное времяпровождение (I и II гр. — 2,9; контрольная — 4,3). Если первые два пункта логически связаны с увеличением вероятности ограничения занятий физкультурой и спортом при наличии нескольких заболеваний, то низкая физическая активность членов семьи отражают более сложные влияния.

Заключение. Коморбидность снижает приверженность физической активности, что отражает недостаточно адекватное отношение пациентов и врачей к роли физкультуры в контроле над болезнью. Коморбидный пациент должен получать более активные и дифференцированные рекомендации по физической активности как от педиатра, так и от врача-специалиста.

48 ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Гудков Р. А., Филимонова Т. А., Федина Н. В.

Рязанский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова

Актуальность. Эффективность лечения ребёнка с бронхиальной астмой зависит от правильности врачебных назначений, фенотипа заболевания и приверженности лечению со стороны пациента. Несмотря на адекватность терапии и высокую комплаентность, часто не удаётся достигнуть удовлетворительного контроля над астмой. Важнейшей причиной низкой эффективности терапии астмы в этих случаях является наличие сопутствующих заболеваний.

Цель исследования: изучить влияние сопутствующих заболеваний на эффективность контроля над бронхиальной астмой у детей.

Пациенты и методы. Мы обследовали 80 детей в возрасте от 7–15 лет. Основную группу составили 56 детей с бронхиальной астмой в сочетании с различными хроническими заболеваниями (ожирение, патология пищеварительного тракта, нервной системы, мочевыделительной системы и ЛОР-органов). Средний индекс коморбидности — 3,8. Контрольную группу составили 24 ребёнка, у которых астма сочеталась только с аллергическим ринитом. Эффективность терапии оценивалась по тесту контроля над астмой (АСТ) и его детской модификации. Группы были сопоставимы по возрастному и половому составу, а также по стажу основного заболевания (более 1 года). В исследование были включены только дети с астмой средней тяжести, имевшие удовлетворительную комплаентность.

Результаты. Средняя оценка АСТ теста у пациентов основной группы составила 16,8; в контрольной группе — 20,2 ($p < 0,005$). Наибольшее влияние на эффективность контроля над астмой у детей оказывали ожирение (АСТ = 15,2, $n = 18$) и заболевания пищеварительного тракта: (АСТ = 15,8, $n = 36$). Полноценное обследование и лечение по поводу сопутствующих заболеваний имели только 12 детей из 56.

Заключение. Недостаточная эффективность лечения бронхиальной астмы при нормальной комплаентности может быть обусловлена наличием сопутствующей патологии. Коморбидность ребёнка с астмой должна нацеливать врача на мультидисциплинарный подход к его ведению. Дальнейшего исследования требует влияние сопутствующей патологии на приверженность пациентов лечению.

49

**СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ КАК
ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ****Гудков Р. А., Коновалов О. Е.***Рязанский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова*

Актуальность. Социально-гигиеническое неблагополучие представляет собой комплекс разнородных, но часто взаимосвязанных неблагоприятных факторов, нарушающих здоровье и нормальное развитие детей. У детей, проживающих в неблагоприятных социальных условиях, чаще развиваются рахит, анемия, некоторые инфекционные и соматические заболевания.

Цель исследования: изучить влияние социально-гигиенического статуса детей на уровень их коморбидности.

Пациенты и методы. Были обследованы 64 ребёнка из социально-неблагополучных семей в возрасте от 3 до 15 лет, госпитализированные по поводу хронических заболеваний. Группа контроля была составлена методом подбора пары из детей, госпитализированных в те же сроки, аналогичных по полу, возрасту, диагнозу, но не имеющих социальных факторов риска. В основной группе у детей выявлялись различные комбинации семейного неблагополучия (неполная семья, пьющие родители, многодетная плохо обеспеченная семья), экономической несостоятельности (низкий доход семьи) и гигиенических проблем (плохие условия проживания, неполноценное питание).

Результаты. Изолированная патология диагностирована у 12,5% детей в основной группе и у 21,9% в контрольной. У детей группы риска бипатии выявлены в 21,9%, полипатии в 65,6%. В контрольной группе бипатии встречались в 32,8% случаев, полипатии в 45,3%. Индекс коморбидности в основной группе составил 3,4; в контрольной — 2,6 ($p < 0,005$). В структуре полипатий у детей из группы риска достоверно чаще диагностировались ожирение, белково-энергетическая недостаточность, психоневрологическая патология. Заболевания у детей этой группы чаще имели некомпенсированное течение и/или неудовлетворительный контроль (соответственно в 64,1 и 42,2%).

Заключение. Дети из социально неблагополучных семей имеют повышенный риск формирования сочетанной патологии. Полипатии у них характеризуются высокой частотой нутритивных и психоневрологических нарушений, а также тяжестью и неудовлетворительным терапевтическим контролем. Дети группы социально-гигиенического риска требуют мультидисциплинарного подхода.

50 ДИСМНОРЕЯ И ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ПРИЧИНЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Гуменюк О. И., Черненко Ю. В., Емельянова Е. А.

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского*

Актуальность. Дисменорея — болезненные менструации одна из распространенных причин отсутствия девочек в школе. Наличие предменструального синдрома (ПМС) и необходимость лечения дисменореи в подростковом возрасте являются дискуссионными вопросами.

Цель исследования: установить частоту дисменореи и ПМС у девочек-подростков; изучить эффективность использования в терапии первичной дисменореи препарата из группы НПВС.

Пациенты и методы. Обследовано 2111 девочек-подростков в возрасте от 10–18 лет (средний возраст $15,8 \pm 3,1$ года). Проведено анкетирование с использованием анкеты (А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, 2006) в модификации, УЗИ молочных желез, органов малого таза.

Результаты. Дисменорея выявлена у 64% девушек, причем в 8% случаев она сопровождалась обмороками. ПМС диагностирован в 38% случаев и проявлялся в основном масталгиями. Дисменорея наиболее часто (75%) была ассоциирована с гинекологическими заболеваниями и расценена как вторичная. Первичная дисменорея выявлена у четверти обследованных девочек-подростков. Девушкам ($n = 20$) с первичной дисменореей, ранее использовавших спазмолитики, назначен препарат ибупрофена натрия дигидрата 400 мг (по 1 таблетке 1 раз в сутки, в течение первых трех дней менструации). Контрольное обследование девушек, получавших терапию ибупрофеном (через 3 месяца), показало его эффективность в 90% случаев (купирование болевого синдрома в первый день приема), тогда как использование спазмолитиков требовало назначения их в течение всего периода менструации, несколько раз в день.

Заключение. Болезненные менструации диагностируются более чем у половины, а ПМС у трети девочек подростков. Препараты НПВС являются эффективными при купировании болевого менструального синдрома, т.к. влияют на обмен арахидоновой кислоты, нарушения которого составляют основу патогенеза при первичной дисменорее.

51

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У СПЛЕНЭКТОМИРОВАННОГО РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ ГОШЕ****Гундобина О. С., Мовсисян Г. Б., Намазова-Баранова Л. С., Малахов О. А.***Научный центр здоровья детей, Москва**Первый Московский государственный медицинский университет**им. И. М. Сеченова**Российский национальный исследовательский медицинский университет**им. Н. И. Пирогова, Москва*

Актуальность. Поражение костной ткани — один из ведущих симптомов болезни Гоше (БГ). Скелетная патология существенно снижает качество жизни и приводит к инвалидизации пациентов с БГ. Ранняя диагностика БГ и своевременное начало ферментозаместительной терапии (ФЗТ) предупреждает скелетные осложнения, требующие хирургического вмешательства.

Цель исследования: представить первый в РФ успешный случай эндопротезирования тазобедренного сустава у ребенка с БГ после спленэктомии.

Пациенты и методы. Девочка 8 лет была госпитализирована в Научный центр здоровья детей по поводу панцитопении и гепатоспленомегалии. При обследовании в пунктате костного мозга выявлены клетки Гоше; по данным энзимодиагностики — снижение активности β -D-глюкозидазы до 1.6 нмоль/мг/ч (норма 4.7–19), повышение активности хитотриозидазы до 14575 нмоль/мг/ч (норма 4.5–198). Диагностирована БГ. Однако, в связи с выраженной спленомегалией, цитопенией в 9 лет по месту жительства ребенка проведена спленэктомия. При обследовании в НЦЗД через 6 лет после спленэктомии отмечено появление костных кризов, болей и скованности в левом тазобедренном суставе (ТБС), нарушение походки. Проведенная компьютерная томография (КТ) ТБС выявила признаки асептического некроза левой головки бедренной кости и остеопороза. Через год от дебюта костных симптомов ребенок начал получать ФЗТ в дозе 60 ЕД/кг/2 нед. Через год ФЗТ купировались костные кризы, однако сохранялись боль и ограниченная подвижность в левом ТБС, нарушение походки. По результатам КТ ТБС выявлен деформирующий коксартроз левого ТБС. Проведено эндопротезирование левого ТБС.

Результаты. Хирургическое лечение позволило устранить болевой синдром, полностью восстановить функцию левой конечности и повысить качество жизни пациента.

Заключение. Спленэктомия, как метод лечения БГ, неприемлема и повышает риск развития остеонекроза головки бедренной кости. Современное лечение БГ заключается в назначении пожизненной ФЗТ. По показаниям проводится хирургическая коррекция необратимых костных изменений.

52 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ В ПОСТСУРФАКТАНТНУЮ ЭРУ

Давыдова И. В., Сиденко А. В., Аникин А. В., Кустова О. В., Басаргина Е. Ю.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Современные реанимационные мероприятия привели к изменениям в формировании и течении бронхолегочной дисплазии (БЛД).

Цель исследования: определить закономерности изменения рентгенологической картины и течения БЛД у детей, получивших заместительную терапию сурфактантом (ЗТС) при рождении.

Пациенты и методы. Проанализированы истории болезни и компьютерные томограммы (КТ) органов грудной клетки у 81 ребенка (48 мальчиков, 33 девочки), родившихся недоношенными с массой тела до 2500 грамм, получивших ЗТС, сформировавших БЛД. Рентгенологическая оценка проводилась по шкале степени тяжести БЛД (патент № 2401066). По результатам оценки дети разделены на три группы — с легким ($n = 21$; 26%), среднетяжелым ($n = 46$; 57%) и тяжелым течением ($n = 14$; 17%). В каждой группе проанализированы средние значения массы тела (M ; г) и срока гестации ($СГ$; нед) на момент рождения.

Результаты. Определена тенденция к возникновению более выраженных рентгенологических проявлений БЛД у детей с меньшей массой тела и гестационным возрастом при рождении. Так, при легком течении БЛД $M = 1220 \pm 73,5$, $СГ = 28,9 \pm 0,4$, при среднетяжелом — $M = 1000 \pm 34,7$, $СГ = 27,9 \pm 0,25$, при тяжелом — $M = 970 \pm 49,2$, $СГ = 27,5 \pm 0,65$. Однако статистически значимое отличие ($p < 0,05$) было получено только для группы детей с легким течением БЛД, имевших минимальные рентгенологические изменения.

Заключение. ЗТС способствует формированию БЛД преимущественно с легким или среднетяжелым течением (по данным КТ). У детей, имевших при рождении массу тела более 1000 г и срок гестации более 28 недель, ЗТС определяет более благоприятное течение БЛД с минимальными рентгенологическими изменениями.

53

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ИНИЦИАТИВА «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ» (ИБДР)**Дакинова Л. Н., Дарбакова Т. А.***Перинатальный центр имени О. А. Шунгаевой, Элиста*

Актуальность. Гнойно-септические инфекции (ГСИ) новорожденных достаточно распространены и являются актуальной проблемой, что обусловлено морфофункциональными особенностями — незрелостью иммунной системы, недостаточно развитыми защитными свойствами кожи, слизистых оболочек и др.

Цель исследования: оценить динамику ГСИ новорожденных на фоне внедрения ИБДР в практику учреждений родовспоможения и детства.

Пациенты и методы. Проведено изучение ГСИ у новорожденных за период внедрения ИБДР (1998–2014 гг.) по данным формы № 2. (таблица 3 «Внутрибольничные инфекции»), формы № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам».

Результаты. На фоне внедрения принципов ИБДР за анализируемый период снизились ГСИ у новорожденных в 2,7 раза до 1,1 на 1000 новорожденных детей, преимущественно за счёт снижения регистрации пиодермий и конъюнктивитов. Снизилась частота инфекций кожи и подкожной клетчатки в 3,2 раза до 1,5 на 1000 новорожденных, а случаи сепсиса в последние годы не регистрировались.

Снижение гнойно-септической заболеваемости в акушерских стационарах достигнуто за счёт внедрения в акушерских стационарах современных перинатальных технологий: контакт «кожа-к-коже» — 58,9%, раннее прикладывание новорождённых к груди — 60,7%, организация палат по принципу «мать и дитя» — 92,2%, что также способствовало и повышению уровня исключительно грудного вскармливания к выписке из стационара до 88,2%.

Данные, полученные нами, коррелируют с данными, полученными другими исследователями, которые показали, что частота послеродовых гнойных воспалительных заболеваний в условиях совместного пребывания матери с ребенком снижается у новорожденных в 1,9 раза (И. М. Майорова, 2000 г.) и более чем в 3,7 раза (А. А. Тохиян, 2002 г.).

Заключение. Внедрение в практику акушерских стационаров принципов ИБДР привело к значительному улучшению показателей исключительно грудного вскармливания и показало, что совместное пребывание матери с ребенком улучшило течение послеродового периода, предупредило развитие ГСИ и улучшило адаптацию новорожденного.

54 ТЕСТИРОВАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Демченко В. И., Плеханова М. А., Полянская Н. А., Бергутова А. Р.

Омская государственная медицинская академия

Актуальность. Гастроэнтерологические заболевания у детей и подростков доминируют в общей структуре болезней, занимая второе место, и имеют неуклонную тенденцию к росту.

Цель исследования: выявить признаки патологии желудочно-кишечного тракта у школьников старших классов путем анкетирования и определить контингент подростков для дальнейшего обследования в условиях специализированного стационара.

Пациенты и методы. В период с февраля по май 2014 г. на базе средней общеобразовательной школы № 37 г. Омска было проведено анкетирование 104 подростков, обучавшихся в 9–11 классах. Основная часть тестирования проводилась при помощи опросника GerdQ. Обработка полученных данных проводилась с применением программ Biostat и Statistica 6.0.

Результаты. При анкетировании было установлено, что 53 подростка (50,9%) предъявили жалобы, из них предшествующую консультацию гастроэнтеролога в анамнезе имели 25,96% опрошенных. Повозрастная привязанность жалоб следующая: среди детей 14–15 лет – 54,5% подростков этого возраста имели одну и более жалобы; 16 лет – 50,0%; 17 лет – 45,2%; 18 лет – 28,6%. Результаты анкетирования по опроснику GerdQ у большинства подростков составили от 3 до 6 баллов. Диагностический результат 8 и более баллов, характерный для ГЭРБ, был зарегистрирован у 9 подростков (8,65%).

На вопрос: «Как часто вы ощущали изжогу?» получен положительный ответ – 15,38% случаев. Жалобы на боли в эпигастрии предъявили 35,58% подростков, не отмечали таковых – 64,42%. Испытывали ощущение тошноты 27,88% детей. Изжога или отрыжка в ночное время мешали выспаться 2,88% опрошенных, 97,2% отрицали данный симптом. Принимали антациды по поводу изжоги 13,46% подростков. При этом по наличию жалобы на тошноту у девушек (22 случая) и юношей (7 случаев) установлено достоверное различие ($p = 0,002$).

Заключение. При анализе результатов тестирования школьников, установлено, что более половины опрошенных имеют симптомы заболевания желудочно-кишечного тракта, которые требуют обследования у гастроэнтеролога. Выявлена тенденция к снижению активности предъявления жалоб от младших подростков к старшим.

55

**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА СЕЛЕЗЕНКИ
У МАЛЬЧИКА 11 ЛЕТ****Демченко В. И., Гончарова Т. А., Горбунова А. А., Плеханова М. А.***Омская государственная медицинская академия*

Актуальность. Эхинококкоз — хроническое паразитарное заболевание. Возбудителем выступает ленточный гельминт *Echinococcus granulosus*. Заражение человека происходит перорально при попадании в организм личинок гельминта через грязные руки, при обработке и выделке шкур, при уходе за собаками, при употреблении в пищу невымытых ягод. При эхинококкозе чаще поражается печень (70–85%), реже легкие (15–20%) и очень редко селезенка (3–6%), причем, как правило, при диссеминации процесса.

Цель исследования. Дать клинико-лабораторное описание первичного эхинококкоза селезенки.

Пациенты и методы. Мальчик Д., 11 лет, находился на плановом обследовании в Областной детской клинической больнице (ОДКБ) для переоформления на инвалидность с диагнозом оперированный ВПС: мешковидная аневризма восходящего отдела аорты, недостаточность аортального клапана I ст., атопическая бронхиальная астма.

Результаты. Жалоб пациент не предъявлял. Из анамнеза жизни: мальчик проживает в лесостепной зоне Омской области, часто употребляет в пищу невымытые лесные ягоды. При осмотре состояние было удовлетворительным, печень и селезенка не увеличены. Общеклинические анализы крови, мочи и кала в пределах нормы. При исследовании крови методом ИФА обнаружены антитела к эхинококку 1:200, а при повторном исследовании 1:400. На абдоминальном УЗИ: в селезенке подкапсульно две жидкостные кисты округлой формы, диаметром 5 и 10 мм, а также рядом образование с нечетким контуром, мелкосетчатой структуры, размером 15×11 мм. Изменений со стороны печени не обнаружено. По данным рентгенографии легких патологии также не выявлено. Назначено лечение альбендазолом в дозе 15 мг/кг в сутки в 2 приема по схеме: 3 курса по 28 дней с перерывом в 2 недели между курсами. К сожалению, радикальная санация эхинококкоза возможна только при удалении селезенки.

Заключение. Данный клинический случай показывает, что эхинококкоз не всегда развивается по классической схеме с первичным поражением печени и легких. Возможно также формирование первичного эхинококкоза селезенки, в отношении чего необходимо иметь настороженность.

56

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СОЧЕТАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА И АНТРОПОГЕННОЙ НАГРУЗКИ

Джумагазиев А. А., Богданьянц М. В., Райский Д. В., Безрукова Д. А.

Астраханская государственная медицинская академия

Актуальность. Известно, что в йоддефицитных регионах тиреоидная недостаточность довольно распространённое явление, а дефицит тиреоидных гормонов, особенно в раннем возрасте, приводит к нарушениям со стороны интеллектуального развития детей, отставанию в росте и развитии ребенка. Своевременно выявленные изменения, а также их адекватная коррекция необходимы для гармоничного формирования личности ребенка.

Цель исследования: оценить физическое развитие (ФР) детей, проживающих в условиях сочетанного воздействия йодного дефицита и антропогенной нагрузки, выявить связь физического развития детей с уровнем экскреции йода с мочой.

Пациенты и методы. Обследовано 333 ребенка г. Астрахани в возрасте от 6–7 лет (рост, масса тела и окружность грудной клетки, медиана йодурии).

Результаты. Выявлено, что у 8,7% детей развитие дисгармоничное. Гармоничное ФР имели 91,3% детей. Среднее гармоничное развитие имели 83,1% детей, ниже среднего гармоничное — 6,5%, низкое гармоничное — 3,6%, выше среднего гармоничное — 6,8% детей. Отмечена связь ($p < 0,05$) дисгармоничного ФР с низкой экскрецией йода с мочой (медиана йодурии 39,6 мкг/л).

Заключение. Адекватная обеспеченность детей йодом способствует формированию гармоничного физического развития.

57

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПЛАВАНИЕМ НА ИХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ПЯТИ ЛЕТ**Длужневская В. И., Крыжановский А. А., Федорако А. В.***Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Актуальность. В структуре общей детской заболеваемости Республики Беларусь в 60–71% случаев (по данным из разных регионов) преобладают болезни органов дыхания, что в свою очередь требует разработки и внедрения эффективных методов профилактики данных заболеваний.

Цель исследования. Изучение влияния плавания детей на первом году жизни на их заболеваемость респираторной патологией в возрасте до 5 лет.

Пациенты и методы. Работа выполнена на базе УЗ ГДКП № 3 г. Минска. Данные получены путем ретроспективного анализа медицинской документации. Проанализированы истории развития 80 детей, родившихся в период с 2006–2008 гг. I группа — 40 детей, посещавших бассейн с 3-недельного возраста, II группа (группа контроля) — 40 детей, не занимавшихся плаванием. Все дети имели неотягощенный акушерский, генетический и социальный анамнез, родились доношенными и находились на грудном вскармливании до 6 мес жизни.

Результаты. Установлено, что на 2 году жизни в I группе не болело ни разу 25% детей, во II группе — 17,5%. На 3 году жизни в каждой из групп не болело ни разу 12,5% воспитанников. На 4 году жизни число здоровых детей в I группе — 17,5%, во II — 10%. Этот же показатель на 5 году в I группе составил 25% детей, во II группе — 10%. Различия достоверны для 2 и 3 года жизни ($p < 0,01$).

Помимо этого в группах выявлена доля часто болеющих детей с частотой заболеваний более 4 случаев в год. На 2 году жизни в I группе с такой периодичностью болело 2,5% детей, во II — 12,5%, на 3 году в I группе — 17,5%, во II группе — 37,5%, на 4 году жизни в I группе — 32,5%, во II — 77,5%. На 5 году жизни 15% и 37,5% соответственно. Различия достоверны для 2, 3 и 4 года жизни ($p < 0,01$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии на детский организм закаливания посредством плавания, способствующего снижению респираторных заболеваний среди детей младшего возраста.

58 ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПЛАВАНИЕМ

Додонов С. В., Корнеева И. Т., Анисимов Е. А.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Функция системы внешнего дыхания является ведущей в формировании необходимого кислородного режима организма спортсменов. Поэтому изучение именно этой системы является важным для оценки функционального состояния, а также резервных возможностей организма пловцов.

Цель исследования: изучить особенности респираторной системы подростков, занимающихся спортивным плаванием.

Пациенты и методы. Нами обследовано 126 подростков в возрасте от 14 до 16 лет, занимающихся спортивным плаванием. Спортивный стаж — от 2 до 8 лет. Спортивная квалификация — массовые разряды — 54 детей, 1 разряд и выше — 72 подростка.

Результаты. Анализ параметров функции внешнего дыхания позволил выделить 3 группы пловцов. В первую группу вошло 17 подростков, у которых показатели ФЖЕЛ, ОФВ1, МОС 25–75 значительно снижены, во вторую группу — 60 юных пловцов, у которых эти показатели превышают должные. Третью группу спортсменов составили подростки, у которых параметры функции внешнего дыхания находились на нижней границе нормы должных величин или были снижены незначительно (менее 10%) — 49 человек.

Спортсмены первой группы должны быть обследованы по аллергологической программе. Пловцы второй группы являются наиболее перспективными и результативными в спортивном плавании, поскольку функциональное состояние дыхательной системы этих спортсменов существенно выше остальных изучаемых групп подростков. У пловцов третьей группы в случае положительных результатов специальных тестов по другим показателям физической работоспособности, незначительное снижение фактических параметров легочной вентиляции по отношению к должным величинам не является абсолютным критерием отсева, так как легочные объемы и скоростные параметры функции внешнего дыхания при использовании специальных статических и динамических дыхательных упражнений могут существенно увеличиться.

Заключение. Таким образом, проведение исследований параметров функции внешнего дыхания имеет большое значение для оценки адаптивных возможностей респираторной системы пловцов.

59 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В СЕМЬЕ И ДОМЕ РЕБЕНКА

Долотова Н. В., Филькина О. М., Кудряшова И. Л., Воробьева Е. А.,
Шанина Т. Г.

*Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства
имени В. Н. Городкова*

Актуальность исследования обусловлена ростом числа детей-инвалидов. В структуре инвалидности одно из ведущих мест принадлежит заболеваниям нервной системы. При этом соматическая патология у детей-инвалидов вследствие заболеваний нервной системы остается малоизученной проблемой педиатрии.

Цель исследования. Дать сравнительную характеристику соматической заболеваемости детей-инвалидов вследствие заболеваний нервной системы, воспитывающихся в семье и доме ребенка.

Пациенты и методы. Заболеваемость оценивалась по обращаемости в поликлинику (дети из семьи) и путем динамического наблюдения за детьми в домах ребенка. Полученные данные были представлены в виде относительных частот. О достоверности различий судили по параметрическому t-критерию Стьюдента. Разницу значений считали статистически значимой при $p < 0,05$.

Результаты. Вследствие заболеваний нервной системы дети-инвалиды, воспитывающиеся как в семье, так и в доме ребенка характеризуются высокой частотой болезней: глаза и его придаточного аппарата (555,6 и 709,7‰), костно-мышечной системы и соединительной ткани (503,7 и 129,0‰), эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ (118,5 и 483,9‰), болезнями органов дыхания (114,8 и 64,5‰), врожденными аномалиями, деформациями и хромосомными нарушениями (177,8 и 645,2‰), заболеваниями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунные механизмы (81,5 и 290,3‰). У детей-инвалидов, воспитывающихся в доме ребенка, общая заболеваемость выше в 1,7 раза, за счет достоверно более высокой частоты заболеваний болезнями эндокринной системы ($p < 0,001$), болезнями крови ($p < 0,05$), врожденными аномалиями ($p < 0,001$). При этом у детей-инвалидов, воспитывающихся в доме ребенка, достоверно реже диагностируются болезни органов дыхания ($p < 0,01$), болезни костно-мышечной системы ($p < 0,001$).

Заключение. Дети-инвалиды вследствие болезней нервной системы, характеризуются высокой соматической заболеваемостью. У детей-инвалидов, воспитывающихся в доме ребенка, общая заболеваемость выше.

60 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

Дорохов Н. А., Скударнов Е. В., Антропов Д. А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Актуальность. Показатели гемостаза отражают активность воспалительного процесса. Воспаление лёгких, зачастую, осложняется деструкцией. В нашей работе мы попытались оценить прогностическое значение изменений в системе гемостаза при пневмониях у детей.

Цель исследования: определить эффективность изменений показателей гемостаза для возникновения легочно-плеврального осложнения при внебольничных пневмониях у детей.

Пациенты и методы. Нами было сформировано две группы: I группа – дети с простыми пневмониями (n = 61). II группа – дети взятые под наблюдение с диагнозом осложненная пневмония, легочно-плевральная форма (n = 100).

Результаты. Мы вычислили отношение риска (ОР) и отношение шансов (ОШ) показателей гемостаза для возникновения легочно-плеврального осложнения. Нами в рамках оценочных критериев были взяты показатели количества лейкоцитов в крови; СОЭ. Показатели гемостаза: АПТВ; РФМК. Значения ОР больше 1,0 для анализируемого критерия говорит о том, что данный критерий является эффективным для негативного исхода. Эффективными критериями негативного исхода течения пневмонии явились изменения таких показателей как АПТВ, РФМК, что говорит о необходимости контроля данных показателей у детей с пневмониями в рамках рутинного обследования и оперативное принятие мер для предупреждения развития легочного осложнения при изменении уровня этих показателей. Так как ОР более 1,0 отношение шансов по этим критериям соответственно составило 2,3; 1,47. Доверительные интервалы имели такие значения: АПТВ 1,02–1,87. Был выявлен ОР больше 1 у показателя РФМК.

Заключение. По анализируемым критериям негативного исхода, наибольшие показатели ОР были выявлены у АПТВ, РФМК, что подтверждает необходимость контроля показателей гемостаза у этих больных и говорит о высокой, прогностически неблагоприятной роли ДВС – синдрома при осложнённом течении пневмонии.

61 ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОДРОСТКОВ

Дракина С. А., Перевощикова Н. К., Балыкова Ж. А., Горшанина И. В.

Кемеровская государственная медицинская академия

Актуальность. В последнее время значительные успехи достигнуты в патогенетической и симптоматической терапии подростков больных бронхиальной астмой (БА). Однако большая медикаментозная нагрузка, возможность развития аллергических и побочных реакций обосновывают необходимость применения немедикаментозных методов лечения, среди которых наиболее выраженным антиаллергическим эффектом обладает транскраниальная электростимуляция (ТЭС) опиоидных структур головного мозга.

Цель исследования: улучшить прогноз и течение бронхиальной астмы у подростков.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 40 подростков в возрасте 11–17 лет с легким персистирующим течением БА. У всех детей была диагностирована вегето-сосудистая дистония и неврозоподобное состояние. Курс состоял из 10 сеансов по 30–40 минут, применяли силу тока от 0,8 до 1,2 мА. Для ТЭС использовали аппарат «Трансаир-01».

Результаты. На фоне и после завершения курса ТЭС родители отмечали уменьшение раздражительности, плаксивости, дети стали спокойнее, усидчивее, улучшилось засыпание, у 3 человек из 6 купировались эпизоды энуреза, а у 3 стали реже, у 7 исчезли головные боли. Уже после 3–4 сеансов ТЭС у всех подростков исчезли приступы ночного кашля, также отмечено уменьшение зуда. После курса ТЭС улучшились показатели функции внешнего дыхания. Улучшение бронхиальной проходимости документировалась МОС50 ($p = 0,0130$), МОС75 ($p = 0,0067$). Положительную динамику претерпевали и объемные показатели: увеличился ОФВ1 ($p = 0,0390$), достоверно повысился индекс Тиффно ($p = 0,0046$). Регистрируемые на ЭКГ нарушения автоматизма после ТЭС отмечались у меньшего числа подростков ($p = 0,0010$). Достоверно уменьшилось число детей с синусовой тахикардией ($p = 0,0238$). Метаболические нарушения в миокарде по завершению курса встречались в 2,7 раза реже ($p = 0,0003$).

Заключение. Таким образом, полученные результаты мониторинга эффективности ТЭС свидетельствовали о том, что данный метод воздействия можно рекомендовать в качестве немедикаментозного лечения БА.

62

**АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ЗА 15-ЛЕТНИЙ СРОК
В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА,
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОДНУ ИЗ МОСКОВСКИХ
МНОГОПРОФИЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ С ДИАГНОЗОМ
ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА**

Дудина Т. А., Гуревич О. Е., Синицын П. А., Матросова Е. В., Бузина Н. В.

*Российский национальный исследовательский институт
имени Н. И. Пирогова, Москва*

Актуальность. Результаты анализа изменений в подходах к ведению пациентов с острым пиелонефритом представляет большой интерес для учреждений практического здравоохранения.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ подходов к ведению детей раннего возраста с диагнозом острый пиелонефрит за последние 15 лет на примере московской многопрофильной больницы.

Пациенты и методы. Проанализировано 150 историй болезни детей первых 3-х лет жизни с диагнозом острый пиелонефрит, пролеченных в одном отделении московской многопрофильной больницы: I группа — 72 ребёнка (конец 1990-х годов); II группа — 78 детей (настоящее время).

Результаты. Во II группе преобладали дети первого года жизни (83,3%; в I-й — 40,3%). Гипертермия отмечалась: у 50,0% в I группе и у 98,7% во II. Выраженная интоксикация: у 30,0% в I-й группе и у 84,6% во II-й. Выраженная лейкоцитурия у 63% детей каждой группы. Бактериурия у 60,0% в обеих группах (60,0% из них *E. coli*); значимая бактериурия у 43,9% в I группе и у 41,3% во II (до начала антибактериальной терапии у 72,7%, на фоне антибиотиков у 13,2%). Экскреторная урография: у 100,0% детей I-й группы и у 5,1% во II-й. В I группе 50,7% детей получали аминогликозиды (гентамицин), реже (28,8%) пенициллины (ампициллин) и цефалоспорины I или III (9,1%); во II-й группе цефалоспорины III (89,9%), аминогликозиды (5,6%; амикацин). Во II-й группе, в отличие от I-й группы, крайне редко назначался повторный курс антибиотиков. В обеих группах после курса антибиотиков практически всегда назначались уросептики.

Заключение. В настоящее время существенно сократилось выполнение внутривенной урографии, однако продолжается первичный забор мочи на стерильность после начала курса антибиотиков. Основным возбудителем остаётся *E. coli*, но существенно меняется подход к терапии: значительно сокращается доля ото- и нефротоксичных аминогликозидов, а широкое использование цефалоспоринов III приводит к уменьшению случаев, требующих назначения повторного курса антибиотиков. Остаётся дискуссионной необходимость поддерживающей терапии уросептиками.

63
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА
У ШКОЛЬНИКОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Егорова Т. В., Саввина Н. В., Саввина А. Д., Говорова М. Д., Лазарева А. А., Павлова О. Н.

Детская городская больница, Якутск

Актуальность. Пребывание на Крайнем Севере способствует формированию ряда устойчивых факторов риска сердечно – сосудистых заболеваний. Прямой кардиотропный эффект, оказываемый комплексом циркумпольярных факторов, способствует повышению развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования. Анализ работы мобильного центра здоровья для детей за 2012–2013 гг. и сравнительный анализ факторов риска городских и сельских учащихся.

Пациенты и методы. Объектом исследования явились дети и подростки в возрасте от 6–14 лет (76,4%) и от 15–17 лет (23,6%). Проведен анализ 4095 карт пациентов центра здоровья. Количество городских детей составило 76,5%, сельских – 23,5%. Статистическая обработка результатов проведена при помощи программы SPSS.13 и компьютерной программы обработки электронной таблицы Microsoft Excel.

Результаты. Распределение детей по группам здоровья выявило достоверно низкий показатель здоровых детей среди сельских школьников 8,7% против 17,3% городских ($p < 0,05$). Сравнительный анализ результатов осмотра показал, что каждый 2-й сельский ребенок (47,6%) нуждался в санации полости рта. Процент детей г. Якутска, нуждающихся в санации, высокий (36,7%). Каждый 4-й городской и каждый 3-й сельский житель имеют отклонения в физическом развитии ($p > 0,05$). Достоверная разница выявлена в нарушении работы сердечно-сосудистой системы, что выражено в виде нарушения ритма сердца больше у городских детей на 6,5%. У городских детей на 3,3% выявлено повышение артериального давления. Скрининг уровня сахара и холестерина показал, что у городских школьников уровень выше в 3 раза. У городских детей выявлен высокий уровень углекислого газа 17,8% против 6,2% у сельских школьников, снижение жизненной емкости легких 24,1% против 12,1% ($p < 0,05$). У каждого 6-го городского и каждого 7-го сельского школьника выявлен высокий уровень тревожности ($p > 0,05$).

Заключение. При комплексном осмотре выявлен высокий уровень факторов риска: функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, хронические очаги инфекции, отклонения в физическом развитии.

64 УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Елков А. Ю., Флигиль А. Э., Тарасова А. А., Корсунский А. А.

Детская городская клиническая больница № 9 имени Г. Н. Сперанского, Москва

Актуальность. УЗИ при острых кишечных инфекциях (ОКИ) у детей раннего возраста является незаменимым, безопасным, доступным и информативным методом диагностики, который позволяет выявить изменения, происходящие в различных органах желудочно-кишечного тракта, в сопоставлении с клинико-лабораторными методами, возможные осложнения, что имеет большое значение для тактики ведения и дальнейшего наблюдения данного контингента больных.

Цель исследования. Определение значения УЗИ при ОКИ у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Обследовано 48 детей в возрасте от 17 дней до 3 мес с тяжелой формой ОКИ. У 43 (89,5%) пациентов выявлено ОКИ вирусной этиологии. У 4 (8,3%) детей — бактериальная инфекция. У 1 ребенка (2,1%) смешанная вирусно-бактериальная инфекция. Верификация ОКИ проводилась на основании: клинико-лабораторных методов. УЗИ органов брюшной полости проводились на аппаратах Esaote My Lab и Toshiba Aplio 500 с использованием мультисекторных конвексных и линейных датчиков.

Результаты. У 46 (95,8%) детей с ОКИ вне зависимости от этиологии отмечалось увеличение мезентериальных л/у. У 43 (89,5%) пациентов определялось усиление перистальтики и увеличение диаметра кишечных петель. Такие признаки как: утолщение кишечной стенки, потеря дифференцировки — у 34 (70,8%) больных. 27 (56,2%) детей имели нарушение моторной функции желчного пузыря с умеренно выраженными явлениями холестаза. У 21 (43,7%) ребенка определялась гепатомегалия, у 5 (10,4%) — гепатоспленомегалия. У 12 (25%) свободная жидкость в брюшной полости. В процессе динамического наблюдения у 7 детей с тяжелой формой ОКИ были выявлены такие осложнения как: перфорация кишечника (4,2%), гнойный мезаденит (4,2%), серозный перитонит (4,2%), абсцесс печени (2,1%).

Заключение. УЗИ при ОКИ у детей раннего возраста позволяет выявить изменения, происходящие в различных органах желудочно-кишечного тракта, в сопоставлении с клинико-лабораторными методами, возможными осложнениями, что имеет важное значение для тактики ведения и дальнейшего наблюдения данного контингента больных.

65

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПРИ РАХИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**Еренков И. О., Тырцева Е. С., Неякина Л. А., Блохин Б. М.***Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва
ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ*

Актуальность. Рахит у детей, несмотря на многочисленные исследования, по-прежнему остается сложной диагностической проблемой. Особое затруднение вызывает диагностика нарушений фосфорно-кальциевого обмена у детей первого года жизни, которым доступны не все лабораторные исследования. При использовании рентгенологических методик, не всегда возможно найти различия между рахитом и некоторыми вариантами рахитоподобных заболеваний. Имеются разногласия в отношении различных методик денситометрических исследований костной ткани, среди которых ультразвуковая денситометрия является предметом активных дискуссий.

Цель исследования: оценка эффективности метода ультразвуковой денситометрии при диагностике и динамическом наблюдении рахита у детей.

Пациенты и методы. Была изучена возможность использования результатов денситометрического обследования костей, как метода диагностики рахита у детей первого года жизни. В 2012–2013 гг. 26 детям, проживающим в Московском регионе, в возрасте от 4 месяцев до 1 года с подозрением на рахитическое поражение были выполнены денситометрические исследования с помощью ультразвукового денситометра (Sunlight Omnisense 7000, Израиль). Обследование проводили детям при наличии жалоб на чрезмерное беспокойство, плаксивость, вздрагивание во сне, повышенную потливость, облысение затылка. При осмотре у таких детей обнаруживали снижение мышечного тонуса, гиперестезию, позднее удержание головы. Также отмечали тахикардию, приглушение тонов сердца, функциональный систолический шум, неустойчивый стул, метеоризм, увеличение размеров печени и селезенки. При клиническом осмотре детей рахитического поражения костей не обнаружено. Ультразвуковое денситометрическое исследование проводилось по принятой технологии на уровне средней трети большой берцовой кости. После обработки участка исследования гелем проводили дугообразное движение датчика, начиная на 3–4 см медиальнее к переднему краю большой берцовой кости до окончания цикла измерения. Определяли значение Z-показателя, как разность между измеренной у пациента и средним значением для данной возрастной группы скорости прохождения звука по кости, что характеризует прочность кости у обследуемого ребенка. Интерпретацию полученных значений, выраженных в единицах стандартного отклонения (SD), проводили по следующему алгоритму (Н. Ю. Крутикова и др. 2011): до «-1» — норма, от «-1,1» до «-2» — границы риска, ниже «-2» — снижение минеральной плотности кости.

Результаты. У 19 детей (11 мальчиков, 8 девочек) колебание z-показателя составило от «-0,7» до «1,9» SD. У одной девочки был зафиксирован z-показатель на уровне «-2», при повторном обследовании спустя 4 месяца отмечена положительная динамика со значением z-показателя «-0,9». У остальных 6 детей (4 мальчика, 2 девочки) значения z-показателя составили от «-1,2» до «-1,9» SD, что находилось в пределах границ риска. Также была изучена возможность использования результатов денситометрических исследований для динамического контроля течения рахита. Обследование провели у 11 детей в возрасте 3-х лет с указанием на рахитическое поражение в анамнезе. На момент осмотра у всех детей развитие костно-мышечной системы соответствовало возрасту. Показания также снимались со средней трети большой берцовой кости. Колебание z-показателя составило от «-2,3» до «2,8» SD. Снижение минеральной плотности кости было обнаружено у 2 мальчиков со значениями z-показателя «-2,3» и «-1,9» соответственно, у остальных 9 детей (5 девочек, 4 мальчика) полученные значения соответствовали норме в диапазоне от «-0,9 до» до «2,8» SD.

Заключение. Проведенные исследования свидетельствуют о возможности использования метода ультразвуковой денситометрии с диагностической целью для оценки динамики течения клинически выявленного рахита в качестве дополнительного критерия. Полученные значения необходимо коррелировать с данными клинического осмотра и результатами лабораторных исследований, типичных при рахитическом поражении у детей.

66
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ
ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Ефимова Н. В., Мыльникова И. В., Ткачук Е. А., Донских И. В., Иванов А. Г.

Восточно-Сибирский научный центр экологии человека, Иркутск

Актуальность. Учитывая, что региональные условия (природно-климатические и др.) отражаются на состоянии физического развития и уровне физической подготовленности детей и подростков представляется важным исследовать перечисленные характеристики здоровья обучающихся на территории Иркутской области.

Цель исследования: оценить физическое развитие и физическую подготовленность детей и подростков Иркутской области с применением оригинального автоматизированного комплекса.

Пациенты и методы. Оценка гармоничности физического развития выполнена по данным мониторинга физического развития школьников ($n = 536\,889$). При медицинских осмотрах проведены антропометрические исследования ($n = 661$). Информация о физической подготовленности детей собрана в школах Иркутской области ($n = 3150$). Проведены расчёт и оценка показателя «общий уровень физической кондиции» (ОУФК) [Ланда Б. Х., 2011].

Результаты. Среди обследованных детей и подростков Иркутской области преобладают лица с гармоничным физическим развитием (83,2%). В пубертатном возрасте доля лиц с дисгармоничным развитием составляет у девочек — 37,7%, у мальчиков — 49,4%.

Отмечено, что средние соматометрические показатели у детей и подростков соответствуют возрастным нормам. Частота опережения физического развития составляет 18–30% в различных населенных пунктах.

Физическая подготовленность школьников промышленных центров Иркутской области оценивается как «средняя». Среди школьников Ангарска доля лиц с ОУФК ниже среднего — 23%, низким ОУФК — 3,5%, в г. Иркутске и г. Шелехов — с высоким уровнем ОУФК 15,7% и 22,3%.

Средне групповой уровень физической подготовленности большинства возрастных групп оценивается как средний, однако у мальчиков и девочек пубертатного возраста ОУФК — ниже среднего при индивидуальной оценке более достигает 50%.

Заключение. Гармоничность физического развития и общий уровень физической кондиции в Иркутской области соответствует низкому и ниже среднего уровню среди лиц пубертатного возраста.

67

ПИЩЕВЫЕ ПРИВЫЧКИ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ЧЕБОКСАРЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ**Жамлиханов Н. Х., Чернова Е. Г., Федоров А. Г.***Городская детская больница № 3, Чебоксары*

Актуальность. Негативное влияние нерационального питания в детском возрасте сохраняет свою значимость в течение всей последующей жизни.

Цель исследования: оценить пищевое поведение современных школьников г. Чебоксары.

Пациенты и методы. Было обследовано 7051 школьников г. Чебоксары в возрасте от 7–17 лет. Из них мальчиков – 51,8%, девочек – 48,2%. Проводился анализ физического развития детей, уровня их питания, проведено анкетирование по специально разработанному вопроснику.

Результаты. Согласно анкетированию 2793 человека (39,6%) ежедневно получают двухразовое горячее питание в школе, из них 86,25% – ученики начальных классов, 13,7% – ученики старших классов.

3315 человек (47,0%) ежедневно получают одноразовое горячее питание в школе. 17,8% – ученики начальных классов, 82,1% – ученики старших классов. 13,4% респондентов (943 чел.) не питаются в школе, а 6% школьников предпочитают отказываться от завтрака дома и в школе. 32% детей не завтракают в учебном заведении, 12% питаются только в школьном буфете. 4% вообще не едят в школе, у 8% поздний ужин после 19:00. У 58% ужин обильный, составляет основной компонент суточного рациона. 64% употребляют рыбу и мясо в среднем 3–4 раза в неделю, 4% – редко, 1–2 раза в неделю. 32% имеют в своем пищевом рационе достаточное количество мяса и рыбы. 12% посещают предприятия фаст-фуда 2 и более раз в неделю, 84% – регулярно 1 раз в неделю, лишь 4% не посещают их. 5% подростков практически не употребляют безалкогольные газированные напитки, 40% употребляют их 1–2 раза в неделю, 55% – 3 и более раз в неделю. 48% ежедневно употребляет разнообразные кондитерские изделия, чипсы, кукурузные палочки, поп-корн и т.п. Среди начальных классов, по сравнению со старшими классами, больше детей с отставанием в физическом развитии (1,1% и 0,8% соответственно), с дефицитом массы тела (3,4% и 3,0% соответственно, с нормальной массой тела (81,6% и 77,7% соответственно) и меньше детей с избытком массы тела (9,5% и 14,5% соответственно).

Заключение. Установлена значительная распространенность нездорового питания современных российских школьников.

68

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАНЯТИЙ В БАССЕЙНЕ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Жамлиханов Н. Х., Сугутская Г. Д.

Городская детская больница № 4, Чебоксары

Актуальность. Проблема закаливания особенно актуальна в настоящее время в условиях недостаточного общения с природой, её естественными факторами, оказывающими тренирующее воздействие на организм человека.

Цель исследования: оценить эффективность применения занятий в бассейне в дошкольных образовательных организациях.

Пациенты и методы. Проанализированы данные наблюдений за детьми 2008 года рождения с момента их поступления в детский сад. I группу составили 222 воспитанника детских садов, в которых отсутствовал бассейн, во II группу было включено 198 детей, посещающих дошкольные учреждения с бассейном.

Результаты. По прошествии трех лет выявлена различная динамика показателей здоровья детей в группах наблюдения. Количество абсолютно здоровых детей уменьшилось в обеих группах, при этом в первой группе снизилось в 2,3 раза (с 17,6 до 7,6%), во второй в 1,2 раза (с 20,7 до 18%). Установлен рост количества детей с функциональными отклонениями, в первой группе с 75,6 до 87,6%, во второй — с 72,0 до 76,6%. При этом распространенность функциональных заболеваний в первой группе выше в 1,3 раза, чем во второй (911,9‰ против 683,9‰). Детей с хроническими заболеваниями меньше во второй группе — 4,4%, чем в первой — 5,7%. Выявлено снижение количества детей с заболеваниями костно-мышечной системы во второй группе с 7,2 до 5,4%. В первой группе увеличилось количество детей с нарушениями осанки с 2,5 до 4,5%. Частота интеркуррентных заболеваний у детей второй группы снизилась в 2 раза до 908,2‰, уменьшились пропуски по болезни до 5,9 дней. В первой группе выше заболеваемость острыми респираторными инфекциями в 1,5 раза — 1331,1‰ и пропуски по болезни в 1,7 раза — 9,9 дней.

Заключение. Таким образом, регулярные занятия в бассейне не только повышают резистентность и реактивность организма, но и влияют на формирование хронической патологии, снижают распространенность функциональных отклонений. Наличие бассейна в дошкольных образовательных организациях повышает эффективность оздоровления детей и способствует профилактике функциональных нарушений.

69

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ В ШКОЛЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**Жданова О. А., Букреева В. А., Тур О. С., Леонова И. Т.***Воронежская государственная медицинская академия имени Н. Н. Бурденко*

Актуальность. Важным фактором, влияющим на состояние здоровья детей и подростков, является регулярное и качественное питание. В Воронежской области школьники 1–4 классов и отдельные категории детей старших классов (спортсмены, дети из малообеспеченных семей и другие) получают в школе горячее питание. В регионе действует губернаторская программа по дополнительному обеспечению молоком школьников с 1–9 классы. Однако в силу разных причин некоторые дети отказываются от употребления молока и питания в школе.

Цель исследования. Сравнительная оценка групп здоровья детей и подростков в зависимости от наличия или отсутствия питания в школе.

Пациенты и методы. Оценка состояния здоровья проведена у 455 детей и подростков в возрасте от 9–16 лет, обучающихся в настоящее время в двух школах города Воронежа. Проводилось анкетирование детей и исследование показателей физического развития. Для каждого ребенка определялась группа здоровья в соответствии с Инструкцией о комплексной оценке состояния здоровья детей (Приложение № 1 к приказу Минздрава России от 30.12.2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»). Среди школьников были выделены две группы в зависимости от наличия или отсутствия регулярного питания в школе. По социальному статусу, питанию дома дети двух групп значительно не отличались.

Результаты. Проведенное исследование показало, что в группе школьников, не получающих регулярно молоко и горячее питание, преобладали дети с III и IV группами здоровья (45,7%) по сравнению со школьниками, которые регулярно получали питание и молоко в школе (30,5%). I группу здоровья имели 13,8% учащихся, которые отказывались от школьных обедов, включая молоко, и 21,4% детей постоянно употреблявших школьное молоко и горячие обеды. II группа здоровья выявлена у 40,7% учеников, не получавших горячее питание и молоко в школе, и у 48,5% детей и подростков, регулярно питавшихся в школе.

Заключение. Полученные данные подтверждают важную роль полноценного питания в школе. Дети, которые не питаются или нерегулярно питаются в школе, имеют большую частоту выявления хронической патологии.

70

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ТРОМБОФИЛИИ — КАК ПРИЗНАННЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ

Жданова Л. В., Щербакова М. Ю., Патрушев Л. И.

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

Актуальность. В настоящее время наследственные тромбофилии рассматриваются, как состояния повышающие риск ишемического инсульта (ИИ) у детей в 2–7 раз в сравнении с популяцией.

Цель исследования: выявить распространенность кандидатных генов тромбофилий у детей с ИИ и оценить их вклад в развитие ИИ в детском возрасте.

Пациенты и методы. Обследовано 37 детей, перенесших ИИ. Из них 19 девочек и 18 мальчиков. Было изучено генеалогическое древо пациентов, проведено генетическое обследование на полиморфизмы генов фактора V Лейден, G20210A гена протромбина, C677T гена метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР), 4G/5G гена ингибитора активатора плазминогена 1 (ИАП-1).

Результаты. Средний возраст на момент первого эпизода ИИ составил $10,5 \pm 5,6$ лет. Отмечено, что 30 (81%) детей имели отягощенную наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Из них у 5 отцов в анамнезе были тромботические случаи. Генетическое обследование показало, что 32 (86,5%) детей имели полиморфизмы генов тромбофилий, у 15 (40,5%) их сочетание. Полиморфизм 4G/5G гена ИАП-1 выявлен у 25 (67,6%) детей, C677T МТГФР — 21 (56,7%). Гетерозиготные варианты мутации фактора V Лейден обнаружены у 2 (5,4%) пациентов и мутация фактора II G20210A у 1 (2,7%) ребенка. У 100% родителей этих детей встречались полиморфизмы генов ИАП-1 и МТГФР. Гомозиготные варианты C677T МТГФР обнаружены у отцов, имеющих в анамнезе тромботические случаи. Сравнительный анализ показал, что сердечно-сосудистые заболевания чаще встречались у родственников, имеющих гены тромбофилий 14 ver 1 ($\chi^2 3,39$ $p = 0,03$). Сравнительный анализ частоты традиционных факторов риска и мутаций генов тромбофилий у детей с ИИ показал, что полиморфизм генов тромбофилий сопровождается 8-кратным увеличением риска развития ИИ (мутации 7/18,9% ver традиционные протромботические факторы — 1 (2,7%) OR 8,4 ($\chi^2 25,05$ $p = 0,02$)).

Заключение. Результаты наших исследований согласуются с результатами иностранных авторов и подтверждают факт значительного увеличения риска (8-кратное) развития ИИ у детей-носителей кандидатных генов тромбофилий.

71

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИЕЙ**Жезлова Н. А., Вотякова О. И., Кузнецова Е. Г.***Ивановская государственная медицинская академия*

Актуальность. Бронхолегочная дисплазия (БЛД) относится к распространенным хроническим заболеваниям респираторной системы у детей раннего возраста. Исследования последних лет доказали роль окислительного стресса и недостаточную активность антиоксидантной защиты в патогенезе БЛД у недоношенных новорожденных.

Цель исследования: оценить активность свободно-радикального окисления и антиоксидантной системы у детей первого года жизни с БЛД.

Пациенты и методы. Обследовано 20 детей первого года жизни с БЛД. В контрольную группу вошло 10 детей. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сроку гестации, массе тела при рождении. Активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояние антиоксидантной системы (АОА) оценивали методом биохимилюминисценции (БХЛ). В плазме крови определялись следующие показатели: I max (мВ), отражающий интенсивность свободно-радикального окисления, S (мВ в сек) — светосумма, характеризующая содержание радикалов RO₂, соответствующих обрыву цепи свободно-радикального окисления, и отражающая состояние системы ПОЛ-АОА, а также коэффициент α, обратно коррелирующий с антиоксидантным потенциалом исследуемой пробы.

Результаты. У детей с БЛД показатель I max составил $58,15 \pm 2,95$ мВ, показатель S — $464,05 \pm 36,4$ мВ в сек, что достоверно выше по сравнению с их значениями в контрольной группе ($23,2 \pm 1,48$ мВ в сек и $198,1 \pm 12,25$ мВ в сек соответственно). Коэффициент α в группе детей с БЛД также был достоверно выше по сравнению с контролем ($0,29 \pm 0,014$ и $0,05 \pm 0,005$ соответственно). Увеличение показателя I max указывает на высокую интенсивность свободно-радикальных процессов в организме детей с БЛД, повышение показателя S и коэффициента α отражают недостаточную активность антиоксидантной системы, и как следствие, нарушение равновесия в системе ПОЛ-АОА.

Заключение: полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что у детей с БЛД в течение первого года жизни сохраняются нарушения в системе ПОЛ-АОА, характеризующиеся повышением интенсивности свободно-радикального окисления и недостаточной активностью антиоксидантной системы.

72 ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ АСФИКСИИ СРЕДИ ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ

Жетишев Р. А., Анаева Л. А.

*Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова,
Нальчик*

Актуальность. Асфиксия новорожденных является причиной ежегодной смерти около миллиона детей в мире.

Цель исследования. Изучение динамики частоты асфиксии среди доношенных и недоношенных новорожденных Кабардино-Балкарской республики (КБР) за 5 лет.

Пациенты и методы. Проведен анализ 17 136 карт развития новорожденных и историй родов матерей Республиканского перинатального центра (РПЦ) КБР за 2007–2011 гг.

Результаты. Среди всех новорожденных РПЦ КБР за 5 лет выделена группа детей рожденных в асфиксии различной степени тяжести. Их количество составило 2965 детей, что соответствует 17,3% от всех новорожденных. Доля детей рожденных в асфиксии среди недоношенных новорожденных значительно превышает эту долю среди доношенных детей (54,4% и 14,2% соответственно).

Количество детей, родившихся в асфиксии, имеет тенденцию к снижению. За 5 лет доля всех детей РПЦ КБР, рожденных в асфиксии уменьшилась на 4,5%, при этом в группе недоношенных детей снижение произошло на 11,3%, в группе доношенных — на 3,9%.

Выявлено, что вероятность рождения ребенка в асфиксии различной степени тяжести увеличивается со снижением гестационного срока при рождении. При этом достоверное увеличение доли детей, рожденных в асфиксии, происходит при уменьшении срока гестации до 31–29 недель, достигая 90,1%. Далее с уменьшением гестационного срока (28–22 недели) доля детей перенесших асфиксию при рождении увеличивается незначительно (на 0,4%).

Заключение:

- Доля детей рожденных в асфиксии различной степени тяжести среди недоношенных новорожденных (54,4%) значительно превышает эту долю среди доношенных детей (14,2%).
- С 2007 по 2011 гг. количество детей родившихся в асфиксии различной степени тяжести имеет тенденцию к снижению, как в группе доношенных новорожденных (на 3,9%), так и среди недоношенных детей (на 11,3%).
- Вероятность рождения ребенка в асфиксии различной степени тяжести увеличивается со снижением гестационного срока при рождении.

73 НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ

Жетишев Р. А., Анаева Л. А.

*Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова,
Нальчик*

Актуальность. Детская инвалидность в России остается глобальной медицинской, социально-экономической и правовой проблемой.

Цель исследования: изучить нозологическую структуру детской инвалидности в Кабардино-Балкарской республике (КБР) за 2009–2013 гг.

Пациенты и методы. Проведен статистический анализ показателей детской инвалидности по данным годовой отчетности формы № 19 «Сведения о детях-инвалидах» Министерства здравоохранения КБР за пять лет.

Результаты. В нозологической структуре детской инвалидности лидирующая роль принадлежит болезням нервной системы, причем удельный вес детей-инвалидов этой группы увеличивается с каждым годом и к 2013 г. он достиг 38,8% (в 2009 году — 23,7%). Второе место занимают врожденные аномалии развития, хотя доля этих детей за 5 лет уменьшилась на 3% и составила к 2013 году 18,1%. Дети с психическими расстройствами и расстройствами поведения занимают третье место. Занимая четвертое ранговое место, существенный вклад (от 5,8 до 8,2%) в структуру детской инвалидности вносят болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

В возрасте от 0–4 года до 2012 г. в КБР первое место занимали врожденные аномалии развития. Однако в 2013 г. болезни нервной системы вышли на первый план, составив 39,2%, а врожденные аномалии развития — 29,1%. Третье место в этой возрастной группе принадлежало болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани. В остальных возрастных группах болезни нервной системы занимали первое место, на втором месте — врожденные аномалии развития, на третьем — психические расстройства и расстройства поведения.

Заключение. Таким образом, в нозологической структуре детской инвалидности в КБР в возрасте от 0–4 года лидирующие позиции занимают болезни нервной системы, на втором месте врожденные аномалии развития, на третьем — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. С 5-летнего возраста третье место в структуре заболеваний, обусловивших инвалидность, занимают психические расстройства и расстройства поведения.

74

ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА МОРФОЛОГИЮ ЭРИТРОЦИТОВ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Жетишев Р. А., Жетишев Р. Р., Архестова Д. Р., Жетишева И. С.,
Камышова Е. А.**

*Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова,
Нальчик*

Актуальность. Высокая распространенность железодефицитной анемии во время беременности требует уточнения влияния ее на эритроидную систему новорожденного, которой принадлежит ключевая роль в адаптации ребенка к внешнему дыханию.

Цель исследования: оценить влияние анемии беременных на механическую резистентность эритроцитов новорожденных.

Пациенты и методы. Обследован 21 здоровый новорожденный ребенок, антенатальный период развития не был осложнен (1 группа). У 12 матерей данной группы проведено изучение морфологии эритроцитов для сравнения с эритроцитами новорожденных. Также обследовано 25 клинически здоровых детей, родившихся у женщин, течение беременности которых осложнилось анемией (2 группа).

Для изучения морфологии эритроцитов и их механической резистентности использовали метод атомно-силовой микроскопии (АСМ).

Результаты. Исследование морфологии эритроцитов новорожденных с неосложненным антенатальным периодом показало, что неонатальные эритроциты были больше эритроцитов матери. Их объем превышал в среднем на 25%, а диаметр на 12% материнские клетки. В периферической крови ребенка почти в два раза было больше эритроцитов с изменой формой, фрагментированных клеток. В изученных образцах крови количество фрагментированных эритроцитов у детей второй группы было в среднем на 31,8% выше, чем в 1 группе. При этом давление зондом на поверхность клетки прикладываемое для получения среза эритроцита в первой группе было выше, чем у детей второй группы в среднем на 16,4%.

Закключение. Прочность мембраны и подмембранного спектринового цитоскелета эритроцитов у детей с неосложненным антенатальным периодом развития выше. Анемия беременности способствует фрагментации эритроцитов у новорожденных детей.

75 ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Жирнов В. А., Полежаева Н. С., Боброва А. А., Соколова Е. В.

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Метаболический алкалоз с гипохлоремией, гипонатриемией и гипокалиемией нередко является первым клиническим проявлением и серьёзным осложнением у детей раннего возраста с муковисцидозом. Клиническая картина столь неспецифична, что диагностика представляет серьёзные трудности, а неоказание своевременной помощи быстро приводит к летальным исходам.

Цель исследования: изучить особенности клинико-лабораторных проявлений электролитных нарушений у детей с муковисцидозом в зависимости от тяжести течения и микробного состава в бронхиальном дереве.

Пациенты и методы. Ретроспективное исследование проводилось на базе Самарского областного центра по лечению муковисцидоза ДГКБ № 1. Под наблюдением было 80 пациентов в возрасте от 0 до 10 лет. Из них 41 девочка и 39 мальчиков. Всем детям проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования по существующим стандартам. Обработка результатов проводилась с применением методов параметрической и непараметрической статистики. Анализ данных выполняли с помощью статистического пакета Statistica.

Результаты. Нами было выявлено, что 7,5% детей имели синдром электролитных нарушений в анамнезе. Манифестация синдрома псевдо-Бартера в 80% случаев была на первом году жизни, а у 20% пациентов данный синдром был обнаружен в возрасте от 2 до 4 лет и проявлялся гипонатриемией $Na = 135 \pm 2,1$ ммоль/л, гипокалиемией $K = 3,4 \pm 1,2$ ммоль/л, гипохлоремией $Cl = 78 \pm 5,54$ ммоль/л, декомпенсированным и субкомпенсированным алкалозом. Электролитные нарушения встречались с одинаковой частотой у девочек и у мальчиков. Гендерных различий в клиническом течении синдрома псевдо-Бартера нами не было выявлено. Наиболее часто у детей с синдромом электролитных нарушений высевались: *Str. haemolyticus*, *Str. viridans*, *Str. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *proteus*. Зависимости между высеваемой микрофлорой из бронхиального дерева и частотой встречаемости синдрома электролитных нарушений не обнаружено.

Заключение. Дети больные муковисцидозом на первом году жизни, независимо от пола и микробной контаминации, являются группой риска по развитию синдрома электролитных нарушений.

76
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ВОЛНЫ — ОСНОВА ПОСТРОЕНИЯ
КРАТКОСРОЧНЫХ И СРЕДНЕСРОЧНЫХ ПРОГНОЗОВ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Жуковская Е. В., Спичак И. И., Билялутдинова Д. И.

Лечебно-реабилитационный научный центр федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачёва, Москва

Актуальность. Попытки использовать многофакторный и другие анализы для выявления значимых с позиций этиопатогенеза факторов с последующим построением популяционных моделей заболеваемости, в том числе и с злокачественными новообразованиями, оказываются зачастую несостоятельными.

Цель исследования. Рассмотреть демографические волны в качестве инструмента прогнозирования заболеваемости лейкозом в детской популяции Челябинской области.

Пациенты и методы. Источником сведений о случаях заболевания лейкозом в детской популяции Челябинской области является регионарный регистр пациентов с новообразованиями и заболеваниями системы кроветворения, соответствующих профилю «детская гематология» в период с 1990 по 2014 гг.

Анализ возрастной структуры детского населения проведен с использованием статистических данных территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Челябинской области (Челябинскстат). В изучаемую когорту вошло население Челябинской области в возрасте от 0 до 19 лет, разделенное по пятилетним возрастным интервалам (возрастные группы: от 0–4 года, от 5–9 лет, от 10–14 лет, от 15–19 лет). Анализируемый период с 1 января 1990 г. по 1 сентября 2014 г.

Статистическая обработка данных проводилась в Microsoft Office Excel.

Результаты. Максимальной численность населения изучаемой когорты была в 1990 г. (1 134 155 чел.), а минимума достигла в 2011 г. (737 393 чел.), затем численность населения идет вверх. Однако линия тренда остается отрицательной. Максимальная противофаза отмечена для возрастных групп от 0–4 и от 10–14 лет. Колебания заболеваемости соответствуют увеличению численности возрастных риск групп для лимфоидного и миелоидного лейкозов.

Заключение. Учитывая распределение детского населения по возрастным группам, с коррекцией на рождаемость и смертность (также по возрастным группам), возможно, прогнозировать заболеваемость и другие частотные характеристики эпидемиологического процесса. Модель данного исследования можно экстраполировать на другие возрастные категории и популяционные группы.

77

**РОЛЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРОКСИДАЦИИ И ЗНАЧЕНИЕ
МИКРОЭЛЕМЕНТА ЦИНКА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ
ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ****Закирова А. М., Сулейманова З. Я., Рашитов Л. Ф., Мороз Т. Б.,
Рябинина Т. М.***Казанский государственный медицинский университет*

Актуальность. Среди заболеваний органов дыхания значительный удельный вес занимает внебольничная пневмония (ВП), одним из патогенетических механизмов которой является повреждение мембранных структур клеток.

Цель исследования: изучить содержание показателей процессов пероксидации и цинка у школьников с ВП.

Пациенты и методы. Проведено обследование 229 детей с ВП в возрасте от 7 до 17 лет и 40 условно-здоровых детей (группа сравнения). Состояние процессов пероксидации оценивали по активности цинк-содержащего фермента 5'-НТ по методу Cambel-Алимовой, содержание цинка определяли в сыворотке крови при поступлении в стационар и клиническом выздоровлении методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии.

Результаты. Выявлена обратная взаимосвязь активности 5'-НТ с концентрацией цинка в сыворотке крови в разгаре заболевания. Так, при поступлении у школьников наблюдалось достоверное повышение активности 5'-НТ ($195,43 \pm 3,6$ нкат) против $29,38 \pm 1,45$ нкат, а также снижение цинка ($10,42 \pm 0,12$ мкМ/л) в сравнении с группой контроля ($15,11 \pm 0,34$ мкМ/л) ($p < 0,05$). Наряду с лабораторными исследованиями нами была изучена динамика ВП при назначении в комплексное лечение препарата сульфата цинка в дозе 30 мг/сут в течение 12–16 дней (118 детей) в сравнительном аспекте с общепринятой терапией (111 детей). Выявлено, что при применении сульфата цинка отмечалось быстрое купирование клинических проявлений воспалительного процесса в легких. Нами отмечено также, что у 72% пациентов к моменту клинического выздоровления наблюдалось полное восстановление уровня фермента 5'-НТ и цинка. В то же время лишь у 47% детей на фоне общепринятой терапии была отмечена подобная динамика.

Заключение. Выявленное в процессе исследования усиление активности 5'-НТ у детей с ВП негативно отражалось на клинической симптоматике и сочеталось со снижением концентрации цинка. У большинства пролеченных больных включение сульфата цинка в комплексное лечение ВП ускоряло регресс заболевания и восстановление содержания процессов пероксидации и микроэлемента.

78

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Закирова А. М., Сулейманова З. Я., Рашитов Л. Ф., Сабирзянова М. Ф., Антонова А. Ю.

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Питание является одним из важнейших элементов здорового образа жизни, отклонение от его правил у молодежи является причиной роста алиментарно-зависимых заболеваний.

Цель исследования: изучить пищевое поведение учащихся, наличие его особых форм, уровень «пищевой» образованности.

Пациенты и методы. Разработана анонимная анкета из 30 вопросов. В число опрашиваемых вошли учащиеся 6 и 10 классов (76 человек).

Результаты. Регулярно завтракают дома 64,5%. Мальчики чаще ($p < 0,05$) предпочитают регулярно завтракать дома. Ответ «иногда» чаще ($p < 0,05$) был у девочек. На вопрос о том, берут ли учащиеся завтрак в школу из дома, все ответили отрицательно. Это также одна из характерных черт пищевого поведения современных школьников. Домашний завтрак у большинства состоит из чая или кофе и бутерброда. На употребление полноценного горячего завтрака дома указали 18,4% респондентов. Неутешительной выглядит картина обеда. «Ежедневно» и «как правило» обедают в школьной столовой 28,9%. Чаще ($p < 0,05$) это делают мальчики (36,8% и 16,7%). Около половины опрошенных (44,1% мальчиков и 53,7% девочек) ответили, что они «никогда» не обедают в школьной столовой. При ответе на вопрос о количестве «карманных» денег на питание у 69,5% оно находилось в пределах 10 рублей. При оценке поступления с пищей нутриентов оказалось, что регулярно употребляют молочные продукты 61,4% школьников, мясные продукты — 61,9%, рыбные — 12,3%, овощные — 57,4%. На вопрос о достаточности знаний по гигиене питания утвердительно ответили 73,5%. Более половины опрошенных (64,9%) при выборе блюд в школьной столовой руководствуются вкусом и только 11,7% респондентов учитывают питательную ценность приобретаемых в столовой блюд. 55,1% учащихся связывают свое самочувствие и работоспособность с питанием.

Заключение. У школьников отмечается значительное нарушение пищевого поведения, проявляющееся в нерегулярном потреблении пищи — отсутствии завтрака у трети и обеда у половины опрошенных.

79 СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В НАЧАЛЕ УЧЕБНОГО ГОДА

**Закирова А. М., Рашитов Л. Ф., Сулейманова З. Я., Ибрагимова Ж. Р.,
Калимуллина А. В.**

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность исследования обусловлена состоянием адаптации первоклассников к условиям школьной жизни и новым учебным программам.

Цель исследования. Определение соматического статуса детей-первоклассников до начала учебного года.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 69 медицинских карт детей в возрасте 6–7 лет, поступивших в первый класс общеобразовательных школ (1 группа — 37 мальчиков и 2 группа — 32 девочки).

Результаты. При изучении медицинских карт детей выявлены: патология опорно-двигательного аппарата (в 1 группе — 32,4%, во 2 группе — 27,5%), нарушения зрения также встречались чаще в 1 группе (25,8% против 18,2%), изменения по результатам туберкулинодиагностики преобладали у девочек (35,8%, в 1 группе — 28,3%), патология со стороны эндокринной системы встречалась с одинаковой частотой (1 группа — 22,1%, 2 группа — 23,4%), нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта встречались чаще у девочек (11,6%) и были более разнообразны по нозологиям и сочетаниям, чем в 1 группе (7,4%), нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы выявлялись чаще во 2 группе (9,8%), чем у мальчиков (6,2%), патология ЛОР-органов была более разнообразна по нозологиям и выявлялась чаще у мальчиков (7,6%), чем у девочек (3,5%), нарушения со стороны мочевыводящей системы встречались чаще в 1 группе (8,4%), по сравнению с девочками (3,7%), частота нарушений речи в первой группе составила 37,5%, во 2 группе — 26,8%, аллергические заболевания в обеих группах встречались с одинаковой частотой (4,1%).

Выводы. Большинство выявленных заболеваний преобладали у мальчиков, причем лидирующие позиции заняли патология опорно-двигательного аппарата, инфицированность туберкулезом, патология со стороны эндокринной системы, а также нарушение речи и зрения.

80 ДИСГАРМОНИЧНОСТЬ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ РОСТА

Зарытовская Н. В., Калмыкова А. С., Калмыкова В. С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Физическое развитие является одним из обобщающих параметров здоровья детского населения. Дисгармоничность развития является прогностическим показателем и указывает на нарушения физического развития.

Цель исследования: установить частоту встречаемости и значимость определения дисгармоничности как прогностического критерия физиологических процессов роста у детей.

Пациенты и методы. Проведено определение антропометрических показателей у 7883 детей и подростков г. Ставрополя, из них с дисгармоничным развитием было 4276 (53,9%).

Результаты. В раннем возрасте наибольшее число дисгармоничных детей регистрировалось на 1 году жизни и имело гендерные отличия. Число дисгармонично развитых мальчиков превалировало в возрасте 2 и 5 месяцев (27,5% и 26,3% соответственно), девочек в возрасте 1 и 4 месяцев (27,7% и 27,5% соответственно). Дисгармоничное развитие достоверно чаще встречалось у дошкольников, школьников, девушек-подростков (28,1%, 37,3%, 36,0% соответственно, $p < 0,05$). Основными проявлениями дисгармоничности у детей всех возрастов были дефицит или избыток массы тела, уменьшение окружности грудной клетки. В раннем и дошкольном возрасте гендерных различий в развитии дисгармоничности не выявлено. Избыток массы тела выявлялся у детей раннего возраста в 13,7% случаев, в дошкольном возрасте в 7,1%; дефицит массы тела в 6,2% и 12,4% соответственно, узкая грудная клетка в 24,2% и 37,5% соответственно.

У детей школьного возраста наблюдались половые и возрастные особенности появления дисгармоничности. Так, избыточная масса тела чаще выявлялась у мальчиков в 7–9 лет, 12 лет, у девочек — в 10–12 и 14 лет. Значительный дефицит массы тела встречался у мальчиков в 7, 11, 13, 16 лет, у девочек в 9, 13, 16 и 17 лет. Резкое уменьшение окружности грудной клетки наблюдалось в 7, 11, 12, 15 лет у мальчиков и в 8, 9, 13 лет у девочек.

Заключение. Дисгармоничность как прогностический критерий физиологических процессов роста у детей г. Ставрополя имела половозрастные особенности, определяя периоды вытяжения и округления детей.

81 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА «АТЛАНТИЧЕСКОЙ» БОЛЕЗНИ

Изюмец О. И., Мурашко Т. В.

Винницкая областная детская клиническая больница, Украина

Актуальность. Повреждений атланта-аксиального сустава у детей травматического генеза составляет до 4%, с послеродовыми повреждениями шейного хребта рентгенологическим методом выявляется в 47,3%. Во время осложнённых родов и кесаревом сечении, когда атлант поворачивается на несколько градусов вокруг своей оси, возникает ослабление фиксирующих связок и расшатывание соединений между С1, С2 и затылочной костью, где проходит позвоночная артерия, которая снабжает кровью головной мозг. Нарушения кровообращения в головном мозге приводят к проявлениям атлантической болезни: нарушению осанки, повышению внутричерепного давления, вегето-сосудистой дистонии, хроническому воспалению носоглотки.

Цель исследования. Ранняя рентгенологическая диагностика ротационного подвывиха атланта у новорождённых детей и выявление факторов риска.

Пациенты и методы. Проводилось рентгеновское обследование верхнего шейного отдела хребта 35 новорождённым детям с факторами риска по возникновению патологии и с клиническими проявлениями, которые находились на лечении в отделении патологии новорождённых Винницкой областной детской больницы.

Результаты. Степень тяжести состояния детей с послеродовой травмой позволял провести обследование после 10 суток. Среди обследованных с подозрением на спинальную послеродовую травму у 30 детей выявлен ротационный подвывих С1, с поражением межпозвоночного диска у 25 (83%), без поражения диска у 5 (17%). У 24 новорождённых (96%) установлен подвывих С1 с двухсторонним поражением диска. У 5 новорождённых с послеродовой травмой — патология не выявлена.

Заключение.

1. Новорождённые с клиническими проявлениями послеродовой травмы имеют риск возникновения ротационного подвывиха атланта.
2. Использование рентгенологического метода обследования шейного отдела позвоночника у новорождённых даёт возможность на ранних стадиях установить патологию и своевременно предотвратить осложнения в дальнейшем развитии ребёнка.
3. Старательный анамнез по факторам риска и клиническая настороженность способствуют раннему обнаружению повреждений шейного отдела позвоночника.

82 СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В ДЕТСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Ильина Н. Н., Балханов Б. С., Дармаева М. Н., Гнеушева О. Д.

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

Актуальность. При неблагоприятной тенденции в состоянии здоровья детей и дефиците врачей в амбулаторной практике стационарная служба в регионе является необходимым этапом оказания качественной медицинской помощи.

Цель исследования. Анализ качества медицинской помощи в детском городском стационаре с центром восстановительного лечения и реабилитации.

Пациенты и методы. Изучались основные показатели работы стационара, причины госпитализации, возрастная градация больных, больничная летальность за 3 года (2011–2013 гг.).

Результаты. Число педиатрических коек увеличилось на 11,1%. Среднегодовая занятость койки возросла на 2% (314,5 против 308,2). Увеличился оборот койки на 6,6% (33,5 против 31,4). Интенсификация показателей обусловлена госпитализацией детей по скорой помощи (87%). Повысилась госпитализация детей раннего возраста на 21,1%. Средний срок лечения детей с респираторной патологией 9,6 дней без динамики. Сократились сроки лечения детей с болезнями органов пищеварения (7,3), нервной системы (9,2), болезнями мочевой системы (9,5). В интенсивной терапии нуждалось 10% госпитализированных детей. Из них с пневмонией — 53,6%, с отравлениями — 25,5%, с болезнями нервной системы — 16,2% без достоверной динамики. Больничная летальность низкая (0,09). Три случая неуправляемых состояний с совпадением диагнозов. В работу стационара внедрены стандарты по ведущим классам болезней и электронная медицинская карта. Восстановительное лечение проведено детям с болезнями органов дыхания и пищеварения с хорошими показателями деятельности. В центре реабилитации основную группу составляют дети с патологией нервной системы. Занятость койки составляет 327,3 при плане 325, оборот койки 12 соответствует плану.

Заключение. Работа многопрофильного детского стационара обеспечивает качественную медицинскую помощь с низкими показателями летальности и высокими интенсивными показателями. Целесообразно внедрение единого управления качеством медицинской помощи на всех этапах детского здравоохранения.

83 ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Исмаил Ф. Р., Сагоян Г. Б., Масякин М. А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Актуальность. Увеличение количества неблагоприятных факторов в окружающей среде ведет к повышению уровня общей заболеваемости, в том числе и болезнями крови, кроветворных органов и иммунной системы.

Цель исследования. Изучение возрастной, территориальной структур патологии крови и кроветворных органов среди детского населения Краснодарского края.

Пациенты и методы. Для данного исследования использовался анализ историй болезни пациентов госпитализированных в отделение онкологии и гематологии с химиотерапией (ОГХ) ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» г. Краснодар за 2011–2013 гг.

Результаты. При обработке данных было выявлено, что в 2011 году из всех пролеченных детей в отделении ОГХ 98,5% жители Краснодарского края, 14,8% проживали непосредственно в г. Краснодаре, 30,4% — в других городах края. 53,2% проживало в сельской местности. В период с 2012–2013 гг. большинство пролеченных детей (97,8% и 98,8%) — жители Краснодарского края. Из них доля жителей г. Краснодара 27,7%.

В возрастной структуре наблюдались следующие показатели: в 2011 году на долю детей 0–29 дней жизни пришлось 0%, в 2012–0,09%, в 2013–0,08%; с 1 по 6 месяцы жизни 0,66%, 0,84%, 1,5% соответственно; с 7 по 12 месяцы жизни 1,65%, 1,77%, 2,58%; на детей 1–2 года жизни 15,16%, 12,32%, 14,81%; дети 3–6 лет жизни 36,26%, 41,83%, 40,77%; 7–14 лет 36,37%, 30,53%, 29,95%; на подростков в возрасте 15–17 лет 9,89%, 12,51%, 10,32%; на подростков старше 17 лет 0%, 0,09%, 0% соответственно.

В нозологической структуре у детей в указанный период преобладали онкогематологические новообразования. В 2011 г. — 67%, в 2012 г. — 65%, в 2013 г. — 68%. Болезни крови и кроветворных органов составили 31%-33%. Симптомы, признаки и отклонения, не классифицируемые в других рубриках (СПО) не изменялись и составили 2%.

Заключение. Таким образом, нами было установлено, что более половины пациентов являлись жителями сельских поселений Краснодарского края. Основной возраст госпитализированных в стационар составили дети в возрасте от 3 до 14 лет с преобладанием онкогематологических новообразований.

84

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ФОРМАХ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ

Исмаилова М. А., Абдурахмонова С. З., Сулейманова Л. И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Бактериальные инфекции занимают первое место в структуре неонатальной заболеваемости и составляют 36% от общей неонатальной смертности (ВОЗ, 2005).

Цель исследования. Провести анализ факторов риска на развитие ранних (РСН) и поздних форм сепсиса (ПСН) новорожденных в зависимости от зрелости и пола новорожденных.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 85 новорожденных с диагнозом сепсис новорожденных (СН). I группу составили 65 новорожденных с РСН, II группу — 20 детей с ПСН, со сроками гестации от 22 до 42 недель. По гестационному возрасту дети распределились следующим образом: 22–27 недель — 4 ребенка (4,7%), 28–31 недель — 20 детей (23,5%), 32–37 недель — 30 (35,3%), более 37 недель — 31 (36,5%). Общее количество девочек составило 36,5%, мальчиков 63,5%.

Результаты. Сравнительный анализ зависимости СН от половой принадлежности и гестационного возраста показал, что в I группе исследования прослеживается статистическая достоверность преобладания по мужскому полу (66,2% против 33,8%). Количество мальчиков в 2 раза выше и в группе доношенных и недоношенных детей. Во II группе не было выявлено достоверной разницы по половому признаку. Все новорожденные в группе были доношенными. Число мальчиков составило 55%, девочек — 45%. Полученные данные коррелируют рекомендациям Американской академии педиатров по приоритетности факторов риска сепсиса новорожденных. Летальные исходы составили 55,3% и в основном преобладали в группе недоношенных детей — 83%. Среди доношенных данный показатель составил 17%. 76,6% летальных случаев было при РСН с преобладанием мальчиков (69,4% против 30,6%). При ПСН летальность была в 3 раза ниже (23,4%), соотношение мальчиков и девочек во II группе составило 72,7% к 27,3%.

Закключение. Таким образом, мужской пол (мальчики) и недоношенность являются достоверно приоритетными факторами риска и летальности РСН, независимо от сроков гестации, и должны учитываться в алгоритме диагностики СН.

85 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИАРАЛЬЯ

Ишуова П. К., Майтбасова Р. С., Садуова А. Т.

Научный центр педиатрии и детской хирургии, Алматы

Актуальность. В последние годы активизируется разработка мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи детскому населению и в первую очередь в сельской местности.

Цель исследования: изучить медико-социальные факторы риска семей детей, проживающих в регионах Приаралья.

Пациенты и методы. В разработку вошли данные обследования 489 детей в возрасте от 5 до 17 лет в 2-х районах Кызылординской области. Исследования предусматривала проведение социологического опроса матерей, опекунов по специально разработанной анкете и носили комплексный подход к анализу различных медико-социальных факторов, определяющих образ жизни исследуемых детей. Группа формировалась методом случайной выборки.

Результаты. Проведенный социологический опрос показал, что производственные вредности имели 8,6% матерей и 15,6% отцов. Железодефицитная анемия встречалась практически у трети женщин, хронические состояния сердечно-сосудистой системы — 6,9%, болезни органов дыхания и инфекционно-паразитарные заболевания — более 9,5%. Расстройства питания у матерей отмечены в 5,6% случаев.

Женщины старшего репродуктивного возраста составили 10%. Около 30% были матери в возрасте от 30–39 лет. Основную долю составили женщины с интервалом между родами 1–2 года и только у 16% — 2–3 года.

Злоупотребляли вредными привычками (алкоголь, курение) 8,9% родителей. 38,9% родителей имели невысокий уровень образования. По социальному составу преобладали рабочие (40,7%). Более 30% родителей не работали (31,3%). Так, 14,3% родителей оценили уровень благосостояния как низкий (денег хватает только на скромное питание) и 2,7% — как крайне низкий (денег не хватает на питание).

Заключение. На формирование здоровья детей влияли, состояние здоровья матери во время беременности, образовательный и материальный статус.

86 СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

Ишуова П. К.

Научный центр педиатрии и детской хирургии, Алматы

Актуальность. Системная красная волчанка (СКВ) с антифосфолипидным синдромом (АФС) является одним из наиболее тяжелых заболеваний у детей. Данные о клинических исходах СКВ с АФС при длительных наблюдениях немногочисленны и противоречивы.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности системной красной волчанки с антифосфолипидным синдромом у детей на различных этапах развития.

Пациенты и методы. В основу исследования положены данные результатов обследования 153 больных СКВ, наблюдавшихся в клинике Научного центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК в период с 2005 по 2014 гг.

Результаты. Характеризуя клинико-лабораторные особенности течения и исходов системной красной волчанки у детей с антифосфолипидным синдромом (у 26,1% больных), была выявлена довольно высокая частота этой формы болезни. Клинические проявления АФС с СКВ у большинства детей проявлялись во время повторных рецидивов болезни (64,7%) и только в 17,6% случаев отмечены в первые 2–4 недели от начала заболевания и в 11,8% случаев предшествовали СКВ. У двоих детей (5,9%) признаки АФС выявлены во время ремиссии болезни, что свидетельствует о необходимости настороженности врачей в этом периоде заболевания детей. У детей АФС характеризуется разнообразными клиническими проявлениями, среди которых наиболее часто встречаются венозные тромбозы (54,5%), цитопении (59,1%), поражение клапанов сердца и сетчатое ливедо (36,4%). По половой принадлежности выявляемость достоверно часто у девочек (81,8% против 18,2%). Болеют дети пре- и пубертатного возраста. У детей раннего возраста (до 7 лет) случаев заболевания не выявлено. При более агрессивном течении и степени активности воспалительного процесса АФС с СКВ определялись цитопении, поражение сердца и остеонекрозы.

Заключение. Выделение этого синдрома важно для протокола лечения, ибо присутствие его свидетельствует наряду с высокой активностью процесса и о высоком уровне аутоиммунного компонента с реально негативным прогнозом.

87

ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ТОПИЧЕСКИМИ ДЕКОНГЕСТАНТАМИ**Калашникова О. В., Челпаченко О. Е., Федуллаева Ю. А.***Городская клиническая больница № 6, Оренбург*

Актуальность. В терапии ринитов у детей часто используют топические деконгестанты (ТД). При их передозировке характерна клиническая картина острого отравления, ведущее место в которой занимают изменения нервной системы.

Цель исследования. Дать характеристику патологических изменений со стороны центральной и вегетативной нервной системы (НС) у детей с острыми отравлениями ТД.

Пациенты и методы. Обследовано 40 детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет, поступивших в ОАР «ГКБ № 6» г. Оренбурга с отравлениями ТД. Проведен анализ степени нарушений НС по шкале ком Глазго (ШКГ), оценкой состояния центров дыхания и терморегуляции, состояния вегетативной НС.

Результаты. Нарушения со стороны НС выявлены у всех обследованных детей. Состояние оглушения (13 баллов по ШКГ) зафиксировано у 20 ($50 \pm 7,9\%$) детей, у 13 ($32,5 \pm 7,4\%$) человек имело место состояние сопора (9–10 баллов), угнетение сознания до состояния комы 1 степени (8–7 баллов) отмечалось у 7 ($17,5 \pm 6,32\%$) детей. Нарушение регуляции дыхания в виде диспноэ (редкое, аритмичное дыхание) наблюдалось у 14 ($35 \pm 7,5\%$) пациентов. Нарушение регуляции вегетативной НС в виде гипергидроза имело место у 28 ($70 \pm 7,2\%$) человек. Синдром гипотермии выявлен у 31 ($77,5 \pm 6,6\%$) ребенка. Сочетание гипотермии и гипергидроза зафиксировано у 35 ($87,5 \pm 5,2\%$) детей.

Заключение. У всех детей с отравлениями ТД имеет место синдром угнетения центральной НС. Степень угнетения у подавляющего числа пациентов соответствовала состоянию оглушения и сопора, реже — состоянию комы 1 степени. Наряду с угнетением ЦНС более чем у 75% пациентов выявлены нарушения со стороны вегетативной НС.

88 ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ

Калева Н. Г.

*Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Челябинской области,
Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск*

Актуальность. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» повышает уровень требований к системе комплексной оценки состояния здоровья подростков.

Цель исследования: определить значение типологической классификации групп здоровья детей для персонализированной и популяционной оценки состояния здоровья подростков.

Пациенты и методы. Обследовано 265 детей. Из них 146 девочек (Д) и 119 мальчиков (М). Все учащиеся сельской школы в возрасте от 14–17 лет. Исследование проводилось по программе ВОЗ «Здоровые дети в здоровых семьях». По результатам комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования всех органов и систем проведена оценка типов групп здоровья по критериям типологической классификации, включающей общепринятые I, II, III, IV, V группы здоровья, дополненные в рамках каждой группы тремя типами (а, b, с) с учетом сочетанной патологии, представленной факторами риска (ФР) неинфекционных заболеваний, морфо-функциональными отклонениями (МФО) и болезнями.

Результаты. Здоровые без поведенческих ФР (питание, гиподинамия, курение, алкоголь) — тип группы здоровья Ia составил среди Д — 2,1%, среди М — 1,1%; здоровые с 1–2 поведенческими ФР (тип Ib) Д — 2,8%, М — 6,0%; здоровые с 3–4 поведенческими ФР (тип Ic) Д — 0,7%, М — 0,9%. Типы второй группы здоровья включают лиц с биологическими ФР (предожирение, регипертония, дислипидемии, гипергликемия) и МФО. Их распространенность составила: тип группы IIa Д — 8,8%, М — 9,1%; тип IIb Д — 5,5%, М — 6,7%; тип IIc Д — 1,4%, М — 1,7%. Тип группы IIIa (1 болезнь) составил Д — 43,1%, М — 46,1%; тип IIb (2 и более болезней) Д — 25,3%, М — 15,0%; тип IIc (3 и более болезней) Д — 10,3%, М — 3,4%. Школьников с IV и V группами здоровья не было.

Заключение. Типологическая классификация позволяет определить формулу здоровья подростков, что имеет большое значение для персонализированного лечения и профилактики болезней, подготовки спортсменов, девушек к материнству, юношей к службе в армии. Распределение типов групп здоровья при профилактических осмотрах отражает популяционный портрет здоровья подростков в конкретной социальной среде.

89 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ г. КРАСНОЯРСКА

Калекулина Н. А., Галактионова М. Ю., Рахимова А. Л.

*Красноярский государственный медицинский университет
имени В. Ф. Войно-Ясенецкого*

Актуальность. Уровень и гармоничность физического развития является интегральным показателем состояния здоровья детской популяции.

Цель исследования. Провести оценку соматометрических, соматоскопических и физиометрических параметров физического развития 998 подростков в возрасте от 15–18 лет, проживающих в г. Красноярске, с использованием автоматизированного программного комплекса (АКДО).

Пациенты и методы. Патологический профиль по нарушению физического развития имели 255 подростков, пограничный — 84. Патологические варианты профиля чаще регистрировались у юношей в возрасте 18-ти лет (53,8%) и девушек в возрасте 17-ти лет (28,2%).

Результаты. Патологический профиль по нарушению физического развития (ФР) имели 255 подростков, пограничный (зона риска) 84 человека. Параметры в зоне профиля нормальных значений находились у 659 человек. Наибольший удельный вес патологических вариантов по профилю ФР регистрировался среди юношей в возрасте 18-ти лет (53,8%) и девушек в возрасте 17-ти лет (28,2%). С возрастом увеличивается число юношей со средним и ниже среднего уровнем ФР (15 лет — 46,4% и 12,9%; 18 лет — 53,8% и 23,1%) и девушек с уровнем ФР выше среднего (15 лет — 28,4%; 18 лет — 55,6%). Дисгармоничные варианты физического развития чаще выявляются среди девушек в возрасте 18-ти лет (33,3%) и юношей в возрасте 16-ти лет (20,1%). Дефицит массы тела чаще отмечался у 17-ти летних подростков (13,2% юношей и 17,8% девушек).

Заключение. Выявлены негативные тенденции в физическом развитии подростков. Число подростков со средним уровнем физического развития уменьшается с 50,9% в 15-ти летнем возрасте до 45,5% в возрасте 18-ти лет. Юноши в возрасте 18-ти лет имели несколько меньшие показатели массы тела и окружности грудной клетки, что свидетельствует о тенденции к астенизации и грациализации современных подростков.

90
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
PCO-АЛАНИЯ ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Каманова Т. С.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. С целью своевременного выявления функциональных отклонений в состоянии здоровья, выявления заболеваний и факторов риска их развития в 2013 г. в России проводилась диспансеризация детского и подросткового населения, что и определило актуальность исследования.

Цель исследования: изучить особенности состояния здоровья подростков PCO-Алания в рамках проведенной диспансеризации.

Пациенты и методы. Проанализирована официальная статистическая отчетная форма № 030-ПО/о-12 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних» по PCO-Алания в 2013 г. Число детей в возрасте от 15–17 лет, подлежавших профилактическим медицинским осмотрам, составило 25254 человек, из них диспансеризацию прошли 98,3%.

Результаты. Анализ распределения детского населения PCO-Алания по группам здоровья показал следующее: к 1 группе здоровья отнесены 30,4% подростка, что в 1,4 раза выше среднероссийского уровня (22,1%). Чуть более половины всех детей отнесены ко второй группе здоровья (54,9%). 14,7% подростков имеют третью, четвертую и пятую группу здоровья. При этом число детей пятой группы здоровья (2,17%) в 2,5 раза выше общероссийского уровня (0,88%).

В структуре заболеваний мальчиков первые три места занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (20,9%), органов дыхания (19,8%), глаза и его придаточного аппарата (18,4%); у девочек – болезни органов дыхания (19,3%), глаза (16,8%), костно-мышечной системы (12,8%). Далее с убывающей частотой у мальчиков встречаются нарушение осанки (11,2%); болезни органов пищеварения (8,6%) и болезни эндокринной системы (7,8%). У девочек на четвертом месте в структуре заболеваний превалирует эндокринная патология (10%), затем болезни органов пищеварения (9,7%) и нарушение осанки (8,6%). После проведенных профилактических осмотров на диспансерный учет было взято 2111 подростков, что соответствует 25% от всех впервые выявленных заболеваний.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшей оптимизации профилактических осмотров детей подросткового возраста для раннего выявления отклонений в состоянии здоровья, а также установления причин их вызывающих.

91

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ
С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА****Каменских М. С., Шарпарь В. Д., Семенов С. В., Неганов О. А., Егоров В. А.***Республиканская детская клиническая больница, Ижевск*

Актуальность. Проблема замещения дефектов костной ткани, поиск материалов для замещения костных дефектов остаются актуальной в детской ортопедии и продолжают служить предметом постоянных дискуссий.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с дефектами костной ткани стимуляцией остеорепаративных процессов на основе имплантации апатит-коллагенового композита «ЛитАр».

Пациенты и методы. В ортопедотравматологическом отделении РДКБ изучены отдаленные результаты лечения 20 детей с дистрофическими и опухолеподобными поражениями, а также посттравматическими дефектами костной ткани. Сроки наблюдения 4 до 9 лет.

Обследование пациентов при поступлении в клинику включало: сбор жалоб и анамнеза, осмотр, антропометрию, лучевые методы диагностики (рентгенография и компьютерная томография).

Результаты. У всех больных, оперированных с применением материала «ЛитАр», зоны деструкции полностью заполнены нормальной костной тканью, состоящей из ориентированных по силовым линиям костных трабекул. Следует отметить, что некоторые дети были ранее уже оперированы с пластикой патологических дефектов ауто- и гомокостью (по типу вязанки «хвороста»). В случае посттравматического дефекта дистального метадиафиза бедренной кости до 16 см через 4 года после получения травмы на рентгенограммах перестроившийся костный регенерат, с появлением реканализации костномозгового канала и архитектоники кости. Девочка передвигается самостоятельно, объем движений в суставах травмированной конечности полный. При ходьбе хромота на травмированную конечность, т.к. в результате травмы произошло разрушение ростковой пластинки в дистальном отделе бедра и явилось причиной развития укорочения конечности на 2,0 см.

Заключение. Таким образом, клиническое применение материала «ЛитАр» при деструктивных не воспалительных заболеваниях костей, при удлинении сегментов конечностей, а также для пластики посттравматических дефектов, показало его высокую эффективность.

92

КОРРЕКЦИЯ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАСТУЩИХ КРЫС

Камилова А. Т., Дустмухамедова Д. Х., Левицкая Ю. Г.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии, Узбекистан*

Актуальность. Исследования об активности митохондрий при белково-энергетической недостаточности и медикаментозная коррекция выявленных нарушений изучены недостаточно.

Цель исследования: изучить в эксперименте влияние фитоэкдистероида экдистена на состояние клеточной энергетики у растущих крыс с белково-энергетической недостаточностью.

Пациенты и методы. У лабораторных белых крыс (16) путём хронического недоедания вызывали белково-энергетическую недостаточность. На 30 день крыс поделили на 2 группы (в каждой по 8). Опытной группе в течение 10 дней (с 30 по 40 день жизни) давали фитоэкдистероид экдистен в дозе 2,5 мг/кг. Вторая группа получала физиологический раствор. Контрольную группу составили здоровые крысята (8). Митохондрии были выделены из печени 40-дневных крысят, Скорость дыхания изолированных митохондрий в метаболическом состоянии V4 и V3, а также величины дыхательного контроля и АДФ/О.

Результаты. Скорость потребления кислорода суспензией митохондрий в функциональном состоянии V3 у больных животных была практически в 2 раза меньше, чем у контрольных животных $P < 0.001$). Скорость потребления кислорода в состоянии V4 также была снижена и составляла $13,27 \pm 0,7$ нг ат М/мин/мг белка в группе больных животных, в контроле скорость равнялась $19,7 \pm 0,9$ нг ат О/мин/мг белка ($P < 0.02$). Дыхательный контроль в группе контрольных животных равнялся $6,15 \pm 0,38$, в группе больных животных был снижен до $4,8 \pm 0,36$. Отношение АДФ/О составляло $2,5 \pm 0,12$ против $2,8 \pm 0,15$ в контрольной группе. При использовании экдистена было обнаружено, что практически все показатели окислительного фосфорилирования приближались к контрольным значениям. Так, состояние V3 имело значение $93,72 \pm 1,9$, V4 — $15,62 \pm 0,8$, а Vdnf — $109,34 \pm 3,3$ нг ат О/мин/мг белка ($P < 0.01$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о явном разобщении дыхательной цепи в суспензии митохондрий при содержании животных на диете, бедной белками, а также о наличии яркого корректирующего эффекта у препарата экдистен.

93

ЗНАЧЕНИЯ АДЕНИЛОВЫХ НУКЛЕОТИДОВ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ ПРИ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ**Камилова А. Т., Дустмухамедова Д. Х.***Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Узбекистан*

Актуальность. В настоящее время продолжают попытки новых подходов к лечению целиакии (Ц) у детей.

Цель исследования: определить значения адениловых нуклеотидов у пациентов с Ц и оценить эффективность эрдистена в коррекции выявленных нарушений.

Пациенты и методы. Клинические исследования проведены у 45 детей с Ц в возрасте от 3 до 14 лет, средний возраст составил $7,1 \pm 2,3$ лет. Определение АТФ и АДФ в сыворотке крови проводили хроматографическим методом на газо-жидкостном хроматографе «LKB», с последующим спектрометрированием на СФ «ВЕКМАН». Контрольную группу составили 17 здоровых детей. Для коррекции выявленных нарушений у 25 детей с Ц применен фитоэрдистероид эрдистен в дозе 2,5 мг на кг веса в сутки в течение 14 дней, 20 больных получали только базисную терапию.

Результаты. При исследовании содержания адениловых нуклеотидов в плазме крови у больных Ц выявлено снижение содержания АТФ по сравнению с контрольной группой, соответственно $118,6 \pm 4,5$ нМоль/л, при норме $133,3 \pm 5,3$ нМоль/л. Снижение значений АДФ было еще более значимым ($11,1 \pm 1,6$ при норме $20,2 \pm 4,3$ нМоль/л). Имело место повышение коэффициента отношения АТФ и АДФ: 10,7 при норме 6,6. Лечение эрдистеном привело к достоверному увеличению содержания в сыворотке крови АТФ $129,6 \pm 5,8$ нМоль/л ($P < 0,05$). Такая же закономерность нами прослежена и со стороны АДФ сыворотки крови ($19,3 \pm 3,2$ нМоль/л $P < 0,01$). У детей, получавших только базисное лечение, содержание в сыворотке крови АТФ и АДФ были повышены не достоверно, соответственно $124,5 \pm 6,1$ нМоль/л и $18,1 \pm 2,1$ нМоль/л, $p > 0,05$.

Заключение. Таким образом, у пациентов с Ц нарушены процессы энергообразования: снижен синтез АТФ и АДФ, увеличено их соотношение. Фитоэрдистероид эрдистен является эффективным средством при использовании его в комплексном лечении больных с Ц, оказывающего непосредственное воздействие на содержание циклических нуклеотидов.

94 НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДЕКОНГЕСТАНТОВ ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

**Каральская Ж. Ж., Хмилевская С. А., Макарова О. А., Зайцева Г. В.,
Зрячкин Н. И.**

*Саратовский государственный медицинский университет имени
В. И. Разумовского*

Актуальность. Наиболее часто для купирования назальной обструкции при острых респираторных заболеваниях у детей применяются деконгестанты. Препараты данной группы при несоблюдении правил их использования могут становиться причиной передозировки и даже отравлений.

Цель исследования: оценить причины и частоту нерационального применения деконгестантов при ОРВИ у детей.

Пациенты и методы. Анализ 34 случаев отравления деконгестантами детей в возрасте от 2 до 10 лет, находившихся на лечении в МУЗ «ДГБ» г. Энгельса, результаты анкетирования 100 родителей, обратившихся к педиатрам за помощью в связи с явлениями острого ринита у детей.

Результаты. При поступлении детей в стационар основными жалобами были: выраженная слабость (88,2%), бледность (85,3%), нарушение координации движений (47,1%), возникшие на 2–3 день применения деконгестантов. Врачом приёмного отделения в 55,9% случаев была констатирована брадикардия, в 26,5% — гипотермия, в 67,6% — выраженная мраморность кожных покровов.

Из 100 анкетированных родителей 23% указали на то, что отмечали симптомы передозировки деконгестантов у своих детей; в 78% случаев один или несколько местных симптомов (чувство жжения в носоглотке, сухость слизистой оболочки носа, её гиперемия), в 37% случаев — общие реакции (бледность, головная боль, нарушение сна, тошнота, возбуждение).

Наиболее частыми причинами отравлений явились: несоблюдение возрастной концентрации раствора (61,8%), кратности введения препарата (55,9%). Данную ситуацию осложняет безрецептурная продажа назальных препаратов (67,6%).

Заключение. Деконгестанты должны применяться только по назначению врача в дозах, соответствующих возрасту пациента, и кратностью, определённой продолжительностью действия препарата.

95

ОСОБЕННОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВО T2* ВЗВЕШЕННОЙ АНГИОГРАФИИ (SWAN) ПРИ ИЗУЧЕНИИ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА**Каркашадзе М. З., Кузнецова Г. В., Аникин А. В., Геворкян А. К., Гетман А. Н.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Цель исследования: оценить возможности импульсной последовательности (ИП) SWAN при исследовании анатомического строения вен и артерий головного мозга, выявлении венозных мальформаций, микро- и макрогеморагий и кальцинатов по сравнению со стандартным протоколом МР томографии.

Пациенты и методы. Обследовано 36 пациентов в возрасте от 0 до 18 лет. Исследования проводились на аппаратах фирмы GE с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл и 3,0 Тл. Выполнялся стандартный протокол исследования, дополненный ИП SWAN в аксиальной плоскости и МР-ангиографией.

Результаты. На ИП SWAN у всех пациентов венозный рисунок был достаточно выражен. У 12 пациентов было выявлено локальное изменение венозного рисунка в виде венозной мальформации, у 9 человек венозные мальформации и микрогеморрагии были выявлены только на ИП SWAN. У 3 пациентов с болезнью Штурге-Вебера были выявлены пораженные участки сосудов, с отложением гемосидерина. В 7 случаях, при туберозном склерозе, в структуре головного мозга кальцинаты были обнаружены с помощью ИП SWAN и подтверждены с помощью компьютерной томографии (КТ). У 6 пациентов отложение меди в подкорковых ядрах достоверно было доказано после применения ИП SWAN.

Заключение.

- 1) SWAN позволяет получить изображения высокого разрешения и производить оценку мелких венозных сосудов.
- 2) Выраженность венозного рисунка крайне вариабельна, количество визуализируемых вен на SWAN изображениях, а также интенсивность МР-сигнала от них может варьировать.
- 3) В ряде случаев ИП SWAN позволяет выявить венозные мальформации, микрогеморрагии, не выявляемые при использовании стандартного протокола исследования.
- 4) Применение SWAN позволяет подтвердить наличие кальцинатов без применения компьютерной томографии.

96

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

Каркашадзе М. З., Кузнецова Г. В., Аникин А. В., Геворкян А. К., Гетман А. Н.

Научный центр здоровья детей, Москва, Россия

Актуальность. При МРТ исследованиях головного мозга часто встречаются неопухолевые изменения структур хиазмально-селлярной области.

Цель исследования: изучить возможности магнитно-резонансной томографии (МРТ) для дифференциальной диагностики разных видов неопухолевых изменений селлярной области.

Пациенты и методы. Обследовано 45 пациентов в возрасте от 4 до 18 лет. 23% из них обследованы с направляющим диагнозом «аденома гипофиза» или в связи с наличием эндокринной симптоматики: гиперпролактинемии, недостаточности соматотропного гормона. Исследования проводились на аппаратах фирмы GE с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл и 3,0 Тл. Характер и размеры очаговых изменений оценивались на T2-взвешенных, пре- и постконтрастных динамических T1-взвешенных изображениях (ВИ) в коронарной, сагиттальной и аксиальной проекциях, применялись также импульсные последовательности с подавлением сигнала от жира и T1 высокого разрешения.

Результаты. Выявлено 16 случаев микроаденомы гипофиза. Выделены 4 основных варианта неопухолевых образований селлярной области, связанных своим происхождением с карманом Ратке: остаточные структуры КР (5 пациентов), кисты КР (11 пациентов), псевдокисты КР (7 пациентов) и эндоселлярные экстрагипофизарные кисты (6 пациентов).

Микроаденомы гипофиза визуализировались в структуре вещества железы, интенсивность сигнала от них повышалась после динамического контрастного усиления в отсроченную фазу контрастирования.

Неопухолевые образования располагались под диафрагмой турецкого седла, спереди или позади воронки гипофиза, при этом отмечалось сохранение характеристик МР-сигнала на T1 ВИ после контрастного усиления.

Остаточные структуры и «псевдокисты» КР были локализованы между адено- и нейрогипофизом и имели одинаковые параметры МР сигнала (гиперинтенсивный на T1-ВИ и резко гипоинтенсивный сигнал на T2), однако остаточные структуры КР проявлялись меньшими размерами.

Ликворосодержащие эндоселлярные образования имели гипоинтенсивный МР сигнал на T1 ВИ и гиперинтенсивный на T2 ВИ. Кисты КР располагались между адено- и нейрогипофизом, а эндоселлярные экстрагипофизарные ликворные кисты вдоль спинки турецкого седла позади нейрогипофиза или под диафрагмой.

Заключение. Высокопольная МРТ с введением контрастного вещества позволяет существенно повысить достоверность дифференциальной диагностики эндоселлярных образований головного мозга и избежать неоправданного оперативного вмешательства, особенно при асимптомном течении условно патологических изменений структур гипофиза.

97

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ АУДИТ — ТЕХНОЛОГИЯ СНИЖЕНИЯ
МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ****Каткова Л. И., Галахова О. О., Щербицкая О. В.***Министерство здравоохранения Самарской области*

Актуальность. Снижение младенческой смертности является актуальной проблемой для здравоохранения Самарской области. Показатель младенческой смертности в 2013 году составил 7,1%, за 10 месяцев 2014 г. — 6,6%, что ниже, чем в Российской Федерации. Проведение системного анализа младенческих потерь свидетельствует о неиспользованных резервах при оказании медицинской помощи новорожденным детям.

Цель исследования. Провести анализ младенческой смертности в Самарской области по итогам 2013 года и определить пути ее дальнейшего снижения.

Пациенты и методы. При изучении причин смертности 280 детей, умерших на первом году жизни, применялся метод статистического анализа и математического моделирования. Разработанная методика перинатального аудита учитывала материально-техническое оснащение учреждений родовспоможения и детства, наличие квалифицированных специалистов, способных оказать медицинскую помощь в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи.

Результаты. Среди всех умерших детей до 1 года 54% составили недоношенные дети. Среди них 29% — дети с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). 30 детей (10,7%) появились на свет в родильных отделениях центральных районных больниц у женщин из группы высокого и среднего риска, что свидетельствует о нарушениях в маршрутизации пациентов в условиях 3-х уровневой системы перинатальной помощи. Смертность детей с ЭНМТ от внутри желудочковых кровоизлияний составила 36,2%, от инфекций перинатального периода — 29,8%, от РДС — 21,3%, врожденных аномалий развития — 10,6%, прочих причин — 2,1%. Во всех случаях выявлено патологическое течение беременности. Помимо этого получена прямая корреляционная зависимость выживаемости детей от массы тела. При массе тела от 500 до 999 грамм — 69,5%; от 1000 до 1499 грамм — 91,5%; от 1500 до 1999 грамм — 96,9%. В условиях перинатальных центров 3 уровня выживаемость детей с ЭНМТ составляет 78,5%.

Заключение. Перинатальный аудит позволяет выявить «слабое» звено в организации перинатальной помощи, определить резервы для дальнейшего снижения младенческих потерь в разрезе каждой территории региона.

98

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ПРОДУКТОВ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА ПРИ НАЛИЧИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Киреева К. К., Шабунина Е. И., Канькова Н. Ю., Пашкина Е. Ю.

*Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр,
Нижний Новгород*

Актуальность. Частота встречаемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей с каждым годом неуклонно растет. При этом доля изолированных эзофагитов мала (1,5%). Наиболее часто у детей поражение пищевода сочетается с воспалительными изменениями верхних отделов пищеварительного тракта. Имеются данные о влиянии оксида азота на развитие паталогических гастроэзофагеальных рефлюксов.

Цель исследования. Установление содержания производных оксида азота (нитратов) в биологических жидкостях (кровь, моча) с учетом наличия или отсутствия рефлюкс-эзофагита у детей с хроническим гастродуоденитом.

Пациенты и методы. В исследовании принимал участие 71 ребенок с воспалительной патологией верхних отделов пищеварительного тракта в возрасте 10–17 лет. Из них 40 детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью 1–2 степени в сочетании с хроническим гастродуоденитом (1 группа) и 31 ребенок только с хроническим гастродуоденитом (2 группа). Всем больным выполнялось комплексное обследование, включающее эзофагогастродуоденоскопию, рН-метрию. Определение нитратов проводилось колориметрическим методом с реактивом Грисса по Метельской В. А.

Результаты. При изучении производных оксида азота (нитратов) в крови установлено, что содержание нитратов у больных с наличием рефлюкс-эзофагита равнялось $26,5 \pm 1,36$ мкМ/л и было достоверно выше по сравнению с полученными значениями у детей только с хроническим гастродуоденитом — $21,64 \pm 1,3$ мкМ/л ($p = 0,014$). Подобные изменения также отмечались в моче, где концентрация нитратов в 1 группе пациентов значительно превышала таковую во 2 группе, составляя $1275,13 \pm 101,6$ мкМ/л против $877 \pm 60,16$ мкМ/л ($p = 0,003$).

Заключение. Повышенное содержание производных оксида азота (нитратов) в биологических жидкостях тесно взаимосвязано с наличием рефлюкс-эзофагита у детей с хроническим гастродуоденитом.

99

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОПАСНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТОКСИЧНЫХ МЕТАЛЛОВ НА ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ В ЗОНЕ РАЗМЕЩЕНИЯ МЕДЕПЛАВИЛЬНОГО ЗАВОДА**Киреева Г. Н., Жуковская Е. В., Спичак И. И., Белалутдинова Д. И., Скальный А. А., Гребеклис А. Р., Бондаренко В. П.***Областная детская клиническая больница, Челябинск*

Актуальность. Химико-аналитическое обеспечение и периодичность мониторинга состояния окружающей среды осуществляется службами Роспотребнадзора и экологическими службами предприятий в соответствии с разработанными рекомендациями. Оценка эффектов воздействия поллютантов на организм детей и подростков, проживающих вблизи промышленных объектов, является приоритетом территориальных ЛПУ.

Цель исследования: изучить содержание токсичных и условно-токсичных химических элементов в биосубстратах детского населения, проживающего вблизи медеплавильного завода.

Пациенты и методы. В качестве фокус группы выбрано детское население г. Карабаш Челябинской области. В исследование было включено 268 детей в возрасте от 14–15 лет. Половина участников составила контрольную группу. Территории населенных пунктов, в которых проживают дети из контрольной группы, свободны от металлургической промышленности.

Для изучения содержания 40 химических элементов были собраны образцы волос и венозной крови детей. Исследование выполнено с использованием масс-спектрального анализа с индуктивно-связанной плазмой в центре биотической медицины г. Москвы.

Результаты. Статистически значимыми оказались различия между перинатальными потерями и заболеваемостью злокачественными новообразованиями. По содержанию мышьяка и свинца в волосах и крови дети из основной группы имели превышение от референтных значений в несколько раз. Сравнение содержания токсических и эссенциальных элементов демонстрирует реципрокные соотношения. Таким образом, одним из значимых эффектов контаминации промышленными загрязнителями является не только прямое токсическое влияние, но и формирование дефицита эссенциальных элементов.

Заключение. Содержание токсичных химических элементов: свинца, кадмия, мышьяка, талия в волосах и крови детей проживающих вблизи медеплавильного завода превышает аналогичные показатели у жителей контрольных территорий.

100

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СЛЮНОТЕЧЕНИЯ И УРОВНЯ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДЦП)

Клочкова О. А., Куренков А. Л., Каримова Х. М., Бурсагова Б. И., Кузенкова Л. М., Мамедьяров А. М.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Избыточное слюнотечение встречается у пациентов с ДЦП с различным уровнем двигательного дефекта и, как правило, является следствием нарушения глотания в результате повреждения центральной нервной системы. Степень слюнотечения и нарушения глотания не всегда соответствуют тяжести моторного дефицита.

Цель исследования. Сопоставить тяжесть двигательных нарушений у пациентов с ДЦП и выраженность слюнотечения.

Пациенты и методы. В анализ включено 13 детей (от 2 до 14 лет) со спастическими формами ДЦП и сиалореей, значимо нарушавшей качество жизни пациентов и их семей и потребовавшей медикаментозной коррекции (инъекций ботулинического токсина типа А в слюнные железы). До инъекций тяжесть двигательных нарушений и моторного дефицита оценивали по системе классификации больших моторных функций (GMFCS): I уровень — 2 пациента, II — 4, IV — 6, V — 1. Пациентов с III уровнем по GMFCS в нашей выборке не отмечалось. Дети были дополнительно поделены на группы с относительно лёгким двигательным дефектом (GMFCS I–II) и тяжёлыми нарушениями (GMFCS IV–V). Тяжесть сиалореи оценивали по Шкале оценки слюнотечения (The Drooling Impact Scale-DIS). Медиана показателя по шкале DIS во всей выборке составила 62 балла (от 53 до 90).

Результаты. Сопоставление уровня моторного развития по GMFCS и степени слюнотечения не выявило статистически значимой зависимости ($r = 0,2$, $p > 0,05$, ранговая корреляция по Спирмену). Сопоставление выраженности слюнотечения у детей с лёгким и выраженным двигательным дефектом также не показало значимых различий в двух группах ($p = 0,52$, U-критерий Манна-Уитни).

Заключение. На небольшой выборке пациентов со спастическими формами ДЦП было показано отсутствие значимой взаимосвязи между уровнем двигательных возможностей ребёнка и степенью слюнотечения, что диктует необходимость дифференцированного подхода и внимания к проблеме слюнотечения даже у пациентов с небольшим двигательным дефектом. Ограниченный объём выборки и неравномерное распределение тяжести двигательного дефекта у пациентов требуют дальнейшего изучения данной проблемы.

101

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ**Козлова Т. С.***Детская поликлиника № 1, Кострома*

Актуальность. Гемангиомы являются наиболее часто встречающимися опухолями в практике детского хирурга поликлиники. Трудность выбора метода лечения гемангиом обусловило проведение данного исследования.

Цель исследования: проанализировать частоту применения различных методов лечения гемангиом у детей, их эффективность, доступность.

Пациенты и методы. В 2009–2013 гг. в Детской поликлинике № 1 г. Костромы наблюдалось 1012 детей с разными формами гемангиом. Из них простых гемангиом — 760 (75%), кавернозных — 120 (11,9%), комбинированных — 103 (10,1%), смешанных — 14 (1,4%), сложной анатомической локализации — 15 (1,6%).

У 428 пациентов гемангиомы к 1,5–5 годам полностью регрессировали без лечения. Криодеструкцию применили у 436 детей при простых гемангиомах, эффективность в 97% случаев. Склеротерапия выполнена 13 детям с глубокими гемангиомами. Хирургическое лечение проведено 42 пациентам с кавернозными быстрорастущими гемангиомами. У 24 детей применялся метод компрессионной терапии. Лечение лазером у 25 детей. В последние годы использовали лечение пропранололом у 3 пациентов с быстрорастущими гемангиомами на лице. При лечении сложных гемангиом с рецидивом у 41 ребенка применялось комбинированное лечение. Надо отметить, что только аппаратную криодеструкцию, лазер и компрессионную терапию можно проводить в условиях поликлиники, остальные методы проводились в стационаре.

Результаты. Нет единого метода лечения гемангиом, необходимо учитывать разнообразие форм, локализации, быстроты роста и возможность регрессии. Самым часто применяемым методом явилась криодеструкция, т. к. она эффективна, проста в использовании, не требует обезболивания и госпитализации. Положительных косметических результатов при данном методе можно добиться при раннем ее использовании, предупредив быстрый рост опухоли.

Заключение. За период наблюдения у пациентов с гемангиомами были применены все доступные методы лечения. Положительных результатов лечения при гемангиомах можно добиться, используя весь арсенал методов, включая раннюю диагностику, просвещение родителей и динамическое наблюдение за детьми.

102

БРОНХИАЛЬНАЯ ГИПЕРВОСПРИИМЧИВОСТЬ И ЛАБИЛЬНОСТЬ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Колоскова Е. К., Белоус Т. М.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы

Актуальность. Хотя распространенность бронхиальной астмы в разных странах колеблется и составляет от 3 до 30% населения, отмечено, что в тех же регионах мира, где происходит увеличение заболеваемости астмой, среди населения наблюдается и прогрессирующий рост числа лиц с избыточным весом разной степени выраженности. В то же время, наличие ожирения сочетается с более высокой степенью тяжести течения астмы, а также худшим достижением контроля над заболеванием.

Цель исследования: определить спирографические показатели у детей с бронхиальной астмой и избыточной массой тела.

Пациенты и методы. В постприступном периоде бронхиальной астмы обследовано 135 детей, которые сформировали 2 клинические группы сравнения: I группу составили 23 пациента с индексом массы тела 25,0–29,9 (средний возраст $12,4 \pm 0,59$ лет, 73,9% мальчиков), II группу — 112 детей с индексом массы тела 18,9–24,9 (средний возраст $12,1 \pm 0,30$ лет, 67,0% мальчиков).

Результаты. Установлено, что индекс бронхоспазма объема форсированного выдоха на 1 минуте у представителей групп сравнения практически не отличался и составил $8,26 \pm 2,79\%$ и $8,28 \pm 1,15\%$, а индекс бронходилатации достоверно был больше у детей с избыточной массой тела ($18,4 \pm 3,04\%$ против $8,9 \pm 1,00\%$, $p < 0,05$), как и индекс лабильности бронхов ($26,3 \pm 4,38\%$ против $17,1 \pm 1,45\%$, $p < 0,05$). Провокационная концентрация гистамина, которая приводила к уменьшению объема форсированного выдоха на 1 минуте на 20%, была меньше у пациентов I группы ($0,7 \pm 0,41$ мг/мл) по сравнению с показателем детей II группы ($2,6 \pm 0,57$ мг/мл), $p < 0,05$, также как и провокационная доза гистамина — $0,15 \pm 0,09$ мг против $0,5 \pm 0,11$ мг ($p < 0,05$), что подтверждает высокую гипервосприимчивость бронхов у детей с избыточной массой тела.

Заключение. У детей с бронхиальной астмой и избыточной массой тела по сравнению с пациентами с нормальным индексом массы тела отмечается повышенная за счет бронходилатации лабильность бронхов и более их выраженная гиперчувствительность и гиперреактивность к гистамину, что следует учитывать при подборе индивидуализированного базисного лечения.

103

ВОСПАЛЕНИЕ И ГЕНЫ СЕМЕЙСТВА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1**Кондратьева Е. И., Лошкова Е. В., Тарасенко Н. В., Тлиф А. И., Янкина Г. Н., Степаненко Н. П., Гаприндашвили Е. Г., Рыжакова Н. А., Асекретова Т. В., Трембач А. В.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

Актуальность. Изучение особенностей генетической регуляции иммунного ответа при различных видах воспаления поможет прогнозировать течение заболеваний.

Цель исследования. Проведение ассоциативного поиска между полиморфизмами генов семейства интерлейкина-1 и заболеваниями с различными моделями воспаления в детской популяции.

Пациенты и методы. Обследовано 866 детей. Микробная модель воспаления: муковисцидоз (82 ребенка) и пиелонефрит (99 детей). Аутоиммунная модель воспаления: сахарный диабет 1 типа (154 ребенка), целиакия (99 детей), аутоиммунный тиреоидит (119 детей). Метаболическая модель воспаления: ожирение (112 детей) и остеопороз (131 ребенок). Лимфопролиферативная модель воспаления: лейкоз (70 детей). Группа сравнения 243 человека.

Результаты. Установлены ассоциации между хроническим пиелонефритом ((аллель A2 OR = 1,84 (95% CI: 1,10–3,09; $\chi^2 = 5,540$; $p = 0,019$), генотип A2A2 OR = 3,05 (95% CI: 1,20–7,98; $\chi^2 = 5,760$; $p = 0,016$)), муковисцидозом ((аллель A2 OR = 1,73 (95% CI: 1,05–2,86; $\chi^2 = 4,680$; $p = 0,003$), генотип A2A2 OR = 2,13 (95% CI: 1,14–4,01; $\chi^2 = 5,730$; $p = 0,016$)), нейтропенической лихорадкой на фоне лейкоза ((аллель A2 OR = 2,26 (95% CI: 1,31–3,92; $\chi^2 = 9,040$; $p = 0,003$), генотип A2A2 OR = 3,01 (95% CI: 1,48–6,16; $\chi^2 = 9,910$; $p = 0,002$)) и аллелем A2, а также генотипом A2A2 полиморфного маркера VNTR гена IL1RN. Показана ассоциация аллеля A2 (OR = 1,68 (95% CI: 1,03–2,73; $\chi^2 = 4,220$; $p = 0,036$) и генотипа A2A2 (OR = 1,52 (95% CI: 1,02–2,26; $\chi^2 = 4,970$; $p = 0,040$) гена IL1 B, а также генотипа A2A2 гена IL1RN*VNTR (OR = 1,78 (95% CI: 1,07–2,97; $\chi^2 = 5,060$; $p = 0,024$) с СД 1 типа.

Заключение. Для патологических состояний, где воспаление имеет особенности, связанные с этиологическим фактором (микробное воспаление, в том числе вторичное при СД 1 типа), установлены ассоциации с полиморфизмом VNTR гена IL1RN, что свидетельствует об общей генетической предрасположенности к развитию микробного воспаления.

104

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

**Кондратьева Е. И., Воронкова А. Ю., Никонова В. С., Шабалова Л. А.,
Шерман В. Д., Бельмер С. В., Зотова А. И., Земсков Г. В.**

Медико-генетический научный центр федерального агентства научных организаций, Москва

Актуальность. Цирроз является наиболее тяжелым поражением печени при муковисцидозе. Частота варьирует от 27 до 35% и стоит на втором месте после бронхолегочных осложнений как причин смерти.

Цель исследования: изучить распространенность и особенности цирроза печени при муковисцидозе у детей и подростков Московского региона.

Пациенты и методы. В регистр больных муковисцидозом Московского региона за 2011 год были включены данные 303 детей и подростков. При заполнении регистра были использованы требования Регистра Европейского общества муковисцидоза (ECFS).

Результаты. На основании анализа 303 пациентов с муковисцидозом, поражение печени зарегистрировано у 30 больных (11%), среди них цирроз — у 80%. Цирроз печени был зарегистрирован у 24 детей и подростков (7,9%). Трансплантация печени была проведена одной пациентке (0,3%). Цирроз чаще встречался у детей старше 7 лет — 23 пациента (96%) и у лиц мужского пола (в 1,6 раз чаще). Показатели физического развития и нутритивный статус был оценен у 273 пациентов. При проведении генетического обследования выявлено, что аллельная частота мутации F508del встречалась с такой же частотой как в популяции — 52,3%. Аллельная частота мутации CFTR dele 2,3 составила 6,8%, W1282X — 4,5%, 2790-2A > G — 2,3%, 3849 + 10kbC > T — 2,3%, S1196X — 2,3%, G542X — 2,3%. Установлено, что аллельная частота мутация 2790-2A > G при циррозе встречалась в 17 раз чаще, чем в общей популяции больных, а мутация S1196X — в 2,5 раза.

Заключение. Впервые установлена частота цирроза в детской популяции больных муковисцидозом Московского региона, что значительно выше, чем в европейских популяциях. Установлены возрастные, гендерные и генетические особенности цирроза печени при муковисцидозе у детей и подростков.

105

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ, МОСКОВСКОГО РЕГИОНА**Кондратьева Е. И., Капранов Н. И., Воронкова А. Ю., Шерман В. Д., Шабалова Л. А., Бельмер С. В., Земсков Г. В., Зотова А. И., Макарова Н. В., Мердалимов Р. Г.***Медико-генетический научный центр федерального агентства научных организаций, Москва*

Актуальность. Физическое развитие важный индикатор состояния здоровья ребенка. Недостаточность питания отрицательно сказывается на течении бронхолегочного процесса при муковисцидозе, приводит к ослаблению дыхательных мышц, что влияет на легочные объемы и ведет к гиповентиляции, нарушает репарацию дыхательных путей и сопровождается дисфункцией иммунной системы.

Цель исследования. Дать характеристику нутритивного статуса детей и подростков на основе данных регистра больных муковисцидозом (МВ) московского региона.

Пациенты и методы. В исследование вошли 303 ребенка и подростка московского региона. Расчет перцентилей ИМТ проводился при помощи программ Всемирной организации здравоохранения: WHO Anthro (для детей до 5 лет) и WHO Anthro plus (для детей старше 5 лет).

Результаты. В группу детей до 3 лет вошло – 87 детей, от 4–6 лет – 59, от 7–11 лет – 59, от 12–14 лет – 27, старше 15 лет – 31. Анализ нутритивного статуса детей и подростков с МВ по интегральному показателю ИМТ показал следующие особенности. Дети в группе до 3 лет имели показатель перцентилей – 53,36 (Z-критерий – 0,12), в группе от 3 до 6 лет – 49,71 (Z-критерий – 0,01). С 7 летнего возраста средний показатель перцентильного ряда снижался в среднем в 2 раза: в группе от 7–11 лет от 22,83 (Z-критерий – 1,18) до 13,49 (Z-критерий – 1,91) в группе от 12–14 лет. В среднем по популяции ИМТ девочек и мальчиков не различался по количественному показателю, показателю перцентилей и Z-критерию. Дети с низкими показателями ИМТ имели высокую частоту тяжелой хронической инфекции (*Burkholderia cepacia* и *Pseudomonas aeruginosa*), снижение функции легких (по показателю ОФВ1) в сравнении с детьми, имевшими нормальные показатели.

Закключение. Дети, и особенно подростки, имеют низкие показатели ИМТ по сравнению с показателями детей и подростков европейского регистра, что ассоциируется с низкими показателями функции легких и тяжелой хронической инфекцией дыхательного тракта. Полученные результаты диктуют необходимость раннего назначения энтерального питания и включения смесей для клинического питания в стандарты терапии.

106

РОЛЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ С ПЕЧЕНОЧНЫМИ ФОРМАМИ ГЛИКОГЕНОВОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ

Кондрахина И. И., Сурков А. Н., Батырова А. С., Сновская М. А.,
Кожевникова О. В., Геворкян А. К.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Дебют гликогеновой болезни (ГБ) I, III, VI и IX типов сопровождается эпизодами гипогликемий в раннем детском возрасте. Успешность лечения у таких детей напрямую зависит от их приверженности к лечению. Система непрерывного мониторинга глюкозы (СНМГ) позволяет определить наиболее полную картину гликемического профиля (ГП) пациента и на основании полученных данных сформировать оптимальный алгоритм диетотерапии.

Цель исследования: определить с помощью СНМГ гликемический профиль пациентов с печеночными формами ГБ и оценить влияние комплаентности на долю и выраженность гипогликемий у данных пациентов.

Пациенты и методы. Обследовано 23 ребенка (средний возраст составил $7,3 \pm 4,6$ лет) с печеночными формами ГБ. Для более тщательного анализа данных дети с ГБ были разделены на 2 подгруппы: 1-я — комплаентные пациенты ($n = 14$); 2-я — некомплаентные пациенты ($n = 9$). Данные о ГП были получены нами посредством СНМГ (США). Глюкоза в венозной крови измерялась с помощью прибора UniCel DxC 800 Synchron (США). В качестве порога гипогликемии был выбран уровень глюкозы — 3,3 ммоль/л.

Результаты. Важно отметить, что уровень глюкозы в венозной крови натощак, измеренный однократно при поступлении пациентов в стационар, был ниже значения 3,3 ммоль/л лишь у 26,1%, а по данным СНМГ у 82,6% детей с ГБ. Доля гипогликемии была больше у некомплаентных пациентов ($rSpearman = -0,431$, $p < 0,05$), у которых, кроме того, отмечались и более выраженные падения уровня глюкозы ($rSpearman = 0,505$, $p < 0,05$). Независимо от этого, чем больше была доля гипогликемии у пациентов, тем более выраженной она была ($rSpearman = -0,919$, $p < 0,01$).

Заключение. Наше исследование показало, что однократные измерения уровня глюкозы крови у детей с ГБ мало показательны. По результатам мониторинга доля гипогликемии у пациентов с ГБ напрямую коррелировала со степенью ее выраженности. При этом у пациентов, некомплаентных к лечению, доля гипогликемий, а также их выраженность были значимо выше по сравнению с комплаентными.

107

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА
ПРИРОДНОЙ ЙОДОБРОМНОЙ ВОДЫ У ДЕТЕЙ
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС****Конова О. М., Дмитриенко Е. Г., Зимина Е. П., Ружнова О. Н.,
Исаенкова С. В., Дмитриенко Т. Г.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Ранняя комплексная реабилитация детей с последствиями перинатального поражения ЦНС (ПП ЦНС) позволяет впоследствии значительно снизить процент инвалидности.

Цель исследования: определить эффективность применения электрофореза с салфетками «Полиминеральные» на основе природной йодобромной воды у детей с последствиями ПП ЦНС.

Пациенты и методы. Обследовано 53 ребенка от 1 до 12 месяцев жизни. 30 детей основной группы в составе комплексной терапии получили курс электрофореза на область позвоночника с салфетками «Полиминеральные», 23 пациента составили группу сравнения (без физиотерапии). Оценивалась динамика клинических симптомов, типов неспецифических адаптационных реакций (НАРО) по лейкоцитарной формуле крови, данных электроакупунктурного исследования на аппаратно-программном комплексе МОРА.

Результаты. Наиболее выраженная положительная динамика у пациентов основной группы отмечалась со стороны синдромов двигательных нарушений (у 89,6%), гипервозбудимости (у 84,6%) и дисфункции вегетативной нервной системы (у 68,4%). Положительная динамика клинических симптомов коррелировала с благоприятными перестройками НАРО: в 1,5 раза выросло число пациентов с антистрессорными реакциями; при этом уменьшилось в 3,7 раза с реакцией переактивации и в 3,0 раза с низким уровнем реактивности. В группе сравнения изменения клинических симптомов были менее выражены и наступали в более поздние сроки. При снижении числа пациентов с антистрессорными реакциями, в 2,6 раза чаще стала выявляться реакция переактивации в 1,6 раза увеличилось количество детей с низким и в 5,5 раза уменьшилось — с высоким уровнем реактивности. По данным МОРА-диагностики у всех детей основной группы при повторном тестировании выявлена нормергия. В группе сравнения отмечалась тенденция к гиперергическим перестройкам.

Заключение. Таким образом, курс электрофореза природной йодобромной воды благоприятно влияет на динамику клинических проявлений болезни, повышает адаптационные резервы организма. Доказана эффективность метода у детей с 1-го месяца жизни.

ОСОБЕННОСТИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОТЕИНУРИИ У ДЕТЕЙ

Конюх Е. А., Дьякончук Ю. С., Липская И. П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность. Ортостатическая протеинурия (ОП), по данным разных авторов, встречается у 5–40% детей в возрасте от 5–15 лет. Несмотря на то, что это состояние является функциональным, оно может быть первым проявлением поражения почек.

Цель исследования: изучить особенности ОП у детей.

Пациенты и методы. Проведен анализ 38 медицинских карт пациентов, проходивших обследование в УО «Гродненская областная детская клиническая больница» с диагнозом «ортостатическая протеинурия». Мальчиков было 18 (47%), девочек — 20 (53%). У детей до 9 лет ОП не выявлялась. В возрасте 9–12 лет ОП установлена у 26%, в возрасте от 13–15 лет у 42%, от 16–17 лет — 32%. Чаще пациенты с ОП госпитализируются в весенне-осенний период (31% и 34%, соответственно), в зимний — 26%, в летнее время — 8%.

Результаты. При наличии жалоб со стороны мочевыделительной системы к врачу обратились 15 детей (39%): боль в поясничной области у 8 детей (53%), в области живота — 5 (33%), в области сердца — 2 (14%). У 23 человек (61%) протеинурия выявлена при профилактическом осмотре. Только 2 пациента (5%) указывают на физическую нагрузку накануне исследования мочи. У 32 детей (84%) протеинурия выявлена впервые, 1 ребенок (3%) госпитализирован повторно через 6 месяцев, 3 (13%) — через 7–12 месяцев с сохранением протеинурии. Дефицит массы тела выявлен у 9 (24%) пациентов, у 29 (76%) физическое развитие было гармоничным.

Среди сопутствующих заболеваний у 19 (50%) детей выявлен хронический тонзиллит, ОРИ у 9 (24%), нефроптоз у 7 (18%); кристаллурия у 5 (13%), инфекция мочевых путей у 2 (5%), пиелоктазия у 6 (16%) пациентов.

Заключение. Таким образом, частота ортостатической протеинурии не зависит от пола; выявляется в возрасте 9–17 лет, наиболее часто у детей 13–15 лет. 1/4 часть обследуемых пациентов имеет дефицит массы тела. В весенне-осенний период ОП выявляется в 65% случаев. Более половины детей поступают в стационар для обследования по поводу ОП, не имея жалоб. У 16% детей функциональная протеинурия не имеет положительной динамики, что требует наблюдения с целью исключения органической почечной патологии.

109 ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ ПЛОВЦОВ РАЗНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Корнеева И. Т., Маянский Н. А., Поляков С. Д.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Самым простым и часто применяемым способом лабораторной диагностики для оценки состояния здоровья организма является общий клинический анализ крови. Данный анализ широко используется как один из самых важных методов обследования.

Цель исследования: изучить показатели периферической крови спортсменов разной квалификации.

Пациенты и методы. Обследовано 104 спортсмена от 10–17 лет, занимающихся плаванием. Спортивная квалификация низкая — 44 спортсмена, высокая — 60. Спортивный стаж от 4 до 10 лет. Исследовали венозную кровь с помощью автоматического гематологического анализатора Sysmex XT-2000i.

Результаты. Определено достоверное увеличение гемоглобина у обследованных пловцов с возрастом и уровнем квалификации, что свидетельствует о повышении аэробных возможностей организма, эффективности аэробных тренировочных занятий. У высококвалифицированных пловцов отмечается достоверное снижение средней концентрации гемоглобина в эритроците, что имеет определенные преимущества, так как уменьшает нагрузку на сердце. Во время мышечной работы гемоконцентрация обеспечивает повышение содержания гемоглобина и потому увеличивает кислородную емкость крови пропорционально мощности нагрузки. В этом отношении хорошо тренированный спортсмен с более низкими в условиях покоя показателями красной крови (пониженной концентрацией эритроцитов и гемоглобина) и значительным объемом циркулирующей крови имеет определенные функциональные преимущества: диапазон рабочих изменений у него в крови увеличен, следовательно, и функциональный резерв для повышения кислородтранспортных возможностей больше, чем у низкоквалифицированного пловца.

Показатели гематокрита у спортсменов разной квалификации находятся в пределах возрастной нормы. В исследовании отмечено увеличение гематокрита с возрастом спортсменов.

Заклучение. Таким образом, значимые изменения показателей гемограммы, выявляемые у пловцов разной квалификации, зависят от спортивного стажа и лежат в основе спортивных достижений.

110

БУККАЛЬНЫЙ ЭПИТЕЛИЙ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Корсаков А. В., Яблоков А. В., Трошин В. П., Михалев В. П.

Брянский государственный технический университет

Актуальность. Врожденные пороки развития (ВПР) занимают ведущее место в структуре причин перинатальной, неонатальной, младенческой смертности, заболеваемости и детской инвалидности. Частота рождения детей с ВПР составляет в среднем по миру 4–6%, при этом в половине случаев — это смертельные и тяжелые ВПР (Carmona, 2005). До 80% тяжелых ВПР заканчиваются смертью ребенка (Жученко, Тамазян, 2010). Все это определяет актуальность профилактики ВПР.

Цель исследования: определить, можно ли использовать диагностику цитогенетических нарушений буккального эпителия как сравнительно простого, быстрого и недорогого дополнительного метода выявления групп риска ВПР у женщин, планирующих беременность.

Пациенты и методы. Буккальный эпителий для цитологического анализа получен в период март 2013 г. — май 2014 г. у 78 родильниц 20–30 лет после естественных родов с ВПР у новорожденных или с ВПР у плода в случае медицинского прерывания беременности, и для 100 родильниц с новорожденными без ВПР.

Результаты. У родильниц с ВПР плода суммарная частота клеток с деструкцией ядра (кариопикноз, кариорексис и кариолизис) в 1,7 раза ($p < 0,01$), частота встреч клеток с двойным ядром в 2,6 раза ($p < 0,05$), число клеток с микроядрами в 3,2 раза ($p < 0,01$) превышает аналогичные показатели родильниц без ВПР плода.

Заключение.

1. Цитологические нарушения буккального эпителия могут служить одним из критериев выявления групп повышенного риска формирования ВПР у плода при индивидуальном обследовании женщин, планирующих беременность.
2. Частота клеток с микроядрами у родильниц на территории Брянской области, заметно меньше, чем описанная для других регионов — соответственно 0,6 и 1–3‰ (Нерсесян, 1996; Fenech et al., 2011; Сычева, 2012). Тот факт, что этот уровень в Брянской области втрое выше частоты клеток с микроядрами у родильниц без ВПР плода заставляет поставить под сомнение корректность принятого среднего уровня (1–3‰) и требует проведения более широких сравнительных исследований этого показателя.

111 ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ

Кочерова О. Ю., Антышева Е. Н., Шанина Т. Г.

*Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства
им. В. Н. Городкова*

Актуальность. Наиболее неблагоприятное воздействие на развитие детей-сирот, особенно в первые годы жизни, оказывает эмоциональная депривация, следствием которой являются различные нарушения здоровья. Поэтому одной из основных задач социально-демографической политики в настоящее время является передача детей из государственных учреждений на воспитание в замещающие семьи.

Цель исследования. Выявление динамики эмоционального состояния у детей раннего возраста до передачи в замещающую семью и через один год воспитания в семье.

Пациенты и методы. Обследовано 54 ребенка раннего возраста в период адаптации к замещающей семье и 50 детей, воспитывающихся в кровной семье, с помощью эмоционально-поведенческих шкал.

Результаты. Общая балльная оценка эмоционального статуса детей, через год воспитания в замещающей семье, по сравнению с оценкой до передачи в семью повышалась ($-4,8 \pm 2,04$ и $12,2 \pm 1,41$; $p < 0,001$), за счет повышения оценок по шкалам — отрицательные эмоции ($-3,9 \pm 0,49$ и $-0,6 \pm 0,29$; $p < 0,001$), познавательная деятельность ($0,7 \pm 0,34$ и $2,9 \pm 0,22$; $p < 0,001$), положительные эмоции ($1,0 \pm 0,39$ и $4,6 \pm 0,21$; $p < 0,001$), социальные контакты ($0,6 \pm 0,41$ и $2,4 \pm 0,31$, $p < 0,001$), двигательная активность ($0,2 \pm 0,55$ и $1,9 \pm 0,54$; $p < 0,05$). Однако по сравнению с детьми, воспитывающимися в кровной семье, общая балльная оценка оставалась ниже ($28,5 \pm 1,46$ и $12,2 \pm 1,41$; $p < 0,001$), за счет более низких оценок по шкалам — отрицательные и положительные эмоции ($p < 0,001$), гнев ($p < 0,001$), страх ($p < 0,001$), познавательная деятельность ($p < 0,001$), сон ($p < 0,001$).

Заключение. Через год воспитания в замещающей семье эмоциональный фон детей раннего возраста повышался за счет уменьшения отрицательных эмоций, страха, повышения познавательной деятельности, положительных эмоций, социальных контактов и двигательной активности, но оставался ниже, чем у детей, воспитывающихся в кровной семье. Это обуславливает необходимость продолжения сопровождения замещающих семей и разработки мероприятий по облегчению адаптации приемных детей.

112

СЛУЧАЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Кравцова Ю. С., Кондратьева И. В., Луканкина Л. Н., Цуканова Е. С., Айзенберг В. П., Кузнецова В. А.

Воронежская областная детская клиническая больница № 1

Актуальность. Легочная гипертензия представляет трудности для своевременной диагностики и эффективной терапии.

Цель исследования. Случай легочной гипертензии у ребенка 1 года 6 месяцев.

Пациенты и методы. Больной П. 20.06.2013 года рождения. Методы обследования: клинические, лабораторные, инструментальные.

Результаты. Возраст мальчика 1 год 4 мес. поступил в педиатрическое отделение с жалобами на одышку, тахикардию, цианоз, отставание в физическом развитии. Масса тела 7100 грамм, рост 70 см. Дефицит массы тела 35%. Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне нейроэндокринного ожирения. Роды в 30 недель путем экстренного кесарева сечения — отслойка плаценты. Масса тела при рождении 1800 грамм, рост 39 см, по шкале Апгар 1 балл. ИВЛ с рождения в течение 50 дней. На РКТ органов грудной клетки в 4 месяца признаки БЛД, пневмонии. В динамике РКТ легких в 1 год картина пневмонии, пульмофиброзные изменения. Кожные покровы цианотичные. Деформация грудной клетки с формированием «сердечного горба». В легких хрипы с обеих сторон сухие и крепитирующие. ЧД в покое 55 в мин. Границы сердца расширены в поперечнике. Тоны сердца звучные, систолический шум в 5 точке. ЧСС в покое 160 уд. в мин., АД 60/35 мм рт. ст. Сатурация O₂ — 49,3%. ДЭхоКГ — признаки высокой легочной гипертензии — среднее расчетное давление в стволе ЛА 47 мм рт. ст. Выраженная дилатация правых полостей сердца, гипертрофия миокарда правого желудочка. ТК регургитация 3 ст., МК регургитация 2 ст. Фракция выброса 70%, фракция сократимости 37%. ЭКГ данные за гипертрофию правых камер сердца, изменение периода реполяризации. УЗИ ГПДЗ — гепатомегалия, диффузные изменения в печени, расширение нижней полой вены, печеночных вен. Установлен диагноз: хроническая обструктивная болезнь легких. Легочная гипертензия НК 2 А ФК 4 ДН II–III ст. Белково-энергетическая недостаточность тяжелая.

Заключение. Легочная гипертензия, проявляющаяся прогрессирующим повышением давления в легочной артерии, приводит к развитию правожелудочковой недостаточности и определяет неблагоприятный прогноз для выздоровления.

113 СРАВНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ГЕНДЕРНОМУ ПРИЗНАКУ

Кузнецова М. Н., Поляков С. Д., Подгорнова Н. С., Соболев А. М.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. При проведении оздоровительно-профилактических мероприятий в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ) важно знать возрастнo-половые отличия показателей физического здоровья (ПФЗ) детей.

Цель исследования: определить и сравнить среднестатистические значения ПФЗ детей в возрастнo-половом аспекте.

Пациенты и методы. В ДОУ СЗАО Москвы в 2008–2009 гг. измерены ПФЗ 1611 детей в возрасте от 3,5–7,5 лет. Из них 183 мальчика (М) и 155 девочки (Д) в возрасте 4 лет; 239 – М и 254 – Д в возрасте 5 лет; 263 – М и 240 – Д в возрасте 6 лет; 138 – М и 139 – Д в возрасте 7 лет.

Вычисление статистических параметров, центильных таблиц и сравнение средних значений ПФЗ выполнялись с использованием программы Statistica 6.1. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Выявлены следующие статистически значимые гендерные отличия средних значений ПФЗ дошкольников: у мальчиков 4–7 лет статистически выше, чем у девочек того же возраста, обхват грудной клетки, сила кисти ведущей руки, 6–7 лет – скорость реакции на падающий предмет; у девочек 4–7 лет выше показатели силовой выносливости мышц спины и брюшного пресса. Не обнаружено гендерных отличий в тестах «Количество приседаний за 30 с» и «Индекс Кетле-2 (кг/м²)».

Заключение. Сравнение ПФЗ ребенка со среднестатистическим значением или центильными таблицами для его возраста и пола дает возможность своевременно выявить отставание и дать рекомендации по укреплению слабо развитых мышечных групп.

114 РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПОВЕДЕНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Кузнецова М. А.

Саратовский государственный медицинский университет имени
В. И. Разумовского

Актуальность. В последние десятилетия прослеживается низкий репродуктивный потенциал молодого поколения. Об этом свидетельствуют: высокая частота бесплодных браков в молодом возрасте (20–25%), постоянное увеличение потребности во вспомогательных репродуктивных технологиях. Известно, что репродуктивные возможности закладываются в детстве и определяются многими факторами, главными из которых являются качество питания, темпы физического развития, достаточная физическая активность.

Цель исследования: изучить состояние репродуктивного здоровья и оценить репродуктивное поведение девочек-подростков.

Пациенты и методы. Обследовано 32 девочки в возрасте от 11 до 17,5 лет. Обследование включало: анонимное анкетирование подростков, анализ сведений ф. № 112, клинический осмотр, осмотры гинеколога и эндокринолога, лабораторные и УЗ-исследования.

Результаты. Дисгармоничное физическое развитие установлено у 62,5% обследованных девочек. С дефицитом массы тела I степени было 12,5%, с ожирением и высокорослых — 25%. Нормальные показатели полового развития отмечались у 75% девушек, ускоренное и задержка полового развития — у 6%, ретардированный тип полового созревания — у 13%. Средний возраст менархе составил $12,8 \pm 0,8$ лет. Расстройства *mensis* диагностированы у 57% девочек (нерегулярный менструальный цикл, полименорея и альгоменорея, аномалия формы матки). Дефицитное белковое питание выявлено у 81% респондентов, при этом у 12% — длительный дефицит. Животный белок, как правило, заменялся белками птицы, соевым белком (колбасы). Дефицит жизненно важных микроэлементов установлен у всех девочек. Недостаточная физическая активность отмечалась у 77% обследованных. При этом общение в социальных сетях составляло 40 часов в неделю. Курили 25% девочек (дебют 13–14 лет), употребляли курительные смеси 6% (дебют в 16 лет), алкоголь — 9,4% (дебют 12–14 лет), имели половые контакты 19% (дебют 14–16 лет), беременность наступила у 3% в возрасте 17 лет.

Заключение. Низкий репродуктивный потенциал современных девочек-подростков обусловлен социальными причинами.

115 ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ МАЛЬЧИКОВ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кузнецова М. Н., Поляков С. Д., Подгорнова Н. С., Соболев А. М.

*Научный центр здоровья детей, Москва
ГБУ «Московский НПЦ медицинской реабилитации, восстановительной
и спортивной медицины»*

Актуальность. Метод скрининга физического развития детей раннего и дошкольного возраста позволяет характеризовать здоровье каждого ребенка и своевременно рекомендовать мероприятия по коррекции оздоровительно-воспитательной работы в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ).

Цель исследования: оценить показатели физического развития и разработать возрастные нормативы для мальчиков дошкольного возраста.

Пациенты и методы. Антропометрические показатели: масса (кг), длина тела и окружность грудной клетки (см), жизненный (мл/кг) и массо-ростовой (кг/м²) индексы 823 мальчиков в возрасте 3,5–7,5 лет из ДОУ СЗАО Москвы определены по общепринятым методикам в период с 23.04.2008 по 11.12.2009. Статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием программ Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., США). Проверка гипотез о равенстве средних значений проводилась с помощью t-критерия Стьюдента для независимых групп. Статистически значимым считали уровень $p \leq 0,05$.

Результаты. Для антропометрических показателей мальчиков каждой возрастной группы вычислены статистические параметры: среднее арифметическое (M), стандартное отклонение (σ), стандартная ошибка среднего (m) и процентиля (P5, P10, P25, P50, P75, P90, P95). Полученные данные по возрастам интегрированы в центильные таблицы компьютерной программы. Установлено статистически значимое ($p \leq 0,001$) ежегодное увеличение средних значений показателей окружности грудной клетки, массы и длины тела детей. В последовательности n, $M \pm \sigma$ представлены значения Индекса Кетле-2, кг/м² мальчиков 4, 5, 6 и 7 лет: 129, $15,8 \pm 1,4$; 158, $15,9 \pm 1,7$; 167, $16,2 \pm 2,0$; 111, $16,5 \pm 2,6$ и значения.

Жизненного индекса, мл/кг: 126, $42,2 \pm 9,6$; 158, $48,6 \pm 9,5$; 167, $49,5 \pm 11,0$; 111, $48,9 \pm 10,5$.

Закключение. Сравнение показателей физического развития с нормативными значениями дает возможность выявить «слабые места» в организме ребенка и принять соответствующие меры.

116

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ

Кулакова Е. В., Богомолова Е. С.

*Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр,
Нижний Новгород*

Актуальность. Объективно отразить степень утраты здоровья детского населения позволяют показатели заболеваемости, а ее структура дает возможность определить приоритеты профилактики при организации обслуживания в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

Цель исследования. Изучение заболеваемости школьников по данным обращаемости.

Пациенты и методы. Проведено выборочное изучение заболеваемости 1274 детей школьного возраста по данным трехлетней обращаемости в ЛПУ путем выкопировки сведений из первичной медицинской документации, а также анализ распространенности заболеваний школьников в зависимости от пола и возраста.

Результаты. В целом, уровень распространенности заболеваний в нашем исследовании составил 1779,1‰. В структуре заболеваемости доминирующее место занимают болезни органов дыхания. На втором месте — класс болезней глаза и его придаточного аппарата. Далее в структуре распространенности следуют: инфекционные болезни, травмы и отравления, болезни костно-мышечной системы. Суммарная доля перечисленных классов составляет 86,2%. Изучение возрастных особенностей показало, что максимальный уровень заболеваемости по обращаемости регистрируется у школьников 1 степени обучения и составляет 2092,6‰. У школьников в возрасте 11–14 лет (2 степень обучения) наблюдается снижение распространенности заболеваний до 1617,26‰, а обучающихся в старших классах (3 степень обучения) до 1371,4‰. Изучение резистентности организма школьников по кратности заболеваний в год показало, что 61,9% учащихся отнесено в группу эпизодически болеющих. Индекс здоровья, т. е. доля не болевших детей, равен 29,4%. Доля часто болеющих школьников составила 8,7%.

Закключение. Ухудшение состояния здоровья детей школьного возраста требует совершенствования системы медицинского обслуживания на уровне общеобразовательных учреждений и в первичном звене ЛПУ. Своевременная организация профилактической работы, в первую очередь, направленная на снижение уровня школьно-обусловленных заболеваний приведет к снижению показателей заболеваемости.

117

**ЗНАЧЕНИЕ ДИСБАЛАНСА АДИПОЦИТОКИНОВ
В ФОРМИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
У ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ****Куличенко М. П., Ушакова С. А., Петрушина А. Д., Кляшева Ю. М.***Тюменская государственная медицинская академия*

Актуальность. В настоящее время недостаточно изучено влияние дисбаланса адипоцитокинов на формирование артериальной гипертензии (АГ) у подростков с избытком массы тела и ожирением.

Цель исследования. Дать оценку особенностей концентрации лептина и адипонектина в сыворотке крови у подростков с избытком массы тела и ожирением в зависимости от уровня АД.

Пациенты и методы. Обследовано 74 подростка с избыточной массой тела и ожирением. Проведено исследование концентрации лептина и адипонектина в крови в зависимости от уровня АД (с нормальным АД — 19 человек, с лабильной АГ — 17 человек и со стабильной АГ — 38 человек). Контрольная группа — 20 здоровых подростков. Исследование адипонектина и лептина в плазме крови проводилось методом иммуноферментного и иммуносорбентного анализа. Варианты АГ определены на основании данных суточного мониторинга АД (BPLab®, Россия).

Результаты. Уровень лептина в сыворотке крови у подростков с избытком массы тела значимо выше в сравнении со здоровыми (3,1 нг/мл), независимо от наличия или отсутствия АГ и ее характера — лабильной (12,1 нг/мл) или стабильной (14,9 нг/мл) ($p < 0,05$). Определена тенденция к увеличению уровня лептина у подростков со стабильной АГ по сравнению с подростками с нормальным АД и с лабильной АГ. У тучных подростков с нормальным АД и стабильной АГ, при сравнении с контрольной группой, значимо ниже уровень адипонектина (5,4 мкг/мл и 4,5 мкг/мл против 6,3 мкг/мл, $p < 0,05$). При лабильной АГ можно отметить тенденцию к более низкому уровню адипонектинемии, по сравнению с контрольной группой. При сравнении показателей адипонектинемии в основных группах пациентов с избытком массы тела в зависимости от уровня АД выявлен более низкий уровень адипокина при стабильной АГ, по сравнению с подростками с нормальным АД или с лабильной АГ ($p = 0,022$ и $p = 0,029$, соответственно).

Заключение. Формирование ранних стадий артериальной гипертензии у тучных подростков ассоциировано с дисбалансом адипоцитокинов — гиперлептинемией в сочетании с гипoadипонектинемией. Указанные нарушения могут рассматриваться как цель терапевтического воздействия.

118

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НК-КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОВ С ПЕЧЕНОЧНЫМИ ФОРМАМИ ГЛИКОГЕНОВОЙ БОЛЕЗНИ

Курбатова О. В., Сурков А. Н., Полякова С. И., Мирошкина Л. В.,
Самохина И. В., Семенова Г. Ф., Духова З. Н., Петричук С. В.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В. И. Кулакова

Актуальность. Согласно литературным данным, существуют нарушения Т-клеточного звена иммунной системы у пациентов с гликогеновой болезнью (ГБ). Данных по оценке НК-клеток (клеток врожденной иммунной системы), осуществляющих прямую цитотоксическую функцию без предварительной активации, в литературе нет.

Цель исследования: выявить особенности функционирования НК-клеток у пациентов с печеночными формами ГБ.

Пациенты и методы. В динамике было обследовано 54 ребенка с печеночными формами ГБ, из них с ГБ I типа — 19 детей (количество наблюдений N = 51), с ГБ III типа — 16 детей (N = 28), с ГБ VI типа — 19 детей (N = 35). В группу сравнения было включено 34 условно здоровых ребенка. В зависимости от возраста пациенты с ГБ были разделены на 5 групп: младше 2 лет (N = 9); 2–5 лет (N = 37), 6–8 лет (N = 39), 9–11 лет (N = 25) и старше 12 лет (N = 28). Всем детям было проведено иммуноцитохимическое исследование лимфоцитов периферической крови с использованием лазерного проточного цитометра ВС FC 500.

Результаты. При анализе результатов иммунограммы пациентов с ГБ было выявлено, что абсолютное количество НК-клеток соответствовало нормативным значениям в 90% случаев. С возрастом увеличивалось количество пациентов, у которых количество НК-клеток было снижено, что соответствовало наблюдаемой клинической картине возникновения частых и длительных ОРИ. В зависимости от типа заболевания снижение количества НК-клеток более выражено при I типе (34%) и менее выражено при III (23%) и VI (15%). Однако повышение числа НК-клеток наблюдалось только у пациентов Ib типа заболевания, что, возможно, связано с компенсаторной реакцией на нейтропению, отмечаемой только у данных больных. Активность сукцинатдегидрогеназы в популяции НК-клеток достоверно не отличалась от показателей группы сравнения.

Заключение. На основании полученных данных можно предположить, что у пациентов с ГБ, в отличие от Т-клеточного иммунитета, врожденный иммунитет функционирует с минимальными отклонениями, однако с возрастом его состояние ухудшается.

119

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СЛЮНОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДЦП)**Куренков А. Л., Клочкова О. А., Каримова Х. М., Бурсагова Б. И., Кузенкова Л. М., Мамедьяров А. М.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Избыточное слюноотечение — значимая медицинская и социальная проблема пациентов с ДЦП и другими неврологическими заболеваниями с нарушением глотания. Введение ботулинического токсина типа А (БТА) в слюнные железы показало свою эффективность в коррекции сиалореи у взрослых пациентов с нейродегенеративными заболеваниями, но не имеет должной доказательной базы в педиатрии.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность однократных инъекций БТА для коррекции слюноотечения у пациентов с ДЦП.

Пациенты и методы. В исследовании участвовало 13 детей (от 2 лет до 14 лет 7 мес.) с ДЦП и сиалореей, не поддающейся коррекции немедикаментозными методами. Тяжесть сиалореи оценивали по шкале оценки слюноотечения (The Drooling Impact Scale-DIS) до инъекций БТА, через 1, 3 и 6 месяцев после инъекций. Использовали один из препаратов БТА: Диспорт (Ipsen Biopharm, Великобритания) — 1 группа, либо Ботокс (Allergan Pharmaceutical, Ирландия) — 2 группа. БТА вводили в околоушные и подчелюстные слюнные железы в 1–2 точки под контролем УЗИ. Медиана исходных показателей по DIS в первой группе — 77 баллов (от 64 до 90), во второй группе — 58 баллов (от 53 до 66). Результаты лечения признавали отличными при уменьшении показателя по DIS на ≥ 20 баллов, хорошими — при уменьшении от 10 до 20 баллов и неудовлетворительными при изменениях менее 10 баллов, а также при развитии нежелательных явлений.

Результаты. Через 1 мес. после инъекции БТА отличные результаты зафиксированы у 6 (46,2%) пациентов, хорошие у 7 (53,8%) пациентов, стойких нежелательных явлений не отмечалось. Различий в эффективности терапии в 2 группах пациентов не выявлено. Через 3 мес лишь у 2 пациентов (15,4%) сохранялось снижение показателей DIS более 20 баллов, у 6 детей (46,2%) от 10 до 20 баллов. Через 6 мес после инъекций БТА все пациенты вернулись практически к исходному уровню слюноотечения.

Заключение. Инъекции БТА в слюнные железы у детей с ДЦП позволили добиться клинически значимого снижения избыточного слюноотечения на срок от 1 до 3 месяцев. Значимых нежелательных явлений отмечено не было.

120

РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА: НОРМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ

Кутявина Т. А., Захарова С. Ю., Дерябина Е. Г.

*Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства
и младенчества, Екатеринбург*

Актуальность. Согласно данным Международной федерации диабета, число больных с сахарным диабетом (СД), постоянно растет. В результате наблюдения за периодом адаптации у таких детей, родившихся от женщин с сахарным диабетом 1 типа, неонатологи сталкиваются с многочисленными проблемами, возникшими еще во внутриутробном периоде.

Цель исследования. Охарактеризовать течение раннего неонатального периода у новорожденных, родившихся у матерей больных сахарным диабетом 1 типа.

Пациенты и методы. Наблюдали 57 новорожденных от женщин с сахарным диабетом 1 типа.

Результаты. Только 21,1% новорожденных имели среднее пропорциональное физическое развитие. Макросомия определялась у 63,1% детей от матерей с СД 1 типа. Задержка внутриутробного развития была выявлена у детей от матерей с СД 1 типа в 15,8% случаев. В состоянии асфиксии средней степени тяжести родились 64,9% детей от женщин с СД 1 типа. Гипогликемия при рождении была зарегистрирована у 71,9% (41 из 57) детей. Нормализация и стабилизация уровня гликемии у всех новорожденных наблюдалась к 3–5-м суткам жизни.

Врожденные пороки развития сердца были выявлены в 10,5% случаев (6 детей). Самой частой патологией было перинатальное поражение ЦНС (ППЦНС) в виде гипоксически-ишемического (89,5%) и ишемически-геморрагического поражения ЦНС (26,3%). При этом диагноз ППЦНС тяжелой степени был установлен 11 детям (19,2%), среднетяжелой степени у 34 детей (59,6%). Синдром дыхательных расстройств регистрировался у 63,2% новорожденных, что потребовало в 36,9% (21 из 57) случаев респираторной поддержки различными способами. Диабетическая фетопатия была установлена у 63,1% (36 из 57) новорожденных от матерей с СД 1 типа.

Заключение. Таким образом, ранний неонатальный период у детей от женщин, больных сахарным диабетом 1 типа, протекает патологически. У наблюдаемых детей диагностированы диабетическая фетопатия, гипогликемия, нарушения дыхательной и нервной систем, что потребовало длительного выхаживания в стационарных условиях.

121

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ ШТАММОВ *ESCHERICHIA COLI*, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ МОЧИ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**Лазарева А. В., Катосова Л. К., Чащина И. Л., Зоркин С. Н.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Проблема антибиотикорезистентности микроорганизма, имеющая разнообразные механизмы, является в настоящее время одной из важнейших задач в борьбе с инфекцией.

Цель исследования: определить спектр чувствительности к антибиотикам штаммов *E. coli*, выделенных от детей с инфекцией мочевыводящей системы (ИМС) соматического и урологического отделений.

Пациенты и методы. В период с 2012–2014 гг. изучено 190 штаммов *E. coli*, выделенных из мочи детей с ИМС соматического и урологического отделений: 104 и 86 штаммов соответственно. Посев мочи проводили на селективные среды (BioMerieux, Франция). Идентификацию осуществляли на MALDI-TOF MS (Bruker, Германия). Чувствительность к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом на среде Мюллера-Хинтон (BioRad, Франция) и на анализаторе Vitek 2 (BioMerieux, Франция).

Результаты. Установлено, что доля *E. coli* в микробном спектре мочи при острой ИМС составила 64%, у детей в урологическом отделении — 20%. Результаты исследования чувствительности *E. coli* к антибиотикам показали, что частота выделения изолятов, продуцирующих β-лактамазу расширенного спектра (БЛРС) в сравниваемых группах, составила 7% и 17% ($p \leq 0,05$) соответственно. К ампициллину чувствительность сохранялась у 49% и 41% изолятов; к амоксициллину/клавуланату у 79% и 69%, соответственно. На высоком уровне определялась чувствительность *E. coli* к сульперазону: 98% и 94%. Все протестированные штаммы имели 100% чувствительность к карбапенемам. Чувствительность *E. coli* к фосфомицину составила 100% в соматическом отделении и 98% в урологическом. К аминогликозидам *E. coli* сохраняет высокую чувствительность в обеих сравниваемых группах: нетилимицину — 98% и 95%, амикацину — 93% и 92%, гентамицину — 93% и 82% соответственно.

Заключение. Результаты работы показали, что частота выделения *E. coli* — продуцентов БЛРС из мочи детей с острой ИМС остается еще на низком уровне. Более часто БЛРС положительные штаммы *E. coli* выделяются у детей с хронической инфекцией ИМС.

122

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИКИ У МЛАДЕНЦЕВ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Лазуренко С. Б., Павлова Н. Н., Складнева В. М.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Увеличение числа детей с перинатальной патологией в общей популяции новорожденных требует поиска новых эффективных методов диагностики и реабилитации состояния их здоровья.

Цель исследования: изучить динамику и особенности психического развития 710 детей с болезнями нервной системы в первые три года жизни.

Пациенты и методы. Исследование проводилось с использованием диагностики нервно-психического развития Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт, психолого-педагогической диагностики развития детей раннего и дошкольного возраста Е.А. Стребелевой. Проводилась оценка достоверности различий средних и относительных величин проводилась с использованием коэффициент сопряженности Пирсона.

Результаты. У большинства детей (48,8%) с функциональными отклонениями в работе ЦНС формирование психики происходит по задержанному типу (актуальный психологический возраст отстает от норматива на 1 психологический возраст). У некоторых детей (29,4%) — по медленному (актуальный психологический возраст отстает от норматива на 2 психологических возраста), а у остальных детей (21,8%) отмечается крайне медленный тип (актуальный психологический возраст отстает от норматива на 3 и более психологических возраста). Выявлена обратная корреляция между вариантом психического развития ребенка и кистозно-глиозными образованиями в структурах и тканях головного мозга ($r = -0,545$), врожденными пороками его развития ($r = -0,49$), наследственными болезнями ($r = -0,41$), причем корреляция между этими патологиями слабая ($r = 0,353$), что свидетельствует о самостоятельной роли каждого из этих двух нарушений.

Заключение. Непосредственно этиология и течение болезни, как и определенная структура нарушений здоровья, представляют собой первичные факторы, оказывающие отрицательное влияние на процесс психического развития. Раннее выявление вариантов отклоняющегося развития у детей «группы психического риска» позволяет своевременно предпринять необходимый комплекс мер для предупреждения и коррекции вторичных отклонений в познавательном и социальном развитии.

123

СТРАТЕГИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АБИЛИТАЦИИ/РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**Лазуренко С. Б., Стребелева Е. А., Закрепина А. В.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Многолетние исследования в области медицины, психологии и педагогики показывают, что система восстановительной помощи ребенку с нарушениями здоровья должна быть построена в виде комплексного воздействия как на органическую природу, так и на социальную составляющую психического развития.

Цель исследования. Научно обосновать стратегию специальной педагогической и психологической помощи детям с нарушениями здоровья в системе комплексной медико-социальной абилитации/реабилитации.

Пациенты и методы. Клинико-экспертный анализ информации об этиологии нарушений здоровья у 1200 детей раннего и дошкольного возрастов и социальных последствиях болезни; математическая и статистическая обработка полученных результатов.

Результаты. Согласно структуре и степени тяжести нарушений психического развития все дети с ограниченными возможностями здоровья были объединены в три группы: I группу составили 21,9% (263) детей с хроническим течением болезни различного генеза, задержкой психического и речевого развития различной этиологии, трудностями социальной адаптации; во II группу вошли 42,8% (514) ребенка с нарушениями здоровья различной этиологии и степени тяжести, в том числе нервной системы, недоразвитием познавательной деятельности и речи, особенностями формирования личности, низким уровнем социальной адаптации; III группа — 35,5% (423) детей с сочетанной патологией развития, тяжелыми хроническими болезнями, грубым недоразвитием эмоций, познавательной деятельности и речи, отсутствием социальных форм поведения. Обнаружена связь этиологии и тяжести нарушений здоровья с характером и числом их социальных последствий ($p < 0,01$).

Заключение. У детей с различными по этиологии и степени тяжести нарушениями здоровья установлено сочетание психологических и познавательных трудностей, которые могут быть устранены или сглажены путем индивидуального подбора содержания программы психолого-педагогического сопровождения ребенка в процессе реабилитации/абилитации. Для этого все дети раннего и дошкольного возрастов должны проходить регулярный мониторинг психического развития согласно стандарту профилактических осмотров в лечебно-профилактических учреждениях с целью оценки его соответствия возрастному нормативу, выявления характера и структуры психологических трудностей. Содержание индивидуальной программы психолого-педагогического сопровождения ребенка и семьи, организация, методы и профиль специалистов, ее реализующих определяются в зависимости от этиологии, структуры и степени тяжести отклонений в его здоровье, темпа психического развития, характера и особенностей психологических взаимоотношений с внешним миром, восприятия информации разной модальности, доступных способов социального взаимодействия с окружением. Реализация специальной педагогической и психологической помощи детям с ОВЗ в системе комплексной медико-социальной абилитации/реабилитации позволит оптимизировать психологические взаимоотношения детей с внешним миром, реализовать потенциальные возможности их психики к развитию.

124 ДИНАМИКА УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ПЕРВОКЛАССНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ

Ланина Е. А., Шишова А. В.

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. В связи с возможностью утомления детей в процессе обучения необходимо нормировать деятельность школьников с учетом их индивидуальных особенностей.

Цель исследования: изучить динамику умственной работоспособности (УР) в процессе обучения у первоклассников различных хронобиологических типов.

Пациенты и методы. УР проанализирована у первоклассников трех групп с утренним ($n = 50$), индифферентным ($n = 138$) и вечерним ($n = 22$) хронотипами, определенными по анкете Ostberg O., адаптированной для детского возраста. УР определялась по результатам выполнения корректурных проб (Антропова М. В., 1977) в начале обучения и в конце каждой четверти. Эксперимент проводился в начале учебного дня и по окончании уроков.

Результаты. В первой четверти перед первым уроком самые высокие показатели коэффициента точности ($84,6 \pm 3,2$) имели школьники утреннего типа по сравнению с индифферентным ($76,6 \pm 1,99$, $p < 0,001$) и особенно вечерним ($73,1 \pm 3,6$, $p < 0,05$). К окончанию занятий у детей утренней группы происходило снижение показателей коэффициента точности до $74,97 \pm 3,2$ ($p < 0,05$), а у вечернего — повышение до $87,4 \pm 3,91$ ($p < 0,01$). У индифферентного типа этот показатель практически не изменялся.

В целом же в течение всего учебного года в утренние часы кривая УР была достоверно выше у детей утреннего, а в конце учебного дня — у детей вечернего хронотипа. У первоклассников индифферентной группы УР в течение дня практически не менялась.

Учащиеся утреннего хронотипа на первых-вторых уроках чувствовали себя более комфортно, чем вечернего, не опаздывали на занятия. Школьники вечернего типа постепенно «вработывались» в учебный процесс. Поддержание более высокого уровня УР в течение дня позволило им успешнее справляться с учебными нагрузками.

Заключение. Выявленные особенности динамики умственной работоспособности у детей различных хронобиологических типов необходимо учитывать при нормировании учебной деятельности школьников.

125 НЕВРОТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПЕРВОКЛАСНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ

Ланина Е. А., Жданова Л. А., Шишова А. В.

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. Негативные тенденции в состоянии здоровья школьников требуют индивидуализации профилактических и оздоровительных мероприятий, проводимых в образовательных учреждениях и семье ребенка.

Цель исследования: изучить динамику невротических реакций первоклассников различных хронобиологических типов в процессе обучения.

Пациенты и методы. Обследовано 210 первоклассников, разделенных на 3 группы: первая ($n = 50$) имела утренний, вторая ($n = 138$) — индифферентный, третья ($n = 22$) — вечерний хронотип, принадлежность к которому выявлялась путем опроса родителей по анкете Ostberg O., адаптированной для детей. Невротические реакции выявлялись в начале обучения и в конце каждой четверти путем анкетирования родителей. Использовались определение и критерии диагностики, данные В. В. Ковалевым.

Результаты. Анализ показал, что у 90% детей утреннего типа возникали невротические расстройства. У них отмечались фобический (50%), астенический (48%) и гипердинамический (46%) синдромы. У первоклассников индифферентного типа выявлялись гипердинамический (55%), фобический (47%), астенический (44,9%) синдромы примерно с той же частотой, что и у утреннего хронотипа, однако в два раза чаще отмечался синдром навязчивых движений (в 37% против 20%). При этом у учащихся вечернего типа количество невротических реакций на одного ребенка было достоверно меньше, чем у утреннего и индифферентного ($0,68 \pm 0,02$ против $1,06 \pm 0,3$ и $1,12 \pm 0,4$ соответственно, $p < 0,001$). Все синдромы пограничных нервно-психических расстройств у них выявлялись почти в два раза реже. Возможно, выявленные у этих школьников проявления агрессии позволили им снимать напряжение, возникающее при стрессах. Это и определило наличие у них более низкого, чем у других хронотипов, уровня невротизации.

Заключение. Особенности невротических реакций у первоклассников различных хронобиологических типов необходимо учитывать при выборе тактики семейного воспитания, а также при проведении профилактических мероприятий в период адаптации к обучению в школе.

126

СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ CAGА-ПОЗИВНЫМИ ШТАММАМИ *H. PYLORI*

Латышев Д. Ю., Лобанов Ю. Ф., Печкина К. Ш., Рябчун В. П.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Актуальность. В ряде работ показано протективное влияние на состояние пищевода у взрослых пациентов *H. pylori* и особенно CagA-позитивных (CagA+) штаммов.

Цель исследования: сравнить результаты эндоскопического исследования состояния пищевода у детей, инфицированных CagA+ и CagA- штаммами и *H. pylori* негативных пациентов.

Пациенты и методы. В исследование включено 90 детей от 7 до 15 лет, Из них 32 человека инфицированных CagA+ штаммами, 28 – CagA- штаммами, 30 – *H. pylori* негативных пациентов. Оценивали результаты эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта.

Результаты. Поражения пищевода по типу катарального или эрозивного эзофагита отмечаются у 24 (65%) детей, инфицированных CagA+ штаммами, несколько реже у *H. pylori* негативных пациентов – 17 (56,6%) и еще реже у инфицированных CagA-негативными штаммами – 12 (42,9) пациентов (различия достоверны по сравнению с CagA-позитивной группой, $p = 0,023$). При этом эрозивные изменения отмечались почти в 2 раза чаще у *H. pylori* негативных пациентов (23,3%), чем инфицированных CagA+ штаммами (12,0%) ($p = 0,433$, различия не достоверны) и не отмечены ни у одного CagA- негативного пациента.

Заключение.

1. Явления эзофагит чаще отмечаются у детей инфицированных CagA-позитивными штаммами (65%) и *H. pylori* негативных пациентов (56,6%).
2. Эрозивный эзофагит более характерен для *H. pylori* негативных пациентов (23,3%), чем инфицированных разными штаммами *H. pylori* (12,0%), что указывает на возможный протективный эффект этого микроорганизма на развитие эрозивного эзофагита.
3. Протективная роль CagA-позитивных штаммов не подтверждена.

127

**ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ,
ИНФИЦИРОВАННЫХ CagA-ПОЗИТИВНЫМИ
ШТАММАМИ *H. PYLORI*****Лобанов Ю. Ф., Латышев Д. Ю., Печкина К. Г., Устькачкинцев В. А.***Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул*

Актуальность. В ряде работ показано влияние *H. pylori* на показатели физического развития. В частности, показано протективное влияние *H. pylori* в отношении избыточной массы тела.

Цель исследования: сравнить показатели физического развития инфицированных CagA+ и CagA-штаммами и *H. pylori* негативных пациентов.

Пациенты и методы. В исследование включено 90 детей от 7 до 15 лет. Из них инфицированные CagA+ штаммами 32 человека, CagA- штаммами – 28, *H. pylori* негативные пациенты – 30. Оценивали массу и рост детей центильным методом. Определялось физическое развитие гармоничное (масса соответствует росту), дисгармоничное развитие с дефицитом массы и дисгармоничное развитие с избытком массы тела.

Результаты. Дисгармоничное развитие с избытком массы тела выявлено у 13 (21%) детей, инфицированных *H. pylori* и у 6 (20,0) у *H. pylori*-негативных пациентов. ($p = 0,573$). При этом у инфицированных CagA-позитивными штаммами дисгармоничное развитие с избытком массы отмечено у 11 (34,4%) и значительно реже у CagA-негативных пациентов – 2 (7,1%) ($p = 0,025$). Дисгармоничное развитие с дефицитом массы выявлено у 5 (16,7%) *H. pylori* негативных пациентов, 4 (14,3%) инфицированных CagA-негативными штаммами и ни у одного из пациентов, инфицированных CagA-позитивными штаммами.

Заключение:

1. Не выявлено четкой взаимосвязи между показателями физического развития и инфицированием *H. pylori*.
2. Среди инфицированных *H. pylori* пациентов дисгармоничное развитие с избытком массы тела достоверно чаще отмечается среди CagA-позитивных пациентов.

128

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Лобушкова И. П., Стасёнок Ф. Л., Богряшов С. С., Блохин Б. М.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва

ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ

Актуальность. Бронхообструктивный синдром (БОС) при респираторных заболеваниях является симптомокомплексом, связанным с нарушением бронхиальной проходимости, приводящим к развитию обструктивной острой дыхательной недостаточности (ОДН) у детей. Ежегодно в г. Москве регистрируется от 60 до 90 тысяч случаев ОРВИ, из них БОС возникает по разным данным в 5–50% случаев у детей раннего возраста.

Цель исследования: определение частоты развития ОДН при бронхообструктивном синдроме на догоспитальном этапе у детей в различных возрастных группах.

Пациенты и методы. Работа выполнена на базе отделения скорой медицинской помощи ФГБУ «Детский медицинский центр». Проанализировано 129 случаев вызова скорой и неотложной медицинской помощи за период 2011–2013 гг. к детям от 6 месяцев до 14 лет, ОДН у которых была обусловлена бронхообструктивным синдромом при респираторном заболевании. Все пациенты были распределены на группы: до 1 года — 10,8% (n = 14) больных, от 1 до 3 лет — 28,7% (n = 37), от 4 до 7 лет — 32,6% (n = 42), старше 7 лет — 27,9% (n = 36).

Результаты. Диагностика синдрома ОДН на догоспитальном этапе основывалась на объективных клинических признаках, определяемых врачом скорой медицинской помощи в острейший период респираторного заболевания. Оценка проводилась по следующим критериям: частота дыхания, наличие одышки, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, тахикардия, наличие и характер цианоза, изменение сознания пациента, а также измерение сатурации методом пульсоксиметрии.

Установлено, что БОС явился причиной ОДН в 76% (n = 98) случаев: ОДН I — 49,6%, ОДН II — 26,4%, ОДН 0 — 24% больных.

В группе детей до 1 года при бронхиальной обструкции имела место ОДН I в 42,8%, ОДН II в 50% (p < 0,04); в группе от 1 до 3 лет ОДН I в 51,4%, ОДН II в 27,1%; в группе от 4 до 7 лет ОДН I — 50%, ОДН II — 26,2%; в группе детей старше 7 лет ОДН I — 50%, ОДН II — 16,7% случаев.

Заключение. Таким образом, бронхообструктивный синдром при острых респираторных заболеваниях обусловил развитие ОДН у детей в 76% случаев. Наиболее тяжело ОДН протекала в группе детей до 1 года.

129

**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛЕНИЯ
У НОВОРОЖДЕННЫХ****Лошкова Е. В., Чукина Е. Ю., Кондратьева Е. И., Тютева Е. Ю.,
Михалев Е. В., Горев В. В., Солнышко А. Л., Трифонова Е. Г.,
Голикова Е. В., Шемякина Т. А.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

Актуальность. Наблюдается неуклонный рост распространенности мультирезистентных патогенов (MRP) в госпитальных условиях.

Цель исследования: оценить распространенность мультирезистентных бактериальных патогенов в неонатальных стационарах.

Пациенты и методы. Проанализировано 256 законченных случаев стационара III уровня (30 положительных высево в исследуемых локусах: кровь — 8 штаммов, катетер 8 штаммов, аспират ЭТТ — 14 штаммов) и 147 случаев в стационаре II уровня (18 положительных высево в исследуемых локусах: аспират ЭТТ — 9 штаммов, ликвор — 7 штаммов, кожный покров — 1 штамм, моча — 1 штамм).

Результаты. В учреждении III уровня из 8 штаммов локуса «кровь» 6 штаммов оказались MRP (штаммы *Staphylococcus haemoliticus*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumonia*, *Enterococcus faecalis*), среди 8 штаммов локуса «катетер» 6 были MRP (*Staphylococcus haemoliticus*), среди 14 штаммов локуса «аспират из трахеи» 4 штамма MRP (*Staphylococcus haemoliticus*, *Staphylococcus aureus*). В стационаре II уровня из 18 штаммов зарегистрировано 9 грамотрицательных и 9 грамположительных штаммов. Среди грамположительных штаммов три оказались MRSA (за счет *S. epidermidis*). Среди грамотрицательных штаммов два штамма, продуцировали БЛРС (*Klebsiella pneumonia* и *Escherichia coli*).

Заключение. Необходима формулировка микробиологического диагноза при выписке пациента из стационара, если была зарегистрирована колонизация или инфекция, вызванная мультирезистентными патогенами, с указанием локуса высева. Необходима организация долгосрочного наблюдения за детьми, имевшими MRP-инфекцию/колонизацию. Необходимо проведение локального (1 раз в год) анализа микробного пейзажа (пациент–палата–персонал) и антибиотикорезистентности внутри учреждения, а также внедрение алгоритма диагностики инфекционно-воспалительных заболеваний и назначения стартовой АБТ в ОРИТН и ОРИТ и адаптация «третьей ступени» под индивидуальные особенности профиля антибактериальной резистентности внутри каждого учреждения II и III уровня.

130

МИКРОБНАЯ КОЛОНИЗАЦИЯ И ГЕНЫ СЕМЕЙСТВА IL1

Лошкова Е. В., Кондратьева Е. И., Тарасенко Н. В., Терентьева А. А.,
Рыжакова Н. А., Тютеева Е. Ю., Янкина Г. Н., Ваганова Т. В., Будкин А. В.,
Седюкова Ю. В.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Актуальность. Вопрос о механизмах прогрессирования хронического пиелонефрита (ХП) является одним из дискуссионных в современной нефрологии и провоспалительным цитокинам отводится важная роль.

Цель исследования: изучить ассоциации полиморфных маркеров генов семейства IL1 (IL1B и IL1RA) с ХП, имеющие различный микробиологический статус.

Пациенты и методы. Выборка 99 человек. Средний возраст пациентов $8,01 \pm 3,26$ (3,00–15,00) лет. Контрольная группа включала 98 детей.

Результаты. Микробиологический диагноз подтвержден у 56 (57%) детей, отрицательный результат бактериологического посева мочи зарегистрирован у 43 (43%) больных ХП. Изучение микробного пейзажа мочи показало, что *Escherichia coli* была обнаружена в моче 30 (30%) больных, *Klebsiella species* у 15 (15%), *Proteus spp.* у 11 (12%).

Ассоциативный поиск показал, что аллель A2 полиморфизма RS1143634 IL1B реже наследуется детьми, у которых пиелонефрит вызван *E. coli* (OR = 0,40; 95% CI 0,15–0,99; $\chi^2 = 3,979$; $p = 0,046$), продемонстрирована ассоциация генотипа A2A2 полиморфизма IL1RN*VNTR с колонизацией *E. coli* на фоне пиелонефрита (OR = 13,71; 95% CI 2,37–102,8; $\chi^2 = 19,34$; $p = 0,001$).

Генотип A2A2 (OR = 24,17; 95% CI 3,38–215,8; $\chi^2 = 24,30$; $p = 0,001$) и аллель A2 (OR = 2,96; 95% CI 1,17–7,46; $\chi^2 = 6,141$; $p = 0,013$) гена IL1RN*VNTR предрасполагают к повышенной частоте носительства *Klebsiella species*.

Заключение. Анализ ассоциаций двух локусов генов семейства IL1 (IL1B и IL1RA) с различными вариантами микробной колонизации при хроническом пиелонефрите показал, что аллель A2 и генотип A2A2 полиморфизма IL1RN*VNTR ассоциированы с предрасположенностью к инфицированию основными видами возбудителей инфекционного процесса при хроническом пиелонефрите — кишечной палочкой и клебсиеллой.

Работа выполнена при поддержке гранта ФЦП: 16.740.11.0482 1.2.1 «Изучение эффектов генов-модификаторов иммунного ответа на различных моделях воспаления».

131 ПРОГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Лучанинова В. Н., Погодаева Т. В., Крутова А. С.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Актуальность. Распространённость патологии органов мочевыводящей системы (ОМС) в различных странах, в том числе и в России, в последнее десятилетие увеличилась в 2–2,5 раза, причём, в детском возрасте это связано с пороками ОМС.

Цель исследования. Определение прогностически значимых факторов риска формирования патологии почек у детей.

Пациенты и методы. Проведено ретроспективное исследование анамнеза 110 детей, страдающих нефрологическими заболеваниями (первичный и вторичный пиелонефрит, острый и хронический нефрит) и 110 здоровых детей (возраст 10–15 лет).

Результаты. У всех обследованных детей были выявлены неблагоприятные факторы онтогенеза в генеалогическом и в биологическом анамнезе. Изучено 36 факторов, которые отмечались высокой информативностью и имели достоверные различия в сравниваемых группах, была проведена оценка атрибутивного риска (АР) с выделением наиболее прогностически значимых факторов, определяющих группу новорожденных высокого риска развития патологии ОМС. Такими факторами стали: синдром соединительно-тканной дисплазии (СТД) у матери (пиелюктазия, МАРС, ПМР, ГНТ, нефроптоз) — АР составил 64,6%; заболевания почек у матери — 60,2%; кесарево сечение — 59,6%; обострение пиелонефрита во время беременности — 46,0%; экстрагенитальные заболевания у матери — 43%. Для подтверждения полученных данных проведён ретроспективный анализ историй родов 1260 женщин. Из них 1 группа — женщины без заболеваний почек (600 чел.); 2 группа — женщины, имеющие в анамнезе хронический пиелонефрит без обострения во время беременности (629 чел.) и 3 группа — женщины с гестационным пиелонефритом — 31 чел. По акушерскому анамнезу группы репрезентативны. Выявлено, что в 1-й группе женщин у детей частота врождённых пороков была 0,69%, во 2-й — 1,83%, в 3-й — 3,03% (различия достоверны).

Заключение. Полученные данные могут быть мотивацией к поиску информативных методов ранней диагностики патологии органов мочевыводящей системы у детей.

132

УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ CD45RO И CD45RA КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ ЛИМФОЦИТОВ ПУПОВИННОЙ КРОВИ

Ляпунов В. А., Чистякова Г. Н., Ремизова И. И., Газиева И. А.,
Устьянцева Л. С.

*Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества,
Екатеринбург*

Актуальность. Рецепторы CD45RO и CD45RA в различной степени экспрессированы на разных типах лимфоцитов и характеризуют наивные лимфоциты и клетки памяти человека.

Цель исследования: оценить уровень экспрессии рецепторов CD45RO и CD45RA лимфоцитами пуповинной крови у детей с экстремально низкой массой тела на разных сроках гестации.

Пациенты и методы. Проведено исследование 25 образцов пуповинной крови недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г), родившихся с 22 по 27 неделю гестации (1-я группа) и 26 образцов от детей с ЭНМТ гестационного возраста 28–31 недели (2-я группа). Группу сравнения составили 18 доношенных детей, родившихся в срок с 38 по 41 неделю гестации. Уровень значимости межгрупповых различий принимали $p < 0,05$, тенденции к значимым изменениям — $p < 0,09$.

Результаты. Проведенное исследование показало, что в 1-й группе новорожденных наблюдалось повышение относительного числа CD45RO⁺-клеток — 8 (7–8)% против 5 (3,25–6,75)% в группе сравнения ($p < 0,05$). Во 2-й группе детей отмечена тенденция к росту CD45RO — 7 (5–8,5)% ($p < 0,06$). По абсолютному значению количество клеток было сопоставимо у всех детей. Анализ дабл-позитивной популяции CD45RO⁺/CD3⁺ показал высокую долю позитивной экспрессии по сравнению с 3-й группой — 6 (3–7)% в 1-й группе и 5 (3–7)% во 2-й исследуемой группе, в сравнении с 2,5 (1–4)% 3-й группы ($p < 0,05$). По содержанию клеток с маркером CD45RA в пуповинной крови детей в 1-й группе обнаружена тенденция к снижению по абсолютному числу $3,84 (2,61–4,08) \times 10^9/\text{л}$ в сравнении с 3-й группой ($p < 0,09$). Численность CD45RA⁺/CD3⁺ клеток в 1-й группе так же была снижена $1,19 (0,83–1,53) \times 10^9/\text{л}$ против $1,32 (1,3–1,42) \times 10^9/\text{л}$. Анализ общей популяции лимфоцитов CD45RA⁺ выявил равные доли клеток в 1-й и во 2-й группе относительно показателей 3-ей группы.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о ранней активации механизмов Т-клеточной памяти лимфоцитов у всех детей с ЭНМТ вне зависимости от гестационного возраста, что может служить диагностическим признаком контакта плода с антигеном.

133

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ

Мадорская О. Г.

Городская детская поликлиника № 6, Рязань

Актуальность. В настоящее время электроэнцефалография наряду с электрокардиографией является одним из наиболее информативных способов изучения различных сторон деятельности ЦНС и ССС у детей. Данные методы не имеют противопоказаний. ЭЭГ оценивает функциональное состояние коры головного мозга и позволяет дать сравнительную характеристику нарушений деятельности различных ее отделов. ЭКГ выявляет нарушения ритма и проводимости, оценивает состояние миокарда. Сочетание заболеваний нервной и сердечно-сосудистой системы у детей встречается довольно часто.

Цель исследования: выявить зависимость между изменениями БЭА головного мозга и нарушениями сердечного ритма у обследуемых.

Пациенты и методы. Исследование проводилось на 19-ти канальном электроэнцефалографическом комплексе с одновременной и одномоментной регистрацией ЭКГ (1 отведение). Исследовано 250 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Регистрация и анализ полученных данных производился в режиме записи фоновой ЭЭГ.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что из 238 обследуемых имеющих изменения на ЭЭГ, у 92 человек (38,7%) были зарегистрированы нарушения сердечного ритма — тахикардия, из них у 8 пациентов (8,7%) регистрировалась экстрасистолия (по типу единичной). У остальных 148 детей (без признаков тахикардии) 22 человека (14,9%) имели на ЭКГ нарушения ритма в виде редкой экстрасистолии. У 2 пациентов (0,84%) зафиксирована частая экстрасистолия, предположительно по типу аллоритмии. Из 12 пациентов, ЭЭГ картина которых не отличалась от вариантов возрастной нормы (вариант нормальной ЭЭГ), у 5 зафиксирована тахикардия (41,7%), у 1 (8,3%) — нарушение ритма по типу экстрасистолии (единичная).

Заключение. В результате анализа проведенных исследований однозначной зависимости между изменениями биоэлектрической активности головного мозга и сердечного ритма не выявлено. В то же время, зарегистрированные случаи сложных нарушений сердечного ритма сочетаются с изменениями на ЭЭГ.

134 УПРАВЛЯЕМАЯ ГИПОТЕРМИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АСФИКСИИ

Мазур Л. И., Шаховкина А. О., Логинова А. А.

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Асфиксия возникает у 2–20% живорождённых. Это состояние характеризуется нарушением обменных процессов во всех тканях организма, однако больше всего страдает центральная нервная система. Доношенные дети, родившиеся в тяжелой асфиксии, имеют высокую летальность (10–20%) и частоту психоневрологических отклонений. Прогностически неблагоприятными считаются сохранение оценок по шкале Апгар менее 3 баллов через 15 и 20 мин после рождения. Терапевтическая гипотермия в раннем неонатальном периоде существенно снижает риск таких тяжёлых последствий перинатальной асфиксии, как детский церебральный паралич, задержка психомоторного развития, судорожный синдром и др.

Цель исследования. Определение эффективности управляемой гипотермии новорождённых в лечении острой асфиксии.

Пациенты и методы. Исследование проводилось на основе ретроспективного анализа историй болезней пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии для недоношенных и новорождённых детей ГБУЗ СО СГДКБ № 1 им. Н. Н. Ивановой. В исследовании участвовало 9 детей (4 мальчика и 5 девочек), отвечавших следующим критериям: родившихся на сроке гестации не менее 35 недель, возрастом не более 6 часов, имеющих проявления тяжёлой асфиксии. В условиях ОРИТН детям обеспечивали поддержание температуры тела на уровне 33–34°С в течение 72 часов.

Результаты. Результаты лечения оценивались по следующим критериям: длительность пребывания в ОРИТН, длительность нахождения на ИВЛ. Новорождённые, подвергавшиеся гипотермии, находились в ОРИТН, в среднем, на 5 дней меньше, а также на 5 суток меньше нуждались в ИВЛ по сравнению с другими детьми после тяжелой асфиксии.

Заключение. Новорождённые, имевшие проявления тяжёлой асфиксии, хорошо отвечали на лечение методом управляемой гипотермии — уменьшался срок длительности ИВЛ и пребывания в ОРИТН.

135

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПРИАРАЛЬЯ**Майтбасова Р. С., Ишуова П. К., Шарипова М. Н.***Научный центр педиатрии и детской хирургии, Алматы*

Актуальность. Особенности функционирования сердечно-сосудистой системы отнесены к индикатору адаптационных возможностей детского организма.

Цель исследования: изучить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей Приаралья.

Пациенты и методы. Проведено обследование 500 детей из Приаралья в возрасте от 5–17 лет. Из них мальчиков — 235 (47,0%), девочек — 265 (53,0%). Всем детям проводились клинико-инструментальные исследования: антропометрия, осмотр, ЧСС, АД, ЭКГ, кардиоинтервалография (КИГ) и др. Все данные заносились в специально разработанные карты.

Результаты. В структуре функциональных отклонений у детей Приаралья в 55,2% (276) случаев имели место вегетативная дисфункция. Изменения со стороны сердца преимущественно проявлялись в виде различных аритмий: синусовая брадиаритмия — $24,6 \pm 2,7\%$, синусовая аритмия — $22,0 \pm 2,6\%$ и синусовая тахикардия — $8,0 \pm 1,7\%$. Миграция водителя ритма составила — $0,6 \pm 0,4\%$, суправентрикулярная экстрасистолия — $1,3 \pm 0,8\%$. Среди нарушений проводимости была выявлена неполная блокада правой ножки пучка Гиса — $43,3 \pm 3,1\%$. Замедление предсердно-желудочковой проводимости выявлено в $1,3 \pm 0,7\%$, укорочение интервала PQ и альтернация желудочкового комплекса по $0,6\%$ соответственно. Метаболические нарушения в миокарде желудочков выявлены у $27,0 \pm 2,8\%$ детей.

Артериальная гипертензия наблюдалась лишь среди детей пубертатного возраста (0,4%). Детей с тенденцией к повышению систолического артериального давления составило 17,0% случаев. Исходный вегетативный тонус в 67,0% случаев был нормальный, в 33,0% — симпатикотонический. Артериальная гипотензия была выявлена у 197 (39,4%) детей. Из них у половины детей наблюдались обмороки, у 1/3 — частые носовые кровотечения.

Заключение. У большинства детей Приаралья выявлены дисфункции вегетативной и нервной системы, которые в подавляющем большинстве случаев проявлялись в виде различных нарушений ритма (синусовые аритмии, тахи- и брадиаритмии) и нарушений проводимости сердца (неполной блокадой правой ножки пучка Гиса), а также вегетососудистой дистонией.

136

ПРИМЕНЕНИЕ ДИФФУЗИОННО-ТЕНЗОРНОЙ ТРАКТОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ МОТОРНЫХ И СЕНСОРНЫХ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мамедьяров А. М., Намазова-Баранова Л. С., Ермолина Ю. В., Аникин А. В., Маслова О. И., Каркашадзе М. З., Клочкова О. А.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Диффузионно-тензорная трактография (DTI) метод магнитно-резонансной томографии (МРТ), позволяющий визуализировать проводящие пути головного мозга, оценить степень их упорядоченности и выявить повреждения, не доступные для визуализации при проведении стандартной (структурной) МРТ.

Цель исследования: оценить структурные изменения моторных и сенсорных путей головного мозга у пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) с применением диффузионно-тензорной трактографии (DTI).

Пациенты и методы. 51 ребенку в возрасте от 2 до 6 лет проведена структурная МРТ головного мозга (томограф SIGNA, «General Electric», США, индукция магнитного поля 1,5 Тл). Из них в основную группу включено 26 пациентов с различными формами ДЦП, в группу сравнения — 25 детей аналогичного возраста с нормальным психомоторным развитием и МР-картиной головного мозга. Для оценки коэффициентов фракционной анизотропии и средней диффузионной способности в регионах головного мозга, содержащих моторные и сенсорные пути: прецентральной извилины, заднем бедре внутренней капсулы, таламусе, задней таламической лучистости, а также в мозолистом теле всем детям проведено исследование DTI. Полученные параметры сопоставлены в двух группах, различия в группах признаны статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Во всех исследованных регионах головного мозга коэффициенты фракционной анизотропии у пациентов с ДЦП были значимо ниже ($0,342 \pm 0,12$), а средний коэффициент диффузии выше ($0,93 \pm 0,1$), по сравнению с группой сравнения ($0,518 \pm 0,2$ и $0,811 \pm 0,07$, соответственно).

Заключение. Обнаруженные изменения указывают на более низкую степень упорядоченности трактов белого вещества головного мозга у пациентов с ДЦП, что вероятно, связано с повреждением и последующим развитием глиоза различной степени выраженности. Использование режима DTI при проведении МР-исследований головного мозга у пациентов с ДЦП позволит выявить скрытые структурные повреждения проводящих путей и получить более объективную картину двигательных и сенсорных нарушений, реабилитационного потенциала пациентов.

137 КОКЛЮШ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Мамчиц Л. П., Душкова С. В., Марущак Д. А.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность. Коклюш относится к инфекциям, управляемым средствами иммунопрофилактики. Развитие эпидемического процесса находится в прямой зависимости от состояния коллективного иммунитета населения. По расчетам ВОЗ *Bordetella pertussis* ежегодно вызывает около 16 млн случаев коклюша и около 195 тыс. случаев смерти в основном среди младенцев в развивающихся странах.

Цель исследования. Изучение эпидемической ситуации по коклюшу в Гомельской области и оценка эффективности иммунопрофилактики.

Пациенты и методы. Пациенты — больные коклюшем, всего 1117 человек. Методы: ретроспективный эпидемиологический анализ, описательно-оценочные, статистические методы.

Результаты. В среднем многолетний показатель заболеваемости коклюшем населения Гомельской области за 1980–2013 гг. составил 1,2 на 100 тыс. населения с колебаниями от 7,4 в 1981 году до 0,3 в 2002 году. Отмечается выраженная тенденция к снижению заболеваемости с темпом прироста — 10,2%. Чаще вовлекались в эпидемический процесс дети в возрасте от 0–2 года (55,5–60%). Преобладали домашние очаги (70,7%), 98,1% составляли очаги с одним случаем заболевания. Среди заболевших около 40% детей непривиты против коклюша, у привитых детей имелись нарушения схемы иммунизации. Диагноз коклюша в 88,8% случаях подтверждался серологически или методом ПЦР, в остальных случаях клинически. Преобладали легкие и стертые формы болезни. Среднетяжелые формы встречались у детей в возрасте до 2 лет. Летальных случаев от коклюша в области и в Республике не наблюдалось с 1997 года (в 1997 г. 1 умерший ребёнок из 42 заболевших). Достигнуты оптимальные показатели охвата вакцинацией и ревакцинацией против коклюша выше 95%. Установлена достоверная обратная отрицательная связь между показателями охвата вакцинацией детского населения и показателями заболеваемости коклюшем, коэффициент корреляции составил 0,5%, $p < 0,5$.

Заключение. С 2006 г. отмечается активизация эпидемического процесса коклюша. Необходимо поддерживать на должном уровне иммунную прослойку детского населения; проводить информационно-образовательную работу с родителями.

138 ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Мамчиц Л. П., Чайковская М. А., Климович С. В.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность. Одним из факторов, негативно влияющих на формирование адаптации к процессу обучения, является несоответствие индивидуально-типологических особенностей юношей и девушек выбранной профессии. Особенно это характерно для студентов, обучающихся в ВУЗах медицинского профиля.

Цель исследования. Комплексная оценка показателей индивидуально-типологических особенностей студентов в процессе адаптации к учебной деятельности.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование студентов второго курса медицинского университета (268 студентов). Использованы анкета Эстберга для определения типа работоспособности и разработанный нами вопросник для определения психотипа личности.

Результаты. У студентов медицинского ВУЗа, как закрепленный стереотип работоспособности выявлен в 72,0% индифферентный тип. Распределение студентов по типу работоспособности не имело статистически значимых различий в зависимости от пола, факультета обучения. Слабо выраженный вечерний тип встречался у каждого пятого опрошенного (21,4%), реже встречался четко выраженный и слабо выраженный утренний типы (0,6% и 3,6% соответственно). Студенты с индифферентным типом работоспособности сами оценивали свой тип более определенно. Так, к скорее вечернему типу относили свою работоспособность 44,9% девушек и 43,7% юношей, а скорее к утреннему соответственно 42% девушек и 50% юношей. Преобладание индифферентного типа работоспособности у студентов надо рассматривать как выработку адаптационно-приспособительных возможностей организма, в связи с переходом на другой тип обучения в вузе по сравнению со школой. Характерный преобладающий психотип у респондентов — сангвиники (54,3%). Достоверно чаще у студентов отмечен мыслительный психологический тип. Мыслительный тип личности в 2 раза чаще встречался среди студентов медико-диагностического факультета, чем лечебного (соответственно 69% и 31%).

Заключение. Определение хронотипов студентов важно для обоснования рационального расписания учебных занятий. Определение психотипов нужно проводить перед окончанием школы для профессионального самоопределения.

139

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ
НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ****Мартынова И. Н., Винярская И. В., Черников В. В.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Ожирение занимает 2 место в структуре болезней эндокринной системы у детей, приводит к возникновению других хронических заболеваний, сокращению продолжительности и ухудшению качества жизни.

Цель исследования: оценить качество жизни (КЖ) детей и подростков, страдающих ожирением.

Пациенты и методы исследования. Исследование проводилось на базе детской поликлиники МУЗ «Ивантеевская ЦГБ» г. Ивантеевки Московской области. Было обследовано 50 пациентов с диагнозом ожирение, среди них 30 детей от 8 до 12 лет, подростков от 13 до 18 лет — 20 человек. Рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) как отношение массы тела (кг) к длине тела (м), возведенной в квадрат. ИМТ оценивался индивидуально по нормативам для конкретного возраста и пола и был представлен в виде числа стандартных отклонений от среднего (SDS). SDS ИМТ рассчитывался как стандартное отклонение ИМТ для данного хронологического возраста и пола. Диагностическим критерием ожирения считался SDS ИМТ ≥ 2 . Изучено КЖ этих детей и подростков и их родителей. В работе был использован опросник PedsQL 4.0 Generic Core Scale. В качестве группы сравнения послужили здоровые дети соответствующего возраста, проживающие в г. Москве.

Результаты. Анкетирование детей 8–12 лет с ожирением показало, что их КЖ снижено по сравнению со здоровыми сверстниками по всем аспектам, кроме эмоционального функционирования. Наиболее низкие значения получены по шкале «Социальное функционирование» ($70 \pm 18,1$ против $83 \pm 15,1$, $p < 0,01$). По результатам опроса подростков от 13–17 лет установили снижение КЖ по сравнению со здоровыми сверстниками по физическому ($72 \pm 19,6$ против $84 \pm 14,5$, $p < 0,05$), социальному функционированию ($76,7 \pm 12,4$ против $88,7 \pm 11,9$, $p < 0,05$), а также общему баллу ($72,3 \pm 15,4$ против $78,12,7$, $p < 0,05$). Выявлены отрицательные корреляционные связи средней степени силы с высоким уровнем достоверности всех параметров КЖ, как с ИМТ, так и с SDS ИМТ.

Заключение. Таким образом, первый этап исследования показал, что КЖ у детей страдает особенно значительно по социальному функционированию. Установлено, что чем выше ИМТ, тем ниже КЖ: у детей 8–12 лет по аспекту социальное функционирование, у подростков 13–17 лет по всем параметрам.

140

ВЗАИМООТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ И РЕБЕНКА, ПЕРЕЖИВШЕГО ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ

Марченкова Ю. В., Чижова Ж. Г., Сивакова О. В., Меньшикова К. А.

Смоленская государственная медицинская академия

Актуальность. Одно из последствий кризисного развития общества в условиях политической, социальной и экономической нестабильности — рост жестокого обращения с детьми. Из литературных источников установлено, что чаще жертвами жестокого обращения становятся девочки подросткового возраста. Все это имеет самые серьезные последствия, как для их здоровья, так и для благополучия будущих семей и общества в целом.

Цель исследования: изучить характер взаимоотношений родителей и детей, подвергавшихся жестокому обращению.

Пациенты и методы. В исследовании приняло участие 300 девочек 15–17 летнего возраста, 82 из них подвергались жестокому обращению регулярно, но не имели факта сексуального насилия (1-я основная группа). Во 2-ю группу вошли девочки, которые подвергались жестокому обращению периодически ($n = 148$).

Результаты. Девочки, регулярно испытывающие жестокое обращение, меньше доверяли родителям (62,2%, $p < 0,05$). Большинство родителей девочек первой группы отметили нехватку времени на общение с дочерью. Основными причинами своего невнимания к проблемам детей они считали: отсутствие времени по причине высокой занятости матери на работе (43,9% в 1-й и 61,5% во 2-й основной группе, $p < 0,05$) и по хозяйству (50,0% и 54,1%). Только 20,7% и 20,3% родителей ответили, что время, затрачиваемое ими на общение с ребенком, достаточно для адекватного воспитания. Девочки 1-й (89,0%) и 2-й (52,7%) группы, определяли взаимоотношения между родителями в их семьях как холодные неэмоциональные (100,0% и 69,6%, $p < 0,05$). Наиболее частой формой воспитательного воздействия в группе сравнения являлась разъяснительная беседа, тогда как во 2-й основной группе данная мера применялась в 26,5% случаев ($p < 0,05$). Достоверно чаще в 1-й и 2-й основной группе применялись пощечины (97,6% и 85,8%), оплеухи (97,6% и 56,5%, $p < 0,05$), физические наказания (100,0% и 98,8%), для которых (56,8% и 37,8%) использовались различные предметы.

Заключение. В семьях высокого социального риска медико-социально-психолого-педагогическое сопровождение детей на всех этапах онтогенеза.

141

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**Матвеева У. В., Бораева Т. Т., Дзедбисова Ф. С., Хетагурова Ю. Ю., Базрова Ф. В.***Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ*

Актуальность. В последние годы гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь занимает одно из первых мест в структуре гастроэнтерологической патологии. Главную роль в ее диагностике играет эзофагогастро-дуоденоскопия, проведение которой у большинства детей вызывает стресс, что в свою очередь влияет на качество жизни пациентов.

Цель исследования: оценить психоэмоциональный статус детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью при проведении фиброэзофагогастродуоденоскопии.

Пациенты и методы. Проводилось клиническое наблюдение 52 детей в возрасте от 12 до 17 лет, находящихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении республиканской детской клинической больницы г. Владикавказ. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнестических, клинических данных, объективного и лабораторного обследований: общеклинические методы, фиброэзофагогастродуоденоскопия с определением *Helicobacter pylori*, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Для изучения психосоматического статуса использовались тесты САН, Айзенка. Проводилась также оценка вероятности наличия ГЭРБ по опроснику GerdQ (считается положительным при суммарной оценке 8 баллов и выше).

Результаты. Анализ полученных данных психологического тестирования до проведения фиброэзофагогастродуоденоскопии выявил по результатам опросника САН, Айзенка у 41 (78,8%) детей снижение активности и самочувствия по сравнению с настроением. После проведения ФЭГДС уровень тревожности и невротизма снизился в 1,8 раза, самочувствие и настроение улучшилось в 1,3 раза. Среднее значение опросника GerdQ составило 12,5 баллов, что подтверждает гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь у 45 (86,5%) обследованных детей.

Заключение. Таким образом, эзофагогастродуоденоскопия ухудшает психоэмоциональное состояние ребенка, уровень психоэмоционального напряжения составляет 80,0%. Совпадения между показателями опросника GerdQ и данными фиброэзофагогастродуоденоскопии составляют 86,7%. При высоком уровне напряжения и невротизма целесообразно использовать высокочувствительный опросник GerdQ для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

142
ТЕНДЕНЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ
г. КЕМЕРОВО

Маштакова Е. В., Лобанова Т. А., Анфиногенова О. Б.

Кемеровская государственная медицинская академия

Актуальность. Физическое развитие важный аспект здоровья подростков, находящийся постоянно в поле зрения педиатров, ведь именно отклонения его темпов свидетельствуют о неблагополучии внутренних органов и систем организма.

Цель исследования: установить особенности физического развития подростков г. Кемерово.

Пациенты и методы. Мы изучили основные параметры физического развития 1176 учащихся старших классов общеобразовательных школ г. Кемерово при проведении медицинского осмотра. Среди осмотренных было 551 юношей (46,9%) и 625 девушек (53,1%). Оценка физического развития проводилась соматометрическим методом с последующей интерпретацией полученных результатов с помощью центильных шкал (нормативы ВОЗ, 2006). Данный метод оценки физического развития в нашей стране наиболее востребованный.

Результаты. У большинства подростков (48,8%) регистрировался средний уровень физического развития, без существенных половых различий. Развитие выше среднего регистрировалось у 18,7% подростков, с некоторым превалированием среди лиц 10–12 лет (ранний подростковый период). У подростков старше 13 лет подобные темпы чаще отмечались у юношей ($p > 0,05$). Высокое физическое развитие было выявлено у 14,2% школьников, с преобладанием среди юношей 16–18 лет. Темпы развития ниже среднего имели 11,6% подростков, преимущественно школьники от 10–12 лет, с некоторым превалированием среди девушек этой возрастной группы. Меньшинство учащихся (6,7%) старше 13 лет имели низкое физическое развитие, без явных половых различий. Гармоничным физическое развитие было у большинства подростков (66,5%). Дисгармоничное (21,0%) и резко дисгармоничное (12,5%) физическое развитие, преимущественно за счет дефицита массы тела, регистрировалось в основном среди девушек среднего подросткового возраста.

Заключение. Уровень физического развития у большинства подростков г. Кемерово соответствовал возрастным нормативным значениям, гармоничное развитие подтвердилось у 2/3 школьников. Среди девушек среднего пубертатного периода выявлена дисгармоничность физического развития, связанная с дефицитом массы тела.

143 АНАЛИЗ СПЕЦИФИЧЕСКИХ IgE У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Медведев Г. В., Кузнецова Л. Ю.

Городская клиническая больница № 5, Оренбург

Актуальность. Аллергический дерматит является одним из наиболее часто встречающихся аллергических заболеваний в детском возрасте. Распространенность аллергического дерматита варьирует от 25% в исследованиях, базирующихся на опросе респондентов, до 12,9% в исследованиях с клинической верификацией диагнозов. Актуальным остаются вопросы диагностики, выявления причинно-значимых аллергенов у детей раннего возраста.

Цель исследования. Работа направлена на анализ частоты выявления аллергенспецифических IgE у детей раннего возраста с аллергическим дерматитом.

Пациенты и методы. Проведен анализ частоты обнаружения аллергенспецифических IgE к пищевым и респираторным аллергенам в сыворотке крови больных аллергическим дерматитом методом иммуноблотинга с использованием панелей к 20 аллергенам в городской клинической больнице № 5 г. Оренбурга. Всего обследовано 59 детей.

Результаты. При анализе полученных результатов выявлено: наиболее часто определяется специфический IgE к коровьему молоку (38,3%), к шерсти собаки (35,6%), к перхоти лошади (32, 3%), к шерсти кошки (30,1%). В равной степени выявлялась сенсibilизация к арахису, пшенице, куриному яйцу. При проведении исследования у одного пациента анализировалось наличие поливалентной сенсibilизации. Моновалентная сенсibilизация выявлена у 9,5% детей к грибку *Alternaria alternata*, а также к треске. У 61,9% детей определялась сенсibilизация от двух до четырех аллергенов, более четырех аллергенов у 28,6%. Наиболее часто встречалась комбинация аллергенспецифических IgE: молоко и шерсть собаки (38,1%), молоко и перхоть лошади (14,2%).

Заключение.

1. Определение специфического IgE является важным диагностическим мероприятием в верификации диагноза аллергического дерматита.
2. Превалирующее значение в развитие аллергического дерматита имеют белки коровьего молока, часто в сочетании с сенсibilизацией к шерсти животных.

144

МИКРОБНЫЙ СПЕКТР МОЧИ В ОТДЕЛЕНИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Мельникова Е. А., Лучанинова В. Н., Зайцева Е. А.

Краевая детская клиническая больница № 1, Владивосток

Актуальность. Известно, что мониторинг бактериологических исследований является одним из условий успешной эмпирической антибактериальной терапии.

Цель исследования. Определение в моче микробного пейзажа выделенных культур от пациентов с инфекцией мочевой системы (ИМС).

Пациенты и методы. Проведён анализ мониторинга бактериологических исследований в многопрофильной детской больнице за период с 2007 по 2013 гг.

Результаты. Выявлены изменения микробного спектра мочи в зависимости от отделения: соматическое или хирургическое (в нём преобладают пациенты с осложненной ИМС), амбулаторное или стационарное и от возраста пациентов в отделении. Так, на протяжении 7 лет микробный спектр мочи в отделении новорожденных отличается от других отделений: доминирующим уропатогеном здесь является *E. faecalis*, удельный вес которого колеблется от 52,9% до 76,4%, а кишечная палочка высеивается в 16,4–36,7%. Аналогичный микробный спектр мочи отмечается у детей 1–3 месяцев с ИМС в педиатрическом отделении раннего возраста. В других отделениях основным уропатогеном является *E. coli* (33,3–65,0%). Однако удельный вес ее отличается в зависимости от профиля отделения: выше у амбулаторных пациентов, ниже у пациентов урологического отделения. Второе место по высеиваемости в урологическом и нефрологическом отделениях занимает *E. faecalis* (11,8–34,5%), хотя в 2007, 2008, 2013 гг. удельный вес *P. mirabilis* в нефрологическом отделении был выше. У амбулаторных пациентов данный микроорганизм высеивается чаще, чем *E. faecalis*, удельный вес его составляет 11,5–33,3%. Также часто в урологическом, нефрологическом отделениях и у амбулаторных пациентов с ИМС из мочи выделяется *Enterobacter spp.* — до 20,5%. Настораживает, что синегнойная палочка одинаково часто (до 8,8%) высеивается у пациентов урологического и нефрологического отделений, а также в 4,6–10,0% является уропатогеном и у амбулаторных пациентов.

Заключение. Таким образом, полученные данные позволяют определять тактику эмпирической антибактериальной терапии у детей с инфекцией мочевой системы.

145

**ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА КАК ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ
СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К АЭРОАЛЛЕРГЕНАМ И РЕАЛИЗАЦИИ
АТОПИЧЕСКОГО МАРША****Мигачева Н. Б., Каганова Т. И., Шевырев Д. В., Сафонова Е. Г.***Самарский государственный медицинский университет*

Актуальность. Атопический дерматит, будучи самым частым аллергическим заболеванием у детей раннего возраста, рассматривается и как первая ступень формирования атопического (аллергического) марша.

Цель исследования. Изучение характера взаимосвязи между тяжестью течения АД у детей раннего возраста и спектром их сенсibilизации.

Пациенты и методы. В исследование было включено 62 ребенка в возрасте от 10 до 36 месяцев с АД различной степени тяжести (оценивалась на основании шкалы SCORAD). Помимо определения общего IgE, мы выявляли специфическую сенсibilизацию путем обнаружения в сыворотке крови специфических IgE к пищевым и аэроаллергенам (ImmunoCAP, Швеция).

Результаты. У 29% детей диагностировано легкое течение АД, у 41% — среднетяжелое, у 30% — тяжелое. При проведении аллергологического обследования у подавляющего большинства пациентов обнаружен повышенный уровень общего IgE в сыворотке крови ($m = 163,6 \pm 14,8$ МЕ/мл). Сенсibilизация выявлена у 51 ребенка с АД (82,2%): как минимум к 1 пищевому продукту у 40 детей (64,5%), к 1 аэроаллергену у 38 (61,2%), к пищевым и аэроаллергенам у 26 (41,9%). Среди аэроаллергенов, вовлеченных в сенсibilизацию детей раннего возраста с АД, преобладающими являются аллергены животных и споры плесневых грибов. Мы проанализировали частоту формирования сенсibilизации к экзоаллергенам у пациентов с различной степенью тяжести АД. Статистический анализ подтвердил наличие положительной корреляции между тяжестью течения АД и частой выявлением сенсibilизации к ингаляционным аллергенам.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что степень тяжести кожного процесса у детей раннего возраста с АД может влиять на характер их сенсibilизации. Так, у детей с тяжелым течением заболевания более высока вероятность формирования сенсibilизации к грибковым, эпидермальным и пылевым аллергенам, что, в свою очередь, является фактором риска реализации у них в последующем т. н. «аллергического марша».

146

ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА К ПЕРЕВОДУ ПОД НАБЛЮДЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОБСЛУЖИВАЮЩИХ ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ

Милюевская Е. Б.

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева, Москва

Актуальность. В настоящее время большинство детей после хирургического лечения врожденных пороков сердца (ВПС) доживают до взрослого возраста. Ряд пациентов нуждается в пожизненном наблюдении медицинскими специалистами. Многие пациенты не обращаются в медицинские учреждения, и судьба их остается неизвестной. В связи с этим, актуально развитие обучения подростков с ВПС перед их переводом под наблюдение медицинских специалистов, обслуживающих взрослое население.

Цель исследования. Обоснование необходимости создания обучающих программ для перевода подростков с ВПС под наблюдение медицинских специалистов, обслуживающих взрослое население.

Пациенты и методы. Выполнено анкетирование родителей 107 подростков после хирургического лечения ВПС. Возраст пациентов составил от 15 до 17 лет, анкетирование 182 взрослых пациентов с ВПС в возрасте от 18 до 25 лет, оперированных в детстве. Диагнозы ВПС сопоставимы в обеих группах.

Результаты. Более трети подростков с ВПС приезжают на консультацию в кардиохирургический стационар (40; 37,8%). Этот показатель выше, чем в группе взрослых пациентов (22,0%), что может свидетельствовать о внимании со стороны родителей к заболеванию ребенка. Причины, по которым взрослые пациенты не наблюдаются в кардиохирургическом стационаре, заключаются в отсутствии финансовых возможностей для поездки — 29, в наблюдении по месту жительства — 16, в незнании механизмов записи на прием — 14, в дальнем расстоянии — 13, в наблюдении при поликлинике по месту жительства — 6, в семейных обстоятельствах — 5.

Из 107 подростков после хирургического лечения ВПС не наблюдалось у кардиолога 12 пациентов (11,2%), что ниже данного показателя в группе взрослых больных. 69 подростков (72,6%) наблюдаются у кардиологов, обеспечивающих наблюдение взрослых пациентов с кардиальной патологией.

Заключение. В задачи действующей школы для родителей детей с ВПС необходимо включить разработку обучающих программ для подростков на базе детского реабилитационного центра. К процессу обучения необходимо привлекать родителей подростков.

147

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ НУТРИТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ
У ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПИТАНИЯ****Мингаирова А. Г., Вологжанина Е. В., Стенникова Е. В.***Областная детская клиническая больница, Омск*

Актуальность. Недостаточность питания в раннем возрасте — это стрессовая реакция на действие любого повреждающего фактора. Прогноз у таких детей определяется, главным образом, возможностью устранения причины заболевания и диетотерапией.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и переносимость дополнительной питательной смеси у детей с недостаточностью питания для улучшения терапии.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 29 историй болезни детей до 1 года, направленных в 2012–2013 гг. в приемное отделение Областной детской клинической больницы г. Омска с диагнозом гипотрофия II степени. Все дети имели признаки недостаточности питания и дефицит массы 23–29%. Помимо клинического наблюдения, обследование включало: общий анализ крови и мочи, протеинограмму, копроскопию, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, по показаниям — ФГДС. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа — дети, получавшие «Инфатрини» в качестве дополнительного питания — 15 чел. (51,7%); 2 группа — пациенты, не получавшие «Инфатрини» — 14 чел. (48,3%).

Результаты. При поступлении 5 детей (17,2%) были оставлены на грудном вскармливании, 10 (34,4%) — переведены на смешанное, 14 (48,4%) — на искусственное. Помимо диеты лечение включало: метаболическую терапию (элькар, рибоксин, витамины). За время наблюдения у всех больных отмечена положительная динамика. У детей 1 группы потеря массы прекратилась с первого дня, а прибавки стали отмечаться на 3–4 день и составили 50 граммов в сутки. Прием «Инфатрини» хорошо переносился и не сопровождался аллергическими и диспепсическими проявлениями. Большинство детей этой группы (10 чел. из 15) были выписаны на 14 день, а 5 чел. — на 20 день стационарного лечения. Во второй группе прибавки в массе отмечались на 7–8 день и составили 30–35 граммов в сутки. Чаще имели место более длительные сроки госпитализации. У 5 детей они составили 14 дней, у 7 чел. — 20 дней, у 2 пациентов — 30 дней.

Заключение. Специализированная молочная смесь «Инфатрини» хорошо переносится и способствует более быстрому улучшению нутритивного статуса.

148

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОГО ТОБРАМИЦИНА У БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СИНЕГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Мингаирова А. Г., Сафонова Т. И., Корнеева Т. Ю., Шевлякова А. А., Киршина И. А.

Омская государственная медицинская академия

Актуальность. Высев синегнойной палочки у больных муковисцидозом (МВ) значительно ухудшает функцию легких и прогноз заболевания. Использование высококонцентрированного ингаляционного тобрамицина позволяет улучшить контроль над инфекцией.

Цель исследования: оценить эффективность ингаляционного тобрамицина при хронической синегнойной инфекции у детей с МВ для оптимизации терапии.

Пациенты и методы. Проанализированы истории болезни 19 детей в возрасте 2–17 лет с хронической синегнойной инфекцией, получивших в комплексной терапии МВ ингаляционный тобрамицин. У детей до 6 лет (5 чел.) препарат применялся с согласия родителей. Больные были разделены на 2 группы: в 1 гр. проведено до 10 курсов, во 2 гр. — более 20 курсов. Оценка респираторных симптомов, показателей функции внешнего дыхания (ФВД), бактериологического исследования мокроты проводилась перед первым и после всех курсов тобрамицина.

Результаты. На фоне терапии у всех больных отмечалось клиническое улучшение (уменьшение кашля, уменьшение одышки, хрипов, более светлый цвет мокроты, улучшение общего самочувствия); частота обострений заболевания уменьшилась. ФВД удалось оценить у 12 из 19 чел. В 1 гр. у 2-х детей прирост ФЖЕЛ и ОФВ1 составил 5–17%, у 1 чел. — без динамики. Во 2 гр. у 3 чел. показатели увеличились на 3–17%, у 4 чел. отмечено снижение на 4–28%, у 2-х — без динамики. Показатели ФВД зависели от клинического состояния больных, приверженности лечению по всем направлениям терапии. Из 19 чел., получавших ингаляционный тобрамицин, у 5 (26,3%) на момент обследования синегнойная палочка не определялась, у 2-х (10,5%) степень высева уменьшилась, у 12 (63,2%) — без динамики.

Заключение.

1. Использование ингаляционного тобрамицина позволило улучшить клиническое состояние у всех больных.
2. Несмотря на проводимую терапию у части пациентов не отмечалось улучшения показателей ФВД, что связано с тяжелым течением (прогрессированием) заболевания и низкой приверженностью к комплексному лечению амбулаторно.
3. Для оценки эрадикации синегнойной палочки требуется продолжить динамическое наблюдение.

149

**ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ
НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА****Мироненко И. И.***Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул*

Актуальность. Питание — один из важнейших факторов формирования здоровья ребенка и профилактики алиментарных заболеваний.

Цель исследования: оценить влияние различных практик вскармливания детей раннего возраста на распространенность грудного вскармливания, и состояние их здоровья.

Пациенты и методы. Проанализированы истории развития 220 детей ДП № 2. В исследование взяты доношенные дети без тяжелой неврологической и соматической патологии, в возрасте 1 года.

- 1 группу составило 100 детей, матери которых прошли обучение в школе ответственного родительства на базе городского детского центра здоровья.
- 2 группа — 120 детей, переведенных в первые месяцы жизни на искусственное вскармливание адаптированных продуктов питания, их родители не посещали школу детского центра здоровья.

Результаты. На базе ДП № 2 г. Барнаула по инициативе кафедры организован консультативно-методический центр по питанию здоровых и больных детей. Основными задачами центра являются: организационная и методическая работы, консультирование здоровых и больных детей по рациональному вскармливанию. Активно внедряется инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ по поддержке грудного вскармливания. Проведены обучающие семинары для участковых педиатров и медицинских сестер о преимуществах, технологии, поддержке и поощрению грудного вскармливания. Выпущены методические рекомендации для медицинских работников и родителей. Для населения города проведен цикл телевизионных передач по грудному вскармливанию, опубликованы статьи в местных газетах.

В 2011 г. кабинет введен в состав городского детского центра здоровья, на базе которого продолжают образовательные программы по рациональному вскармливанию детей. Распространенность грудного вскармливания в первой группе детей составляла 96% (с 6 до 12 мес). Заболеваемость детей ОРЗ 1 группы — 6%, 2 группы — 12%. Дефицит массы в 1 группе — 13%, во 2 — 16%, избыток массы в 1 группе — 5%, во 2 группе — 7%. Дефицитная анемия в 1 группе у 17% детей, во 2 группе у 37%. ОКИ в 1 группе — 2%, во 2 группе — 6%. Аллергические заболевания, соответственно 4% и 12%.

Заключение. Внедрение в практику обучающих программ по вскармливанию детей раннего возраста позволило увеличить распространенность грудного вскармливания и снизить частоту алиментарно-зависимой патологии у детей раннего возраста.

150 ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

Мирошниченко Е. В., Романова Т. А., Батырева К. И.

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Ретинопатия недоношенных (РН) заняла одно из ведущих мест в мире среди причин слепоты в детском возрасте. В течение последних десятилетий во всех странах мира в связи с усовершенствованием методов выхаживания недоношенных детей отмечается значительное возрастание частоты РН. Несмотря на большое количество исследований, ретинопатия недоношенных остается недостаточно изученным заболеванием и сохраняет актуальность до настоящего времени.

Цель исследования. Выявление факторов риска возникновения ретинопатии недоношенных, оценка их влияния на степень ретинопатии и возможный исход заболевания.

Пациенты и методы. В ходе ретроспективного анализа были изучены истории болезни 48 пациентов отделения патологии новорожденных Самарской детской городской клинической больницы № 1 им. Н. Н. Ивановой за 2013 год с диагнозом — ретинопатия недоношенных.

Результаты. Анализ историй болезни пациентов показал, что ретинопатия недоношенных 1–2 степени наблюдалась у 33 пациентов; 3–4 степени у 12; 5 степени у 3. Наиболее часто ретинопатия недоношенных развивалась у новорожденных, находившихся на искусственной вентиляции легких (86%), и только у 14% пациентов ИВЛ не проводилась. Длительность искусственной вентиляции легких составляла от одной недели (19%) до двух с половиной месяцев (3%). Срок гестации составлял от 26 до 33 недель. У большинства новорожденных была выявлена дыхательная недостаточность (63%), разнообразная сопутствующая патология: ПП ЦНС (100%), гидроцефалия (58%), БЛД (18%), осложненное течение беременности (83%).

Заключение. Таким образом, на развитие ретинопатии недоношенных оказывают влияние не только наличие дыхательной недостаточности и длительность искусственной вентиляции легких, но и срок гестации, сопутствующая патология и осложненное течение беременности.

151

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ШКОЛЬНИКОВ**Михайлова Е. В., Малюгина Т. Н., Сердюков А. Ю., Попова О. В.***Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского*

Актуальность. Необходимость ранней диагностики отклонений в состоянии здоровья школьников на протяжении последнего десятилетия приобретает все большую значимость в связи с ростом у них хронической патологии.

Цель исследования. Изучение психосоматического состояния школьников.

Пациенты и методы. Было обследовано 29 подростков в возрасте 14–15 лет, 13 девочек и 16 мальчиков. Проводилась комплексная оценка состояния здоровья, использовались опросники Спилбергера и Гудмана, корректурная проба Бурдона.

Результаты. В ходе обследования показатели высокой и средней тревожности были выявлены у 43,8% мальчиков и 69,2% девочек. Высокие показатели негативных эмоций были выявлены у 25% мальчиков и 7,7% девочек. Низкая познавательная активность была выявлена у 6,3% мальчиков и 23,1% девочек. При определении сторон характера по опроснику Гудмана эмоциональные проблемы были выявлены у 15,4% девочек, мальчиков с такими проблемами не было. Проблемы с поведением были выявлены у 6,3% мальчиков и 15,4% девочек, гиперактивность была выявлена у 7,7% девочек, проблемы со сверстниками были обнаружены у 23,1% девочек, просоциальное поведение было выявлено у 12,5% мальчиков и 7,7% девочек. При проведении корректурной пробы Бурдона 37,5% мальчиков и 38,7% девочек показали низкую устойчивость внимания. При этом высокую устойчивость имели только 7,7% девочек. При дальнейшем обследовании у этих детей были выявлены различные отклонения в состоянии здоровья. У 31,3% мальчиков и 23,1% девочек — патология опорно-двигательной системы, патология органов пищеварения у 25% мальчиков и 30,8% девочек, патология нервной системы у 18,8% мальчиков и 23,1% девочек.

Заключение. Проведенное исследование с использованием опросников Спилбергера и Гудмана, корректурной пробы позволяет выявлять снижение функциональных резервов организма и проводить диагностику избыточного нервно-психического напряжения, которое может являться предпосылкой для возникновения психосоматических заболеваний.

152

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Михайлова Е. В., Чудакова Т. К., Кошкин А. П.

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского*

Актуальность. Часто болеющие дети (ЧБД) составляют от 22 до 42% среди детей дошкольного возраста. На ЧБД приходится более 60% случаев заболеваний острыми респираторными инфекциями (ОРИ) в детском возрасте.

Цель исследования: изучить клинические особенности течения ОРИ и показатели иммунного статуса в группе ЧБД.

Пациенты и методы. У 40 детей в возрасте от 3 до 6 лет изучались особенности течения ОРИ и показатели иммунного статуса. Дети были разделены на две группы. Основная группа — 20 ЧБД и группа сравнения — 20 редко болеющих детей (РБД).

Результаты. В группе ЧБД средняя частота эпизодов ОРИ у пациентов составляла $7,4 \pm 0,71$ раза в год, инфекционный индекс — 2,03. В группе РБД средняя частота эпизодов ОРИ составляла $3,1 \pm 0,80$ заболеваний в год, инфекционный индекс — 0,85. У 90% ЧБД выявлена фоновая патология. У 94% ЧБД обнаружены антитела к возбудителям оппортунистических инфекций в высоких титрах. У 61% ЧБД ОРИ были обусловлены несколькими возбудителями и отмечена персистенция внутриклеточных возбудителей (герпетических вирусов и микоплазм). В большинстве случаев ОРИ у РБД протекали в виде моно-инфекции. В группе ЧБД тяжелая форма ОРИ зарегистрирована в 30% случаев, в 3 раза чаще по сравнению с РБД. В группе ЧБД поражение нижних дыхательных путей диагностировано в 72% случаев, в 2,2 раза чаще по сравнению с РБД. В группе ЧБД выявлены иммунные нарушения: для 50% больных — повышение уровня IgE в 3,9 раза; у 11% больных — снижение уровня IgA в 1,3 раза, что указывало на снижение местного иммунитета и высокий уровень сенсибилизации. В группе ЧБД зарегистрирована недостаточность системы интерферона (ИФН) по продукции ИФН-гамма в 100% случаев и недостаточность системы ИФН по продукции ИФН-альфа — в 70%. В группе РБД показатели иммунного статуса были в пределах нормы.

Заключение. Высокая частота микст-инфекций, значительные нарушения гуморального звена иммунитета и повышенный уровень сенсибилизации способствуют тяжелому и осложненному течению ОРИ у ЧБД.

153

КЛИНИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЦИНКА ПРИ ПНЕВМОНИЯХ И БРОНХИТАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**Мнацаканян Н. Р., Багдасарян Н. Г.***Ереванский государственный медицинский университет имени М. Гераци*

Актуальность. Дефицит цинка является одним из десяти факторов риска заболеваемости и смертности в развивающихся странах.

Цель исследования: изучить клиническую роль цинка при пневмониях и бронхитах у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Нами было обследовано 109 детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет с пневмониями (50,5%) и бронхитами (49,5%). Дети были разделены на две группы: с низким (основная 58 (53,2%)) и нормальным (контрольная 51 (46,8%)) содержанием цинка в сыворотке крови.

Результаты. Выявлено, что в основной группе по сравнению с контрольной преобладали дети, у которых длительность кормления грудью была короче, и они начали получать мясо нерационально. Дети этой группы чаще болели, и улучшение измененных показателей было позднее. Признаки дыхательной недостаточности и интоксикации были выражены в основной группе.

Заключение. Пациенты с дефицитом цинка вскармливались грудью меньше, в их рацион питания мясо вводилось позже и нерационально. Они чаще болеют и/или склонны к развитию состояний с более тяжелым и затяжным течением, на фоне лечения улучшение состояния происходит сравнительно позднее.

154

ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ КАК РЕСУРС ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Модестов А. А., Бондарь В. И., Косова С. А.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Центры здоровья (ЦЗ) новая для России технология профилактики, призванная своевременно выявлять у детей и подростков факторы риска поведенческого, биологического и социального характера и создание профилактической среды, включающей ребенка и его семью, специалистов образовательных и медицинских учреждений.

Цель исследования. Анализ деятельности центров здоровья для детей, в части формирования потоков для обследования и приоритетов профилактической работы.

Пациенты и методы. Проанализированы отчетные формы № 68 за 2013 год в разрезе восьми ФО РФ. Всего посетили ЦЗ в 2013 году 1089332 человека, что составляет 4,07% от всего детского населения страны.

Результаты. Рассчитаны средние показатели посещений ЦЗ по России, составившие 40,7 на 1000 детского населения, количество повторных визитов — 6,8.

Врачами образовательных учреждений было направлено на обследование 469194 (43,0%) детей. Вторая группа посетила ЦЗ по инициативе родителей — 322971 (29,6%) случаев. На третьем месте врачи детских поликлиник — 238920 (21,9%) детей. Самостоятельные визиты составили 5,0% от общей численности.

Родителей детей в возрасте от 0–4 лет интересует информация о когнитивном развитии ребенка, формировании пищевого поведения и привитии санитарно-гигиенических навыков. Родителей детей от 5–9 лет ориентируют на организацию здорового питания ребенка, физическую активность, профилактику школьно-обусловленных состояний на уровне семьи и самого ребенка.

Сложным является контингент детей в возрасте от 10–14 лет. Здесь профилактика направлена на профилактику социальных рисков (табакокурение, алкоголь, токсикомания, наркотики, ИППП) и акцентуацией внимания на личностных особенностях в пубертатном периоде.

Девушек и юношей от 16–17 лет интересует информация о репродуктивном здоровье, профилактике избыточной массы тела, сбалансированного питания, травматизме.

Заключение. Выявление факторов риска у 68% посетивших ЦЗ детей позволяет выстроить профилактическую систему охраны здоровья на групповом и индивидуальном уровнях с участием ребенка, его семьи, педагогов, врачей-педиатров.

155 К ВОПРОСУ О РЕОРГАНИЗАЦИИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ МОДЕЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Модестов А. А.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. В настоящее время профилактические услуги детскому населению страны оказывают 228 ЦЗ, через которые в течение года проходит немногим более 1 млн детей в возрасте от 0–17 лет. Организация их работы ЦЗ нуждается во всестороннем изучении.

Цель исследования. Выявление проблемных зон и разработка предложений о реорганизации деятельности.

Пациенты и методы. Анализ отчетной формы № 68 за 2013 год по 8 Федеральным округам и 83 субъектам РФ, включающий сведения о 1089322 посещениях.

Результаты. Изучение отчетной формы 68 выявило следующее.

1. В России отсутствует центр, осуществляющий мониторинг деятельности ЦЗ.
2. На федеральном уровне не установлена квота повторных визитов в ЦЗ и их оплата в системе ОМС.
3. Информация о деятельности ЦЗ ежемесячно с нарастающим итогом направляется в Минздрав из всех субъектов РФ, носит количественный характер, не позволяет принимать управленческие решения, направленные на формирование единой профилактической среды в педиатрии.
4. Отсутствуют критерии качества работы ЦЗ, напрямую увязанные с состоянием здоровья детского населения территории.
5. Табель оснащения ЦЗ не позволяет работать с детьми в возрасте от 0 до 4 лет.
6. Не утверждена процедура документооборота и обмена информацией между ЦЗ и медицинскими подразделениями образовательных учреждений.
7. Стандарт обследования при первичном обращении не увязан с возрастом детей.

Заключение. Анализ позволяет рекомендовать разработку:

- порядков и стандартов обследования с учетом возраста детей;
- алгоритмов работы ЦЗ с врачами-педиатрами поликлиник, образовательных учреждений и семьей ребенка;
- критериев эффективности ЦЗ;
- методических рекомендаций по оптимизации деятельности ЦЗ.

Внести дополнения в нормативные документы, определяющие деятельность ЦЗ. Их целесообразно переподчинить Центрам профилактики субъектов Российской Федерации и преобразовать в модельные центры профилактики для координации работы отделений организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях и кабинетов здорового ребенка детских поликлиник.

156

ВЛИЯНИЕ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ДЕТЕЙ С ПОЛЛИНОЗОМ

**Мурадова О. И., Каркашадзе Г. А., Маслова О. И., Торшхоева Р. М.,
Томилова А. Ю., Алексеева А. А., Вишнева Е. А., Волков К. С.**

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Поллиноз приводит к снижению когнитивных функций у детей. Ранее было установлено, что антигистаминные препараты I поколения снижают когнитивные функции пациентов. Пациенты с данной нозологией длительно получают курсы антигистаминных препаратов (АГ) II поколения, необходим анализ влияния разных АГ препаратов II поколения на когнитивную деятельность (КД) детей с поллинозом.

Цель исследования: изучение влияние приёма АГ II поколения в комплексе с аллергенспецифической иммунотерапией (АСИТ) на когнитивные функции у детей с поллинозом.

Материалы и методы. Обследован 81 ребенок с диагнозом поллинозом. Обследуемые были разделены на подгруппы в зависимости от АГ, который получали. Подгруппа I — получали дезлоратадин, подгруппа II — получали левоцетиризин, подгруппа III — получали цетиризин, IV подгруппа (группа сравнения) — пациенты, не получавшие АГ препараты во время проведения АСИТ. Пациентам основной исследуемой группы приводилось исследование КД в трех точках. С помощью психофизиологического компьютерного комплекса «Психомат» определено состояние КД.

Результаты. Детализация когнитивных нарушений при поллинозе в стадии ремиссии показала, что у пациентов чаще нарушены произвольное внимание и психомоторная деятельность. Не получено отчетливых данных о собственном вкладе АГ II поколения в улучшение КД в целом при комплексном лечении поллинозов с АСИТ. Антигистаминные препараты (дезлоратадин и цетиризин) улучшают показатели зрительно-пространственного восприятия у детей с поллинозом. Из трех АГ цетиризин обладает лучшим пролонгированным положительным эффектом в отношении психо-моторной деятельности в комбинированной терапии с АСИТ.

Заключение. Необходимы дополнительные специальные исследования в данной области для получения однозначных ответов на проблемные вопросы.

157 ДЕТСКИЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКИМ И СРЕДНИМ ТЕЧЕНИЕМ АКНЕ

Мурашкин Н.Н., Носачева О.А., Геворкян А.К., Торшхоева Р.М.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Изучение качества жизни в педиатрии — один из важнейших показателей эффективности оказания медицинской помощи. Многие международные и отечественные нормативные документы, касающиеся диагностики, профилактики и лечения заболеваний указывают на необходимость подобных исследований с целью дальнейшего совершенствования стратегии и тактики повышения эффективности оказания медицинской помощи в педиатрии.

Цель исследования: оценить качество жизни у детей и подростков 8–17 лет с легким и средним течением акне при помощи детского дерматологического индекса качества жизни (ДДИКЖ).

Пациенты и методы. Обследовано 150 детей с акне. 50 детей с легкой степенью и 100 со средней степенью акне. Предварительно, получив согласие от родителей, всем детям проведена оценка ДДИКЖ, что позволило выявить границу отрицательного влияния акне на различные аспекты жизни (быт, учеба, социальное функционирование).

Результаты. Клинические симптомы акне беспокоили всех детей в различной степени. При максимальных значениях индекса ДДИКЖ 30 баллов среднее значение его у наблюдаемых нами детей составило $15,37 \pm 3,41$ баллов.

Заключение. Установлено, что снижение качества жизни отрицательно влияло на настроение, повседневную активность, взаимоотношения со сверстниками, дети нередко отказывались от прогулок, игр, занятий спортом, а некоторые — прогуливали школьные занятия.

158

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Муц Е. Ю., Истратова М. В., Ермашева М. А., Шестакова В. Н.

Смоленская государственная медицинская академия

Актуальность. Дети с ограниченными возможностями здоровья — это категория детей, имевшие достаточно четкие специфические характеристики, связанные с состоянием здоровья, которое препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания.

Цель исследования: изучить особенности развития детей с ограниченными возможностями здоровья.

Пациенты и методы. В исследовании участвовало 117 детей в возрасте от 13–15 лет, 67 из которых обучались в коррекционном классе (основная группа наблюдения). 50 учащихся обучались в общеобразовательных классах этого же общеобразовательного учреждения (группа сравнения).

Результаты. Дети основной группы и группы сравнения по мере обучения в школе достоверно чаще имели III (55,2% и 54,0%, $p < 0,05$) и IV группы здоровья (32,8% и 32,0%, $p < 0,05$). В структуре соматической патологии у детей лидировали поражения центральной нервной (55,2% и 14,0% соответственно, $p < 0,05$), костно-мышечной (34,3% и 34,0%), сердечнососудистой (32,8% и 28,0%) систем. Среди поражений центральной нервной системы у детей основной группы наблюдения чаще встречались нарушения речевого развития (56,7%), малые мозговые дисфункции (38,8%), гидроцефалия различных степеней тяжести (26,9%). Дети основной группы наблюдения в 43,3% случаев имели среднее умственное развитие, в 25,4% — ниже среднего, в 31,3% — низкое умственное развитие. У 14,2% респондентов основной группы была нарушена мелкая моторика, у 8,8% — недостаточно развито внимание, у 4,5% — снижена память, у 6,0% школьников выявлялись патологические привычки, у 25,0% — навязчивые движения, что также требовало индивидуального подхода во время учебного процесса. Колебание настроения (55,2%), усиление раздражительности (38,8%), повышение уровня тревожности (22,4%) чаще наблюдались у детей основной группы наблюдения.

Заключение. Дети с ограниченными возможностями здоровья, обучающиеся с нормально-развивающимися сверстниками, чаще имеют отрицательную динамику в состоянии здоровья, что требует регулярного динамического наблюдения, комплексного подхода, привлекая к работе педиатров, узких специалистов, психологов, педагогов и родителей.

159

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ**Мэтрэгунэ Н. Г., Чебану Н. В., Бикир-Тхоряк Л. И., Кожокарь С. В., Ерохина О. В., Бабий К. В.***Научно-исследовательский институт кардиологии, Кишинев*

Актуальность. Проблема артериальной гипертензии представляет угрозу здоровью населения, в том числе и детям разных возрастных категорий. Ожирение неблагоприятно влияет на структуру и функцию эндотелия, а также на динамические свойства сосудов. Артериальная эластичность является неинвазивным методом определения нарушений на уровне сосудистого эндотелия.

Цель исследования. Определение состояния функции эндотелия и эластичности сосудов у детей с АГ, избыточной массой тела и ожирением.

Пациенты и методы. В исследовании были включены 100 детей. Средний возраст 14,38 лет. Пациенты были разделены на II группы: I группа 50 детей с АГ, избыточной массой тела и ожирением, II группа 50 детей с нормальным АД, избыточной массой тела и ожирением.

Контрольная группа — 50 детей с нормальным АД и весом. С целью определения индекса эластичности сосудов (C1 и C2) был использован аппарат HDI/PulseWave CR-2000 (США), который анализирует форму волны давления, полученной при помощи пьезоэлектрического датчика давления, расположенного на запястье правой руки над лучевой артерией, и полупроводникового датчика в манжете, размещаемой на левом предплечье.

Результаты. Оценка полученных данных показала снижение индекса эластичности артерий большого диаметра (C1), у детей с АГ, избыточной массой тела и ожирением (13,4 мл/мм Hgх10), в сравнении с группой контроля, где C1 составил 15,35 мл/мм Hgх10. Во II группе C1 составил 14,55 мл/мм Hg х10 ($p > 0.05$). Индекс эластичности сосудов мелкого диаметра (C2) был 7,2 мл/мм Hgх100 в I группе и 8,58 мл/мм Hgх100 во II группе, в сравнении с группой контроля — 9,89 мл/мм Hgх100. Анализ периферического сосудистого сопротивления, показал значительное снижение данного параметра в I группе (984,7 $\text{dye} \cdot \text{sec} \cdot \text{cm}^5$), по сравнению с контрольной группой (1141 $\text{dye} \cdot \text{sec} \cdot \text{cm}^5$) ($p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, наиболее выраженные изменения макро и микроваскулярной эластичности и периферического сосудистого сопротивления были выявлены у детей с артериальной гипертензией, избыточной массой тела и ожирением что доказывает наличие эндотелиальных нарушений у данной категории детей.

160

ОПЫТ РАБОТЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПРОЕКТА БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мякишева Т. В., Авдеева Т. Г.

Смоленская государственная медицинская академия

Актуальность. Сохраняющаяся напряженная ситуация с туберкулезом в РФ и в Смоленской области послужила причиной создания в 2010 г. междисциплинарного проекта борьбы с туберкулезом.

Цель исследования. Внедрить междисциплинарный подход при участии педиатров, фтизиатров, организаторов здравоохранения, менеджеров экономики фармации в проект в Смоленской области и оценить его эффективность за 2010–2013 гг.

Пациенты и методы. Осуществлены научные исследования в области фтизиатрии, педиатрии, экономики фармации. Использованы теоретический, аналитический, сравнительный, статистический методы. Проанализированы годовые отчеты по основным эпидемиологическим показателям по туберкулезу в РФ и Смоленской области в 2006–2013 гг. Исследованы истории болезни, государственные реестры лекарственных средств, рынок зарегистрированных и поставляемых ПТП.

Результаты. Проведен анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в 2006–2013 гг. в области в сравнении с данными по РФ и ЦФО. Исследованы особенности течения туберкулезной инфекции у детей с отягощенным соматическим фоном, метаболическим синдромом, бронхиальной астмой, нарушениями костного метаболизма для формирования групп риска, усовершенствован фармацевтический менеджмент ПТП. В динамике в 2010–2013 гг. по сравнению с 2006–2009 гг. в области зарегистрировано снижение заболеваемости у детей ($p < 0,001$), распространенности туберкулеза среди детей ($p < 0,001$), уменьшение смертности ($p < 0,005$). Заболеваемость и распространенность ВИЧ-коинфекции ниже, чем в РФ ($p < 0,05$). Охват пробами Манту детей (98,6%) и подростков (97,6%) был высоким. Уровень флюорографических осмотров у подростков возрос от 62,2 до 73,8% ($p < 0,05$). Качество диагностики повысилось за счет внедрения Диаскинтеста и компьютерной томографии. Организовано волонтерское движение студентов СГМА по просвещению населения о туберкулезе.

Заключение. Таким образом, за счет междисциплинарного взаимодействия по раннему выявлению больных туберкулезом, внедрения новых методов диагностики, развития менеджмента организации противотуберкулезной помощи улучшились эпидемиологические показатели.

161

ОСОБЕННОСТИ НАЗОЦИТОГРАММ И ЛОКАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-2 У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ НОСОГЛОТКИ**Нагаева Т. А., Фурманова Е. А., Пономарева Д. А.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

Актуальность. Механизмы иммунно-патологических реакций, протекающих в слизистых оболочках дыхательных путей у часто болеющих детей (ЧБД) с заболеваниями адено tonsиллярной системы, во многом остаются неясными. С учетом участия матриксной металлопротеиназы-2 (ММР-2) в хронизации воспалительного процесса и ремоделировании тканей, представляет интерес изучение ее локального содержания и сопоставление с деструкцией клеточных факторов местной защиты носоглотки.

Цель исследования. Оценка назоцитогрaмм и содержания ММР-2 в группе ЧБД с патологией адено tonsиллярной системы.

Пациенты и методы. Обследовано 105 детей в возрасте 4–6 лет: 45 детей — с гипертрофией небных и глоточной миндалин, 40 — с хроническими заболеваниями ЛОР-органов, 20 — контрольной группы. Цитологический анализ мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости носа (Матвеева Л. А., 1993) и содержание ММР-2 в слюне методом ИФА проведены через 1 месяц после ОРЗ и в период ремиссии хронической патологии.

Результаты. При изучении назоцитогрaмм выявлено достоверное ($p < 0,001$) возрастание среднего показателя деструкции нейтрофилов и клеток плоского и цилиндрического эпителия у ЧБД с гипертрофией лимфоидной ткани и хронической патологией ЛОР-органов. Достоверное снижение уровня ММР-2 отмечалось у дошкольников с хронической адено tonsиллярной патологией и гипертрофией миндалин с минимальной концентрацией — 1,1 (1,1–1,2) нг/мл. Обнаружена высокая обратная корреляционная связь концентрации ММР-2 со степенью деструкции клеток слизистой оболочки носоглотки.

Заключение. Выявленные особенности цитологических показателей носового секрета у ЧБД с патологией лимфоидной ткани носоглотки являются доказательством нарушения адсорбционных свойств эпителиального покрова слизистых оболочек дыхательных путей, снижения адаптационных резервов мукозального иммунитета. Нарастающие изменения содержания ММР-2 в слюне ЧБД по мере хронизации патологического процесса можно рассматривать как фактор, указывающий на сохранение активности воспаления миндалин с формированием их фиброза.

162
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ У ПОКИДАЮЩИХ ШКОЛУ 9-КЛАССНИКОВ

Надеждин Д. С., Гончарова Г. А.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Охрана нервно-психического здоровья (НПЗ) школьников во многом связана со своевременной диагностикой пограничных невротических и личностных расстройств. Пограничные расстройства могут стать источником дезадаптации растущего организма школьника, нервно-психической неустойчивости, психосоматических расстройств. Для предотвращения развития нервно-психических отклонений необходимо своевременно выделять их симптомы, в том числе в зависимости от текущих этапов в образовательной деятельности школьника. Особым этапом в образовании является окончание 9 класса с выбором дальнейшего жизненного пути — продолжать обучение в школе или перейти в училище, в колледж.

Цель исследования. Сравнительный анализ проявления симптомов пограничных нарушений НПЗ в двух группах 9-классников: продолжающих обучение в школе и уходящих из нее в другие учебные заведения.

Пациенты и методы. Проведено исследование 220 учащихся 9-х классов ряда московских школ. Осуществлены опросы каждого ученика, его учителей и родителей, на основании которых выявлены индивидуальные проявления симптомов дезадаптации в учебной деятельности, а так же симптомов фобических, астенических и личностных расстройств.

Результаты. Выявлено достоверное превышение симптомов пограничных нарушений НПЗ в группе уходящих из школы в другие учебные заведения, по сравнению с продолжающими обучение в ней 9-классниками: по выраженности симптомов дезадаптации в учебной деятельности ($p < 0,001$), симптомов личностных ($p < 0,001$), астенических ($p < 0,01$) и фобических расстройств ($p < 0,05$). Особенно сильно это проявились у юношей.

Закключение. Выявлена группа 9-классников, достоверно отличающаяся более сильной выраженностью симптомов нарушения НПЗ — учащиеся, покидающие школу по окончании 9 класса. Необходимо особое внимание врачей и психологов к этим подросткам не только в школе, но и в других учебных заведениях после 9-х классов.

163

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ RTPN2, RTPN22 И RHTF1 В РАЗВИТИИ РФ-ПОЗИТИВНОГО ПОЛИАРТРИТА У ДЕТЕЙ**Назарова Л. Ш., Данилко К. В., Малиевский В. А., Викторова Т. В., Ахуба И. В.***Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Актуальность. Согласно современным представлениям, ювенильный артрит (ЮА) — это гетерогенная группа заболеваний суставов у детей, характеризующихся различиями в клинико-лабораторных данных, течении и исходе патологического процесса. В ряде исследований в последние годы были показаны ассоциации полиморфных локусов генов протеин-тирозиновых фосфатаз нерецепторного типа 2 и 22 (RTPN2 и RTPN22) и гена предполагаемого гомеодоменного фактора транскрипции 1 (RHTF1) с развитием ЮА.

Цель исследования. Поиск возможных ассоциаций полиморфных локусов rs1893217 гена RTPN2, rs2476601 гена RTPN22, rs6679677 гена RHTF1 с развитием различных клинических вариантов ЮА.

Пациенты и методы. В исследование было включено 236 пациентов с ЮА, проходивших лечение в РДКБ в период с 2010–2014 гг. В качестве контрольной группы были подобраны 206 добровольцев без аутоиммунных заболеваний в анамнезе.

Изучение полиморфных локусов генов RTPN2, RTPN22, RHTF1 проводилось методом ПЦР в реальном времени. Статистическую обработку результатов проводили в программах Microsoft Excel, Statistica v. 6.0, а также SNPStats (с использованием критерия χ^2 , либо точного двустороннего критерия Фишера и оценкой отношения шансов (OR)).

Результаты. При анализе распределения частот генотипов и аллелей полиморфных локусов генов RTPN2, RTPN22, RHTF1 в общей группе детей с ЮА и в контрольной группе достоверных различий обнаружено не было. Однако, после стратификации больных в соответствии с классификацией ILAR было установлено, что у больных с РФ-позитивным полиартритом при сравнении с остальными клиническими вариантами заболевания и с контрольной группой значительно чаще встречается аллель А полиморфного локуса гена RTPN22 (p (Фишер) = 0,020, OR = 4,210 и p (Фишер) = 0,009, OR = 5,410, соответственно) и аллель А полиморфного локуса гена RHTF1 (p (Фишер) = 0,020, OR = 4,210 и p (Фишер) = 0,008, OR = 5,571, соответственно)).

Заключение. Нами выявлена ассоциация полиморфных локусов rs2476601 гена RTPN22 и rs6679677 гена RHTF1 с повышенным риском развития РФ-позитивного полиартрита у детей.

164 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЛЕГКИМ И СРЕДНИМ ТЕЧЕНИЕМ АКНЕ

Намазова-Баранова Л. С., Носачева О. А., Геворкян А. К., Торшхоева Р. М.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. За последнее десятилетие во всем мире существенно возросла исследовательская активность в области изучения качества жизни (КЖ) в педиатрии как одного из важнейших показателей эффективности оказания медицинской помощи.

Цель исследования. При помощи адаптированной русской версии общего опросника PedsQL 4.0. Pediatric Quality of Life Questionnaire – PedsQL 4.0 (Varni J. et al., USA, 2001), оценить влияние акне легкой и средней степени на физическое, эмоциональное, социальное и школьное функционирование у детей и подростков от 8–17 лет.

Пациенты и методы. Обследовано 150 детей с акне. 50 детей с легкой степенью и 100 со средней степенью акне. Предварительно, получив согласие от родителей, в соответствии с возрастом всем детям предложено заполнить опросник PedsQL 4.0.

Результаты. У детей в возрасте от 8–12 лет показатель физического функционирования составил $90,61 \pm 1,2$ балла, школьного $89,66 \pm 1,6$ балла, эмоционального $70,12 \pm 1,1$ балла, социального $70,49 \pm 1,1$ балла. У детей в возрасте от 13–17 лет показатель физического функционирования составил $89,83 \pm 1,0$ балла, школьного $88,93 \pm 1,2$ балла, эмоционального $69,93 \pm 1,2$ балла, социального $72,19 \pm 1,1$ балла.

При сравнительном анализе у детей с легким течением акне показатель физического функционирования составил $92,32 \pm 1,0$ балла, школьного $90,26 \pm 1,4$ балла, эмоционального $84,16 \pm 1,4$ балла, социального $76,40 \pm 1,0$ балла. У детей со средней степенью акне показатель физического функционирования составил $90,16 \pm 1,4$ балла, школьного $89,35 \pm 1,5$ балла, эмоционального $63,13 \pm 1,2$ балла, социального $66,20 \pm 1,2$ балла.

Заключение. Анкетирование наблюдаемых нами детей показало, что с легким и средним течением акне физическое и школьное функционирование нарушены менее всего, однако эмоциональные проблемы причиняют большие неудобства таким детям. Статистически значимой достоверности данных между школьным и физическим функционированием у наблюдаемых нами детей получено не было, когда при эмоциональном и социальном функционировании получена достоверная разница ($p \leq 0.05$).

165 ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ АКНЕ

Намазова-Баранова Л. С., Носачева О. А., Геворкян А. К., Торшхоева Р. М.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Комплексный подход к проблеме акне у детей и подростков поможет выявить предрасполагающие факторы к развитию угревой болезни.

Цель исследования: оценить ИМТ у детей с акне в возрасте 8–12 лет и 13–17 лет.

Пациенты и методы. Обследовано 150 детей с акне. 50 детей с легкой степенью и 100 со средней степенью акне. Всем детям с согласия родителей проведена антропометрическая оценка (измерение массы тела и роста ребенка), расчет ИМТ. Группу сравнения составили 64 ребенка без акне (по 32 ребенка в возрасте 8–12 лет и 13–17 лет).

Результаты. В группе детей с акне 8–12 лет пациенты с нормальной массой тела составили 34,78%, массу тела выше нормы имели 56,52% детей, ожирением страдали 6,53% наблюдаемых, вес ниже возрастной границы нормы имели 2,17% детей. В группе сравнения у детей в возрастном периоде 8–12 лет нормальную массу тела имели 56,25% детей, вес ниже возрастной нормы был зарегистрирован у 34,38% детей, выше нормы у 9,37% наблюдаемых, детей с ожирением в данной группе выявлено не было.

В группе детей с акне в возрасте 13–17 лет нормальную массу тела имели 62,5% обследуемых, вес выше нормы наблюдался у 16,35% детей, ниже нормы у 16,35% пациентов, ожирение диагностировано у 4,80% обследуемых. В группе сравнения данной возрастной группы нормальный вес имели 78,13% обследуемых, вес выше нормы зарегистрирован у 18,75% пациентов. Ни у кого из детей недостатка веса зарегистрировано не было, ожирение выявлено у 1,12% пациентов.

Заключение. Анализ полученных данных показал, что в группе детей с акне в возрасте до 12 лет количество детей с излишней массой тела достоверно ($p \leq 0.05$) превышало этот показатель в группе сравнения и у детей в пубертате, а пациентов с ожирением в группе сравнения не наблюдалось. В свою очередь ожирение у детей с акне в препубертате регистрировалось в 6,53% случаев, а в возрасте 13–17 лет — в 4,80%. Отличительным параметром группы сравнения в возрасте 8–12 лет являлось достоверно ($p \leq 0.05$) большее количество детей с недостаточным весом.

166

СТАНДАРТЫ И СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Настаушева Т. Л., Жданова О. А., Минакова О. В.

Воронежская государственная медицинская академия имени Н. Н. Бурденко

Актуальность. В 2006–2007 гг. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала стандартные показатели длины тела и индекса массы тела (ИМТ) для детей и подростков от рождения до 19 лет и стандарты массы тела для детей от рождения до 10 лет. Отклонение от стандартов может рассматриваться как скрининг-диагностика различной патологии.

В Воронежской области в 1997–1999 гг. проводились исследования длины, массы тела и ИМТ детей. Учитывая необходимость регулярного пересмотра существующих оценочных таблиц, в 2011–2014 гг. повторно проведено исследование физического развития детей региона.

Цель исследования. Анализ показателей физического развития детей и подростков Воронежской области в 2011–2014 гг. на основе стандартов физического развития, разработанных ВОЗ и составление современных региональных справочных материалов физического развития детей и подростков.

Пациенты и методы. Исследования длины, массы тела и индекса массы тела проведены у 7 тысяч детей и подростков Воронежской области в возрасте от 1 года до 15 лет. Анализ данных проводился с программы Statistica 6.1.

Результаты. При изучении показателей физического развития детей Воронежской области в 2011–2014 гг. выявлены отличия от стандартов ВОЗ (2006 и 2007 гг.). Значения длины тела в интервале от 75 до 95 перцентилей имели 27,1% детей и подростков (вместо 20%), более 95 перцентилей – 10,4% детей (вместо 5%). Показатели массы тела в интервале от 75 до 95 перцентилей имели 32,7% детей (вместо 20%), более 95% перцентилей – 12,2% (вместо 5%). Значения ИМТ в интервале от 75 до 95 перцентилей стандартных показателей имели 30,6% детей (вместо 20%), выше 95 перцентилей – 12,8% (вместо 5%). Разработаны современные региональные справочные материалы физического развития детей Воронежской области в возрасте от 1 года до 15 лет.

Заключение. Проведенные исследования подчеркивают важность выявления региональных особенностей физического развития и использования в практической деятельности как международных стандартов, так и региональных справочных показателей.

167

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА
ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ**

Ни А. Н., Фадеева Т. Ю., Васильева Т. Г.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Актуальность. Одной из причин внутриутробного развития плода (ЗВУР) является нарушение обмена фолиевой кислоты. Однако патогенез этой связи изучен недостаточно.

Цель исследования: установить частоту отдельных полиморфизмов генетических маркеров фолатного обмена при ЗВУР.

Пациенты и методы. Обследовано 24 новорождённых с различными вариантами ЗВУР. Были изучены полиморфные системы гена MTHFR (метилентетрагидрофолатредуктаза): C677C, C677T, T677T; гена MTR (метионин-синтаза): A2756A, A2756G, G2756G; гена MTRR (метионин-синтаза-редуктаза): G66G, G66A, A66A.

Результаты. При ЗВУР у новорождённых отмечалась более высокая частота полиморфизмов C677T (62,5%), T677T (12,5%) гена MTHFR, G2756G (8,3%) гена MTR, A66A (34,8%) гена MTRR относительно здоровых детей. Установлена взаимосвязь полиморфизма C677T (52,4%) гена MTHFR, A2756G (28,6%) гена MTR, A66A (30,0%) гена MTRR у новорождённых с формированием гипотрофического варианта ЗВУР, с полом ребёнка (риск ЗВУР выше у мальчиков): C677T (42,6%) гена MTHFR, A2756G (23,8%) гена MTR, A66A (35,0%) гена MTRR.

Заключение. С целью профилактики ЗВУР плода необходимо выявлять группу риска среди беременных с включением в комплекс обследования генетического анализа обмена фолиевой кислоты (особенно полиморфизмы генов MTHFR и MTRR). Необходимо дальнейшее изучение взаимосвязей генетических маркеров фолатного обмена с показателями нутритивного статуса новорождённых с ЗВУР, формированием патологических процессов в катамнезе, с целью обоснования превентивных мероприятий на всех этапах развития ребёнка.

168

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ И ПРЕПАРАТОВ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Нигматуллина М. В., Конова О. М., Дмитриенко Е. Г., Кузенкова Л. М., Мамедьяров А. М.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) наиболее частая причина тяжелой физической инвалидизации в детстве. У 80% детей с ДЦП результатом спастичности мышц являются расстройства движения. Это обосновывает необходимость реабилитационных мероприятий для нормализации мышечного тонуса. Для коррекции локальной спастичности используют препараты ботулинического токсина типа А (БТА). Однако при этом отсутствует воздействие на ослабленные мышцы — антагонисты спастичной группе.

Цель исследования: обосновать эффективность электромиостимуляции (ЭМС) ослабленных мышц-антагонистов спастичным в комплексном лечении детей со спастическими парезами.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов с ДЦП в возрасте от 3 до 16 лет. Основную группу составили 40 детей, которым проводилась ЭМС ослабленных мышц — антагонистов спастичным № 10 со 2-го дня после введения БТА. Группу контроля — 20 пациентов, им не проводилась физиотерапия. До и после курса лечения сравнивались клинические данные с оценкой спастичности по шкале Ашфорт, для количественного анализа состояние мышечного тонуса использовалась электромиография (ЭМГ), гониометрия. В группе контроля оценивались данные до и через 2 недели со дня введения БТА.

Результаты. По окончании курса ЭМС происходило формирование правильного двигательного паттерна, тенденция к снижению патологически повышенного мышечного тонуса по шкале Ашфорт на $1,02 \pm 0,06$ балла ($p > 0,05$). Увеличивался объем движений в суставах рук и ног на $35,12 \pm 2,13$ градусов ($p < 0,01$). Данные ЭМГ менялись на руках от $25,11 \pm 5,15$ мкВ до $56,24 \pm 5,36$ мкВ ($p < 0,01$), и в ногах от $17,02 \pm 1,85$ мкВ до $45,17 \pm 1,54$ мкВ ($p < 0,01$). Неблагоприятных эффектов не наблюдалось ни в одном случае. В группе контроля динамика объема движений в суставах рук и ног и данные ЭМГ были значительно менее выражены.

Заключение. Комплексное применение ЭМС с введением БТА в коррекции локальной спастичности позволяет достичь более выраженного эффекта улучшения двигательных функций у детей со спастическими формами ДЦП.

169 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ГЕПАТОБИЛИСЦИНТИГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕСТАЗОВ

Никитин А. В., Полякова С. И., Смирнов И. Е., Комарова Н. Л.,
Герасимова Н. П.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Возможности исследования желчеобразования и желчевыведения ограничены уровнем холестаза и включает в себя клинические, инструментальные и биохимические маркеры. Хронометрический подход позволяет оценить функциональное состояние печени в целом. ГБСГ является чувствительным методом для обнаружения нарушений функции печени и билиарного тракта.

Цель исследования. Определить клиническую значимость ГБСГ при различных холестатических заболеваниях печени у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 13 детей с прогрессирующим семейным внутривнутрипеченочным холестазом 1 и 2 типа в возрасте от 0 до 2 лет (мальчиков — 9, девочек — 4) и 17 детей с синдромом Алажилля в возрасте от 1 года до 13 лет (мальчиков — 8, девочек — 9).

Результаты. При ПСВПХ у детей время накопления РФП в паренхиме печени $18,75 \pm 3,75$ мин, время полувыведения ($T_{1/2}$), поступления меченой желчи в желчный пузырь и кишечник не наступает. Сохраняется длительно высокий тканевый фон, обусловленный нарушением выведения РФП и его обратным всасыванием в кровь. При синдроме Алажилля T_{max} РФП $16 \pm 6,85$ мин (норма 8–12 минут), в 35% за время исследования (90 мин) $T_{1/2}$ препарата $52,8 \pm 12,7$ мин (норма не более 35 минут); на 25 минуте исследования у детей фиксируется поступление основного количества меченой желчи в кишечник. В среднем T в 12 п/кишке $24,6 \pm 6,1$ мин (норма 65–67 мин. у взрослых).

Заключение. Гепатобилисцинтиграфия (ГБСГ) позволяет оценить желчевыделительную функцию. Таким образом отсутствие $T_{1/2}$ за время исследования, а так же отсутствие поступления РФП в протоки, желчный пузырь и кишечник в совокупности с высоким тканевым фоном могут указывать на внутриклеточный холестаз, а замедленное поступление меченой желчи в вышеуказанные области свидетельствуют о дуктопении. В сочетании с биохимическими маркерами холестаза, цитолитической активности, диагноз может быть установлен без биопсии печени.

170 ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ОБЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Новикова Т. Н., Булгакова В. А.

Московский городской педагогический университет

Актуальность. Изучение клинических особенностей соматического статуса является существенным дополнением к исследованию проблемы детей с нарушением речевого развития и важным звеном в комплексной оценке здоровья для своевременного и адекватного выбора тактики их медицинской и педагогической реабилитации.

Цель исследования: определить острую и хроническую заболеваемость детей с нарушением речи, посещающих детское дошкольное учреждение коррекционного типа (ДДУк).

Пациенты и методы. Изучены данные анкетного опроса родителей, скрининг доврачебного осмотра и ежегодного диспансерного осмотра 50 воспитанника ДДУк 3–7 лет (36 мальчиков, 14 девочек).

Результаты. В большинстве случаев (38 детей) обследованные дети имели патологию опорно-двигательного аппарата. На втором месте — патология органов зрения (15 детей). На третьем — аллергические болезни (13 детей, из них у 4 определялась респираторная аллергия, у 9 проявления атопического дерматита и пищевой и лекарственной аллергии). Практически с одинаковой частотой выявлялась патология органов пищеварения (у 5 детей), органов кровообращения (4), эндокринные нарушения (4), железодефицитная анемия диагностирована у 2 детей. Количество нозологических форм на ребенка в среднем составило 3–4 патологических состояния. У трети детей определялись нарушения физического развития: 21% имели астеническое телосложение, 8% — гипостеническое, 4% — гиперстеническое. Соматическое состояние 7 детей, имеющих статус инвалида, в целом не отличался от остальных детей. Анализ острой заболеваемости выявил доминирующую роль острой респираторной инфекции (ОРИ). В целом пропуски по болезни составили 11,9 дней на 1 ребенка, из них по причине острой заболеваемости — 8,0 дней на 1 ребенка. К группе часто болеющих ОРИ детей (ЧБД) отнесены 9 детей (18%).

Заключение. У детей с проблемами речевого развития наряду с доминирующей патологией нервной системы и когнитивными нарушениями, в основном определяющими нарушение речи, также выявляются патологические состояния соматического статуса, требующие восстановительной терапии.

171

**РАНГОВАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА
РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ****Нуржанова С. Т.***Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, Бишкек*

Актуальность. Большое количество исследований указывает на влияние антенатальных и интранатальных факторов риска развития врожденных пневмоний, однако не определялось ранговая значимость врожденных пневмоний.

Цель исследования. Изучение ранговой значимости факторов риска ОР развития врожденных пневмонии у новорожденных детей.

Пациенты и методы. Изучены медико-биологические факторы риска реализации врожденных пневмоний у 106 новорожденных — основная группа. Контрольную группу составили 65 здоровых новорожденных. ОР (отношение шансов, положительный эффект $OR > 1,0$) определялось при помощи SPSS16.0.

Результаты. Исследовались медико-биологические факторы риска развития врожденных пневмоний. Получены следующие результаты, что заболевание чаще развивается от первобеременных ($p < 0,05$, $OR = 1,85$) юных матерей до 20 лет ($p < 0,001$, $OR = 5,5$) и матерей старшей возрастной группы после 35 лет ($p < 0,01$, $OR = 2,66$). Болеют чаще мальчики, чем девочки ($p < 0,05$, $OR = 1,92$). В основной группе достоверно чаще ($p < 0,05$, $OR = 2,14$) выявляется отягощенный акушерский анамнез.

При оценке ранговой значимости факторов риска патологии течения беременности наиболее высокие доказательные характеристики имеют урогенитальная патология ($OR = 6,93$), смешанная экстра- и урогенитальная патология ($OR = 18,3$) и патологические околоплодные воды ($OR = 18,3$) многоводие ($OR = 16,2$), маловодие ($OR = 12,1$), преэклампсия ($OR = 4,14$) и угроза прерывания беременности ($OR = 2,64$).

В ранговой значимости факторов риска патологического течения родов первые места занимают: внутриутробная гипоксия плода ($OR = 279,5$), оперативное родоразрешение ($OR = 20,6$) и преждевременное отхождение патологических околоплодных вод ($OR = 15,8$).

Заключение. Заболевание чаще развивается от первобеременных ($OR = 1,85$) юных матерей ($OR = 5,5$) и матерей старшей возрастной группы ($OR = 2,66$). Чаще болеют мальчики ($OR = 1,92$), отягощенный акушерский анамнез ($OR = 2,14$). Патологическое течение беременности наблюдается преимущественно у матерей основной группы в виде: маловодия и многоводия, сочетание экстра- и урогенитальной патологий. Асфиксия новорожденного ($OR = 279,5$).

172

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Нурмеев И. Н., Миролубов Л. М., Сабирова Д. Р., Умаров Н. А.,
Осипов А. Ю., Нурмеева А. Р.

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Возможности лечения гемангиом β адреноблокаторами осуществили революцию в лечении указанной патологии. Особый интерес представляет лечение осложнённых гемангиом — наиболее сложной группы пациентов.

Цель исследования. Обобщение опыта лечения осложнённых гемангиом.

Пациенты и методы. В 2007–2014 гг. в ДРКБ МЗ РТ проведено лечение 3050 пациентов с гемангиомами. Возраст пациентов от 30 дней до 10 мес 8 дней (среднее 5,1 мес \pm 15 дн). Девочек — 2247 (73,67%), мальчиков — 803 (26,33%). Среди них 112 (3,67%) осложнённых: 31 (1,02%) — кровотечением, 64 (2,1%) — изъязвлением, 17 (0,56%) — сочетанием кровотечения и изъязвления. Имели место такие осложнения, как влияние на зрение, функцию печени и дыхание, всего 14 (3,68%).

Традиционным (до 2012 года) лечением для осложнённых гемангиом считалось инвазивное лечение: иссечение, лазерная коагуляция, местное лечение, короткофокусная рентгеновская терапия.

С 2012 года начали применять пропранолол-терапию. Лечение включало в себя стационарную и амбулаторную фазы. Рабочей дозой считали 2 мг/кг/сутки с набором дозы за 3–10 дней с понижением дозы в ряде случаев.

Оценивали косметический результат лечения, длительность лечения и удовлетворенность проводимой терапией.

Результаты. У всех пролеченных больных было отмечено улучшение/выздоровление.

В 2007–2012 гг. длительность излечения изъязвления гемангиомы составила 21 ± 2.1 день, с 2012 года эпителизация поверхности достигалась за 4.5 ± 1.2 дня, т. е. улучшение показателя в 4,67 раза ($p \geq 95\%$).

Удовлетворенность результатом лечения оказалась выше в группе медикаментозного лечения, что было обусловлено быстрой эпителизацией, отсутствием продолженного периферического роста опухоли, отсутствием местных ожоговых явлений, связанных с лазерным воздействием.

В отношении хирургических вмешательств сравнение позволило констатировать возможность избежать инвазию в 100% случаев с переходом на медикаментозное лечение.

Заключение. Тактика медикаментозного ведения пациентов с гемангиомами показала себя эффективной и безопасной при лечении осложнённых гемангиом.

173

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ В ОБЛАСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ**Нурмеев И. Н., Миролубов Л. М., Сабирова Д. Р., Умаров Н. А., Осипов А. Ю., Гильмутдинов М. Р., Нурмеева А. Р.***Казанский государственный медицинский университет*

Актуальность лечения гемангиом наружных половых органов определяется как функциональными требованиями, так и трудностями использования местных тканей для пластических операций. Согласно современным воззрениям, гемангиомы указанной локализации являются показанием к лечению. В настоящее время методами выбора являются лазерная коагуляция и медикаментозная терапия гемангиом.

Цель исследования. Обобщение опыта лечения гемангиом наружных половых органов у детей.

Пациенты и методы. В ДРКБ МЗ РТ для лечения поверхностно расположенных гемангиом используется Nd: YAG лазер. В 2007–2014 гг. в ДРКБ МЗ РТ проведено лечение 48 случаев указанной локализации. Пациенты были в возрасте от 1 мес до 1 года. Из них мальчиков — 19 (42,22%), девочек — 26 (57,78%). Патологические образования были расположены в областях: мошонка — 12 случаев, половой член и мошонка — 7, половой член — 7, большие половые губы — 13, большие и малые половые губы — 4, малые половые губы и клитор — 2. До 2012 года лечение проводили 1064 нм лазером. Лечение требовало от 1 до 4 сеансов лазерного воздействия. В одном случае гемангиома полового члена сочеталась с гипоспадией. По завершение лечения сосудистой патологии больной был оперирован в урологическом стационаре. С 2012 года в лечении стали применять терапию пропранололом (1–2 мг/кг). Для объективизации контроля результатов применяли серии цифровых фотоснимков, выполненных в процессе лечения.

Результаты. Излечение достигнуто во всех случаях. В одном случае (лазерное воздействие) в послеоперационном периоде отмечено изъязвление области обширной гемангиомы большой половой губы, потребовавшее 2,5-недельного местного лечения. Медикаментозная терапия показала себя как исключительно эффективное средство: отсутствие местных и системных осложнений, косметологическая результативность лечения.

Заключение. Гемангиомы области наружных половых органов у детей требуют незамедлительного начала лечения. Лазерная коагуляция показала себя как эффективный и безопасный метод лечения, уступая, при этом, медикаментозному лечению пропранололом.

174

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Олимова К. С., Абдуллаева Н. Ш., Пачаева Р. П.

*Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии,
Таджикистан*

Актуальность. Состояние здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, всегда было и остается предметом многочисленных исследований.

Цель исследования: изучить состояние здоровья и адаптационные возможности детей, проживающих в домах ребенка г. Душанбе.

Пациенты и методы. Обследовано 124 детей (45 девочек и 79 мальчиков) в возрасте от 4 до 8 лет. Все остались без попечения родителей. Физическое развитие с определением массо-ростовых показателей, окружностей головы и груди оценивали по центильным таблицам. Все дети осмотрены специалистами: педиатр, невропатолог, оториноларинголог, окулист, кардиолог, проведены параклинические методы исследования.

Результаты. У 54 (56,25%) обследованных детей было зарегистрировано нарушения в физическом развитии, что проявлялось дисгармоничным развитием в 28% и резко дисгармоничным у 29% обследуемых детей. Ведущее место в структуре заболеваемости этих детей занимала патология респираторного тракта — 33,7%, последствия перенесенной натальной патологии ЦНС — 63,5%, нарушения зрения — 24%, патология щитовидной железы — 34,6%, анемия — 34,8%, у каждого второго обследуемого (56,6%) выявлена глистная и паразитарная инвазия. Нами установлено, что период адаптации детей сопровождался достаточно высокой частотой вегетативных расстройств: вегето-сосудистая дистония — 42%, дискинезия желчевыводящих путей — 37,5%, функциональная кардиопатии — 12,7%.

Заключение. Нарушение состояния здоровья детей, проживающих в домах ребенка, характеризуется полиморфизмом и сочетанием нескольких отклонений у одного ребенка, что сопровождается более частым присоединением острых интеркуррентных заболеваний и способствует формированию среди данного контингента детей хронической патологии уже в дошкольном возрасте. В связи с этим необходим углубленный анализ негативных факторов с последующей разработкой профилактических и лечебных мероприятий.

175

**СКОЛИОТИЧЕСКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ПОЗВОНОЧНОГО
СТОЛБА У ДЕВУШЕК****Орлов С. А., Цыбульская А. С., Юхвид Е. В., Коломыс В. Е.***Тюменская государственная медицинская академия*

Актуальность. Решение проблем сохранения здоровья, профилактики и лечения болезней невозможно без знания конституции конкретного человека. Для медицинской науки и практики конституция человека дает интегральную характеристику человеческой индивидуальности.

Цель исследования: определить компьютерно-топографические показатели, которые могут служить критериями диагностики нарушений осанки и деформаций позвоночного столба.

Пациенты и методы. Проведена комплексная морфометрическая и оптико-топографическая оценка девушек юга Тюменской области. Исследование выполнялось с помощью компьютерно-оптического метода (КОМОТ), которая позволяет бесконтактно определять трехмерную форму поверхности туловища в абсолютной системе координат. Численность выборки 670 человек, исследовались девушки 16–20 лет.

Результаты. Определяющими критериями для диагностики нарушений осанки в горизонтальной плоскости является превышение нормативных значений у следующих топографических параметров: углов поворота в горизонтальной плоскости плечевого пояса (GH), поворота в горизонтальной плоскости таза (GP) и скручивания туловища (GT). При этом оценивались не только количественные значения, но и направление ротации. Для всех случаев сколиотической деформации (во фронтальной плоскости) обязательными является увеличение значений R1M – $6,22 \pm 0,17$, R2M – $7,41 \pm 0,19$, VM – $5,11 \pm 0,14$, CM – $5,45 \pm 0,17$ и отклонение в виде дуги линий у каждого из графиков латерального анализа.

Заключение. Для выявления нарушений осанки и деформаций позвоночного столба у детей необходимо проведение систематического динамического обследования. При проведении скрининга рекомендовано использование бесконтактного и безопасного метода КОМОТ, обеспечивающего высокую точность оценки состояния осанки.

176

КОМПЬЮТЕРНАЯ БРОНХОФОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Павлинова Е. Б., Сафонова Т. И., Киршина И. А., Корнеева Т. Ю., Шевлякова А. А.

Сургутский государственный университет

Актуальность. Ранняя диагностика минимальных вентиляционных нарушений и своевременное начало терапии замедляют развитие необратимых изменений бронхолегочной системы у больных муковисцидозом (МВ). У детей до 5 лет оценка функции внешнего дыхания (ФВД) возможна только с помощью неинвазивных методов, например, компьютерной бронхофонографии (КБФГ).

Цель исследования: оценить ФВД у детей с МВ с помощью КБФГ в зависимости от тяжести заболевания.

Пациенты и методы. Обследовано 28 детей в возрасте от 3 месяцев до 17 лет вне обострения МВ, наблюдающихся в Центре МВ г. Омска. Из них тяжелое течение МВ было у 18 детей (64,3%), средний возраст 9,7 года, среднетяжелое у 10 (35,7%), средний возраст 4,6 лет. Группу сравнения составили 20 здоровых детей от 2 до 17 лет.

Результаты. Отмечена статистически значимо более высокая акустическая работа дыхания (АРД) у детей с МВ в диапазонах АРД0, АРД2 и АРД3 по сравнению со здоровыми ($H, p \leq 0,01$). Это свидетельствует о поражении средних и дистальных отделов дыхательных путей при МВ даже вне обострения заболевания.

У детей со среднетяжелым течением МВ величина АРД во всех диапазонах не отличалась от параметров здоровых ($U, p \geq 0,05$), но коэффициенты K_1, K_2 и K_3 были статистически значимо выше, что говорит о нарушении вентиляции дыхательных путей. Для тяжелого течения МВ характерны значительное усиление АРД во всех диапазонах, кроме АРД1, увеличение коэффициентов ($U, p \leq 0,01$), что отражает тяжесть бронхиальной обструкции. Данное предположение подтверждают более высокие значения АРД2 у тяжелых больных МВ по сравнению со среднетяжелыми ($U, p \leq 0,01$).

У 32,2% больных МВ отмечена транзиторная синегнойная инфекция, их ФВД по данным КБФГ существенно не отличалась от параметров здоровых ($U, p \geq 0,05$). В 67,8% случаев у детей с МВ выявлена хроническая синегнойная инфекция. В этой группе отмечено значительное усиление АРД2, что отражает более тяжелые патологические изменения дыхательных путей ($U, p \leq 0,01$).

Заключение. По данным КБФГ выраженные изменения ФВД имели дети с тяжелым течением МВ и пациенты с хронической синегнойной инфекцией.

177

РОЛЬ ТИПА КОНСТИТУЦИИ В ОЦЕНКЕ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ**Панасюк Т. В., Комиссарова Е. Н.***Российский государственный университет физической культуры спорта молодежи и туризма, Москва*

Актуальность. Темпы биологического созревания детей и подростков конституционально обусловлены.

Цель исследования: определить конституциональные особенности полового созревания подростков обоего пола.

Пациенты и методы. С 7 до 17 лет наблюдалось 66 мальчиков и 59 девочек г. Москвы. Биологический возраст оценивался с 9 до 17 лет по развитию вторичных половых признаков: по подмышечному (Ах), лобковому (Р) оволосению, а также у мальчиков по пубертатному набуханию сосков (С), мутации голоса (V) и росту волос на лице (F), а у девочек — по развитию молочных желез (Ма) и возрасту menarche (Ме) (Ю. А. Ямпольская, 1999). Соматотипы всех детей были оценены по схеме В. Г. Штефко и А. Д. Островского (1929) с выделением 4 типов: астеноидного (А), торакального (Т), мышечного (М) и дигестивного (Д).

Результаты. У девочек Д-типа развитие Ма начинается в 9 лет, типов М и Т — в 10 лет, а типа А — в 11 лет. Максимальные конституциональные различия этого признака отмечены с 12 до 15 лет. Развитие Р у девочек начинается с 11 лет, а конституциональные различия выражены также с 12 до 15 лет в ряду типов $A < T < M < D$. Развитие Ах тоже начинается с 11 лет и его различия отчетливо выражены только в 12 и 13 лет. Возраст Ме в типе Д $11,0 \pm 0,5$ г., в типе М — $11,7 \pm 0,3$ г., в типе Т — $12,6 \pm 0,2$ г., в типе А — $13,6 \pm 0,4$ г. У мальчиков половое созревание начинается с развития Р и Ах. В типе Т оно отмечено в 13 лет, в типах М и Д — в 14 лет и в типе А — в 15 лет. С происходит в период с 14 до 16 лет и различия проявляются максимально в 15 лет ($M > D > T > A$). F начинается с 14-ти лет, различия в нем проявляются с 15-ти лет ($M > T > A > D$). V происходит у мальчиков типов Т и М в 14 лет, а у юношей типов А и Д — в 15 лет.

Закключение. Гендерные различия в половом созревании можно объяснить тем, что секреция эстрогенов у девочек усиливается в ряду типов $A < T < M < D$, а андрогенов у мальчиков максимальна у типа М и понижается в ряду типов $D < T < A$.

178
ВЛИЯНИЕ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ
ПЕРВОКЛАССНИКОВ В УЧЕБНОМ ГОДУ
НА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ
ПОКАЗАТЕЛИ ИХ АДАПТАЦИИ К ШКОЛЕ

Панкова Н. Б.

*Московский институт открытого образования,
Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии*

Актуальность. Комплексный мониторинг здоровья особенно важен при адаптации первоклассников к систематическому образованию.

Цель исследования. Проведение совместного мониторинга здоровья первоклассников психолого-педагогическими методами и методами донозологической диагностики.

Пациенты и методы. Психолого-педагогический мониторинг включал двукратную оценку (в баллах) показателей: эмоциональное благополучие, мотивация на учёбу, усвоение норм поведения в школе, успешность функционирования в роли ученика, взаимодействие со сверстниками, нетревожность. Из медицинских показателей регистрировали группу здоровья, физкультурную группу, индекс массы тела (ИМТ), показатели психомоторной интеграции.

Работа выполнена на базе школы № 1008 г. Москвы, обследования проведены дважды, в сентябре 2013 года и в мае 2014 года. Всего в эксперименте приняли участие 114 первоклассников (при наличии письменного информированного согласия родителей).

Результаты. Выявлено, что за учебный год группа здоровья была изменена всего у 2 учащихся, физкультурная группа у 5 человек. У большинства детей (64,6%) сохранился исходный ИМТ. Однако у 31,7% отмечено снижение (улучшение) данного показателя. Анализ корреляционных связей (непараметрический критерий Спирмена) показал, что существует взаимосвязь между динамикой соматического здоровья и динамикой следующих показателей психомоторной интеграции: длительность цикла движения ($r = 0.218$, $p = 0.058$), время изменения двигательного стереотипа ($r = 0.258$, $p = 0.046$), время реакции на световой стимул ($r = -0.203$, $p = 0.068$), коэффициент моторной асимметрии ($r = 0.192$, $p = 0.096$). Также выявлена связь между изменением ИМТ и динамикой психологических показателей: мотивация на учёбу ($r = -0.293$, $p = 0.009$), успешность функционирования в роли ученика ($r = -0.453$, $p = 0.000$), а также с динамикой времени реакции на звуковой стимул ($r = -0.210$, $p = 0.064$).

Заключение. Полученные данные требуют тщательного анализа психологической службой образовательной организации для более детальной разработки индивидуальных маршрутов обучения.

179

**МАТЕРИНСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ
БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У МЛАДЕНЦЕВ,
РОДИВШИХСЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫМИ****Панов П. В., Панова Л. Д., Исмагилова А. Р., Крылова Т. Г.***Республиканская детская клиническая больница, Уфа*

Актуальность. В связи с увеличением выживаемости глубоко недоношенных детей, все большее влияние на их здоровье стала оказывать бронхолегочная дисплазия (БЛД).

Цель исследования. Изучение материнских факторов риска формирования БЛД.

Пациенты и методы. В группу исследования были включены матери 111 глубоко недоношенных детей с БЛД (основная группа) и 97 детей без БЛД (группа сравнения). Проводился анализ соматического здоровья, состояния репродуктивной системы, осложнений беременности и родов, а также показателей главного комплекса гистосовместимости (HLA-системы). Проведено серологическое типирование HLA-локусов A, B по методу Р. Тerasаки (1990), HLA-ДНК – типирование для локуса DRB1. Вычислялись показатели относительного риска (RR) и отношения шансов (OR), а также разработкой таблицы по Вальду.

Результаты. Установлено, что значимыми материнскими факторами риска развития БЛД у недоношенных младенцев являются: хронические бронхолегочные заболевания (RR = 1,7), выкидыши в анамнезе (RR = 1,8), угроза прерывания беременности (RR = 1,6), острые респираторные инфекции во время беременности (RR = 1,9), воспалительные заболевания половых органов (RR = 1,4), отсутствие антенатальной стероидной профилактики респираторного дистресс-синдрома (RR = 2,6), хроническая фетоплацентарная недостаточность (RR = 1,4), многоводие (RR = 1,7). У матерей основной группы достоверно повышена частота HLA-специфичностей A10 (RR = 2,5) и A28 (RR = 6,2). Установлена достоверно положительная умеренная взаимосвязь с определенными аллелями главного комплекса гистосовместимости мамы и потребности в длительной ИВЛ у ребенка (A28, $r_s = +0,314$), развитии сепсиса (HLA B40, $r_s = +0,47$) и тяжести течения БЛД (HLA A28, $r_s = +0,37$; B40, $r_s = +0,47$). В прогностической таблице Вальда из материнских факторов наибольший ДК характерен для острых респираторных инфекций во время беременности (ДК = +8, J = 0,62) и многоводия (ДК = +6, J = 0,58).

Заключение. Таким образом, оценка материнского анамнеза является одним из этапов раннего прогнозирования риска формирования БЛД у ее недоношенного младенца.

180
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ САХАРНОГО
ДИАБЕТА 1-го ТИПА НА РАННИХ ЭТАПАХ

Панфилова А. В., Вотякова О. И., Лодыгина И. В.

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. Нередко СД у детей выявляется в стадии тяжелого кетоацидоза, что свидетельствует о поздней диагностике и отсутствии информированности родителей о данном заболевании.

Цель исследования: выявить факторы, определяющие манифестацию СД 1 типа у детей и особенности его течения на ранних этапах.

Пациенты и методы. Наблюдались 35 детей в возрасте от 0 до 16 лет с впервые выявленным СД. Проведен анализ анамнеза жизни, анамнеза заболевания, клинического состояния детей при поступлении в стационар, факторов, которые могли спровоцировать манифестацию СД в разные возрастные периоды, частота и причины повторных госпитализаций на первом году после манифестации, результатов лабораторно-инструментальных исследований, консультаций специалистов. Оценивалась приверженность детей к лечению в домашних условиях и частота посещения эндокринолога после выписки из стационара.

Результаты. У 49% обследованных отягощена наследственность по заболеваниям обмена веществ, у 63% в анамнезе раннее искусственное вскармливание. Манифестации СД в 21% случаев предшествовали ОРВИ, прививки. 54,3% детей госпитализированы в ДЭО в стадии кетоацидоза, остальные — кетоза. После выписки из стационара 50% пациентов строго придерживались рекомендаций по лечению. Никто из детей регулярно у эндокринолога не наблюдался. Все дети в течение года госпитализировались повторно в состоянии декомпенсации вследствие отсутствия коррекции инсулина на фоне нарушений диеты. Наиболее привержены к лечению дети 11–16 лет. Через 6–12 месяцев после манифестации СД средние показатели гликозилированного гемоглобина у детей 0–6 лет составили 7,9% (6,5–9,0%), 7–11 лет 8,4% (5,5–12%), 12–16 лет 9,87% (5,1–13,0%); у 14,2% больных диагностирована полинейропатия нижних конечностей.

Заключение. Чаще провоцируют манифестацию СД 1 типа ОРВИ, прививки. Имеет место поздняя диагностика СД, низкая приверженность к лечению, что сопровождается хронической декомпенсацией углеводного обмена у большей части больных и ранним развитием диабетической нейропатии.

181 ЦИРКУЛЯЦИЯ МАТЕРИНСКИХ HCV АНТИТЕЛ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Первишко О. В., Баум Т. Г., Шаповалова Е. Л.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Актуальность. Диспансерное наблюдение за детьми, рожденных от матерей с вирусным гепатитом С включает в себя не только осмотры, но и обследования в декретированные сроки.

Цель исследования: оценить результаты наблюдения за детьми, рожденных от матерей с вирусным гепатитом С в ГБУЗ «Специализированная детская инфекционная больница» г. Краснодара за период 2011–2013 г.

Пациенты и методы. В период с 2011–2013 гг. осмотрено 253 ребенка г. Краснодара, рожденных от матерей с вирусным гепатитом С. Все пациенты обследовались в родильном доме и имели положительные результаты ИФА HCV. Для уточнения диагноза использовалась лабораторная диагностика: биохимия крови, ИФА HCV, авидность антител, ПЦР-диагностика РНК HCV.

Результаты. Из данных анамнеза стало известно, что матери всех пациентов имели положительные результаты ПЦР РНК HCV, были консультированы инфекционистом во время беременности.

158 (62,4%) женщин узнали о заболевании вирусным гепатитом С в первом триместре беременности, оставшиеся имели данное заболевание до беременности. На грудном вскармливании находилось 159 (62,8%) детей, 64 (25,3%) ребенка на искусственном вскармливании, 30 (11,9%) на смешанном вскармливании. Число пациентов мужского пола составило 62,8%.

При диспансерном наблюдении за детьми в 6 месяцев от момента рождения по данным серологических методов обследования 212 (83,88%) имели положительные результаты ИФА HCV, 27 (10,7%) пациентов положительные ПЦР РНК HCV. При дальнейшем обследовании в 12–18 месяцев от момента рождения показатели лабораторных обследовании выявляли положительные результаты ИФА HCV и ПЦР РНК HCV у 21 (8,3%) ребенка.

Заключение. Таким образом, дети рожденные от матерей с вирусным гепатитом С имеют длительную циркуляцию материнских антител до 15–18 месяцев, поэтапное обследование в декретированные сроки позволяет отследить развитие гепатита.

182

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Петрова Е. О., Цой Е. Г., Конев А. М., Рудковская Н. В.

Детская клиническая больница № 5, Кемерово

Актуальность. Микробиологический мониторинг позволяет объективно контролировать смену лидирующих групп микроорганизмов, динамику антибиотикорезистентности и является основой для построения алгоритмов антибиотикотерапии в конкретном отделении, внедрение в практику новых антибиотиков.

Цель исследования. Микробиологический мониторинг в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) с учетом источника инфицирования, микрофлоры, сезонности поступления новорожденных в ОРИТН, «стартовой» антибиотикотерапии.

Пациенты и методы. Проанализировано 75 медицинских карт стационарного больного. Исследована выделяемая микрофлора в зависимости от «стартовой» антибиотикотерапии в роддомах, изменения микробного пейзажа за время за время лечения в ОРИТН, параллельно — результаты микробиологических исследований. Изучена антибиотикограмма к выделенным культурам.

Результаты. До поступления в ОРИТН 51% пациентов лечились по схеме: амписид + амикацин, у 41% младенцев применялись цефалоспорины 3-го поколения (ЦЗ). При поступлении в ОРИТН выделено 8 видов микроорганизмов. Среди грам+ флоры преобладал *St. Epidermitis* 34%, среди грам– флоры *Kl. oxitoca* 14% и *Kl. pneumoniae* 13%. При применении в родильном доме схемы амписид + амикацин, в посевах при поступлении в ОРИТН преобладала грам+ флора 42%. Новорожденные, которым применялись ЦЗ в качестве «стартовой» антибиотикотерапии, чаще выделяли грам– флору 42%. Стартовая антибиотикотерапия в ОРИТН была представлена комбинацией ЦЗ с аминопенициллинами у 51% детей, с карбапенемами у 16%, ЦЗ у 20% детей, цефалоспорины 4 поколения у 12% детей. При переводе из отделения в посевах преобладала грам– флора рода клебсиелл у 32 43% детей. У 57% микрофлора не выделялась.

Закключение. Применение в родильном доме в качестве стартовой антибиотикотерапии ЦЗ поколения способствует селекции грам– флоры у новорожденных. Применения антибиотиков резерва в ОРИТН способствует росту антибиотико-резистентной грам– флоры у 43% детей.

183

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ НА СРОКЕ ГЕСТАЦИИ 33–36 НЕДЕЛЬ, С УЧЕТОМ ТЕМПОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**Петрова Ж. В., Евстифеева Г. Ю.***Оренбургская областная клиническая больница*

Актуальность. Становление психомоторных функций недоношенного ребенка соответствует этапам развития доношенных детей, но сроки их формирования подчинены другим закономерностям и связаны с уровнем морфофункциональной незрелости, гестационным возрастом, качеством абилитации. Большое значение при этом имеет диагностика неврологической патологии и прогнозирование нарушений нервно-психического развития (НПР).

Цель исследования: разработать критерии прогнозирования НПР, рожденных на сроке гестации 33–36 недель с учетом темпов физического развития (ФР).

Пациенты и методы. Для оценки ФР и НПР было отобрано 40 детей, рожденных на сроке гестации 33, 34, 35 и 36 недель. Все дети здоровы, рождены на 7–9 баллов по APGAR, на совместном пребывании с первых суток жизни, на различных видах вскармливания. Группа исключения — дети с поражением ЦНС тяжелой степени, имеющие врожденные пороки развития, а также с задержкой внутриутробного развития. Контрольная группа — 40 доношенных детей II группы здоровья. Показатели физического развития включали в себя длину, массу, окружности головы и груди. НПР оценивалось по методике Л. Т. Журба и Е. М. Мастюковой.

Результаты. В ходе исследования была произведена оценка физического и нервно-психического развития недоношенных детей, рожденных на сроке гестации 33–36 недели в возрасте 3, 6, 9, 12 месяцев постконцептуального возраста (ПКВ). При этом установлено, что дети, «догнавшие» свой центильный коридор по физическому развитию к 2 месяцам ПКВ, имеют к году ПКВ нервно-психическое развитие без достоверных отличий от контрольной группы. Дети, «догнавшие» свой центильный коридор по физическому развитию к 6 месяцам ПКВ имели задержку НПР по 1 показателю, а 9 месяцам и позже отставание на 2–3 показателя.

Заключение. Прогноз нервно-психического развития недоношенных детей 33–36 недель гестации, не имеющих тяжелых поражений ЦНС, напрямую зависит от темпов ФР на первом году жизни. Значительно лучший неврологический статус имеют дети, «догнавшие» соответствующие нормативные показатели ФР к 2–3 месяцам ПКВ.

184

**АНТИТЕЛА IgG4 КАК ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ
ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ ПРИ ПИЩЕВОЙ
АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ (ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ)**

Петровская М. И., Намазова-Баранова Л. С., Макарова С. Г., Зубкова И. В.

*Научный центр здоровья детей, Москва
Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. А. Сеченова*

Цель исследования: определить лабораторные маркеры формирования толерантности у детей с пищевой аллергией (ПА).

Пациенты и методы. В исследование включено 77 детей с клиническими проявлениями ПА в виде атопического дерматита в возрасте от 1 до 16 мес (мальчики, $n = 34$, 44,2%); а также 64 здоровых ребенка в возрасте от 2 до 37 мес (мальчики, $n = 30$, 46,9%) в группу сравнения (ГС), без ПА и отягощенного аллергологического анамнеза. Группе детей с ПА дважды проведено клиническое и лабораторное обследование (до и после элиминационной диеты длительностью 6–12 мес), включавшее определение sIgE в сыворотке крови (ImmunoCAP) к белковым компонентам коровьего и козьего молока, сои, овса, глютена пшеницы, а также к фракциям белка коровьего молока (бычий сывороточный альбумин, казеин, β -лактоглобулин) и овальбумин; а также sIgG₄ сыворотки крови к тем же аллергенам (ИФА «Лактотест»). У детей группы сравнения однократно определяли sIgG₄ к тем же аллергенам.

Результаты. У 71 (92,2%) пациента отмечалась аллергия к белку коровьего молока, к куриным яйцам — у 22 (28,6%) пациентов; множественные реакции на пищу — у 24 пациентов (31,1%). У 49 (63,6%) кожные проявления аллергии сочетались с гастроинтестинальными расстройствами в виде срыгиваний, рвоты, колик и/или диареи. IgE-опосредованная ПА выявлена у 48 детей (62,3%), не-IgE-опосредованная — у 29 детей (37,7%). Титры sIgG₄ к 1-му или нескольким аллергенам до элиминационной диеты выявлены у 21 ребенка (43,8%) с IgE-опосредованной ПА и у 18 (62,1%) детей с не-IgE-опосредованной ПА. Высокие уровни sIgG₄ (2+, 3+) к 1-му или нескольким аллергенам выявлены у 58 детей из ГС (90,6%), что значительно больше, чем у детей с ПА ($p < 0,05$). У 18 (23,4%) пациентов сформировалась толерантность к причинным аллергенам после элиминационной диеты, что было ассоциировано либо с исходно высокими титрами sIgG₄ (2+, 3+), либо с их нарастанием (до 2+, 3+) в динамике; в то время как у детей, не сформировавших толерантность, высокие уровни sIgG₄ или их повышение в динамике (2+, 3+) выявлено лишь у 12 человек ($p < 0,05$).

Заключение. Высокие титры sIgG₄ можно рассматривать как предиктивный признак формирования толерантности при пищевой аллергии у детей.

185 АНЕМИЯ МИНКОВСКОГО–ШОФФАРА У НОВОРОЖДЕННОГО

Пименова Н. Р., Кирилочев О. К.

Областная детская клиническая больница имени Н. Н. Силищевой, Астрахань

Актуальность. Болезнь Минковского–Шоффара представляет собой заболевание, наследуемое по ауто-сомно-доминантному типу, в основе которого лежит генетический дефект белка мембраны эритроцитов.

Цель исследования: представить особенности анемии Минковского–Шоффара у новорождённого.

Пациенты и методы. Девочка из семьи, где анемией Минковского–Шоффара страдал дед по отцовской линии и трое его сыновей, один из которых отец пациентки.

Результаты. Ребёнок рождён от 2 беременности, протекавшей на фоне токсикоза, хронической фето-плацентарной недостаточности. Роды 1-е, срочные. Масса тела при рождении 3290 грамм. Оценка по шкале APGAR 8/8 баллов. Состояние ребёнка с рождения средней тяжести. В клинической симптоматике в первые сутки превалировало угнетение ЦНС. Обращало на себя внимание раннее появление желтушного синдрома с увеличением уровня непрямого билирубина и анемии. По внутренним органам физикальные данные были без особенностей, селезёнка не увеличена.

Гемограмма: эритроциты — $3,58 \times 10^{12}/л$, Hb — 118 г/л, ретикулоцитоз — 41%. Определялся микро-сфероцитоз, анизоцитоз, анизохромия. Биохимическое исследование крови: прямой билирубин — 17,1 мкмоль/л, непрямого билирубин — 339,1 мкмоль/л. Характерным лабораторным признаком анемии Минковского–Шоффара является снижение осмотической резистентности эритроцитов по отношению к гипотоническому раствору хлорида натрия. Осмотическая резистентность эритроцитов пациента снижена: минимум > 1% NaCl, максимум 0,35% NaCl.

Ребёнку был поставлен клинический диагноз — анемия Минковского–Шоффара. Проведено лечение: фототерапия, инфузионная терапия, фолиевая кислота, витамин Е, рибоксин, кортексин, элькар. На фоне лечения состояние ребёнка с положительной динамикой. Симптоматика угнетения купирована, желтуха разрешилась, ребёнок был выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение гематолога.

Заключение. Несмотря на врожденный характер болезни, анемия Минковского–Шоффара в периоде новорождённости манифестирует крайне редко и проявляется гемолитической анемией в виде желтухи с увеличением непрямого фракции билирубина и анемией.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МАРШАЛЛА У ДЕТЕЙ**Пискун Т. А., Якимович Н. И.***Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Актуальность. Лихорадочный синдром у детей встречается очень часто, в большинстве случаев сопровождаемая инфекционные заболевания. Однако он может быть проявлением тяжелых онкологических и аутоиммунных заболеваний. В последние годы большое внимание уделяется аутовоспалительным синдромам, неотъемлемым проявлением которых является периодическая лихорадка. Один из наиболее частых аутовоспалительных синдромов — синдром Маршалла (PFAPA).

Цель исследования. Продемонстрировать собственный опыт диагностических подходов при периодической лихорадке у детей.

Пациенты и методы. Были проанализированы 8 историй болезни (форма 003/у) 3 пациентов с заключительным клиническим диагнозом синдром Маршалла.

Результаты. На момент начала заболевания двум детям (мальчик и девочка) был 1 год и 2 месяца, одной девочке — 5 лет. Длительность заболевания на момент постановки диагноза составила от 1 года 8 месяцев до 3 лет и 7 месяцев. За время болезни дети госпитализировались от 3 до 8 раз с диагнозами: инфекционный мононуклеоз, герпетический стоматит, лакунарная ангина, шейный лимфаденит, мезаденит, лихорадка неясного генеза. Продолжительность лихорадки составляла от 4 до 6 дней. Антибиотикотерапия назначалась при каждом эпизоде лихорадки курсом от 5 до 10 дней. Все пациенты были обследованы на ВИЧ, ВЭБ, ЦМВ, ВПГ. Проведены обзорная рентгенография ОГК, придаточных пазух носа, консультации узких специалистов. Наличие у детей таких признаков как афтозный стоматит (у 1), шейный аденит (у 3), тонзиллит (у 3), маркеров острого воспалительного процесса: лейкоцитоза (у 3) от $(11,6-16,8) \times 10^9/\text{л}$, ускоренной СОЭ (у 3) от 21 до 47 мм. час, полное отсутствие симптоматики в промежутке между лихорадочными эпизодами, нормальный рост и развитие детей позволили заподозрить у них синдром Маршалла. У всех детей лихорадка купирована введением дексазона.

Заключение. Владение семиотикой периодических синдромов позволит своевременно поставить диагноз и избежать назначения ненужных манипуляций или антибиотикотерапии, неэффективной при этом заболевании.

187

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ВОЗДУХА В ОСНОВНЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Платонова А. Г., Шкарбан Е. С.

Институт гигиены и медицинской экологии им. А. Н. Марзеева, Киев

Актуальность. Внутренняя среда современных дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) представляет собой сложный комплекс физических и химических факторов, неблагоприятное воздействие которых ослабляет адаптацию детей, что сказывается на снижении их работоспособности и ухудшении состояния здоровья.

Цель исследования: оценить состав и степень безопасности воздушной среды дошкольных учреждений с определением (количественного и качественного) возможного химического загрязнения.

Пациенты и методы. В условиях естественного гигиенического эксперимента проведены исследования проб воздуха методом двухмерной капиллярной хроматографии основных помещений (спальня, игровая комната) в 5 ДОУ коммунальной формы собственности Киева и проб атмосферного воздуха на участке ДОУ. Оценку загрязнения воздушной среды проводили по комплексному суммарному показателю (Р).

Результаты. Установлено, что концентрация формальдегида в помещении игровой ($0,041 \pm 0,011$ мг/м³) в 2 раза превышала таковую в помещении спальни ($0,02 \pm 0,012$ мг/м³). Аналогичная ситуация обнаружена с содержанием диметилпентана ($0,09 \pm 0,001$ мг/м³ в игровой и $0,05 \pm 0,002$ мг/м³ в спальне). Концентрации ацетона ($0,04 \pm 0,005$ мг/м³), бензола ($0,02 \pm 0,006$ мг/м³) и уксусной кислоты ($0,005 \pm 0,001$ мг/м³) в воздухе спальных помещений в 2 раза превышали концентрации в игровых комнатах, но не превышали ПДК с. с. для этих веществ.

Показатель суммарного загрязнения (Р) воздушной среды в детских дошкольных учреждениях в среднем составил 6,83 абс. ед., что соответствовало умеренному уровню химического загрязнения. Следует отметить, что среди обнаруженных химических веществ к II классу опасности относились 19,0%, к III — 57,0% и к IV классу — 24,0% веществ.

Заключение. В воздушной среде дошкольных учреждений обнаружен комплекс химических веществ разных классов опасности, где концентрации формальдегида, этилбензола и фенола превышали предельно допустимые концентрации от 1,3 р. до 13,7 раз в основных помещениях групповой ячейки.

188

«ШВЕДСКИЙ СТОЛ» В ДЕТСКОМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ: ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО РАЦИОНА

Платонова А. Г.

Институт гигиены и медицинской экологии им. А. Н. Марзеев, Киев

Актуальность. Сбалансированное питание обеспечивает адекватность биохимической и функциональной адаптации детей, особенно в летний период.

Цель исследования: оценить фактические рационы при организации питания по типу «шведский стол» в загородном оздоровительном учреждении.

Пациенты и методы. Эксперимент проводился среди детей в возрасте от 9 до 15 лет. Методы исследования: хронометражно-весовой, расчетный, анкетно-опросный. Индивидуально оценивали: фактические рационы, химический состав и энергетическую ценность среднесуточных и циклических рационов, выполнение натуральных норм питания, картотеку блюд (250 наименований).

Результаты. При 5-кратном питании дети самостоятельно составляли рацион и порционировали готовые блюда. На каждый прием пищи предусмотрено не менее 3 вариантов закусок, первых и вторых блюд, напитков. При высоких органолептических и вкусовых качествах блюд, фактический выбор был однообразным, стереотипным (кондитерские изделия, пельмени/вареники, выпечка, «сухие» завтраки).

У 9–10 летних детей среднесуточная масса съеденной пищи составила $1303,29 \pm 90,32$ грамм, у 12-летних детей — $1292,1 \pm 19,92$ грамм. У девочек 15 лет — $1289,33 \pm 221,99$ грамм, у мальчиков 15 лет — $1852,1 \pm 296,71$ грамм. Калорийность рациона составила у 9–10 летних детей $1557,45 \pm 194,77$ ккал, у 12-летних — $1601,70 \pm 50,04$ ккал, у девочек 15 лет — $1367,90 \pm 254,56$ ккал, у мальчиков 15 лет — $2219,67 \pm 319,14$ ккал соответственно. Энергетическая ценность рационов была минимальной у девочек 15 лет (51,6% от физиологической нормы), максимальной у мальчиков 15 лет (69,4%), у детей 9–12 лет 63–65%. Химический состав рационов был дефицитным по содержанию белков (46–68% от физиологической нормы), жиров (60–85%), углеводов (47–66%). Несогласованность графиков работы кружков и секций снижала посещаемость столовой.

Заключение. Организация питания по типу «шведский стол» в детском оздоровительном учреждении характеризуется нерациональным распределением энергетической ценности, химического состава фактических рационов, низким уровнем гигиенических знаний, что не позволяет детям выбирать блюда и самостоятельно формировать из них свои рационы.

189 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Плеханова М. А., Аксенова В. А., Кривцова Л. А.

Омская государственная медицинская академия

Актуальность. Туберкулез остается серьезной медико-социальной проблемой. В настоящее время большой интерес представляет изучение иммуногенности различных антигенов микобактерий туберкулеза (МБТ) у больных активным туберкулезом. Несмотря на проводимые многочисленные исследования, данные по специфическим антигенам, в отношении латентной туберкулезной инфекции противоречивы и требуется дальнейшее их изучение.

Цель исследования. Оценка значимости антигенов МБТ при латентной туберкулезной инфекции у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 50 детей в возрасте от 2 до 17 лет.

I группу составили 26 детей инфицированных МБТ. Во II группу входило 24 ребенка, больных туберкулезом.

Методы исследования: клинические, туберкулинодиагностика, проба с Диаскинтестом, специфические иммунологические (гамма-интерферон индуцированный ранними секреторными белками МБТ) и статистические.

Результаты. Оценивая иммунологические методы, было установлено, что в I группе у всех детей отмечался положительный результат пробы с туберкулином $10,8 \pm 4,6$ мм, в 12 случаях (46,2%) положительный результат пробы с Диаскинтестом — $8,6 \pm 8,4$ мм. При этом у детей II группы в одном случае (4,2%) на туберкулин установили отрицательный результат — $14,2 \pm 5$ мм и в двух случаях (8,3%) на Диаскинтест — $15,1 \pm 5,7$ мм ($p = 0,03$; $p = 0,005$, соответственно). По результатам исследований, было выявлено 2 основных белка (Rv 3875; Rv 2660c), ответственных за латентную стадию туберкулезной инфекции. Среди детей инфицированных МБТ уровень гамма-интерферона индуцированный Rv 3875 составил $5,4 \pm 6,3$ (и.с.), индуцированный Rv 2660 c — $5,7 \pm 8,9$ (и.с.), что было достоверно выше, чем у детей с активным туберкулезным процессом ($p = 0,02$; $p = 0,01$, соответственно).

Заключение. При латентной туберкулезной инфекции, включение теста с гамма-интерфероном индуцированным ранними секреторными белками МБТ, значительно увеличит информативность диагностических методов, что позволяет провести своевременную профилактику туберкулеза у детей.

190 АНАЛИЗ РАБОТЫ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Повышева Л. П., Архипова Н. В.

Детская городская клиническая больница № 5, Кемерово

Актуальность. В структуре эндокринной патологии сахарный диабет занимает ведущее место. Ежегодно увеличивается количество больных, имеющих данное заболевание.

Цель исследования: оценить эффективность обучения в школе для пациентов с сахарным диабетом.

Пациенты и методы. Для решения поставленной цели медицинскими сестрами, совместно с врачами была разработана анкета. В исследовании приняли участие 58 детей старше 6 летнего возраста и их родители.

По окончании обучения проводилось анкетирование с целью анализа уровня усвоения полученных знаний.

Результаты. После обучения в школе диабета около 70% детей стали более ответственно относиться к своему заболеванию. Отмечена тенденция к нормализации уровня гликемии, гликозилированного гемоглобина HbA1C с 10,8% до 7,6%, частота госпитализаций сократилась, лишь 5% пациентов нуждались в повторных госпитализациях в стационар, остальные дети госпитализировались 1 раз в год планово. Дневник самоконтроля при повторных посещениях имели 86% детей. При анализе дневниковых записей отмечено, что 96% пациентов и их родителей научились корректировать дозу инсулина, что является результатом более тщательного самоконтроля и умением управлять инсулинотерапией. Дети научились определять симптомы гипогликемии, правильно купировать гипогликемию. Легкие углеводы до обучения носили при себе лишь 35% детей, после обучения 92%.

Заключение. После проведенного обучения дети и родители изменили свое представление о диабете как о тяжелом заболевании. Перевод на общий режим обучения в школе, возвращение к занятиям в спортивные секции, активное участие в общественной жизни свидетельствует о повышении социальной адаптации детей с сахарным диабетом. Опыт работы, показал, что основным в обучении больных является метод индивидуального подхода и выбора индивидуальной мотивации для каждого больного, особенно детей, и подростков.

191

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 14-ЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ, ПРОВЕДЕННОЙ В ПЕРИОД 2011–2014 гг. НА БАЗЕ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК г. ТАГАНРОГА**Подлесная Т. Н., Штанько С. И., Кириенко Н. Н.***Управление здравоохранения, Таганрог*

Актуальность. Здоровье детей подросткового возраста на сегодняшний день приобрело решающее значение в приоритете национальных ценностей. Социальная значимость обусловлена тем, что подростки представляют собой ближайший интеллектуальный, экономический, социальный, политический, культурный и репродуктивный резерв общества.

Цель исследования. Оценка распространенности заболеваний репродуктивной сферы и эндокринной патологии у подростков 14-летнего возраста, проживающих на территории г. Таганрога.

Пациенты и методы. В период с 2011 по 2014 гг. на базе детских поликлиник г. Таганрога осмотрено 7065 человек. Из их юношей — 3575, девушек — 3490. Осмотр проводился детским эндокринологом, детским урологом-андрологом, детским акушером-гинекологом. Проведен УЗ-скрининг репродуктивной системы и щитовидной железы, оценивалось половое развитие. При выявлении отклонений исследовался гормональный профиль.

Результаты. Число здоровых 14-летних подростков в г. Таганроге не превышает 11%. Процент подростков, относимых ко II группе здоровья (с наличием функциональных отклонений), составляет 49%, детей с хронической патологией (III–IV группы здоровья) — 39%.

В ходе диспансеризации патология репродуктивной системы была впервые выявлена у 313 человек (4,4%). Среди юношей наиболее распространенная патология — варикоцеле (77%), среди девушек — поликистоз яичников и синдром андрогении (9%).

Патология щитовидной железы выявлена впервые у 62 человек (1% от общего числа выявленных патологий). Для каждого подростка с выявленными отклонениями в состоянии здоровья была разработана индивидуальная программа обследования и лечения.

Заключение. В подростковом возрасте происходит становление общесоматического здоровья, берут начало многие органические и функциональные заболевания репродуктивной системы. В связи с этим для своевременного принятия мер по укреплению репродуктивного здоровья подростков и последующей оптимальной реализации их сил и возможностей в созидательной деятельности общества необходимо продолжить проведение диспансеризации детского населения.

192

НЕРОСОНОГРАФИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Полякова Т. А., Воропаева Л. А., Николаев Д. В., Павлова И. Ю.

Городская клиническая больница № 1, Чебоксары

Актуальность. Поражения центральной нервной системы у новорожденных доминируют среди причин ранней заболеваемости, инвалидизации и смертности.

Цель исследования: изучить частоту патологических изменений ЦНС при сплошном УЗИ-скрининговом обследовании новорожденных в раннем неонатальном периоде в условиях перинатального центра.

Пациенты и методы. Проведено обследование головного мозга 984 новорожденных аппаратом «ACCUVIX V-10» через большой родничок, изучены структуры и доплерометрия сосудов головного мозга. Из группы обследуемых исключены новорожденные со сроком гестации менее 28 недель.

Результаты. В ходе проведенного исследования установлено, что изменения имели 43% новорожденных (423 ребенка). Чаще всего 48% (203) имели перивентрикулярный отек, который у 11% приводил к вентрикулодилатации в последующие периоды наблюдения. Вентрикуломегалия отмечена у 21 ребенка (5%), что потребовало консультации нейрохирурга. Кистозные изменения в сосудистых сплетениях выявлены у 38% (160 детей), ПВЛ у 25 новорожденных (5,9%), из них 23 ребенка недоношенные. Внутрижелудочковое кровоизлияние 1 степени выявлено у 162 новорожденных, 2 степени — 57, 3 степени — 4 детей. При сравнительном анализе доплерометрии сосудов головного мозга у здоровых новорожденных и детей с ВЖК установлено, что повышение индекса резистентности достоверно чаще ($P < 0,01$) отмечено у детей с ВЖК 2 степени, у новорожденных с ВЖК 3 степени индекс резистентности снижен ($P < 0,05$) в 58% случаев, маятниковобразный кровоток отмечен у 3 детей, имевших летальный исход. Кроме того, у новорожденных с ВЖК достоверно чаще ($P < 0,05$) отмечены нарушения системы гемостаза (67%), низкие уровни гемоглобина, гематокрита и тромбоцитов ($P < 0,01$) при рождении. Проведенный анализ позволил выделить группу риска по ВЖК.

Заключение. УЗИ-скрининг новорожденных является оптимальным неинвазивным методом, позволяет проводить раннюю диагностику перинатальных поражений ЦНС, выявлять группу риска по тяжелым поражениям ЦНС, формировать базу данных для дальнейшего катamnестического наблюдения.

193 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИППОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Пономаренко Е. Н., Савватеева В. Г.

Иркутский государственный медицинский университет

Актуальность исследования обоснована распространенностью детского церебрального паралича (ДЦП), что составляет 3–9 случаев на 1000 детей, частота встречаемости ДЦП в большинстве стран мира от 0,76 до 5,8 на 1000.

Цель исследования: изучить динамику неврологической симптоматики в зависимости от реабилитации с применением иппотерапии.

Пациенты и методы. Наблюдали 30 детей в возрасте от 2-х до 6 лет, получивших комплексное лечение с использованием иппотерапии в ОРЦ «Сосновая горка». Продолжительность иппотерапии составила 10 дней по 20 минут сеанс при частоте посещений 3 раза в неделю. Все дети имели диагноз ДЦП. Контрольную группу составили 30 детей в возрасте от 2 до 6 лет с диагнозом ДЦП, но в их комплексное лечение не входила иппотерапия.

Результаты. Сравнительный анализ клинической эффективности реабилитации в двух группах показал, что значительное клиническое улучшение наблюдалось у детей, при использовании иппотерапии. Достоверно быстрее (после 4–5 сеансов) отмечалась релаксация спазмированных мышц, увеличение объема движений в пораженных суставах, укрепление ослабленных мышц, формирование основных двигательных навыков. Также было отмечено, что продолжительность эффекта лечения детей за временной промежуток в 3–5 месяцев была более стойкой, чем у детей в контрольной группе. После курса иппотерапии 10% детей научились стоять в дефектной позе, 3% детей научились сидеть, 20% детей научились ходить дефектно, у всех детей отмечалось увеличение общей двигательной активности, укрепление мышечного корсета, улучшение осанки. В контрольной группе отмечалась менее выраженная динамика: только 3% детей научились сидеть, 3% научились ползать, 3% научились ходить.

Закключение. Таким образом, включение иппотерапии в комплексное лечение детей с ДЦП улучшает эмоциональный фон детей и способствует более быстрому развитию навыков, максимально увеличивает развитие общей двигательной активности.

194

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Попов С. Д., Вильчинская Ю. А., Подлевских Т. С.

Кировская государственная медицинская академия

Актуальность. Социальные факторы риска значительно ухудшают здоровье детей раннего возраста.

Цель исследования: изучить влияние социальных факторов риска на здоровье воспитанников физиологического Дома ребенка.

Пациенты и методы. Проведена оценка здоровья 50 детей раннего возраста, помещенных органами опеки в Дом ребенка по социальным показаниям.

Результаты. Установлено, что во всех случаях матери злоупотребляли алкоголем, в том числе и в период беременности. Алкогольный синдром плода поставлен 18% детей после консультации генетика. Сведения об отцах в документах большинства (84%) отсутствуют. Преждевременно родилось 42% (21 чел.), треть — в сроке гестации до 32 недель с массой тела менее 1500 грамм. При этом от 15 детей (71%) матери отказались в роддоме. Грудное вскармливание отмечалось крайне редко: до 1 мес. 4 чел. (8%), до 3 мес. также 4 чел. (8%), до 6 мес. — 2 чел. (4%). Остальные к груди не прикладывались. В 64% случаев имелись врожденные пороки развития: порок сердца — 42%, пороки почек — 22%, множественные пороки у 14%. У 75% детей с врожденными пороками матери страдают хроническим алкоголизмом. Структура патологии социальных сирот по результатам исследования: ППЦНС — 100%; анемия — 76%; патология органов зрения (ретинопатия недоношенных, ангиопатия сетчатки и др.) — 56%; гипотрофия — 44%; грыжи — 32%; нарушение ритма сердца — 32%; атопический дерматит — 26%; тимомегалия 2 степени — 24%, заболевания костно-мышечной системы (21%) и др. В подавляющем большинстве (94%) дети имеют микросоматическое дисгармоничное физическое развитие. Все дети существенно отстают в НПР (III–V группы), получают неврологическое лечение. Большинство воспитанников дома ребенка имеют III группу здоровья. Значителен удельный вес детей, имеющих IV–V группы здоровья (в один год — 28%, в два года — 32% и в три года — 18%).

Заключение. Таким образом, дети раннего возраста из группы социального риска имеют крайне низкие показатели здоровья, требуют постоянной медицинской и педагогической реабилитации, что обуславливает необходимость пропаганды ЗОЖ среди населения.

195

**ВЛИЯНИЕ ПЕРСИСТЕНТНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ
НА МИНЕРАЛЬНЫЙ ОБМЕН НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Попова Н. Г., Дейкова Е. З.

Читинская государственная медицинская академия

Актуальность. Рост инфекционной патологии у женщин детородного возраста осложняет течение неонатального периода у рожденных ими детей.

Цель исследования: изучить влияние персистентной хламидийной инфекции (ПХИ) на фосфорно-кальциевый обмен у недоношенных детей.

Пациенты и методы. Обследован 81 ребенок, рожденный женщинами с ПХИ (основная группа) и 73 — без инфекционной патологии (группа сравнения). Проанализированы результаты макро- и микроскопического исследования последов, состояние фосфорно-кальциевого (P-Ca) обмена у матерей и рожденных ими детей. Сравнение выделенных групп детей по массе тела при рождении, гестационному возрасту, состоянию при рождении показало, что они были репрезентативны и существенно не различались.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 8,0 (StatSoft).

Результаты. При ПХИ диагностировались отложения солей фосфорно-кислого Ca в различных структурах плаценты в виде обширных конгломератов ($p < 0,0001$), что сопровождалось клиническими симптомами кальциевой недостаточности (боли в мышцах, парестезии, утомляемость, слабость, ухудшение внимания) и снижением уровня Ca и P в крови беременной с одновременным повышением активности ЩФ. У детей, рожденных женщин с ПХИ даже после 34 недели гестации также отмечался статистически значимый по отношению к группе сравнения дефицит Ca и P в сочетании с повышением уровня щелочной фосфатазы (ЩФ).

Переход Ca и P от матери к плоду во многом зависит от проницаемости плаценты. Последы при ПХИ отличались воспалительным отеком, влекущим за собой увеличение массы, ростом плацентарно-плодового коэффициента $0,27 \pm 0,07$ (в группе сравнения $0,16 \pm 0,04$ ($p < 0,001$)). Для ПХИ характерны аномалии прикрепления ($p < 0,007$) и гипоплазии плаценты ($p < 0,006$), возникновение инфарктов ($p < 0,001$) по сравнению с группой сравнения.

Заключение. В результате депонирования Ca в плаценте под влиянием *Chlamydia trachomatis* развивается дефицит Ca не только у матери, но и у ребенка даже при рождении после 34 недели гестации.

196

ВЕНДИНГОВОЕ ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Попова О. Л., Меденникова Д. М., Рахимова М. М.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова

Актуальность. В соответствии с Римской декларацией по вопросам питания (ноября 2014 года) необходимо расширять права и возможности потребителей путем повышения качества информации о здоровье и питании. Во всем мире доступен широкий диапазон пищевых продуктов и напитков, которые обеспечивают вкусовую привлекательность, удобство и новизну. Многие из этих продуктов содержат насыщенные и транс-жиры, свободные сахар или соль, потребление которых является фактором риска нарушения здоровья. Согласно Концепции развития дополнительного образования детей в РФ образовательные инициативы активно предлагаются музеями, библиотеками, парками науки. В настоящее время развивается вендинговая торговля, т. е. продажа через торговые автоматы продуктов питания и напитков.

Цель исследования. Изучение организации вендингового питания в организациях дополнительного образования детей и разработке мероприятий по оптимизации питания.

Пациенты и методы. Анализ российских и международных нормативно-методических и законодательных документов, визуальный анализ ассортимента буфетной продукции, реализуемой через автоматическую торговлю в музеях, библиотеках, зоопарке и цирке, расположенных в г. Москве.

Результаты. В ассортименте продуктов и напитков, реализуемых через торговые автоматы, преобладают продукты с высоким содержанием простых углеводов, жиров и соли. На торговом оборудовании размещена реклама напитков, содержащих простые углеводы.

Заключение. Необходимо внести дополнения в СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования» в части организации вендингового питания; осуществлять контроль за ассортиментом продукции, реализуемой через торговые автоматы в организациях дополнительного образования детей и подростков, а также рекламой, размещенной на торговом оборудовании; проводить образовательную работу с сотрудниками организаций, родителями, детьми и подростками по вопросам рационального питания.

197

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ШКОЛЬНИКОВ-ПОДРОСТКОВ г. САМАРЫ****Порецкова Г. Ю., Крайнов С. Г.***Самарский государственный медицинский университет*

Актуальность. Анализ состояния здоровья населения РФ показывает, что среди детей общая заболеваемость за последние годы возросла на 19,5% и наметилась тенденция прироста в группе традиционно относящихся к «взрослым» заболеваниям.

Цель исследования. Выявление возрастной закономерности развития школьно-обусловленной патологии у подростков г. Самары.

Пациенты и методы. Проведён анализ состояния здоровья школьников по результатам диспансерных осмотров в период с 2005–2012 гг. Всего 7180 учащихся.

Результаты. По нашим данным, среди приступающих к обучению детей здоровых было 26%, с функциональными отклонениями — 53,4%, с хроническими заболеваниями — 19,2%. К 10 годам возрастало число детей II и III групп здоровья до 65% и 25,4%. В возрасте от 15–17 лет здоровы были только 11% учащиеся, половина имели функциональные отклонения, более трети — хроническую патологию.

Анализ структуры патологических состояний показал, что за время обучения возрастает число детей с заболеваниями костно-мышечной системы (КМС), зрения, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем (ССС).

При диспансеризации детей 14 лет выявлено, что первое ранговое место занимала патология КМС (50%), второе — болезни глаза около 25% осмотренных. Болезни эндокринной системы выявлены у 7,4%, заболевания ССС у 9%. Имеет место рост у подростков болезней органов пищеварения с 7% до 12,5%, преимущественно за счёт функциональной патологии. Отмечена высокая частота артериальной гипертензии — у младших школьников 5,3%, в возрасте до 14 лет — 21,8%. Осмотр подростков выявил ожирение у 10,5% мальчиков и 5,8% девочек, а недостаток питания у 8,5% и 4,9%.

Заключение. Таким образом, эпидемиологическая характеристика заболеваемости подростков позволила расширить группу школьно- обусловленной патологии за счёт включения в неё функциональной патологии пищеварительной системы и артериальной гипертензии. Поскольку 85% современных школьников имеют отклонения в состоянии здоровья, имеется необходимость усиления профилактики школьно- обусловленной патологии на избирательном и индивидуальном уровне.

198

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Потапова Е. А., Федюнина И. Д., Симакова Н. Ю., Аникина А. Н.,
Блохин Б. М.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Москва
ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ*

Актуальность. Высокий уровень распространенности и заболеваемости относится ко всем типичным аллергическим болезням, только за последнее десятилетие произошло удвоение заболеваемости аллергическим ринитом, бронхиальной астмой, атопическим дерматитом. Проблема аллергических болезней является важнейшей медико-социальной проблемой современности, в частности важным является установление диагноза для проведения аллерген-специфического лечения и профилактики обострений заболевания.

Цель исследования: оценка результатов обследования детей с аллергическими заболеваниями.

Пациенты и методы. В исследование включались дети в возрасте от 1 года до 15 лет ($n = 274$), наблюдавшиеся по поводу аллергических проявлений (ринорея, кожные высыпания, приступы чихания, зуд кожи, дети с частыми респираторными заболеваниями). Проводилось обследование методом MAST диагностики.

Результаты. В ходе обследования аллергоспецифические IgE антитела были обнаружены у 72% детей. Высокая степень сенсибилизации была выявлена у 56% детей к пыльцевым аллергенам: широко распространенным в нашем регионе древесным растениям: ольхе, березе, лещине, а также к овсянице луговой, еже сборной, тимофеевке. У 18% детей был обнаружен высокий уровень сенсибилизации к эпидермальным аллергенам: эпидермису кошки и собаки. У 16% детей – высокий уровень сенсибилизации к пищевым аллергенам: яблоку, моркови, лесному ореху, сое, молоку коровьему. Отмечено, что для больных с атопией, сенсибилизированных к пыльцевым аллергенам, характерно наличие пищевой аллергии на фрукты (40%), орехи (25%), овощи (5%), в основе которой лежит IgE – опосредованная перекрестная реактивность между различными аллергенами растений. Эти данные ещё раз подтверждают, что у больных с аллергией к пыльце деревьев и сложноцветных трав перекрёстные аллергические реакции на фрукты и овощи развиваются чаще.

Заключение. Обследование больных с сенсибилизацией к аллергенам растительного происхождения, выявление IgE – антител к пыльцевым и пищевым аллергенам позволяют назначить больным адекватную элиминационную диету и специфическую иммунотерапию пыльцевым аллергенами.

199

**ОЦЕНКА БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ
С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ****Притчина С. С., Игишева Л. Н., Цуканова А. В., Бунина Е. Г.,
Кульчицкая Н. Г., Быкова Ю. А.***Кемеровская государственная медицинская академия*

Актуальность. Базисная терапия (БТ) остаётся главным компонентом в лечении различных форм ювенильного артрита (ЮА). Назначение БТ на ранних стадиях заболевания благоприятно сказывается на предотвращении иммунного воспаления и необратимых деструктивных изменений в суставах пациентов.

Цель исследования. Оценка эффективности базисной терапии у пациентов с ЮА.

Пациенты и методы. Проведена ретроспективная оценка эффективности БТ у 81 детей с ЮА в стационарах г. Кемерово в период с 2012 по 2014 гг.

Результаты. При анализе полученных данных пауциартикулярный артрит выявлен у 24,7% детей, у 40,7% – серонегативный полиартрит, 7,4% – серопозитивный полиартрит, 16,1% – с системным началом, анкилозирующий спондилоартрит выявлен у 11,1%. Препаратом выбора первого ряда является метотрексат (МТХ). За 3 года доля монотерапии МТХ возросла с 74% до 78%. В клинико-лабораторной картине выявлено снижение активности крови в 1,5 раза, вовлечение в процесс новых суставов. Отмечается тенденция к назначению парентеральных форм МТХ в 3 раза. Диспептические расстройства одинаково часто выявлены при пероральной (5,1%) и парентеральной форм (6,2%). Ферментит чаще наблюдается при парентеральных форм, чем *per os* (18% и 10,9% соответственно). В группе детей на комбинированной терапии показатели активности крови уменьшились в 1,1 раза, суставной синдром нарастал. Схема назначения комбинированной БТ снизилась в 3,5 раза (6% вместо 21%). При неэффективности терапии назначались биологические препараты (средняя инициация от дебюта – $51,6 \pm 43$ месяца). Доля биологической терапии возросла с 5% до 16%. При анализе лабораторных данных выявлено снижение показателей гуморальной активности крови в 2 раза, купирование суставных и экстра артикулярных проявлений.

Заключение. МТХ ведущий базисный препарат в лечении детей с ЮА. При парентеральном приеме отмечается более выраженное гепатотоксическое действие. Назначение комбинированной терапии не влияет на течение болезни. Биологическая терапия в комбинации с МТХ позволяет быстро добиться клинико-лабораторной ремиссии.

200

МАССО-РОСТОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Пузанкова Н. В., Кукушкин Д. В., Кузнецова Т. А.

Орловский государственный университет

Актуальность. Нерациональное вскармливание детей первого года жизни может приводить к развитию как недостаточности питания, так и к избыточной массе тела и влияет на формирование метаболического синдрома.

Цель исследования: оценить физическое развитие детей первого года жизни в зависимости от вида вскармливания.

Пациенты и методы. Проведена выкопировка амбулаторных карт (форма 112 у) 181 ребенка первого года жизни (106 девочек и 75 мальчиков), проживающих на одном педиатрическом участке г. Орла. Оценивались массо-ростовые показатели с использованием программы WHO ANTHRO 2009 г. Рассчитывался показатель Z-score массы тела к росту (WHZ).

В зависимости от вида вскармливания дети были разделены на III группы: I группа – на естественном вскармливании – 51 ребенок (28%), II группа на смешанном – 32 ребенка (18%) и III группа на искусственном – 98 детей (54%).

Результаты. У большинства детей I группы (80%) Z-score WHZ оказался в пределах возрастной нормы; у детей II группы нормальные показатели выявлены в 69% случаев. Только каждый 3 ребенок (32%), III группы имел нормальные показатели по Z-score WHZ $p_{1,3} = 0.002$, $p_{1,2} = 0.00$, $p_{2,3} = 0.078$. Значения ниже среднего в III группе не встретились, во II составили (2%), а в I (6%), $p_{1,2} = 0.474$. В группе внимания ($WHZ + 1 \leq z \leq + 2$) оказалось достоверно больше детей III группы (42%), по сравнению с I (6%) и II (22%) группой, $p_{1,3} = 0.004$, $p_{1,2} = 0.477$, $p_{2,3} = 0.218$. Высокие значения отклонения от нормы ($WHZ z > + 2$) определялись у каждого 4 ребенка III группы (25%) и только 4–9% I и II группа соответственно, $p_{1,3} = 0.013$, $p_{1,2} = 0.63$, $p_{2,3} = 0.201$. Однако ни в одной из групп не встретились дети с низкими значениями отклонения от нормы.

Заключение. Грудное вскармливание обеспечивает гармоничное развитие 80% детей, однако только 28% детей получают грудное молоко, что определяет проблему пропаганды грудного вскармливания. В то же время у каждого 4 ребенка, находящегося на искусственном вскармливании, наблюдается избыточная масса тела, требующая коррекционных мероприятий, в том числе привлечение узких специалистов.

201

СОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ТУБИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**Путина Н. Ю., Чиряьева Т. В., Орлов С. А., Ахматов В. Н.***Тюменская государственная медицинская академия*

Актуальность. Разработка комплексных социально-оздоровительных программ для борьбы с туберкулезом требует данных по морфофункциональному статусу тубинфицированных детей для того, чтобы правильно выполнять коррекцию физического развития и обеспечить нормальное состояние всех структурно-функциональных систем детского организма.

Цель исследования. Изучение возрастных соматотипологических особенностей морфофункционального развития тубинфицированных детей юга Тюменской области.

Пациенты и методы. В основу работы положены результаты исследований 485 учащихся русской национальности в возрасте от 11 до 18 лет, которые родились и выросли в Тюменской области. Всего в исследовании участвовало 243 мальчика и 242 девочки в возрасте от 11 до 18 лет.

В основной группе насчитывалось 236 тубинфицированных детей, воспитывавшихся в социально неблагополучных семьях. Контрольная группа состояла из 249 практически здоровых детей, проживающих в удовлетворительных социально-экономических условиях, относящихся по состоянию здоровья к первой и второй группе.

Результаты. Установлено отставание тубинфицированных детей в показателях длины и массы тела, задержка наступления биологической зрелости и формирование слабого дисгармоничного телосложения.

У тубинфицированных детей, по сравнению с контрольной группой, выявлены низкие длиннотные и поперечные размеры тела, слабое развитие жирового, мышечного и костного компонентов в массе тела, определяется запаздывание сроков наступления соматической зрелости. Среди тубинфицированных детей чаще встречаются представители астеноидной (23,5%) и грудной (38,4%) конституций, гораздо реже выявляются лица с мышечным (18,1%) и дигестивным (10,8%) конституциональным типом.

Заключение. Полученные данные позволяют вывести региональные морфофункциональные критерии развития тубинфицированных детей юга Тюменской области.

202
ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ПРОЦЕДУРУ ЭКО

Пыхтина Л. А., Гаджимурадова Н. Д.

Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В. Н. Городкова

Актуальность. В последние годы число детей, рожденных женщинами в возрасте старше 35 лет, остается относительно стабильным и в среднем составляет 7,0%. Возрастные изменения организма женщины являются фактором риска возникновения осложнений беременности, родов, нарушений здоровья будущего ребенка. Актуальность данного исследования обусловлена изучением состояния здоровья детей, родившихся у женщин позднего репродуктивного периода, перенесших процедуру экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Цель исследования: установить особенности здоровья детей раннего неонатального периода, родившихся у женщин позднего репродуктивного возраста (ПРВ) (старше 35 лет), перенесших процедуру ЭКО, и женщин ПРВ, зачавших естественным путем.

Пациенты и методы. Основную группу составили 180 детей, родившихся у женщин ПРВ, перенесших процедуру ЭКО. Группу сравнения – 30 детей, родившихся у женщин ПРВ, зачавших естественным путем. Проведен ретроспективный сплошной клинико-статистический анализ историй развития детей в раннем неонатальном периоде.

Результаты. При анализе показателей состояния здоровья детей основной группы, в отличие от детей группы сравнения, выявили более высокую частоту встречаемости церебральной ишемии гипоксически-ишемического генеза (77,2% и 53,3%, $p < 0,05$), врожденной пневмонии (17,2% и 6,67%, $p < 0,05$). Такие аномалии и пороки развития как врожденный стеноз клапана легочной аорты, атрезия пищевода со свищем, *spina bifida* в грудном отделе с гидроцефалией, расщелина неба, врожденная аномалия пищевода, пищеводная перепонка, врожденный гидронефроз были диагностированы только у детей основной группы.

Заключение. Состояние здоровья детей раннего неонатального периода, родившихся от матерей ПРВ, перенесших процедуру ЭКО, характеризовалось высокой частотой церебральной ишемии гипоксически-ишемического генеза, врожденных пневмоний, врожденных аномалий и пороков развития. Это свидетельствует о необходимости своевременного проведения диагностических и профилактических мероприятий женщинам ПРВ уже на этапе планирования и зачатия ребенка.

203 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ИЗ ДВОЕН, РОДИВШИХСЯ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И ОТ БЕРЕМЕННОСТЕЙ, НАСТУПИВШИХ ЕСТЕСТВЕННЫМ ПУТЕМ

Пыхтина Л. А., Гаджимурадова Н. Д.

*Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства
имени В. Н. Городкова*

Актуальность. Увеличение частоты бесплодных браков и успешная коррекция репродуктивного здоровья супружеских пар с использованием методов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) привели к увеличению числа многоплодных беременностей и определили актуальность изучения проблемы здоровья таких детей.

Цель исследования: оценить состояние здоровья новорожденных из двоен, родившихся после ЭКО, и от беременностей, наступивших естественным путем.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный сплошной клинико-статистический анализ историй развития новорожденных из двоен. Основную группу составили 200 детей после ЭКО; группу сравнения — 54 ребенка от беременностей, наступивших естественным путем.

Результаты. Все дети основной и группы сравнения были рождены с помощью метода кесарево сечения. В основной группе доношенными родились 42,0% детей, в группе сравнения — 49,5%, со сроком гестации 28–31 неделя 12,0% и 11,1% соответственно, от 32 до 37 недель 46,0% и 55,5% соответственно.

В структуре заболеваемости у детей как основной, так и группы сравнения на первом месте диагностировалась церебральная ишемия гипоксически-ишемического генеза (90,0% и 77,8% соответственно), на втором месте — ЗВУР (40,0% и 44,4%), на третьем — врожденные пневмонии (20,0% и 22,2%), что статистически не различалось.

Отличительной особенностью детей основной групп при рождении, в отличие от группы сравнения, явилось достоверно более высокая частота встречаемости асфиксии средней и тяжелой степени тяжести (40,0% и 11,1%; $p < 0,01$), врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений (7,5% и 1,85% $p < 0,01$). Только в основной группе определялись атрезия пищевода со свищем (0,5%), гидронефроз (0,5%) и синдром Дауна (0,5%).

Заключение. Исходы беременности и структура перинатальной заболеваемости новорожденных из двоен, родившихся после ЭКО и от беременностей, наступивших естественным путем, не имело достоверных различий. Однако более высокая частота средней и тяжелой степени асфиксии при рождении, врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений были отличительной способностью детей, родившихся после ЭКО.

204

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Рафикова Ю. С., Лошкова Е. В., Барабаш Н. А., Саприна Т. В.,
Михалев Е. В., Чукина Е. Ю., Тютева Е. Ю., Будкин А. В.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Актуальность. Распространенность нарушений пищевого поведения увеличивается, поэтому необходимо систематическое проведение анализа питания детей младшего возраста.

Цель исследования. Дать характеристику особенностям питания детей 2–3 лет.

Пациенты и методы. Обследовано 44 ребенка. Средний возраст 2,5 года, 27 (61,4%) мальчиков и 17 (38,6%) девочек.

Результаты. Средняя продолжительность грудного вскармливания составила 16 мес. (0–34 мес). Смешанное или искусственное вскармливание начиналось в среднем в 9,5 мес. (0–34 мес.). Средний возраст введения прикорма составил 6 месяцев. Причем самый ранний срок введения оказался 1 мес., самый поздний – 19 мес. В качестве первого прикорма 14 детей (32%) получили фрукты, такое же количество детей получили овощи (15 детей, 34%) и 11 родителей (25%) ввели кашу в качестве первого прикорма. Самый ранний возраст введения коровьего молока составил 3 мес., самый поздний 28 мес, в среднем 13 мес. Не используют коровье молоко 9 человек (20%). Специализированные смеси (с индексом «3» и «4» для детей старше 18 и 24 мес) или специализированное молочко для детского питания получают только два ребенка (5%). 28 детей (64%) всегда и 14 (31,5%) детей иногда получают еду/питье (фрукты, соки, сладости, выпечка, молоко и т. п.) в перерывах между основными приемами пищи. 30 (70%) человек ответили, что добавляют сахар в любую детскую еду. 32 (72%) человека добавляют соль в детскую еду промышленного и домашнего приготовления.

Заключение. Перевод на общий стол зарегистрирован в возрасте 16 мес. Треть детей имеет нарушение последовательности введения прикорма. Отмечена низкая частота (5%) использования специализированных молочных смесей для детей старше года и 2-х лет. В промежутках между основными приемами пищи 64% детей употребляют сладости и выпечку, 70% родителей подсаливают и добавляют сахар в продукты прикорма. В возрасте 13 месяцев в рацион детей включается коровье молоко.

205

К ВОПРОСУ О СТРУКТУРЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ОБОГАЩЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ**Рахманкулова З. Ж., Файзиева З. Б.***Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Врожденные пороки сердца представляют собой одну из наиболее значимых проблем современной неонатологии, в связи с высокой смертностью и формированием тяжелых осложнений. Среди причин развития легочной гипертензии первое место занимают врожденные пороки сердца.

Цель исследования: изучить структуру врожденных пороков сердца с обогащением малого круга кровообращения у новорожденных с различными сроками гестации в отделении патологии новорожденных в городской детской больнице.

Пациенты и методы. Проведено обследование 50 новорожденных детей с ВПС с обогащением малого круга кровообращения, находящихся в отделении патологии новорожденных городской детской больницы № 5 в период с 2012–2014 гг. Среди обследованных новорожденных было 30 доношенных и 20 недоношенных новорожденных. Диагноз устанавливали на основании анализа клинических и инструментальных методов исследования: ультразвуковое исследование сердца, рентгенографии.

Результаты. В структуре врожденных пороков сердца с обогащением малого круга кровообращения среди доношенных новорожденных на открытое овальное окно (ООО) приходилось 40,0%, на открытый аортальный проток (ОАП) — 43,3%. Число случаев рождения детей с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) — 26,7%, с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) — 53,3%, с полной формой общей атриовентрикулярной коммуникации (ОАВК) — 13,3%, с транспозицией магистральных сосудов (ТМС) — 10%, с общим артериальным стволом (ОАС) — 10%, с частичным аномальным дренажем легочных вен (ЧАДЛВ) — 3,3%, с тотальным аномальным дренажем легочных вен (ТАДЛВ) — 10%.

Среди недоношенных новорожденных детей ВПС распределились следующим образом: ООО составили 45%, ОАП — 55%, ДМПП — 35%, ДМЖП — 60%, ТМС — 20%, ЧАДЛВ — 5%, ТАДЛВ — 5%.

Закключение. Таким образом, в результате проведенных нами исследований установлено, что среди недоношенных новорожденных детей такие пороки, как ДМЖП, ОАП, ДМПП, ООО, ТМС встречаются чаще, чем у доношенных. Среди ВПС с обогащением малого круга кровообращения независимо от срока гестации наиболее часто встречаются ДМЖП.

206

ПОКАЗАТЕЛИ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ ДИАБЕТОМ

Рахманов Б. Т., Джунелов А. Б., Улугбердиева А. А.

Дирекция международных медицинских центров имени Сапармурата Туркменбаши Великого центр «Эне мяхри», Ашхабат

Актуальность. Гестационный диабет — часто встречаемая проблема у беременных женщин с избыточной массой тела, что, в свою очередь, приводит к тяжелыми последствиями как для матери, так и для ребенка.

Цель исследования. Разработка системы профилактических мероприятий для детей раннего возраста у матерей с гестационным сахарным диабетом на основании изучения состояния их здоровья.

Пациенты и методы. В основную группу было включено 86 детей, родившихся от матерей с гестационным диабетом в период с 2008–2010 гг. Группу сравнения составило 20 детей аналогичного возраста у женщин без нарушений углеводного обмена. Все дети обследовались и наблюдались в перинатальном центре «Эне Мяхри» в г. Ашхабате. В возрасте 12 мес у детей каждой группы определили капиллярный уровень глюкозы крови.

Результаты. Анализ крови проводился утром, натощак (не менее чем через 6–8 часов). Из полученных данных установлено, что в основной группе показатели глюкозы в среднем — $5,1 \pm 0,2$ ммоль/л, а в группе сравнения — $4,4 \pm 0,3$ ммоль/л.

Заключение. В основной группе и группе сравнения нарушений углеводного обмена выявлено не было, показатели соответствовали возрастной норме. Однако в основной группе средние значения были выше, чем в группе сравнения. Необходимо дальнейшее наблюдение за углеводным обменом и физическим развитием этих детей.

207

**ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ЭЛЕКТРОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ РЕСУРСОВ****Рашитов Л. Ф., Файзуллина Р. А., Сулейманова З. Я., Закирова А. М.***Казанский государственный медицинский университет*

Актуальность. В настоящее время дистанционное обучение в сфере медицинского образования расширяет свои возможности, являясь одним из основных средств повышения профессиональной квалификации работников здравоохранения.

Цель исследования: оценить значение электронных образовательных ресурсов в рамках дистанционного обучения в сфере медицинского образования.

Пациенты и методы. Мультимедийные образовательные ресурсы, электронные пособия, видео-презентации, стандартизированные пациенты, разбор ситуационных задач, on-line тестовые задания.

Результаты. Последнее десятилетие характеризуется резко возросшей международной активностью российской высшей школы, что, прежде всего, связано с исчезновением искусственно созданных барьеров международных связей, с предоставлением вузам значительной автономии, а также со стремлением вузов повысить конкурентоспособность своих выпускников на российском и международном рынках труда. В современном обществе смещены акценты с принципа адаптивности на принцип компетентности выпускников. Данный факт, безусловно, влияет на качество образования и содержание образовательных программ вузов всех уровней. В ГБОУ ВПО «КГМУ» МЗ РФ на основе пакета Moodle разработаны мультимедийные образовательные ресурсы в рамках дистанционных on-line курсов с целью повышения квалификации медицинских работников: дистанционные курсы «Методика обследования сердечно-сосудистой системы», «Методика обследования мочевыводящей системы», «Ультразвуковое обследование в педиатрии» в системе управления содержимым сайта.

Заключение. Внедрение электронных образовательных ресурсов позволит повышать квалификацию медицинских работников в рамках непрерывного дистанционного обучения.

208

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ

Рашитов Л. Ф., Закирова А. М., Рашитова Э. Л.

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Как известно, употребление психоактивного вещества никотина является пусковым механизмом развития многих заболеваний бронхолегочной системы. В настоящее время отмечается неуклонный рост числа подростков, потребляющих табачные изделия.

Цель исследования: изучить качество жизни курящих подростков.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование 53 учеников, обучающихся в 7–8 классах общеобразовательных школ г. Казани. Индекс курения составлял 10 пачек/год.

Результаты. В ходе проведенного исследования выявлено, что 15,1% детей — «заядлые курильщики», 64,2% — имеют стаж курения 1 год. Оценка качества жизни показала, что по сравнению с некурящими подростками у обследованных детей показатель общего состояния здоровья на 18,8% ниже ($p < 0,05$), эмоциональный фон оказался ниже на 23,4%, показатель жизненной активности — на 14,7%. Примечательно, что каждый третий ребенок употреблял психоактивное вещество, подражая одному или обоим родителям, каждый второй — сверстникам.

Заключение. Показатели жизненной активности, общего состояния здоровья наглядно показали ухудшение одного из критериев оценки здоровья — качества жизни у курящих подростков.

209

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СТАЦИОНАРА ПО УКРЕПЛЕНИЮ ДОМИНАНТЫ ЛАКТАЦИИ У МАТЕРЕЙ, РОДИВШИХ ДЕТЕЙ С ЭНМТ И ОНМТ**Ртищева М. С., Лазуренко С. Б., Намазова-Баранова Л. С., Беляева И. А., Яцык Г. В.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Для формирования стойкой доминанты лактации у матерей важным условием является раннее прикладывание ребенка к груди. При рождении ребенка с ЭНМТ и ОНМТ это невозможно по объективным обстоятельствам. Для профилактики рисков раннего прекращения матерями грудного вскармливания (ГВ) недоношенных детей необходимо междисциплинарное взаимодействие специалистов в стационаре второго этапа выхаживания.

Цель исследования: определить основные направления медико-психологической помощи матерям детей с ЭНМТ и ОНМТ по профилактике рисков ранних отказов и поддержанию мотивации к ГВ.

Пациенты и методы. 176 матерей (возраст 25–39 лет) недоношенных детей (срок гестации 26–33 недели). Методы: анализ медицинской документации, беседа, включенное наблюдение, методика «Анкета по ГВ».

Результаты. Исследование показало, что почти все 100% матерей, родивших детей с ЭНМТ и ОНМТ, нуждаются в том или ином объеме медико-психологической помощи. В поддержке медицинского персонала по получению объективной информации о ГВ, обучению практическим навыкам сцеживания и кормления, установлению лактации, адекватной потребностям ребенка, нуждались 79% матерей. В эмоциональной поддержке и психологической помощи по развитию навыков саморегуляции, эффективных копинг-стратегий для совладания со стрессом, укреплению мотивации к продолжению ГВ испытывали потребность до 69% матерей. Также около 30% матерей выражали запрос на выстраивание конструктивного взаимодействия с медицинским персоналом и семьей, что помогло бы снизить уровень эмоционального напряжения и высвободить силы для поддержания лактации.

Заключение. Междисциплинарное взаимодействие и объединение усилий специалистов позволяет реализовать комплексный подход в осуществлении задач по поддержке длительного ГВ среди матерей недоношенных детей. Массовое анкетирование матерей на 2 этапе выхаживания в стационаре является инструментом для первичного сбора информации, своевременного выявления рисков отказов от ГВ и организации адресной медико-психологической помощи.

210 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

Русов И. А., Русова Т. В.

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. Комплексный медико-психологический подход к оценке состояния здоровья подростков позволяет повысить эффективность оказания медико-социальной помощи.

Цель исследования: установить особенности состояния здоровья, социальной адаптации и семейного воспитания подростков с высоким уровнем тревожности.

Пациенты и методы. Проведен сравнительный анализ заболеваемости, течения адаптации в коллективе сверстников и семейного воспитания подростков от 10–17 лет с различным уровнем тревожности. Группу исследования составили подростки с высоким уровнем тревожности, группу сравнения — подростки со средним уровнем показателя.

Результаты. У детей подросткового возраста с высоким уровнем тревожности, по сравнению с пациентами группы сравнения, выявлено более частое формирование хронической соматической патологии сопряженной с более выраженными неврологическими расстройствами и нарушениями физического развития. Для пациентов с высоким уровнем тревожности характерна неблагоприятная социальная адаптация к обучению. В группе сравнения число детей с низким социальным статусом в коллективе сверстников было только 10%. В группе подростков с высоким уровнем тревожности выявлены значительные нарушения семейного воспитания: в 23% семей — по типу эмоционального отвержения ребенка, в 55% — доминирующей гиперпротекции, в 27% — гиперопеки. При этом жестокое обращение с ребенком отмечалось в 45% семей. В свою очередь в семьях подростков группы сравнения не отмечалось эмоционального отвержения и жестокого обращения с детьми, и в 1/3 семей не было выявлено нарушений типа воспитания.

Заключение. Частая хроническая соматическая патология и неврологические расстройства, наличие негативных психологических и социальных факторов у подростков с высокой тревожностью свидетельствует о необходимости повышенного внимания к данной группе пациентов и их медико-психологического сопровождения в отделении медико-социальной помощи.

211 МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ

Сависько А. А., Гончаров С. Г., Павленко В. Д., Евдокимов А. С.

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность. Подростковый возраст один из критических переходных периодов жизненного цикла, для которого характерны бурные темпы роста и развития, предъявляющие повышенные требования к функционированию различных органов и систем и в первую очередь к сердечно-сосудистой системе.

Цель исследования. Изучение особенностей формирования сердечно-сосудистой системы здоровых подростков (12–17 лет), на основе комплексного исследования кардиоваскулярных структур с учетом возраста, пола и особенностей соматического развития.

Пациенты и методы. Для реализации поставленных целей проведено клиническое обследование и анализ анамнестических данных 225 подростков от 12–17 лет. По методике Дорохова Р.Н. проводили соматотипирование. Всем подросткам была проведена эхокардиография по стандартной методике с учетом рекомендаций ВНОК.

Результаты. Проведенный анализ распределения типов гемодинамики с учетом соматического типа развития позволил установить, что у мальчиков с мезосомным соматотипом (MeC) гипокинетический тип и эукинетический типы гемодинамики регистрировались в 43,0% и 46,0% соответственно. У мальчиков с макросомным соматическим типом (MaC) преобладал гипокинетический тип гемодинамики (62,0%). Эукинетический тип гемодинамики чаще достоверно чаще (61,0%) встречался у мальчиков с микромезомным соматическим типом (MiMeC).

Изучение вариантов гемодинамики у девочек в зависимости от соматического типа позволило определить ряд специфических особенностей. Так, у девочек с MeC и MeMaC преобладал эукинетический вариант гемодинамики: 70,0% и 83,0% соответственно. При этом гиперкинетический тип гемодинамики чаще регистрировался у девочек с MiC (75,0%).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о разнонаправленности темпов роста и развития сомы и кардиоваскулярных структур в данном периоде онтогенеза, что необходимо учитывать при проведении диспансеризации подростков и разработке персонализированных превентивных мероприятий в этом возрастном периоде.

212

МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Сависько А. А., Теплякова Е. Д., Лагутеева Н. Е.

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность. Длительное наблюдение за пациентом, который перенес онкологическое заболевание в детском возрасте, может позволить выявить поздние нежелательные явления, обусловленные химиотерапией.

Цель исследования. Поиск новых ранних диагностических критериев и маркеров повреждения миокарда у детей в длительной ремиссии острого лимфобластного лейкоза.

Пациенты и методы. Обследовано 22 ребенка, находившихся в ремиссии ОЛЛ более 5 лет. Из них 10 мальчиков и 12 девочек. Средний возраст пациентов составил $12,45 \pm 0,67$ лет, медиана возраста — 12,0. Всем детям с ОЛЛ было проведено лечение по стандартной (SRG) и промежуточной (MRG) группам риска протокола ALL-MB-2002. Контрольную группу составили 25 детей I b Па группы здоровья, сопоставимые с обследуемыми пациентами по возрасту и полу. Содержание гомоцистеина, интрлейкина-6, ангиотензина II и эндотелина в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа, основанном на твердофазном «сэндвич»-методе. Содержание монооксида азота (NO) в сыворотке крови определяли колориметрическим методом.

Результаты. У детей, находящихся в длительной ремиссии ОЛЛ отмечается достоверное снижение содержания NO в сыворотке крови по сравнению с пациентами контрольной группы. В то же время выявлено, что у детей, прошедших курс полихимиотерапии по поводу ОЛЛ и находившихся в длительной ремиссии отмечалось достоверное повышение концентрации гомоцистеина и ангиотензина II. При этом у 6 человек (27,3%) уровень гомоцистеина превышал значения 15 мкмоль/л, что свидетельствовало о наличии у них умеренной гипергомоцистеинемии. В тоже время было выявлено значительное достоверное уменьшение концентрации ИЛ-6 в сыворотке крови детей с ОЛЛ, находившихся в длительной ремиссии по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$).

Заключение. Ранними признаками формирования эндотелиальной дисфункции у детей с ОЛЛ, находящихся в длительной ремиссии, являются повышение концентраций ангиотензина II и гомоцистеина в сыворотке крови. Снижение концентрации ИЛ-6.

213

**ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ
НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ****Савченко Е. А., Токарев А. Н., Попова И. В., Беляков В. А.***Кировская государственная медицинская академия*

Актуальность. Изучение влияния вскармливания детей первого года жизни на их физиометрические параметры является весьма актуальным.

Цель исследования. Определение физического развития у детей первого года жизни, находящихся на различных видах вскармливания.

Пациенты и методы. Обследовано 8192 ребёнка в 1999 г. и 2436 детей в 2014 г. первого года жизни. Проводилась оценка основных антропометрических показателей: длины и массы тела, окружности грудной клетки и головы с помощью общепринятых методов. Для сравнения физического развития детей, находящихся на разных видах вскармливания были сформированы две группы: первая — дети, находящиеся на искусственном вскармливании, вторая — на грудном вскармливании более 6 месяцев.

Результаты. Проведенные исследования физического развития в 1999 г., позволили установить, что у детей первой группы масса тела увеличилась за год в 3,5 раза. У детей второй группы масса тела за год увеличилась в 3 раза. Таким образом, у детей, находившихся на искусственном вскармливании, масса тела в течение первого года увеличивалась более значительно. Анализируя данные за 2014 г., у детей первой группы масса тела за год увеличилась в 3,3 раза. У детей второй группы масса тела за год увеличилась в 2,9 раза. Таким образом, установлено, что увеличение массы тела детей, родившихся пятнадцать лет назад и в настоящее время, находящихся на искусственном вскармливании в течение первого года, идет более интенсивно. Установлено, что у детей первой группы длина тела нарастала быстрее, чем у детей второй группы. Вместе с тем, у детей, находящихся на грудном вскармливании нарастание массо-ростовых показателей происходило более равномерно. Размеры окружности грудной клетки детей в 2014 г., практически не отличались от детей, находящихся на искусственном и на грудном вскармливании, обследованных в 1999 г.

Заключение. Таким образом, установлено, что физическое развитие детей, находящихся на грудном вскармливании происходит более равномерно по сравнению с детьми, получающими заменители грудного молока.

214

НЕДОНОШЕННОСТЬ И НАРУШЕНИЕ СЕНСОРНОЙ ОБРАБОТКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Садовская Ю. Е., Блохин Б. М., Битова А. Л., Простакова В. Н.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва
ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ, Москва
РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва*

Актуальность. Многочисленные исследования катамнеза недоношенных детей указывают, что этот контингент имеет повышенный риск поражений ЦНС, включая расстройства аутистического спектра.

Цель исследования: исследовать взаимосвязь симптомов нарушения сенсорной обработки с недоношенностью в дошкольном возрасте.

Пациенты и методы. Проведено динамическое неврологическое исследование 46 пациентов (мальчиков 67%, девочек 33%) с первой степенью недоношенности (срок гестации 35–37 недель и масса тела 2001–2500 г). Оценка проводилась в возрасте 1, 3, 6, 12, 15 и 18–24 месяцев. Дети с ограниченными возможностями, были исключены из исследования. Контрольная группа состояла из 50 практически здоровых пациентов аналогичного пола и возраста. Для оценки развития использовалось клиническое неврологическое обследование с эволюционным анализом психомоторного развития; шкала психомоторного развития до 1 года Журбы Л.Т. и соавт.; сенсорный профиль (SSP) модифицированная шкала аутизма у детей раннего возраста (M-CHAT).

Результаты. Нарушение сенсорной обработки (НСО) выявлено у 24 недоношенных пациентов (52%), аутизм — в одном случае; в контрольной группе НСО выявлены у 4 пациентов (8%). В неврологическом статусе на первом году жизни у пациентов с НСО запаздывало формирование эмоциональных реакций (ротовое внимание, улыбка, реакция мимического оживления на контакт со взрослым), слабое сосание, стойкий отказ от соски, отмечалась стойкая инсомния, частые срыгивания, длительный взгляд более 2 сек, мышечная анизотония, снижение опорности на предплечья, на фоне мышечной гипотонии негрубая асимметрия позы и выполнения ползания и паттерна сидения или в виде буквы «W», выраженность асимметричного позотонического рефлекса. В формировании постурально-моторного развития имело место легкая задержка редукции безусловных и позотонических рефлексов в соответствии со сроками гестации, позднее появление установочных реакций на голову, шею, туловище, выпрямительных и защитных разгибательных реакций рук, равновесия; задержка целенаправленных движений рук, захват предмета с пронацией кисти и предплечья. Симптомы сенсорной дисфункции выявлены во всех модальностях, но преобладали — слуховая, оральная, тактильная сенсорная защита и сенсорный поиск.

Заключение. Полученные результаты поддерживают гипотезу увеличения распространенности сенсорных дисфункций у детей с массой тела при рождении 2001–2500 г., что следует учитывать при планировании обследования и нейроабилитации данного контингента пациентов.

215

**ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ И МЕДРАБОТНИКОВ
К ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПРОТИВ КОРИ****Самороднова Е. А., Рамазанова Ю. Р., Казыханова Ю. А.***Казанский государственный медицинский университет*

Актуальность. Корь является острым инфекционным заболеванием, встречающимся преимущественно у детей. Корь считается одной из самых заразных болезней, поражающей глаза, дыхательные пути, кожу, провоцируя порой развитие коревого энцефалита и вирусной коревой пневмонии. В последние годы в России постоянно повышается число детей, болеющих корью, причем 88% из них сделана вакцинация против данного заболевания.

Цель исследования: изучить отношение населения и медицинских работников республики Татарстан (РТ) и республики Башкортостан (РБ) к вакцинации детей против вируса кори.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование студентов медицинских вузов, медицинских работников и родителей детей, подлежащих вакцинации.

Результаты. В опросе участвовало 160 человек. Положительное отношение к вакцинации против кори высказали 100% опрошенных студентов-медиков в РБ и 78% — в РТ. Среди медиков за прививку высказалось 78% респондентов в РТ и 56% в РБ. Однако наиболее отрицательное отношение к вакцинации нами выявлено у родителей детей. Так, в РТ против высказались 44%, а в РБ — 55%. Вместе с тем охват прививками по данным анкет оказался выше в РБ — 80%, в РТ — 71%. Основной причиной отказа от вакцинации явилась боязнь возможных осложнений, но лишь некоторые из родителей знали, чем опасна сама корь для ребенка и какие возможны осложнения.

Заключение. Таким образом, среди родителей в РБ и РТ выявлено достаточно негативное отношение к противокоревым прививкам. Поэтому для снижения заболеваемости корью необходимо повысить привитость детского населения за счет усиления санитарно-просветительской работы прежде с родителями по вопросам необходимости и безопасности вакцинации.

216

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Самсонова Н. М.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. В Российской Федерации насчитывается около 400 тыс. больных с рассеянным склерозом, из них от 2 до 5% — дети и подростки, что ставит РС в перечень глобальных проблем детской неврологии.

Цель исследования. Оптимизация работы среднего персонала с детьми, страдающими рассеянным склерозом.

Пациенты и методы. За год в отделении проходят обследование и лечение от 100–130 детей с рассеянным склерозом в возрасте от 7 до 10 лет. У 50–60% больных госпитализация обусловлена обострением заболевания. Всем пациентам оказывается высокотехнологическая медицинская помощь, включающая в себя новейшие методы диагностики и терапии. Обследование: МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием, люмбальная пункция, УЗИ внутренних органов, контроль гематологических показателей, консультации специалистов. Выполняются назначение лечащего врача: внутривенные инфузии, внутримышечные и подкожные инъекции, контроль приема таблетированных лекарственных препаратов. Сопровождение на реабилитационные процедуры.

Результаты. Отделение психоневрологии и психосоматической патологии ФГБНУ НЦЗД является ведущим центром РФ в лечении детей с рассеянным склерозом. С сестринским персоналом регулярно проводятся занятия по применению новых препаратов (способам введения и возможным побочным реакциям), применяющихся в лечении рассеянного склероза.

Заключение. Таким образом, совместная взаимодополняющая высококвалифицированная медицинская помощь позволяет наиболее эффективно использовать лечебно-диагностический потенциал отделения и достигать максимально быстрого купирования неврологического дефицита у детей с РС в кратчайшие сроки, что значительно улучшает качество жизни у данного контингента пациентов.

217

**УТОЧНЕНИЕ КРИТЕРИЕВ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ
НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПРИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ
И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ 5–15 ЛЕТ****Сафаров З. Ф., Шарипов А. М., Маматкулов Б. Б., Ахматалиева М. А.,
Шоикрамов Ш. Ш.***Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. У детей при неотложных состояниях часто развиваются нарушения ритма сердца, которые ухудшают его течение. Распознавание ритма и антиаритмическая помощь вошло в первичную и вторичную ABCD оценку и помощь продвинутого уровня. Выбор способа помощи зависит от результатов определения гемодинамической стабильности. Не вызывает сомнений в выборе применения кардиоверсии в синкопальных состояниях. В остальных случаях использование стандартных критериев нестабильности являются, чаще всего, избыточными. Кардиоверсия у детей в сознании требует седатации, являющейся дополнительным фактором вызывающим ухудшение их состояния. Разработка более точных критериев показаний применений кардиоверсии может сократить частоту его применения.

Цель исследования: изучить диагностическую эффективность клинических тестов, входящих в разработанную нами шкалу догоспитальной первичной оценки детей для определения показания проведения кардиоверсии.

Пациенты и методы. Было проведено исследование случай-контроль историй болезней 189 детей в возрасте от 5 до 15 лет поступивших в экстренный пост приемного отделения клиники института, не подвергнутые кардиоверсии по результатам стандартных критериев нестабильности и госпитализированных в профильные отделения. Все дети были обследованы в соответствии со стандартом первичного обследования продвинутого уровня, включающего в себя кардиомониторинг, и оценены по шкале разработанной нами. По данным анализа динамики состояния для всех клинических тестов были определены чувствительность (Ч) и специфичность (С) в отношении формирования ухудшения состояния течения.

Результаты. Значимые результаты были получены по тестам соотношение частоты сердечных сокращений к частоте дыхания более 4,5 (Ч 94%, С 89%), шокowому индексу более 1 (Ч 97%, С 92%), исчезновение периферического пульса (Ч 98%, С 78%), менее 12 баллов по шкале Глазго (Ч 82%, С 77%).

Заключение. Выше перечисленные клинические тесты рекомендуются в качестве критериев гемодинамической нестабильности для определения показания выполнения кардиоверсии при тахиаритмиях.

218 ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ ШКОЛЬНИКОВ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ИХ ЛИЧНОСТИ

Сахаров В. Г.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Важность исследования особенностей профессионального самоопределения современных старшеклассников во взаимосвязи с формированием личности и ее свойств в меняющихся социально-экономических условиях современного общества.

Цель исследования: изучить особенности, степень успешности и динамики показателей профессионального самоопределения современных старшеклассников в зависимости от интересов, склонностей и свойств формирующейся личности.

Пациенты и методы. Обследовано 660 учащихся 9–11 классов пяти общеобразовательных школ г. Москвы на основе бланково-компьютерной технологии.

Результаты. Выявлено, что 62% старшеклассников определились с выбором профессии, 26% находятся в состоянии активного выбора и у 12% варианты выбора отсутствуют.

Современные старшеклассники профессиональный выбор осуществляют с меньшей ориентацией на свои интересы и склонности по сравнению со сверстниками 2003 года (43% и 62%, соответственно), но при этом значительно чаще меняют свои профессиональные предпочтения в течение года (24% и 14%).

Профессионально-определившиеся старшеклассники, выбравшие профессию в соответствии со своими интересами, характеризуются достоверно лучшими показателями развития личности и ее свойств по параметрам уверенности (на 11%), ответственности (на 7,6%), самоконтроля (на 8,3%), мотивации достижения (на 7,3%), уровню социально-психологической адаптации (на 8,5%) по сравнению с профессионально-неопределившимися учащимися.

Заключение. Современные старшеклассники, испытывающие трудности в пространстве профессиональной ориентации, чаще выбирают профессию вне соответствия со своими интересами, ориентируясь на материально-благополучные, престижные виды деятельности с тенденцией снижения качества профессионального самоопределения за последний 10-летний период наблюдения.

Профориентация, как мотивационный, смыслообразующий фактор успешности учебной деятельности, обеспечивает ее результативность, а следовательно и здоровье наших детей и подростков.

219

**ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ
БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ НА ДИНАМИКУ
КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ
ВЕРТЕБРАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ****Сахарова Е. В., Конова О. М., Поляков С. Д., Тайбулатов Н. И.,
Дмитриенко Е. Г.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Функциональные вертебральные нарушения часто встречаются в структуре заболеваний опорно-двигательного аппарата. Для их коррекции наряду с классическими методами лечебной физкультуры и массажа все чаще используются новые технологии с биологической обратной связью, способствующие повышению мотивации пациента.

Цель исследования. Обоснование включения интерактивной кинезитерапии с биологической обратной связью в комплекс реабилитации детей с функциональными вертебральными нарушениями.

Пациенты и методы. В исследование было включено 112 пациентов с нарушениями осанки и сколиозом I степени, разделенных на две группы. Основную группу составили 70 детей, которым кроме лечебной физкультуры и массажа проводились 10 ежедневных занятий на системе с биологической обратной связью. Пациенты группы сравнения (42 человека) получали только лечебную физкультуру и массаж. В динамике оценивались данные клинического осмотра, показатели функциональной выносливости мышц спины, брюшного пресса и кистей.

Результаты. По окончании курса реабилитации у пациентов обеих групп жалоб не отмечалось. При клиническом осмотре благоприятная динамика выявлена у детей обеих групп, однако более выражена она была в основной группе ($p < 0.05$). При анализе функциональных количественных характеристик в основной группе установлено достоверное возрастание показателей статической выносливости мышц спины на 79,7% ($p = 0.021$) и брюшного пресса на 76,5% ($p = 0.037$). В группе сравнения увеличение этих показателей было менее значимым и недостоверным на 47,9% и 37,8% соответственно. Анализ данных кистевой динамометрии выявил у пациентов основной группы прирост силы обеих кистей, а также статистически достоверное повышение выносливости. В группе сравнения значение выносливости осталось практически без изменений.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности включения технологий с биологической обратной связью в комплексное лечение детей с функциональными вертебральными нарушениями.

220 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Свиридова Т. В., Лазуренко С. Б., Буслаева А. С., Комарова Е. В.,
Потапов А. С.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Болезнь оказывает отрицательное воздействие на развитие организма, препятствует полноценному формированию психики ребенка. Это обуславливает необходимость реализации личностно-ориентированного подхода в комплексной реабилитации.

Цель исследования: изучить психологическое состояние пациентов и факторов, которые на него влияют.

Пациенты и методы. Проведено исследование 125 детей (7–17 лет) с заболеваниями органов пищеварения, находящихся на лечении в ФГБНУ «Научный центр здоровья детей». Средняя продолжительность болезни — 3,5 года.

Результаты. Согласно психологическим особенностям, были выделены три группы пациентов:

- I группа (34,4%) — дети в тяжелом психологическом состоянии, которое обусловлено переходом болезни различной этиологии в активную стадию, что требовало интенсивной медицинской помощи.
- II группа (46,4%) — дети в нестабильном психологическом состоянии, с риском невротизации, с хроническими болезнями различной этиологии в стадии нестойкой клинической ремиссии, требующие длительного поддерживающего лечения.
- III группа (19,2%) — пациенты с относительно стабильным психологическим состоянием, хроническими болезнями различной этиологии в стадии клинической ремиссии с редкими обострениями, лечение которых может быть реализовано в диспансерных условиях.

Заключение. В первую очередь психологическое состояние детей зависит от тяжести, характера и длительности течения болезни. Данные факторы оказывают негативное воздействие как на детский организм, так и опосредованно, в силу изменения социальных условий жизни — на психологическое состояние ребенка. Для детей каждой группы требуются дифференцированные методы психологической помощи, без которых незрелая личность становится заложником искаженной социальной ситуации развития.

221

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛАСТИЧНОГО ТИТАНОВОГО СТЕРЖНЯ (ТЕН) ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ**Семёнов С. В., Шарпарь В. Д., Каменских М. С., Неганов О. А., Егоров В. А.***Республиканская детская клиническая больница, Ижевск*

Актуальность. Переломы проксимального отдела лучевой кости относятся к внутрисуставным переломам области локтевого сустава. Частота переломов проксимального отдела лучевой кости у детей составляет по данным авторов 26,7% относительно общего числа переломов костей. По мнению зарубежных авторов, частота переломов шейки и головки лучевой кости составляют 1,5–10% среди всех переломов костей и 5–33% среди переломов локтевого сустава.

Цель исследования: улучшить результаты лечения детей с переломами шейки лучевой кости.

Пациенты и методы. Metaizeau et al. был разработан метод интрамедуллярного ретроградного остеосинтеза стержнем. Операция проводится под наркозом. Доступ осуществляется в области дистального метафиза лучевой кости. Оператор ретроградно заводит стержень в канал и головку лучевой кости, ротирует стержень на 90 градусов в локтевую сторону, осуществляя репозицию и остеосинтез. Стержень оставляют подкожно. Конечность иммобилизируют гипсовой повязкой на 4–6 недель. Удаляют металлоконструкции через 3–4 месяца после операции, при условии полной консолидации перелома. По вышеупомянутой методике в нашей клинике были прооперированы 5 детей в возрасте 5–12 лет. Операция производилась на 1–3 сутки после получения травмы. Для остеосинтеза был использован ТЕН диаметром 2,5 мм. Для рентген-контроля применялась С-дуга.

Результаты. Продолжительность иммобилизации составляла в среднем 6 недель. Объем движений в суставе восстановлен полностью после курса восстановительного лечения. Конструкции были удалены через 3 месяца после остеосинтеза. На контрольных осмотрах через 6 и 12 месяцев после операции остеосинтеза движения в суставе в полном объеме, болевой синдром отсутствует.

Заключение. Таким образом, интрамедуллярный остеосинтез ТЕН позволяет достичь хороших анатомических, функциональных и косметических результатов. Малая травматичность метода сводит к минимуму интра- и постоперационные осложнения.

222

МИТОХОНДРИАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Семёнова Г. Ф.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Окислительный стресс и митохондриальные дисфункции играют значительную роль в патогенезе нейродегенеративных расстройств, в том числе рассеянного склероза. Определение активности ферментов дыхательной цепи может иметь диагностическое значение в оценке тяжести состояния детей с рассеянным склерозом.

Цель исследования. Определение активности митохондриальных дегидрогеназ лимфоцитов при рассеянном склерозе у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 92 ребенка (36 мальчиков и 56 девочек) в возрасте от 8 до 19 лет с диагнозом рассеянный склероз, ремиттирующее течение, 19 из них в стадии обострения. Исследовали активность сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и НАДН2-дегидрогеназы (НАДН2-Д) в лимфоцитах крови количественным цитохимическим методом (АПК «ВидеоТест»).

Результаты. Выявлено, что общая активность СДГ и НАДН2-Д в 1,5 раза превышает показатели условно здоровых детей. Увеличение активности митохондрий происходит за счет увеличения их площади, при этом количество активных митохондрий снижено как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии. У пациентов в стадии обострения изменения более выражены. У детей с активными очагами демиелинизации на МРТ снижение числа гранул значимо больше, чем у детей с отсутствием активных очагов.

Заключение. Таким образом, у детей с рассеянным склерозом выявлены нарушения функции митохондриального аппарата, более значимые у пациентов в стадии обострения. Данные нарушения обосновывают необходимость в патогенетической оптимизации энергетических процессов.

223

**ОСОБЕННОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО СУБФЕБРИЛИТЕТА
У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА****Семёнова Л. Ю.***Ижевская государственная медицинская академия, Удмуртия*

Актуальность. Длительный субфебрилитет характеризуется повышенной температурой тела (37–38°C), способной держаться у детей в течение 3-х и более недель. В настоящее время нет чётких данных об этиологии длительного субфебрилитета, что затрудняет ведение и лечение данной категории больных.

Цель исследования: выявить особенности длительного субфебрилитета у подростков.

Пациенты и методы. Проводилось изучение антенатального анамнеза, объективного статуса, клинико-лабораторное и инструментальное исследования у 100 подростков с наличием длительного субфебрилитета.

Результаты. Длительный субфебрилитет впервые появлялся после острых респираторных заболеваний у 78% детей, у половины больных продолжительность его была более 6 месяцев (от 1 до 6 лет). У большинства детей (82%) температура была субфебрильной до 37.5°C, у 18% детей температура была субфебрильной, но с периодическими подъемами до 38–39°C. У 60% детей температура тела повышалась во второй половине дня. Отмечалась связь длительного субфебрилитета с физическими и эмоциональными нагрузками — 72% детей. Жалобы были в основном по типу астеновегетативного синдрома у 72% детей, у 28% жалоб не было. При объективном исследовании наиболее часто отмечались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (нарушения ритма сердца у 52% детей) и нервной системы (синдром вегетативной дисфункции у 100% детей, гипертензионный синдром у 88% детей). По реоэнцефалограмме изменения по дистоническому типу наблюдались у 86% детей. По электроэнцефалограмме выявлены общемозговые изменения диффузного характера (диэнцефальный уровень) у 92%, вспышки эпилептиформного характера — 58% изменения сосудистого характера — 40%. По эхоэнцефалограмме у 92% детей отмечалась гипертензия.

Закключение. Выявленные особенности позволяют выбрать наиболее правильную тактику в плане ведения и лечения данной категории больных.

224 ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Серёгина Г. А., Чертыковцева Н. В., Никифорова М. Л.

Самарская городская детская больница № 2

Актуальность. В последнее время отмечается рост числа детей с ДЦП, что является актуальной медико-социальной проблемой. Нарушения механизмов центральной регуляции мышечного тонуса у детей с ДЦП приводит к формированию стойких сгибательно-приводящих установок в суставах нижних конечностей.

Цель исследования: разработать комплекс реабилитационного лечения детей с детским церебральным параличом с использованием нейро-ортопедического пневмокостюма РПК Атлант и лечебного костюма Адели.

Пациенты и методы. На базе неврологического отделения Самарской городской детской больницы № 2 за период с 2012–2014 гг. пролечено 412 больных с детским церебральным параличом. Нами обследовано 222 пациента (54%) со спастической тетраплегией, имеющие патологические установки в суставах нижних конечностей (эквинусная, эквино-вальгусная деформация стоп, сгибательные установки коленных суставов) в возрасте от 3 до 10 лет. Схема обследования включала электромиографию, рентгенографию, компьютерную оптическую топографию. Комплекс лечебно-восстановительных мероприятий, помимо лечебной физкультуры и физиотерапевтических воздействий, включал использование нейро-ортопедического реабилитационного пневмокостюма РПК Атлант и лечебного костюма Адели.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что внедрение в комплексную реабилитацию пневмокостюма Атлант и костюма Адели, способствует положительной динамике реабилитационного процесса, что наблюдается у 186 пациентов — 82% обследованных нами детей со спастической тетраплегией. Данный комплекс реабилитационного лечения приводит к улучшению биомеханических показателей, восстановлению объемов движений в суставах нижних конечностей и увеличению силы гипотрофичных мышц.

Закключение. Использование пневмокостюма Атлант и костюма Адели в комплексном реабилитационном лечении детей с детским церебральным параличом позволяет улучшить физические возможности пациентов, способствуя повышению реабилитационного потенциала и улучшению качества жизни пациентов.

225

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНО-ОПТИЧЕСКОЙ
ТОПОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ
ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОП****Серёгина Г. А., Чертыковцева Н. В., Никифорова М. Л., Предченко А. С.***Самарская городская детская больница № 2*

Актуальность. Приоритетным направлением профилактической медицины является ранняя диагностика заболеваний. У детей младшего школьного возраста особую актуальность имеет раннее выявление нарушений осанки и начальных стадий структуральных деформаций позвоночника. Особое значение в последнее время приобрела компьютерная оптическая топография — безлучевой метод диагностики, позволяющий проводить скрининговые обследования.

Цель исследования: выявить наличие структуральных изменений позвоночника у детей младшего школьного возраста с плоско-вальгусной деформацией стоп с использованием компьютерно-оптической топографии.

Пациенты и методы. Нами проведено скрининг-обследование детей младшего школьного возраста с плоско-вальгусной деформацией стоп методом компьютерной оптической топографии. Группа обследования включала 386 детей в возрасте от 6 до 12 лет, из них 270 девочек и 116 мальчиков.

Результаты. Гармоническая осанка выявлена у 2% больных (9 человек), функциональный сколиоз у 70% (270 человек), структуральные нарушения у 28% (107 человек). При этом структуральные изменения у девочек встречаются чаще, чем у мальчиков (21% и 17% соответственно).

Закключение. Выявлена взаимосвязь патологии стопы у детей младшего школьного возраста с функциональными и структуральными признаками деформации позвоночника, что позволяет отнести данных детей в группу риска по развитию сколиоза.

Компьютерная оптическая топография является методом диагностики нарушения осанки и структуральных изменений позвоночника без использования рентгенографии, что может позволить проводить широкие скрининговые обследования с целью выявления ранней патологии позвоночника у детей.

226

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ
КЛАССА IgE В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ МЕТОДОМ EUROLANE****Серёгина М. С., Бабаева Е. А.***ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ, Москва*

Актуальность. Тест EUROLINE основан на методе иммуноблотинга. Набор содержит тестовые стрипы, на которые нанесены экстракты различных аллергенов (16 аллергенов) в виде параллельных полос. Отработку метода производили на капиллярной крови пациентов с подозрением на ингаляционную аллергию или пищевую. Оценка стрипов производилась автоматически с использованием программного обеспечения EUROLinScan. Отличие тест-системы EUROLINE позволяет дифференцировать аллергические реакции на ингаляционные, пищевые аллергены и перекрестно реагирующие аллергены (пищевая аллергия ассоциированная с пылью). В тестах EUROLINE представлен широкий спектр комбинаций аллергенов для различных диагностических случаев, таких как атопия, ингаляционная, пищевая аллергия или перекрёстная аллергия.

Цель исследования: диагностика специфических антител класса IgE у детей с минимальным количеством образца.

Пациенты и методы. В лаборатории ФГБУ «Поликлиника детская» сделано 71 исследование. У детей брали в пробирки Ерpendorf 200 mkl капиллярную кровь, центрифугировали и разводили сыворотку рабочим раствором универсального буфера 1:11. Разведённые образцы оставляли для инкубации на ночь. Обследовались дети разных возрастных групп, 45% исследований пришлось на детей в возрасте от 3 лет до 7 лет, 40% на детей старше 7 лет и 15% от года до 3 лет. В группы сравнения составили 46 детей с различными аллергическими заболеваниями (респираторный аллергоз, аллергические дерматиты, смешанная патология, часто болеющие дети). Некоторые образцы исследовались по двум группам одновременно (к ингаляционным и пищевым аллергенам).

Результаты. Приведены результаты собственного исследования по оценке эффективного применения новой диагностической тест-системы EUROLINE, позволяющей комплексно определять специфические IgE-антитела с образцом разведённой сывороткой. Результаты показали высокую выявляемость к ингаляционным аллергенам 47,8% из них относящихся к 1–2 классу у 58,3% обследованных, 3–4 класс у 4,2% обследованных и 37,5% относятся к 5–6 классу. CCD в данной группе выявилась в 14,7% случаев. При исследовании на пищевые аллергены положительные результаты выявлены у 12,6% обследованных, данные изменения выявлены у пациентов в возрастной группе старше 7 лет и преобладают в 83,3% в диапазоне низких титров, т. е. 1–2 класса. CCD обнаружена у 10% обследованных на пищевые аллергены.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего применения тест-системы EUROLINE в педиатрической практике, т. к. при минимальном количестве сыворотки > 100mkl можно получить результат на 16 аллергенов как для первичного выявления аллергических компонентов, так и для дальнейшего мониторинга. Тест EUROLINE показывает высокую чувствительность и специфичность на ингаляционные аллергены у детей разных возрастных групп. Показатели с пищевыми компонентами обосновывают продолжения исследований в данном направлении.

227

СТАНДАРТИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**Сидоренко Л. В., Жуковская Е. В.***Лечебно-реабилитационный научный центр федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачёва, Москва*

Актуальность. Реабилитационные мероприятия призваны нивелировать последствия основного патологического процесса и сопутствующих осложнений терапии. Реабилитация пациентов с онкогематологической патологией, особенно начатая до завершения основного протокола не имела до настоящего момента стандартизованных подходов.

Цель исследования: проанализировать опыт внедрения стандартов оказания специализированной медицинской помощи при проведении реабилитации детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями в условиях лечебно-реабилитационного центра «Русское поле» ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Пациенты и методы. Реабилитации подлежат пациенты в возрасте от 0 до 17 лет, у которых диагностированы новообразования различной гистологической принадлежности, заболевания системы кроветворения, соответствующие профилю «детская гематология», включенные в МКБ-10.

Результаты. Пациенты могут начинать реабилитацию 11-го уровня после завершения интенсивной терапии, в период поддерживающей терапии или на различных сроках окончания ее окончания.

По своему содержанию стандарты реабилитации обобщают всю совокупность существующих у пациента симптомов в клинико-патогенетические (патофизиологические) синдромы, которые определяют состояние толерантности организма (инфекционный, воспаление), его реактивность (дисадаптационный, невротический, дисгормональный, иммунопатии); нарушение системной регуляции (дискинетический, диссекреторный, дисциркуляторный) и поддержание гомеостаза (дисметаболический), а также органной недостаточности.

Опыт разработки и внедрения стандартов реабилитации пациентов с онкогематологической патологией продемонстрировал обоснованность использования принципов унификации подходов к выбору методик, оценки противопоказаний.

Заключение. Внедрение разработанных стандартов повлечет за собой модернизацию материально-технического оснащения реабилитационных учреждений современными техническими приборами и позволит принимать более полные и качественные лечебно-профилактические меры, снизит инвалидность и обеспечит значительный экономический эффект.

228
УРОВЕНЬ АБСОЛЮТНОГО КОЛИЧЕСТВА НЕЙТРОФИЛОВ —
ПРЕДИКТОР ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО
ОТВЕТА НА КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПЕГИЛИРОВАННЫМ IFN α -2b И РИБАВИРИНОМ ДЕТЕЙ
С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Скворцова Т. А., Волынец Г. В., Потапов А. С.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. В настоящее время у детей предикторы положительного вирусологического ответа, которые необходимы при принятии решения о необходимости и сроках проведения интерферонотерапии не установлены, что обуславливают необходимость их выявления.

Цель исследования: установить взаимосвязь показателей крови и вирусологического ответа на комбинированную терапию пегилированным IFN α -2b и рибавирином у детей с хроническим гепатитом С (ХГС).

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 22 ребенка в возрасте от 3–17 лет (средний возраст $8,9 \pm 0,9$ лет) с ХГС, которые получали комбинированное лечение пегилированным IFN α -2b в дозе 60 мг/кг/нед и рибавирином в дозе 15 мг/кг/сут. 12 детей с генотипом 1HCV (55,0%), 10 (45,0%) с генотипом 2/3HCV. Всем детям проведено исследование клинического анализа крови с определением абсолютного количества клеток (нейтрофилов).

Результаты. Из 16 детей, имеющих исходный уровень абсолютного количества нейтрофилов в диапазоне 2000–3400/мкл, первичную вирусологическую ремиссию (ПВР) достигли 13 (81,0%). Ни у одного пациента, достигшего ПВР, уровень абсолютного количества нейтрофилов не превышал 3500/мкл. Через 12 и 24 недели лечения абсолютное количество нейтрофилов у этих детей было $1470,6 \pm 138,2$ и $1288,2 \pm 126,6$ соответственно. Из 5 детей, у которых ПВР не была получена, у 4 уровень абсолютного количества нейтрофилов был ≥ 3500 /мкл. Через 12 и 24 недели лечения абсолютное количество нейтрофилов у этих детей было $2660,0 \pm 115,5$ и $2540,0 \pm 258,9$ соответственно.

Заключение. Исходный уровень абсолютного количества нейтрофилов в диапазоне 2000–3400/мкл и снижение их количества относительно исходного уровня к 12 и 24 неделе лечения можно расценивать как предиктор положительного вирусологического ответа на комбинированную терапию пегилированным IFN α -2b и рибавирином. Исходный уровень абсолютного количества нейтрофилов, равный ≥ 3500 /мкл, и при увеличении их количества к 12 и 24 неделе комбинированной терапии расценивается как отрицательный предиктор положительного вирусологического ответа.

229

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ НА МОМЕНТ НАЧАЛА ТЕРАПИИ — ПРЕДИКТОРЫ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ**Скворцова Т. А., Волынец Г. В., Потапов А. С.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. В настоящее время у детей предикторы положительного вирусологического ответа, которые необходимы при принятии решения о необходимости и сроках проведения интерферонотерапии не установлены, что обуславливают необходимость их выявления.

Цель исследования: установить взаимосвязь антропометрических показателей детей и вирусологического ответа на интерферонотерапию рекомбинантным IFN α -2a с рекомбинантным IL2 и комбинированную терапию пегилированным IFN α -2b и рибавирином у детей с хроническим гепатитом С (ХГС).

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 53 ребенка в возрасте от 3–17 лет (средний возраст $9,9 \pm 0,6$ лет). Из них 22 человека получали комбинированное лечение пегилированным IFN α -2b в дозе 60 мг/кг/неделю и рибавирином в дозе 15 мг/кг/сутки, 31 пациент — лечение рекомбинантным IFN α -2a подкожно в дозе 3 млн МЕ 3 раза в неделю с рекомбинантным IL2 в дозе 0,2 мг/кг (но не более 1 мг) 2 раза в неделю. У 32 детей определялся генотип 1 HCV (60,0%) и у 21 (40,0%) — генотип 2/3 HCV. До начала курса интерферонотерапии и в динамике на фоне лечения всем детям проведена оценка антропометрических показателей (вес, рост).

Результаты. У детей, получавших лечение рекомбинантным IFN α -2a и рекомбинантным IL2, имеющих рост $125,3 \pm 7,3$ см и вес $25,9 \pm 4,3$ кг, независимо от генотипа HCV, достоверно реже была получена первичная вирусологическая ремиссия (ПВР) по сравнению с детьми, имеющими рост $149,1 \pm 4,1$ см и вес $42,6 \pm 4,3$ кг ($p < 0,05$). У детей, получавших комбинированное лечение пегилированным IFN α -2b и рибавирином, имеющих рост $110,5 \pm 8,1$ см и вес $18,5 \pm 2,2$ кг, независимо от генотипа HCV, достоверно реже была получена ПВР по сравнению с детьми, имеющими рост $135,0 \pm 5,9$ см и вес $32,8 \pm 3,7$ кг ($p < 0,05$).

Заключение. Интерферонотерапия у детей, достигших веса 30 кг и роста 134 см, без исходного отставания в физическом развитии более эффективна, чем у детей более раннего возраста (меньшего веса и роста) на момент начала интерферонотерапии ($p < 0,05$).

230
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЗГА
У ДЕТЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ
ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Смирнова Ю. В., Смирнов К. В.

Алтайская краевая клиническая детская больница, Барнаул

Актуальность. В настоящее время накоплен большой материал о нарушении функционального состояния мозга при ишемии, вызванной сосудистыми заболеваниями. Однако в литературе представлены единичные сведения о влиянии патологической деформации внутренних сонных артерий (ПДВСА) на биоэлектрическую активность головного мозга, причем у взрослых пациентов. Сведения о влиянии этой врожденной деформации на функциональное состояние мозга ребенка в доступной литературе отсутствуют.

Цель исследования: исследовать функциональное состояние мозга у детей при ПДВСА.

Пациенты и методы. Было обследовано 627 детей в возрасте от 7 до 15 лет. 507 детей с ПДВСА и 120 детей с гемодинамически незначимой деформацией (ГНДВСА). Для оценки функционального состояния мозга был применен комплекс нейрофизиологических методик: электроэнцефалография, магнитная стимуляция пирамидного тракта, вызванные зрительные и эндогенные потенциалы.

Результаты. У детей ПДВСА биоэлектрическая активность мозга была изменена в 85%. Регистрировались диффузные изменения корковой ритмики, признаки незрелости коры, региональные замедления. В 6 случаях при ПНМК отмечалось уплощение альфа-ритма в центрально-теменной области на стороне извитости. Снижение возбудимости мотонейронов коры отмечалось в 87% случаев, замедление проведения импульса по пирамидному тракту у половины пациентов, дисфункция зрительного пути и снижение объема оперативной памяти в 67% и 77% случаев соответственно. Особенностью односторонней ПДВСА было наличие региональных замедлений, дисфункция зрительного нерва на стороне извитой ВСА и замедление проведения импульса по пирамидному тракту на контрлатеральной стороне соответственно пораженной ВСА. У пациентов с ГНДВСА значимых изменений функционального состояния мозга не отмечалось.

Заключение. У детей с ПДВСА отмечается выраженное нарушение функций созревающего мозга, причем гемодинамические нарушения являются определяющим фактором в страдании нейронов.

231

**РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ —
ОСОБЕННОСТЬ ИЛИ БОЛЕЗНЬ****Соколова Н. Е., Вайнюнскя Н. И., Гринфельд Я. Л., Маларева Е. В.,
Тарасенко А. Н.***Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург*

Актуальность. Частый повод обращения к детскому гематологу — жалобы на рецидивирующие носовые кровотечения (РНК). У детей раннего возраста они являются казуистикой и требуют детального обследования, а с 4–5 лет у большинства периодически возникают РНК, которые редко являются жизнеугрожающими состояниями, но резко нарушают качество жизни.

Цель исследования. Анализ причин, приводящих к развитию РНК у детей. Оптимизация лечебных мероприятий.

Пациенты и методы. Исследование проводилось на базе отделения гематологии ДГБ № 1 СПб. Обследовано 107 пациентов в возрасте от 5 до 18, обратившихся к гематологу с жалобами на РНК из носовых ходов. Пациенты были разного пола (43% — мальчики, 57% — девочки), в следующих возрастных категориях: от 4–6 лет — 24%, от 6–12 лет — 52%, от 12–18 лет — 24%. Во время госпитализации пациентам ежедневно проводилось измерение артериального давления (АД). Все дети осмотрены неврологом, отоларингологом. В качестве обязательного обследования всем проводилась агрегатограмма. После окончания обследования через 3 месяца отслеживалась частота и продолжительность РНК.

Результаты. У 67 детей (62,9%) было выявлено изолированное расширение сосудов сплетения Киссельбаха, у 32 (29,6%) — сочетание патологии гемостаза и расширение сосудов носового сплетения, и только у 8 (7,47%) — изолированная патология гемостаза. Ни у одного ребенка не было зарегистрировано повышения АД. На фоне сосудодукрепляющего лечения у 85% пациентов кровотечения стали менее обильными и более редкими.

Заключение. Наиболее частая причина развития РНК у детей — анатомическая. В 80–96% случаях локализация источника РНК — передненижний отдел носовой перегородки, где кровоснабжение осуществляется из системы наружной и внутренней сонных артерий, которые формируют в слизистой оболочке носа обширную сеть анастомозов. Особенностью детского возраста является повышенная васкуляризация данной зоны, недостаток эластических волокон в стенке сосудов.

Таким образом, ребенок, страдающий РНК, в первую очередь должен быть осмотрен ЛОР врачом, после чего ему необходимо провести курс сосудодукрепляющей терапии, в случае отсутствия эффективности которой показан осмотр гематолога.

232

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НАВЫКАМ ПСИХИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ

Спивак И. М., Шишова Ю. А.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. В обучении медицинских сестер уделяют большое внимание практической ориентированности знаний (Бирюкова, 2011; Белялова, 2012; Тихонова, 2013 и др.). Высокое усвоение знаний на конец обучения не всегда гарантирует их сохранности с течением времени, т. е. применения их сестринским персоналом в повседневной практике.

Цель исследования: проверка остаточного знания у медицинских сестер после обучающего тренинга.

Пациенты и методы. Медицинские сестры из различных регионов России, всего 17 чел. Проверка остаточного знания проводилась методом анкетирования, которое осуществлялось анонимно и включало три открытых вопроса. Ответы испытуемых обрабатывались методом контент-анализа.

Результаты. На сроке 5 месяцев после обучения знание способов регуляции психологического состояния отмечает 80% опрошенных (56% — после обучения). Баланс усвоенных теоретических и прикладных знаний во временной перспективе смещается в сторону последних (соответственно 20 и 80%; 70 и 30% — после обучения). В отсроченной перспективе большинство (90%) опрошенных медицинских сестер отмечает умение контролировать и регулировать эмоциональное напряжение (69% — после обучения). 80% прошедших обучение используют приобретенные умения в повседневной жизни. Из них 57% — улучшили самоконтроль, 23% — повысили личностную активность и ответственность. 20% испытуемых связывают совершенствование навыков психической саморегуляции с улучшением качества своей коммуникации (13% — после обучения). 30% медицинских сестер, прошедших обучение, делятся своим опытом с коллегами по работе.

Заключение. Временная перспектива структурирует приобретенный медицинскими сестрами в ходе обучения опыт, смещает акцент на прикладные знания о способах профилактики рабочего стресса.

Сестринский персонал, прошедший обучение, лучше контролирует свое психологическое состояние, занимает активную жизненную позицию, эффективнее общается с пациентами, делится приобретенным опытом с коллегами.

Таким образом, обучение медицинских сестер навыкам психической саморегуляции имеет положительный отсроченный эффект.

233

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА (ОПЫТ 3-МЕСЯЧНОЙ СТАЖИРОВКИ В НЕМЕЦКИХ КЛИНИКАХ)**Стадлер Е. Р., Минден Кирстен, Ганзер Герд***Самарский государственный медицинский университет*

Актуальность. Прогрессирующее нарушение функции суставов, приводящие к снижению качества жизни детей и ранней инвалидизации, неуклонный рост заболеваемости заставляют искать новые подходы в диагностике и лечении ювенильного идиопатического артрита (ЮИА), изучать и внедрять в практику опыт зарубежных коллег.

Цель исследования. Провести оценку эффективности мультидисциплинарного подхода в терапии ЮИА в стационарных условиях.

Пациенты и методы. В основную группу входило 45 пациентов с ЮИА, полиартикулярным вариантом в возрасте $10,34 \pm 4,27$ лет, с продолжительностью заболевания от 3 до 7 лет ($M = 4,5$).

Междисциплинарный подход включал в себя работу врачей-ревматологов, психотерапевтов, эрготерапевтов, физиотерапевтов, специалистов по лечебной гимнастике. Группу сравнения составили 20 пациентов с ЮИА той же возрастной группы. Клиническая эффективность оценивалась по числу суставов с признаками активного воспаления, по числу суставов с ограничением функции, СОЭ и СРБ, а также общей оценке врачом и пациентом активности болезни (ВАШ).

Результаты. Проведенное исследование показывает, что у пациентов основной группы к концу пребывания в стационаре снижение СОЭ отмечалось у 94%. Показатель СРБ снизился у 85%. Клиническое улучшение имели 84% обследованных, 13% — ухудшение, 3% — без изменения. При улучшении АCR-pedi 50% отмечался у 64%, обследованных, АCR-pedi 30% у — 36%. Во группе сравнения снижение СОЭ отмечалось у 79%, у 15% — не изменилась, у 6% — увеличилась. Показатель СРБ в сыворотке крови снизился у 74%. Клиническое улучшение имело 65% обследованных, 16% — ухудшение, 19% — без изменения. При улучшении АCR-pedi 50% отмечался у 48%, обследованных, АCR-pedi 30% у 52%. Продолжительность стационарного лечения у пациентов основной группы составила $13,56 \pm 2,44$ дней, у пациентов группы сравнения $19,89 \pm 4,12$ дней.

Заключение. Комплексная терапия ЮИА, даёт хороший клинический эффект с уменьшением признаков активного воспаления суставов, приводит к улучшению лабораторных показателей воспаления (СОЭ и СРБ), а также снижает сроки пребывания пациента в стационаре.

234 ИНДУЦИРОВАННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Стасова Ю. В., Черненко Ю. В., Нечаев В. Н.

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского*

Актуальность. Активное внедрение в практику ВРТ определяет актуальность изучения здоровья новорожденных.

Цель исследования: оценить состояние здоровья детей, рожденных с помощью ВРТ по данным «Перинатального центра Саратовской области» за последние 3 года.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 128 пар «Мать–новорожденный» с применением ВРТ. Сформирована следующая методика: наблюдение, полное клинико-лабораторное исследование, анализ медицинской документации, анкетирование и беседа с женщинами.

Результаты. В ПЦ СО большинство женщин родоразрешались методом кесарева сечения (81,4%). Показателями неблагоприятного течения беременности являлись УПБ — 85,7%, ХВГП — 79,7%, гестозы — 50,4%.

Родилось 184 ребенка (двойни — 46 и тройни — 5). Из них 58% недоношенных, 42% — доношенные дети, рожденные с помощью ВРТ. Недоношенные с ЭНМТ (9,4%) и ОНМТ (18,5%) обуславливают не только высокую заболеваемость, но и являются главной составляющей репродуктивных потерь — 6,32%. Частота патологии распределилась следующим образом: неврологические нарушения — 57%, бронхо-легочная патология — 42,7%, аномалии развития — 40,6%, офтальмологическая патология — 25%.

Причинами летальности стали: крайняя незрелость, церебральная лейкомаляция, ВЖК 3 ст., внутриутробная пневмония, некротический энтероколит. При ЭКО с подсадкой «свежих эмбрионов» отмечено меньшее количество развившихся плодов, выше частота преждевременных родов. У детей, рожденных от матерей с подсадкой «замороженных эмбрионов» (21,4%), реже встречалась частота общей заболеваемости и неврологических нарушений, но выше частота аномалий развития и множественных стигм дисэмбриогенеза.

Заключение. Качественная преимплантационная подготовка играет большую роль в снижении различных хромосомных и врожденных аномалий плода. Необходимо тщательно оценивать показания и противопоказания к ВРТ, подсаживать не более 1–2 полноценных яйцеклеток.

Здоровье детей от матерей после ВРТ указывает на улучшение качества прегравидарной подготовки, пренатальной диагностики и совершенствования ведения женщин и новорожденных.

235

**ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ КАВЕРНОЗНЫЙ ГЕАНГИОМАТОЗ
У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ****Степанова Т. В., Буданова М. В., Поздняков А. А., Юдина Н. Б.,
Ельчанинова О. Е., Белова Е. А.***Воронежская государственная медицинская академия имени Н. Н. Бурденко*

Актуальность. Гемангиомы составляют от 15 до 25% всех доброкачественных опухолей. Предполагают, что доброкачественные сосудистые опухоли занимают среднее положение между пороками развития и бластомами.

Наиболее распространены гемангиомы покровных тканей и особенно кожи лица. Гемангиомы отличаются быстрым прогрессирующим ростом и могут за несколько месяцев достигать больших размеров. Дети с множественными гемангиомами требуют незамедлительного обследования (УЗИ, КТ). При адекватном лечении прогноз благоприятный.

Цель исследования: представить клинический случай генерализованного кавернозного гемангиоматоза у новорожденного ребенка.

Пациенты и методы. Девочка 06.09.2007 года рождения. В период с 13.09 по 09.10.07 и с 07.11.07 по 30.11.07 г. пациентка находилась на обследовании и лечении в областной детской клинической больнице № 1 г. Воронежа. Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей с гестозом II половины, угрозой. У матери в 23–25 нед. выявлен гепатоз; множественные пигментные невусы. Роды I, срочные, самостоятельные. Безводный период 5 часов. Маловодие. Масса тела при рождении 3370 грамм, длина 53 см., окружность головы 34 см, окружность груди 33 см. Апгар 9/10 баллов.

Результаты. У ребенка с рождения отмечались множественные гемангиомы d от 0,2 до 1 см на коже лица, волосистой части головы, туловища, конечностей, количество которых постепенно увеличивалось. Компьютерная томография органов брюшной полости: выявлены признаки ангиоматоза с поражением печени. При УЗИ сердца выявлен высокий ДМЖП и дилатация полости левого желудочка.

Диагноз — генерализованный кавернозный гемангиоматоз кожи лица, волосистой части головы, туловища, конечностей и печени. Открытое овальное окно. НК0. Терапия проводилась 3 курсами преднизолона (4,5 мг/кг) — через день, аспаркам, милдронат, урсосан. В результате отмечена положительная динамика: гемангиомы стали более плоскими и тусклыми, некоторые практически исчезли.

Заключение. Данное наблюдение демонстрирует благоприятный прогноз при доброкачественных сосудистых опухолях при своевременном лечении.

236
ОЦЕНКА ЙОДДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ
У УЧАЩИХСЯ г. КАЗАНИ

Степанова Н. В., Валеева Э. Р.

Институт фундаментальной медицины и биологии, Казань

Актуальность. Дефицит йода в окружающей среде и обусловленные им нарушения в состоянии здоровья детского населения остаются приоритетной медико-социальной проблемой, которая особенно характерна для детей, проживающих в Республике Татарстан.

Цель исследования. Провести оценку йоддефицита у детей в возрасте от 12–14 лет, проживающих в г. Казань.

Пациенты и методы. Обследовано 220 детей в возрасте от 12–14 лет, обучающихся в двух гимназиях № 3 и № 7, в одной из которых (гимназия № 7) проводилась йодная профилактика. Использовали: клинический осмотр, ультразвуковое исследование щитовидной железы (ЩЗ), определение йодурии и уровня базального ТТГ и АТ к ТПО.

Результаты. В период с 1996 по 2012 гг. среди детского населения г. Казани в 1,6 раз увеличилась распространенность заболеваний эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ и иммунитета (с 34,5 до 53,6 случаев на 1000 среднегодового населения). Наибольший прирост в 2,1–2,7 раз отмечался в 2007–2009 гг. Все эти годы в 23,5–35,0% случаев лидировали йоддефицитные заболевания (ЙДЗ).

В ходе исследования выявлено, что у детей гимназии № 3 достоверно больше объем ЩЗ и выше частота структурных изменений: узлового зоба и очаговых изменений. Показатели йодурии у школьников гимназии № 3 соответствовали йодной недостаточности (медиана йодурии составила 61 мкг/л), в то время как в гимназии № 7 уровень йодной обеспеченности учеников был признан нормальным (медиана йодурии — 115,5 мкг/л). При исследовании показателей ТТГ у учащихся обеих гимназий было установлено, что они не выходили за рамки нормативных значений и составили $1,4 \pm 0,6$ мЕд/л (гимназия № 7), у учащихся гимназии № 3 — $1,6 \pm 0,8$ мЕд/л. Полученные данные свидетельствовали об отсутствии функциональных нарушений щитовидной железы у детей обеих гимназий.

Заключение. Таким образом, существенное различие по уровню йодообеспечения напрямую зависело от групповой профилактики ЙДЗ в гимназиях. Показатели в гимназии № 3 свидетельствуют о необходимости йодной профилактики и существующем риске развития ЙДЗ у учащихся.

237

**ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УЧАЩИХСЯ
СТАРШИХ КЛАССОВ МОСКОВСКИХ ШКОЛ****Сухарева Л. М., Намазова-Баранова Л. С., Рапопорт И. К., Звездина И. В.,
Слипка М. И.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. С целью совершения первичной медико-санитарной помощи школьникам необходимо изучение показателей состояния здоровья старшеклассников.

Цель исследования. Анализ динамики заболеваемости учащихся старших классов московских школ и сопоставление показателей современных старшеклассников и их сверстников, обучавшихся в 2003–2004 годах.

Пациенты и методы. В 2014 г. продолжалось лонгитудинальное наблюдение за учащимися 4 московских школ, ежегодно обследовавшихся, начиная с 1 класса. На данном этапе проведен сравнительный анализ заболеваемости старшеклассников группы динамического наблюдения (86 юношей и 105 девушек). Обследование проводится в школах по единой методике с участием врачей-специалистов и использованием инструментальных методов и функциональных проб.

Результаты. По сравнению с 9-м классом численность подростков с III-й группой здоровья возросла, с 61,3% до 63,9%, а с IV-й группой здоровья — на 2% (с 2,3% до 4,3%); уменьшилась наполняемость II группы с 36,2% до 31,75%, а учащихся с I группой здоровья не выявлено. Установлен существенный рост частоты хронических болезней среди старшеклассников: среди юношей показатель увеличился на 12,6% (с 1120‰ до 1261,5‰), среди девушек на 36,0% (с 872‰ до 1186‰). Рост распространенности хронических заболеваний произошел по классам болезней органа зрения (на 60,4%), органов пищеварения (на 14,6%) и костно-мышечной системы (на 22,8%).

Распространенность функциональных отклонений у старшеклассников 2014 г. выше, чем у сверстников 2003–2004 гг.: среди юношей показатель вырос на 40,9% (с 2603‰ до 3667‰), среди девушек на 20,9% (с 2926‰ до 3538‰); частота хронических болезней увеличилась в группе юношей на 32,5% (с 952,4‰ до 1261,5‰), в группе девушек на 45,6% (с 814,8‰ до 1186‰).

Заключение. В период обучения в старших классах произошел рост распространенности хронических заболеваний среди наблюдаемой группы школьников, особенно выраженный в группе девушек. Можно констатировать значительное ухудшение состояния здоровья старшеклассников за последнее десятилетие.

238

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

Татарина Т. Н., Фрейлихман О. А., Костарева А. А., Грехов Е. В.,
Моисеева О. М.

*Федеральный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова,
Санкт-Петербург*

Актуальность. Высокая частота критических состояний в постнатальном периоде и трудности внутриутробной диагностики диктуют необходимость поиска альтернативных методов диагностики КоА.

NOTCH1 играет ключевую роль в развитии сердца и сосудов, мутации его сигналинга ассоциированы с наличием ВПС, включая КоА.

Цель исследования. Путем обследования семей пациентов с КоА выявить факторы риска, предрасполагающие к развитию заболевания, а также оценить частоту мутаций гена NOTCH1 у детей с КоА.

Пациенты и методы. Обследовано 68 детей с КоА. Всем пациентам и доступным родителям выполнено УЗИ сердца. Собран подробный анамнез о наличии отягощенной наследственности, течения беременности, профессиональных вредностях у родителей. 51 пациенту проведен скрининг 10 экзонов гена NOTCH1. Клиническая контрольная группа составила 60 здоровых детей, все родители детской контрольной группы были обследованы. В контрольную группу по генетике вошли 200 человек без ВПС.

Результаты. Среди пациентов с КоА лица мужского пола встречались в 2 раза чаще: 2,2:1. Отягощенная наследственность по ВПС увеличивала риск развития КоА в 1,57 раза [относительный риск RR = 1,9, CI = (1,44,2,5)], наличие профессиональных вредностей у родителей — в 1,46 раза [относительный риск RR = 1,58, CI = (1,16,2,16)]. Отягощенный акушерский анамнез не влиял на возникновение КоА. Сочетание отягощенной наследственности с вредностями на производстве у родителей увеличивало риск рождения ребенка с КоА в 1,88 раза [относительный риск RR = 1,95, CI = (1,64,2,31)]. Идентифицированы 29 вариантов гена NOTCH1. Четыре из них привели к замене аминокислот, но только R1279H выявлен в исследуемой и контрольной группах. Данный вариант встречался значительно чаще у пациентов с КоА по сравнению с контролем ($p = 0,00026$).

Заключение. Факторами риска развития КоА является мужской пол, отягощенная наследственность по ВПС в сочетании с профессиональными вредностями у родителей. Замена R1279H в гене NOTCH1 может являться дополнительным фактором риска и представлять собой ассоциированный с развитием данного заболевания аллель.

239

**ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ
В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ****Теплякова Е. Д., Гончарова И. А.***Ростовский государственный медицинский университет*

Актуальность. Здоровье подростков напрямую зависит от их сопротивляемости пагубным привычкам.

Цель исследования. Анализ деятельности центра здоровья для детей городской детской поликлиники.

Пациенты и методы. Проведено комплексное обследование подростков на аппаратно-программном комплексе «Здоровье-Экспресс-2» (Россия). Обследовано 1204 подростка в возрасте от 15 до 17 лет (медиана возраста 15,4). Из них 650 мальчиков и 554 девочки (54% и 46%). Все подростки были учащимися средних общеобразовательных школ и гимназий.

Результаты. Среди обследованных подростков первой группы здоровья зарегистрировано 648 человек (53,8%), к IIa и IIб группам здоровья отнесли 182 и 374 подростка (15,1% и 31,1%). Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы выявились у 300 подростков (38,7%), нарушения органа зрения у 187 пациентов (24,1%), избыток массы тела был выявлен у 206 обследуемых (26,6%), недостаток массы тела у 52 детей (6,7%), нарушения со стороны дыхательной системы у 30 человек (3,9%). Изменения в состоянии здоровья со стороны одной системы выявлено у 240 человек (43,2%), в то время как с двумя и более патологиями 316 детей (56,8%). Так же при сборе анамнеза было выявлено 68 юношей и девушек, употребляющих табак, что составило 5,6% от всех обследованных. Второй этап посещения подростками Центра здоровья включал в себя участие в работе «Школ здоровья», включающих в себя лектории, семинары и индивидуальные занятия. После посещения Школ здоровья, был повторно проведен опрос среди подростков. Принявших решение бросить курить выявлено 14 человек, что составило 20,6% от всех курильщиков. Подростков, записавшихся в спортивные секции – 32 человека, что составило 15,5%.

Заключение. Таким образом, 46 (16,8%) подростков, прошедших обследование в Центре здоровья и посетивших Школы здоровья, решили изменить свой обычный образ жизни на здоровый. Полученные результаты позволят планировать и проводить дальнейшую просветительскую работу, направленную на формирование здорового образа жизни у подростков.

240

ПИЕЛОНЕФРИТ И ПОЛИМОРФНЫЕ МАРКЕРЫ ГЕНОВ СЕМЕЙСТВА IL1

Терентьева А. А., Кондратьева Е. И., Лошкова Е. В., Тарасенко Н. В.,
Тлиф А. И., Ваганова Т. В., Богоряд Т. И., Солнышко А. Л., Будкин А. В.,
Барышева Ж. В.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Актуальность. Среди микробно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы хроническому пиелонефриту (ХП) отводится главная роль в связи с высоким риском развития нефросклероза тубуло-интерстициальной ткани почек, ведущему к артериальной гипертензии (АГ), нарушению функции почек (НФП) и хронической почечной недостаточности (ХПН).

Цель исследования: изучить ассоциации полиморфизмов генов семейства IL1 (IL1B и IL1RA) с различными клиническими вариантами ХП.

Пациенты и методы. Выборка больных ХП 99 человек. Средний возраст пациентов $8,01 \pm 3,26$ (3,00–15,00) лет. Контрольная группа включала 98 детей.

Результаты. Сравнительный анализ распределения частот аллелей и генотипов полиморфного маркера VNTR гена IL1RN в группе с ХП и группе сравнения показал наличие различий для аллеля A2 OR = 1,84 (95% CI 1,10–3,09; $\chi^2 = 5,54$; $p = 0,019$), генотипа A2A2 – OR = 3,05 (95% CI 1,20–7,98; $\chi^2 = 5,76$; $p = 0,016$).

Показана ассоциация аллеля A2 гена IL1RN*VNTR с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) (OR = 0,02 (95% CI 0,08–0,4; $\chi^2 = 6,48$; $p = 0,011$)).

Выявлена ассоциация аллеля A2 гена IL1RN*VNTR с АГ (OR = 3,71 (95% CI 1,22–11,20; $\chi^2 = 4,373$; $p = 0,037$)).

Получена ассоциация генотипа A2A2 гена IL1RN*VNTR (OR = 5,67; 95%CI 1,76–18,67; $\chi^2 = 11,76$; $p = 0,003$) и аллеля A2 гена IL1RN*VNTR (OR = 4,31; 95% CI 1,93–9,67; $\chi^2 = 16,6$; $p = 0,001$) с НФП, а также ассоциация генотипа A1A2 гена IL1RN*VNTR с ХПН (OR = 22,94 (95% CI 2,42–541,4; $\chi^2 = 13,38$; $p = 0,001$)).

Заключение. Показаны ассоциации аллеля A2 и генотипа A2A2 полиморфизма IL1RN*VNTR с ХП, ПМР, НФП, для генотипа A1A2 с ХПН.

241

**РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ
С НАРУШЕННЫМ ГРАФИКОМ ПРИВИВОК ПРОТИВ ГЕПАТИТА В****Ткаченко Н. Е., Новикова Д. А., Броева М. И., Гайворонская А. Г.,
Гречуха Т. А., Федосеенко М. В., Шахтактинская Ф. Ч.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Вакцинация против вирусного гепатита В (ВГВ) является одной из наиболее массовых прививок в Национальном календаре Российской Федерации. К сожалению, так же массово происходит нарушение графика вакцинации против ВГВ.

Цель исследования. Исследование иммунного ответа при различных сроках нарушения графика прививок и разработка алгоритма действий при завершении вакцинации против ВГВ.

Пациенты и методы. С целью определения уровня антител к HBsAg исследовалась кровь 108 детей с различными отклонениями от графика прививок в период с 2010 по 2014 гг.

Результаты. При завершении вакцинации против ВГВ, начатой в родильном доме, в срок до 3 лет у 100% привитых иммунный ответ положительный и значительно превышает значение 10 мМЕ/мл. В группе детей, завершивших вакцинацию против ВГВ, начатую в родильном доме в сроки свыше 3 лет от начала вакцинации показали, что в 39% случаев не был достигнут уровень защитной сероконверсии. Бустерная иммунизация (введение четвертой дозы вакцины) проводилась только серонегативным детям, а повторный анализ крови для определения уровня АТ к HBsAg выявил высокий титр (более 1000 мМЕ/мл).

Заключение. Учитывая полученные данные можно утверждать, что введение четвертой дозы вакцины против ВГВ у детей с отклонениями в схеме прививок более 3 лет должно назначаться после определения уровня АТ к HBsAg только серонегативным пациентам.

242

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Травина М. Л., Куликова Е. В., Махмудова А. А.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Объективизация причин приводящих к воспалительным процессам молочной железы в подростковом возрасте. Усовершенствование методов диагностики и лечения, для снижения рисков отсроченных осложнений в периоде активного роста молочной железы (МЖ).

Цель исследования: выработать алгоритм диагностики и тактики лечения воспалительных заболеваний области МЖ у детей и подростков для предотвращения нарушений роста и развития МЖ.

Материалы и методы. 109 пациенток с солидными образованиями МЖ и воспалительными процессами в возрасте до 17 лет включительно. Всем проведен клинический осмотр, ультразвуковое исследование, а также малоинвазивные методы лечения гнойных процессов области МЖ.

Результаты. Проведение ультразвукового исследования позволило своевременно выявить кисты МЖ у 100%. В 94% воспалительные заболевания МЖ — инфицированные кисты. Санирование кистозных образований размером более 1 см. снижает риск воспалительных процессов в МЖ. Лечение гнойных процессов МЖ (разрез с последующим дренированием) в детском возрасте приводит к глубоким деформирующим рубцам с нарушением роста и развития МЖ в следствии поражения зачатка в 11%, тогда как малоинвазивные методики не повышают рисков травматизации тканей.

Заключение. Ультразвуковое исследование основной метод выявления патологии в МЖ у детей и подростков. Санация кист снижает риск воспалительных процессов. Использование малоинвазивных методов дренирования гнойных абсцессов МЖ не повышает рисков нарушения формирования органа.

243

**АЛЛЕЛЬНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ФНО-АЛЬФА
У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА,
ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ ВОКРУГ ХИМИЧЕСКИ
ОПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ****Трошина В. В., Намазова-Баранова Л. С., Лось С. П., Тараканова С. Ю.,
Зокиров Н. З., Ветрова А. Д.***Российский научно-исследовательский медицинский университет имени
Н. И. Пирогова, Москва*

Актуальность. Процент часто болеющих детей является характеристикой экологического благополучия региона. Иммунологическая характеристика этой диспансерной группы отражает экологическую ситуацию и является аргументом для принятия административных и санитарно-гигиенических мер.

Цель исследования: изучить аллельный полиморфизм гена ФНО-альфа и иммунный статус часто болеющих детей дошкольного возраста, проживающих на территориях вокруг химически опасных производств.

Пациенты и методы. Обследованы дети в возрасте 4–6 лет ($n = 200$), проживающие с момента рождения и до времени обследования на потенциально опасной территории в условиях воздействия антропогенной нагрузки в Кировской области, место работы родителей вне химического производства, число эпизодов острой респираторной инфекции (ОРИ) в первой более 8 раз в год, во второй группе — менее 8. Критерии исключения: 1) возраст — младше 3 л. 6 мес. и старше 6 лет 6 мес.; 2) место рождения и временное проживание — в экологически чистом регионе Кировской области; 3) место работы родителей на химическом производстве. Исследовали содержание в сыворотке крови цитокинов: ФНО-альфа, ИЛ-10, IgA и ИФН-гамма.

Результаты. Первая группа — дети-носители аллеля A1/A1, вторая группа — дети-носители аллеля A1/A2. Во второй группе выше соотношение цитокинов ФНО-альфа и ИЛ-10, выше уровень IgA и ИФН-гамма ($p < 0,05$).

Заключение. Дети-носители аллеля ФНО-альфа/A2 более устойчивы к инфекционным заболеваниям. Регистрируемая резистентность к ОРИ, вероятно, связана с преобладанием иммунных реакций по типу Th-1.

244 ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Трубина Е. В., Хазова Г. С.

Детская городская поликлиника № 1, Астрахань

Актуальность проблемы детского ожирения обусловлена существенной распространенностью данного заболевания, а также большим количеством осложнений. Исследования возможностей медицинской реабилитации, показали, что эти мероприятия эффективны и в долгосрочной перспективе (ретроспективные исследования с 2005–2013 гг.).

Цель исследования: разработка научно-обоснованной и эффективной комплексной программы реабилитации детей школьного возраста с ожирением и реализация ее на базе дневного стационара Центра реабилитации и восстановительного лечения ГБУЗ АО «ДГП № 1».

Пациенты и методы. Обследовано 58 детей с ожирением (мальчиков — 31, девочек — 29) в возрасте от 7 до 14 лет. Комплексное обследование включало антропометрию с расчетом ИМТ, оценку артериального давления, исследование показателей липидного, углеводного обмена в сыворотке крови. Лечение проводилось на базе дневного стационара по разработанной программе реабилитации, включающей диетотерапию, адекватную физическую нагрузку, физиотерапевтическое, медикаментозное лечение по показаниям.

Результаты. У 70,7% пациентов диагностировано ожирение 1 степени тяжести, у 29,3% — 2 степени тяжести. При оценке лабораторных методов обследования выявлено повышение уровня холестерина у 36,2% обследованных, триглицеридов у 25,7% детей. Со всеми детьми проведено анкетирование по разработанной анкете «Качество жизни ребенка», а динамика состояния ребенка определена по карте «Оценка состояния здоровья пациента с ожирением». Через 12 месяцев положительная динамика наблюдалась в 89,7% случаев: снизился вес у 15,5% детей, стабилизировалась масса тела у 56,9%, нормализация биохимических показателей наблюдалась в 46,6% случаев. У 10,3% детей не наблюдалось должного эффекта от лечения, связанного с низким уровнем комплайенса.

Заключение. Разработанная программа реабилитации повышает эффективность лечения детей с ожирением, способствует снижению массы тела, нормализации биохимических показателей, повышению физической работоспособности, уменьшению эмоционально-личностных расстройств.

245 КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К АНАЛИЗУ МОРФОЛОГИИ ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ И МОЧИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Трубников П. Н.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Актуальность. Проблема гематурии у детей является одной из наиболее обсуждаемых в современной нефрологии.

Цель исследования. Изучение морфологии эритроцитов мочевого осадка у детей с заболеваниями почек и ведущим синдромом гематурии.

Пациенты и методы. Обследовано 32 ребенка в возрасте от 3 до 15 лет с различными заболеваниями почек, протекавшими с гематурией. Из них у 12 детей был диагностирован острый (ОГН) и хронический (ХГН) гломерулонефрит, у 16 детей — тубуло-интерстициальный нефрит. Проявления хронической почечной недостаточности (ХПН) у 4. У всех больных в динамике изучалась морфология эритроцитов в мазке крови и на гематологическом анализаторе «COULTER», морфология эритроцитов мочи методом фазово-контрастной микроскопии, а также показатели всех звеньев системы гемостаза и липидного обмена.

Результаты. По результатам исследования для гломерулярного, в отличие от негломерулярного типа поражения почек были характерны наиболее измененные формы эритроцитов в моче — акантоциты ($7,7 \pm 3,0$ и $1,9 \pm 0,9$ соответственно, $P < 0,05$), шизоциты ($6,6 \pm 2,6$ и $0,4 \pm 0,2$) и пойкилоциты ($18,0 \pm 3,6$ и $9,9 \pm 1,8$). У всех обследованных детей анемия легкой и средней степени тяжести. Анемия носила гипохромный, микроцитарный характер у всех, за исключением детей с ХПН, у которых отмечался нормохромный, нормоцитарный ее характер. ХГН характеризовался повышенным содержанием эхиноцитов, стоматоцитов и мишеневидных эритроцитов в мазке крови.

При исследовании системы гемостаза было выявлено, что содержание растворимых фибрин-мономерных комплексов в крови коррелировало с содержанием шизоцитов в моче ($r = 0,60 \pm 0,15$) и крови ($r = 0,61 \pm 0,15$). Содержание липопротеидов в крови также было связано с содержанием в моче шизоцитов ($r = 0,60 \pm 0,15$) и акантоцитов ($r = 0,42 \pm 0,17$).

Заключение. Таким образом, проведение общего анализа крови и определение различных морфологических вариантов эритроцитов в крови и моче может иметь важное значение для своевременной дифференциальной диагностики гематурий и служить одним из способов контроля за эффективностью терапии.

246

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Тяжева А. А., Печкуров Д. В., Алленова Ю. Е., Шахматова Е. А.,
Липатова Е. С.

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (ФР ЖКТ) зачастую имеют рецидивирующее течение, снижая качество жизни детей.

Цель исследования. Изучение клинических и этиологических особенностей функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, проявляющихся абдоминальными болями у детей младшего и дошкольного возраста с позиции биопсихосоциальной модели.

Пациенты и методы. Наблюдались 94 пациента с ФР ЖКТ: младший возраст — 43 ребенка, дошкольники — 51 человек. Всем детям проведено стандартное гастроэнтерологическое обследование. Группу сравнения составили 64 условно здоровых ребенка (31 ребенок младшего и 33 человека дошкольного возраста).

Результаты. Установлено, что 6,9% детей младшей группы и 11,7% дошкольников родились недоношенными. По данным анамнеза перинатальная патология ЦНС в три раза чаще встречалась у детей младшей возрастной группы. Перенесенные кишечные инфекции в анамнезе отмечались почти у 40% детей той же группы, у дошкольников в 20% случаях, в группе сравнения — 15% детей. Гельминтозы в младшей группе встречались у 11,5% детей и у 7% дошкольников. В группах сравнения лишь в 5% случаев. Часто болеющие дети в группах с ФР ЖКТ было 64,7% (95% ДИ 0,8–0,9), в группе сравнения 18,7% (95% ДИ 0,18–0,40). Прием НПВС более 2 раз в год отметили 24 ребенка (55,8%) младшего возраста и 35 дошкольников (68,6%). Антибиотики в неонатальном периоде получали 14 детей (32,5%) младшей группы, более 3 раз в год 17 детей (39,5%), а среди дошкольников в неонатальном периоде 17 детей (33,4%), более 3 раз в год прием антибактериальных средств получали 13 человек (25,4%). В группе сравнения прием антибиотиков реже 2 раз в год отметили 5 детей (9,3%), а прием НПВС 10 человек (18,5%).

Закключение. Рассмотренные коморбидные состояния, которые учитывает биопсихосоциальная модель формирования ФР, бесспорно играют важную роль не только в формировании функциональных нарушений, но могут способствовать их персистирующему течению. Очевидно, что только устранение их может способствовать стойкому купированию симптомов и индивидуализации лечения.

247

СОДЕРЖАНИЕ ОСТРОФАЗНЫХ БЕЛКОВ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, РОДИВШИХСЯ В СРОКЕ СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ДИНАМИКЕ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА**Устьянцева Л. С., Чистякова Г. Н., Ремизова И. И., Ляпунов В. А., Газиева И. А.***Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества, Екатеринбург*

Актуальность. Белки острой фазы обладают многочисленными регуляторными эффектами, являясь связующим звеном между иммунной системой и механизмами антиген неспецифической резистентности, в связи с чем, изучение их продукции у недоношенных детей является актуальным.

Цель исследования: оценить содержание острофазных белков у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении и по достижению постконцептуального возраста (ПКВ) 38–40 недель гестации.

Пациенты и методы. Обследовано 27 новорожденных 22–27,6 недель гестации. Группу сравнения составили 18 доношенных детей с неосложненным течением раннего периода адаптации.

Результаты. В пуповинной крови новорожденных с ЭНМТ отмечалось статистически значимое снижение уровня острофазных белков (лактоферрин – 49,66 нг/мл (12,1–191,75) против 1949 нг/мл (1398–2398), ферритин – 34,64 нг/мл (23,9–67,27) против 225 нг/мл (135,85–335,9), гаптоглобин – 0,84 мг/дл (0,28–2,96) против 2,81 мг/дл (2,81–4,26) – у детей основной и контрольной групп соответственно ($p < 0,0001$ во всех случаях). Содержание С-реактивного белка достоверно превышало показатели доношенных детей (0,3 мг/мл (0,2–0,4) против 0,1 мг/мл (0,1–0,1) соответственно, $p < 0,05$), что свидетельствовало об ответной реакции иммунной системы новорожденных с ЭНМТ в условиях антигенной нагрузки. По достижению 38–40 недель ПКВ содержание острофазных белков у детей с ЭНМТ статистически значимо возрастало относительно показателей пуповинной крови. Однако было достоверно ниже параметров группы сравнения: лактоферрин 106,7 нг/мл (18,88–306,47) против 712,5 нг/мл (284,6–1209), ферритин 90,09 нг/мл (62,46–120,15) против 376,1 нг/мл (271,2–569,35), гаптоглобин 2,95 мг/дл (1,42–4,13) против 5,44 мг/дл (3,2–7,85) соответственно.

Заключение. Таким образом, дети с ЭНМТ при рождении и по достижении постконцептуального возраста характеризуются сниженным содержанием острофазных белков (лактоферрина, ферритина, гаптоглобина), что может явиться не только следствием, но и причиной ряда системных и локальных осложнений у этих детей.

248 ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЦЕЛЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ушакова С. А., Хаит О. В., Петрушина А. Д., Мальченко Л. А.

Тюменская государственная медицинская академия

Актуальность. С целью предотвращения хронических неинфекционных заболеваний система здравоохранения должна актуализировать такие задачи, как формирование здорового образа жизни и коррекция факторов риска, начиная с детского и подросткового возраста.

Цель исследования: оценить потребность в профилактическом консультировании на основе изучения распространённости модифицируемых факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у подростков 15–17 лет с нормальным артериальным давлением (АД).

Пациенты и методы. В рамках профилактического медосмотра 1292 учащихся 9–11 классов общеобразовательных школ проведено анкетирование для выявления поведенческих ФР ССЗ: курения, низкой физической активности (НФА), 3-кратное измерение АД, антропометрия для выявления избытка массы тела (ИМТ) и ожирения. Изучаемую выборку составили 359 юношей и 551 девушка с «нормальным» уровнем АД (< 90 перцентиля для пола, возраста и роста).

Результаты. У юношей с нормальным АД в 44,8% отмечено наличие хотя бы 1 ФР ССЗ. В структуре ФР преобладали НФА (66,5%) и курение (28%). При наличии 2 ФР (16,1%) с частотой 63,8% сочетались НФА и курение, в 31,1% – НФА и ИМТ/ожирение; в 5,2% – ИМТ и курение. У 2-х подростков отмечено сочетание 3 ФР (ожирение, курение, НФА). У девушек в 59,2% отмечен хотя бы 1 ФР ССЗ. В структуре ФР преобладала НФА (92,4%). При наличии 2 ФР ССЗ у девушек (15,9%) на 1-м месте (54,5%) было сочетание НФА с ИМТ/ожирением и в 39,8% – НФА с курением. У 7-ми девушек отмечено сочетание 3 ФР ССЗ: ИМТ/ожирения с курением и с НФА.

Заключение. Результаты оценки распространенности модифицируемых ФР ССЗ демонстрируют их высокую частоту среди детей старшего школьного возраста с нормальным АД: у 61,6% юношей и у 76,6% девушек. У каждого второго подростка отмечается сочетание двух и более ФР ССЗ. Это свидетельствует о необходимости проведения при медицинском осмотре у большинства подростков 15–17 лет краткого профилактического консультирования и последующего мониторинга за коррекцией выявленных факторов риска.

249

**ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ФОРМИРОВАНИЕМ
РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА,
У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ****Ушакова С. А., Куличенко М. П., Кляшев С. М., Кузьмина Е. Н.***Тюменская государственная медицинская академия*

Актуальность. Предметом активного изучения является определение роли дисбаланса адипокинов и связанных с ними метаболических нарушений в развитии ранних признаков ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) у детей с ожирением и артериальной гипертензией (АГ).

Цель исследования: определить влияние отдельных факторов в развитии признаков ремоделирования миокарда ЛЖ у подростков с избытком массы тела и ожирением в зависимости от уровня артериального давления (АД).

Пациенты и методы. Представлены результаты оценки методом расчета отношения шансов (ОШ) вклада факторов гиперлептинемии, гипoadипонектинемии, инсулинорезистентности и гиперурикемии в формировании ремоделирования миокарда ЛЖ у 146 подростков с избытком массы тела и ожирением в зависимости от уровня АД. Указанные параметры установлены при специальном лабораторном и эхокардиографическом исследовании с расчетом индекса массы миокарда и относительной толщины стенки ЛЖ. Группой сравнения выступали подростки с избытком массы тела и ожирением с нормальной геометрией ЛЖ.

Результаты. Факторы, определяющие формирование гипертрофии ЛЖ у подростков с избытком массы тела и ожирением в зависимости от уровня АД: при нормальном АД ($n = 35$) – гиперурикемия (ОШ = 4,8), гипoadипонектинемия (ОШ = 4) и инсулинорезистентность (ОШ = 1,4); при лабильной АГ ($n = 39$) – гиперурикемия (ОШ = 2,3) и инсулинорезистентность (ОШ = 1,2); при стабильной АГ ($n = 72$) – гиперурикемия (ОШ = 1,3) и инсулинорезистентность (ОШ = 1,2). Гипoadипонектинемия увеличивает шансы формирования концентрического ремоделирования ЛЖ у подростков с избытком массы тела и ожирением в сочетании с нормальным уровнем АД (ОШ = 7,5) и со стабильной АГ (ОШ = 1,7).

Заключение. У подростков с избытком массы тела и ожирением, независимо от уровня АД, формирование ремоделирования ЛЖ происходит на фоне снижения концентрации в плазме адипонектина. Сочетание гипoadипонектинемии с гиперлептинемией и инсулинорезистентностью свидетельствует о недостаточности органопротективных механизмов у подростков с избытком массы тела и ожирением и требует внимания при коррекции.

250

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Фадеева О. Ю., Ратманова Г. А., Фокин В. Н., Коллеров Э. Ю.,
Заводин М. В., Частухина Т. В., Рожкова М. Н.

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. Первичная иммунная тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) является одним из частых геморрагических заболеваний, характеризующаяся изолированной тромбоцитопенией. Несмотря на достигнутые успехи в понимании патогенетической сущности заболевания и терапии, перед практическим врачом стоит в каждом конкретном случае вопрос выбора специфической терапии.

Цель исследования: оценить эффективность стартовой терапии первичной иммунной тромбоцитопенической пурпуры.

Пациенты и методы. Проведен анализ эффективности стартовой терапии острой ИТП у 83 детей, проходивших лечение в детском гематологическом отделении. У 78% детей диагностирована тяжелая тромбоцитопения (уровень тромбоцитов ниже 20 г/л), что требовало назначения специфической терапии. В связи с этим пациентов разделили на три группы: 28 детей получали лечение кортикостероидами (1 группа), 19 пациентов получали антирезусный иммуноглобулин (2 группа), 17 детей — внутривенный иммуноглобулин (3 группа). Эффективность терапии оценивали по клинико-гематологическим критериям.

Результаты. Пик заболевания приходился на возраст от 3–6 лет (41%). У 1/3 детей тромбоцитопения развивалась после перенесенной вирусной инфекции, причем 18,1% пациентов имели признаки острого инфекционного процесса на момент поступления. Купирование геморрагического синдрома в короткие сроки отмечено при назначении анти-D и ВВИГ. 86% детей имели полный или частичный гематологический ответ на проводимую терапию. В группе пациентов, получавших преднизолон в 17% случаев, отмечен частичный гематологический ответ. 7% детей 1 группы, 6% — 3 группы и 42% — 2 группы не ответили на проводимую терапию. Видимо, отсутствие эффекта от проводимой терапии обусловлено наличием инфекционного процесса.

Заключение. Отмечая эффективность специфической терапии, следует отметить, что выбор стартового препарата надо осуществлять с учетом предшествующего анамнеза и физикальных данных.

251

**ОПЫТ ВАКЦИНАЦИИ 13-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ
КОНЬЮГИРОВАННОЙ ВАКЦИНОЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 5 ЛЕТ****Федосеенко М. В., Новикова Д. А., Ткаченко Н. Е., Броева М. И.,
Гайворонская А. Г., Гречуха Т. А., Черников В. В.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Пневмококковая инфекция признается одной из главных причин смертности от вакцин предотвратимых инфекций среди детей до 5 лет. Введение 7-валентной пневмококковой конъюгированной вакцины в календари прививок развитых стран мира привело к серьезному снижению уровня заболеваемости инвазивными пневмококковыми инфекциями. Однако наряду с этим был отмечен рост болезнями, ответственными за которые выступают «невакцинные» штаммы пневмококка, что потребовало внедрения 13-валентной конъюгированной вакцины (ПКВ13) с более широким спектром покрытия пневмококковой популяции.

Цель исследования: оценить переносимость ПКВ13 у детей первых 5 лет жизни.

Пациенты и методы. Вакцинировано 110 детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет, большинство из которых пациенты с различной соматической патологией (60,4% привитых). Непосредственное наблюдение в отделении за привитыми детьми проводилось в течение 30 минут после вакцинации, а затем контроль общих и местных реакций осуществлялся посредством телефонного звонка на 4-й день после проведения прививки.

Результаты. У большинства детей (64,5%) поствакцинальный период протекал гладко. В среднем каждая третья вакцинация (32,9% случаев) сопровождалась развитием местных реакций. Общие реакции в виде повышения температуры и симптомов недомогания отмечались лишь в 10,9% случаев введения вакцины. Степень выраженности, как общих реакций, так и местных была легкой, реже — умеренной, непродолжительной, что не потребовало обращения за медицинской помощью. Среди здоровых детей побочные реакции после вакцинации ПКВ13 отмечались в 36,8% случаев проведенной вакцинации, в группе пациентов с отклонениями в состоянии здоровья частота поствакцинальных реакций была несколько выше 44,4%, но достоверных различий выявлено не было. Ни у кого из привитых не отмечалось обострения основного заболевания в поствакцинальном периоде.

Заключение. Продемонстрирована безопасность 13-валентной конъюгированной пневмококковой вакцины как в группе здоровых детей, так и среди пациентов с различными формами патологических состояний.

252

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕНОЗНОГО КОМПОНЕНТА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ С СДВГ

Федотов Д. М., Мелькова Л. А.

Северный (Арктический) федеральный университет имени М. В. Ломоносова, Архангельск

Актуальность. Для детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) характерна диффузная церебральная дисрегуляция, проявляющаяся, в том числе и нарушением мозгового кровообращения.

Цель исследования: оценить состояние венозного компонента церебрального кровотока у детей младшего и среднего школьного возраста.

Пациенты и методы. Обследовано 97 детей младшего и 56 детей среднего школьного возраста методом реоэнцефалографии. Статистический анализ данных проводили с помощью SPSS 21.0.

Результаты. Отмечается значимое снижение средней скорости нарастания венозной компоненты в бассейнах: внутренних сонных артерий слева на 23,0% ($p = 0,027$) и справа на 25,2% ($p < 0,001$) и левой позвоночной артерии на 10,4% ($p = 0,035$). Одновременно с этим снижается средняя скорость убывания венозной компоненты на последней четверти сердечного цикла в каротидной области слева на 21,2% ($p < 0,001$) и справа на 28,6% ($p < 0,001$); в вертебробазиллярной области — слева на 18,2% ($p = 0,033$) и справа на 33,3% ($p = 0,010$). Показатели венозного оттока имели тенденцию к снижению в каротидной области слева на 8,7% и справа на 8,3%, а в вертебробазиллярной области — слева на 2,2% и справа на 3,8%. В тоже время показатели венозного оттока у детей с СДВГ превышали значения возрастной нормы.

Заключение. Выявленные изменения свидетельствуют об оптимизации организации мозгового кровообращения у детей с СДВГ, что проявляется снижением остроты и (или) исчезновении клинических симптомов с возрастом.

253 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКИХ ДОМАХ

**Филькина О. М., Кочерова О. Ю., Воробьева Е. А., Пыхтина Л. А.,
Долотова Н. В.**

*Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства
имени В. Н. Городкова*

Актуальность. Изучение состояния здоровья, психологических характеристик воспитанников детских домов имеет важное значение для поиска мероприятий по его оптимизации и облегчению их социальной адаптации после выхода в самостоятельную жизнь.

Цель исследования: выявить особенности состояния здоровья и психологических характеристик подростков, воспитывающихся в детских домах.

Пациенты и методы. Проведен анализ заболеваемости 200 воспитанников детских домов г. Иваново в возрасте от 14–16 лет по данным медицинских карт. Физическое развитие оценивалось по унифицированной методике А. Б. Ставицкой, Д. И. Арон, акцентуации личности с помощью теста Г. Шмишека, агрессивность по методике А. Басса и А. Дарки.

Результаты. Установлено, что воспитанники детских домов характеризуются высокой соматической заболеваемостью, преимущественно за счет болезней нервной системы, органов пищеварения, костно-мышечной системы, психических расстройств и расстройств поведения, болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ, врожденных аномалий, болезней глаз. Большинство имеют нормальное физическое развитие, отклонения выявлены менее чем у трети детей и представлены в основном низким ростом и дефицитом массы тела. Нервно-психическое развитие характеризуется высокой частотой нарушений эмоционально-вегетативной, психомоторной сфер, интеллектуального развития. Они отличаются высокой частотой гипертимного и экзальтированного типов, раздражительности, чувства вины и вербальной агрессии, что свидетельствует о нуждаемости воспитанников детских домов в психологической помощи.

Заключение. Высокая частота соматической патологии, отклонений физического и нервно-психического развития, психологические особенности воспитанников детских домов ограничивают их профессиональную пригодность, затрудняют социальную адаптацию. В связи с этим необходимо разрабатывать мероприятия, направленные на оптимизацию состояния здоровья, раннюю профориентацию с учетом показателей здоровья.

254

СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Финота Е. А., Бутко М. В., Еремеева О. И., Медведева А. Н., Абдуллина А. Э.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Периодическая болезнь (ПБ) — заболевание, наследуемое по аутосомно-рецессивному типу, проявляющееся приступами лихорадки, перитонита, плеврита и частым развитием амилоидоза.

Цель исследования. Демонстрация семейного случая выявления периодической болезни.

Пациенты и методы. Проведено биохимическое исследование крови, ОАК, Rh-графия органов грудной полости, Эхо-КГ, УЗИ органов брюшной полости, ректороманоскопия с биопсией слизистой оболочки прямой кишки, медико-генетическое консультирование.

Результаты. Мальчик Б., 12 лет. Впервые эпизод приступообразных болей в животе с фебрильной лихорадкой, рвотой, послаблением стула в возрасте 4 лет. Приступы отмечались до 5 раз в год и продолжались от 3–10 дней. Учитывая характер приступов, периодичность повторения с одинаковой клинической картиной, национальность ребенка (армянин), данные семейного анамнеза (подобное заболевание у двоюродной бабушки, умершей в 51 год от почечной недостаточности), была заподозрена ПБ.

При проведении ДНК-диагностики в медико-генетическом научном центре РАМН была обнаружена мутация М694V и V726A в компаунд-гетерозиготном состоянии. В возрасте 6 лет поставлен диагноз: ПБ, смешанная форма. Назначен колхицин 0,5 мг в сутки. На фоне проводимого лечения тяжелые приступы отмечаются 1–2 раза в год.

Девочка А., 7 лет, с 2 лет выраженные боли в животе, сопровождающиеся лихорадкой, тошнотой, рвотой, снижением стула, болями в суставах. Принимая во внимание клинические данные в сочетании с семейным анамнезом (верифицированный диагноз ПБ у родного брата, подобное заболевание у двоюродной бабушки), рекомендовано молекулярно-генетическое исследование. При проведении ДНК-диагностики выявлена мутация М694V в гетерозиготном состоянии. Установлен диагноз ПБ, назначена терапия колхицином в дозе 0,5 мг в сутки, на фоне лечения частота приступов снизилась до 1 раза в 3 месяца. Регулярно проводится контрольное обследование обоих детей и коррекция терапии в условиях стационара.

Заключение. Верифицированный диагноз ПБ у родного брата позволил своевременно диагностировать заболевание и начать терапию.

255

НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ**Хаброва Л. М., Миллер Ю. В., Рубель И. О.***Алтайская краевая клиническая детская больница*

Актуальность. В связи с выхаживанием недоношенных детей с массой тела от 500 грамм, в России с 2012 г. наблюдается увеличение числа детей, имеющих серьезные проблемы в здоровье.

Цель исследования: оценить эффективность катamnестического наблюдения за детьми с очень низкой массой тела (ОНМТ) 1000–1499 грамм, и экстремально низкой массой (ЭНМТ) от 500–999 грамм при рождении.

Пациенты и методы. Обследовано 36 детей с ЭНМТ и 89 детей с ОНМТ, родившихся в период с 2012–2013 гг. После II этапа выхаживания в Алтайской краевой клинической детской больнице, являющейся многопрофильным учреждением, дети продолжали наблюдаться там же в кабинете катamnеза. Пациенты обследовались в динамике педиатром, неврологом, офтальмологом и сурдологом с учетом патологии, установленной на втором этапе, а по показаниям другими специалистами. В возрасте от 1–1,5 лет проводилась комплексная оценка здоровья и НПР.

Результаты. У детей с ЭНМТ к 1–1,5 годам жизни неврологическая патология компенсировалась у 22,2% детей, среди детей с ОНМТ только у 11,2%, что мы связываем с более высокой неонатальной смертностью в группе с ЭНМТ. Легкие моторные нарушения и темповая задержка развития отмечена у 58,3% с ЭНМТ и у 67,4% детей с ОНМТ. Исход в детский церебральный паралич установлен у 36,1% детей с ЭНМТ и у 21,3% с ОНМТ. Задержка психического развития выявлена у 36,1% детей с ЭНМТ и у 10,1% детей с ОНМТ. С тяжелой патологией, требующей высокотехнологичной медицинской помощи (ретинопатия, тугоухость и окклюзионная гидроцефалия) наблюдались по 5,6% детей из группы с ЭНМТ и по 1,1% среди детей с ОНМТ при рождении.

Заключение. Несмотря на высокий процент стойкой неврологической патологии и нарушения НПР, успешные результаты выхаживания детей с ЭНМТ и ОНМТ при рождении убеждают нас в необходимости продолжать работу. Дети этих групп требуют более внимательного и регулярного наблюдения, что обеспечивается в многопрофильном лечебном учреждении.

256

ВКЛАД МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ

Хаит О. В., Ушакова С. А., Петрушина А. Д.

Тюменская государственная медицинская академия

Актуальность. Учёт параметров качества жизни (КЖ) и влияющих на него факторов у детей и подростков важен для разработки индивидуальных и популяционных профилактических программ.

Цель исследования: изучить влияние модифицируемых факторов риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) на снижение качества жизни (КЖ) подростков.

Пациенты и методы. Обследовано 642 юноши и 650 девушек 15–17 лет. Критерии определения ФР ХНИЗ соответствовали российским рекомендациям «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте» (2012). Исследование КЖ проведено с помощью общего опросника PedsQLTM 4.0. Для определения вклада ФР в снижение показателей КЖ выполнен сравнительный анализ методом отношения шансов (ОШ).

Результаты. У юношей наиболее «уязвимыми» к воздействию курения оказались снижение школьного функционирования (ШФ) (ОШ = 2,2) и эмоционального функционирования (ЭФ) (ОШ = 1,9), а также психосоциальное здоровье (ПСЗ) (ОШ = 1,7). При низкой физической активности (НФА) отмечалось в большей степени снижение социального функционирования (СФ) (ОШ = 1,8), а также физического функционирования (ФФ) (ОШ = 1,4) и ПСЗ (ОШ = 1,3). Ожирение и избыток массы тела влияли на снижение СФ (ОШ = 2,2 и ОШ = 1,8, соответственно). В меньшей степени снижались ШФ (ОШ = 1,3) и ПСЗ (ОШ = 1,2), а также ФФ (ОШ = 1,1).

При анализе показателей КЖ у девушек установлена ведущая роль курения на снижение ШФ (ОШ = 3,9), ПСЗ (ОШ = 2,6), ФФ (ОШ = 2,3), ЭФ (ОШ = 2,1) и, в меньшей степени, на СФ (ОШ = 1,4). НФА способствовала снижению ФФ (ОШ = 2,3), в меньшей степени – ПСЗ (ОШ = 1,4), СФ и ШФ (ОШ = 1,2). Под влиянием ожирения снижалось ЭФ (ОШ = 1,9), а при избытке массы тела – ПСЗ (ОШ = 1,8), ЭФ (ОШ = 1,5), СФ (ОШ = 1,4) и ШФ (ОШ = 1,4).

Заключение. Установленные гендерные особенности по вкладу модифицируемых факторов риска ХНИЗ в снижение параметров КЖ подростков можно использовать для разработки профилактических региональных программ, направленных на формирование здорового образа жизни и повышение качества жизни.

257

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУР И ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ДЦП**Хамраев Ш. Ш., Хамраев Ф. Ш., Мирзаев А. Г., Ахмедов А. Э., Рахимов Н. Н.***Республиканская детская психоневрологическая больница, Ташкент*

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в ортопедохирургическом лечении больных с ДЦП в целом, в доступной литературе нет критериев выбора ортопедических и хирургических методов устранения нарушений в двигательной системе, основанных на результаты диагностического тестирования патологических синдромов и применения МРТ исследований суставов.

Цель исследования: разработать критерии выбора методов ортопедической и хирургической коррекции деформаций нижних конечностей больных с ДЦП на основе применения МРТ исследований.

Пациенты и методы. На первом этапе исследований проведено диагностическое тестирование двигательных расстройств у больных с ДЦП (390 больных — 100%), на втором этапе МРТ исследования суставов нижних конечностей у больных с ДЦП. Всего проведено 61 исследований, из них ТБС у 36 больных, КС у 24, ГСС у 1.

Результаты. На МРТ исследованиях ТБС отмечены морфологические изменения на передней капсуле тазобедренного сустава в виде сморщивания (2 случая) и утолщения (3 случая). При МРТ исследованиях коленных суставов у 7 больных выявлено неравномерное сморщивание и утолщение задней капсулы сустава, наружно — боковой связки.

Заключение. Проведенные МРТ исследования дают основания предполагать, что одной из причин стойкости деформации вышеперечисленных суставов является утолщенная или сморщенная капсула. Дополнительно к известным операциям на мышечно-сухожильной системе нижних конечностей при данных деформациях, клиникой предлагаются способы хирургического вмешательства на передней капсуле ТБС и задней капсуле КС.

На основании проведенных диагностических тестирований и МРТ исследований предлагается «алгоритм выбора метода устранения патологического синдрома у больных ДЦП».

258

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА У ДЕТЕЙ**Харченко О. Ф.***Гродненский государственный медицинский университет*

Актуальность. В последние несколько лет во всем мире регистрируются многочисленные случаи инфекции, вызванной высокопатогенным вирусом гриппа А (H1N1), протекающей с серьезными полиорганными осложнениями, приводящими в определенных ситуациях к летальному исходу. В связи с этим вакцинацию против гриппа лиц из групп риска (дети, пациенты пожилого возраста, медработники) следует считать разумной и действенной альтернативой медикаментозной терапии.

Цель исследования: изучить влияние сезонной вакцинации против гриппа на особенности течения этой инфекции у детей.

Пациенты и методы. Нами обследовано 310 детей в возрасте от 6 до 15 лет, поступивших на лечение в Гродненскую областную инфекционную больницу в 2011–2013 гг. с симптомами ОРВИ. Всем детям в приемной покое, т.е. до начала специфического лечения, забирали слизистое отделяемое из носа для этиологической верификации вирусов методом ПЦР.

Результаты. У 10% пациентов был выделен вирус гриппа А, у 13% — вирус гриппа В, у 60% — другие варианты респираторных вирусов (адено-, рино-, корона-, энтеро-), в 17% случаев расшифровать этиологию заболевания не удалось. Из всех детей с подтвержденным диагнозом «грипп» 20% были привиты различными противогриппозными вакцинами (Россия, Китай, Франция). Достоверной разницы в клинической картине заболевания от вида использованных вакцин не выявлено. В группе привитых состояние при поступлении оценено как тяжелое в 23% случаев, средней тяжести — в 77%, в группе непривитых соответственно 69% и 31% ($p < 0,001$). Тяжесть состояния была обусловлена, в основном, симптомами интоксикации: лихорадка до 39–40 градусов, озноб, головная боль, слабость, рвота. Бактериальные осложнения (бронхит, пневмония, отит, синусит у непривитых пациентов зафиксированы в 79,5% случаев, у привитых — в 13,7% ($p < 0,05$).

Заключение. У непривитых против гриппа детей заболевание протекает значительно тяжелее, с первых дней болезни в 6 раз чаще осложняется бактериальной инфекцией. Все это еще раз подтверждает насущную необходимость вакцинации против гриппа детского контингента.

259

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ****Хоха Р. Н.***Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

Актуальность. Аллергические заболевания (АЗ) в настоящее время представляют глобальную проблему общественного здоровья. В мире насчитывается 500–600 млн больных аллергией. Аллергические болезни, протекающие в виде бронхиальной астмы (БА), аллергического ринита (АР) и атопического дерматита (АД), в настоящее время занимают первое место среди самых распространенных хронических заболеваний детского возраста. Эпидемиологические исследования последних лет подтверждают высокую распространенность БА, АР и АД.

Цель исследования: изучить распространенность аллергических заболеваний среди школьников Гродненской области (Республика Беларусь).

Пациенты и методы. Исследования проводили методом анкетирования с помощью русифицированной версии стандартизированной программы «Международное исследование астмы и аллергии у детей» (ISAAC).

Результаты. Результаты анкетирования 1787 школьников показали, что затрудненное хрипящее дыхание, свисты в грудной клетке в течение последних 12 месяцев были зарегистрированы у 9,3% детей первых классов (ДИ: 7,5–11,5%) и 9,1% детей восьмых классов (ДИ: 7,5–11%), симптомы ринита без простуды или гриппа у 29,7% детей первых классов (ДИ: 26,7–32,85%) и 47,2% детей восьмых классов (ДИ: 44–50%), симптомы атопического дерматита у 8,2% детей первых классов (ДИ: 6,6–10%) и 1,9% детей восьмых классов (ДИ: 1–2,97%). Частота клинически верифицированного диагноза бронхиальной астмы у школьников 6–7 и 13–14 лет составила 3,9% (ДИ: 3–4,9%), аллергического ринита – 5,6% (ДИ: 4,6–6,8%), атопического дерматита – 6,2% (ДИ: 5,2–7%).

Заключение. Полученные результаты подтверждают необходимость проведения дальнейших эпидемиологических исследований с целью выявления факторов риска и трендов распространенности аллергических заболеваний у детей.

260

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К МАКРОЛИДНЫМ АНТИБИОТИКАМ ШТАММОВ *STREPTOCOCCUS PYOGENES*, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Хохлова Т. А., Лазарева А. В., Селимзянова Л. Р., Пономаренко О. А., Крыжановская О. А., Катосова Л. К.

Научный центр здоровья детей, Москва
Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова

Актуальность. Антибактериальная терапия инфекций, вызванных *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*), остается актуальной проблемой вследствие возрастающей резистентности возбудителя к макролидным антибиотикам.

Цель исследования: определить частоту высева и чувствительность к макролидам и клиндамицину *S. pyogenes*, выделенных со слизистых оболочек ротоглотки у детей с острой респираторной инфекцией (ОРИ).

Материалы и методы. За период с 1.01.2013 по 9.12.2014 исследовано 406 мазков из зева детей в возрасте от 10 мес до 17 лет с ОРИ, госпитализированных в отделение диагностики и восстановительного лечения. Посев проводили на кровяной (5%) агар. Микроорганизмы идентифицировали с помощью дисков с бацитрацином, реакцией латекс-агглютинации (Slidex strepto-kit, bioMerieux), а также на MALDI-TOF масс-спектрометре (Bruker Daltonics, Германия). Чувствительность к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом (BioRad) на среде Мюллера-Хинтон.

Результаты. Всего выделено 22 штамма *S. pyogenes* (по 11 в 2013 г и 2014 г). Результаты исследования антибиотикорезистентности к 14-членным (эритромицин и кларитромицин) и 15-членным (азитромицин) макролидам и клиндамицину показали, что в 2013 г все штаммы *S. pyogenes* были чувствительны к макролидам и клиндамицину. В 2014 г среди выделенных штаммов данного микроорганизма частота резистентности к эритромицину, кларитромицину и азитромицину составила по 18%. Кроме того, у 9% штаммов *S. pyogenes* в 2014 г определялась резистентность к клиндамицину.

Выводы. Результаты работы показали, что среди госпитализированных с ОРИ пациентов частота высева *S. pyogenes* невысока. Появление в 2014 г штаммов пиогенного стрептококка, резистентных к макролидным антибиотикам, а также штаммов, обладающих резистентностью к клиндамицину, обуславливает необходимость расшифровки молекулярных механизмов устойчивости *S. pyogenes* к макролидам, что важно для прогноза чувствительности к макролидам 16-членной группы.

261 ПРОСТРАНСТВЕННО-ОБРАЗНОЕ МЫШЛЕНИЕ И СОСТОЯНИЕ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ

Храмцов П. И.

Научный центр здоровья детей

Актуальность. Широкая распространенность нарушений осанки у детей обуславливает поиск и научное обоснование новых подходов к изучению взаимосвязи состояния осанки с различными внешними и внутренними факторами с целью установления значимых корреляций и разработки эффективных методов профилактики и оздоровления.

Цель исследования: установить взаимосвязь показателей пространственно-образного мышления (ПОМ) и состояния осанки у детей 6–7 лет.

Пациенты и методы. Обследовано 36 детей 6–7 лет, из которых 17 — имели нормальную осанку и 19 — различные ее нарушения. Уровень ПОМ оценивался с помощью методики Равена (детский вариант), а состояние осанки — по показателям функции равновесия с помощью методики компьютерной постурологии при выполнении тестов с открытыми и закрытыми глазами на жесткой и мягкой опоре (тесты 1–4).

Результаты. Установлено, что суммарный балл ПОМ не отличался у детей с нарушениями осанки — $29,5 \pm 1,1$ балла и с нормальной осанкой — $28,4 \pm 1,4$ балла ($p > 0,05$) и соответствовал нормативным значениям.

Значения длины траектории колебаний ОЦТ тела у детей с нарушениями осанки при выполнении тестов 1–4 составляли соответственно $189,5 \pm 20,9$; $244,3 \pm 29,1$; $273,8 \pm 28,1$ и $358,9 \pm 19,2$ (мм). У детей с нормальной осанкой соответственно $160,8 \pm 8,9$ ($p > 0,05$); $205,7 \pm 20,1$ ($p > 0,05$); $199,8 \pm 22,2$ ($p < 0,05$) и $230,8 \pm 26,8$ (мм) ($p < 0,05$). Различие достоверно только при выполнении наиболее сложных тестов.

Коэффициент корреляции между показателями функции равновесия и уровнем ПОМ у детей с нормальной осанкой составлял соответственно $r = 0,18$ ($p > 0,05$); $r = 0,22$ ($p > 0,05$); $r = 0,28$ ($p > 0,05$) и $r = 0,20$ ($p > 0,05$); у детей с нарушениями осанки, соответственно: $r = -0,11$ ($p > 0,05$); $r = -0,08$ ($p > 0,05$); $r = -0,29$ ($p > 0,05$) и $r = -0,65$ ($p < 0,05$). Связь между показателями статистически значима только у детей с нарушениями осанки при выполнении наиболее сложного теста.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о значимости уровня ПОМ в формировании осанки, что необходимо учитывать при разработке профилактических и оздоровительных программ для детей.

262

ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ТУБЕРОЗНОМ СКЛЕРОЗЕ

Цоцонава Ж. М.

Астраханский государственный медицинский университет

Актуальность. Туберозный склероз — редкое, генетически детерминированное заболевание из группы нейроэктодермальных нарушений, особенностью которого является полиорганность поражения.

Цель исследования: изучить динамику неврологических и соматических нарушений у пациентов с туберозным склерозом.

Пациенты и методы. Нами наблюдалось 23 пациента с туберозным склерозом. Всем проводилось комплексное клиническое и инструментальное обследование (ЭЭГ-мониторинг, ЭХО-КС, МРТ головного мозга, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства).

Результаты. Манифестным симптомом заболевания у большинства больных (91%) были эпилептические приступы. Отмечалась четкая корреляция электроэнцефалографического очага с локализацией структурных изменений головного мозга, представленных кортикальными туберами и субэпендимальными узлами. Среди кожных проявления первыми появлялись гипопигментные пятна, позже развивались ангиофибромы лица, фиброзные бляшки, нетравматические околоногтевые фибромы, пятна типа «конфетти» и участки «шагреновой кожи». У 30% пациентов обнаружена рабдомиома сердца (в одном случае — пренатально). В 26% случаев выявлены поликистоз почек, множественные ангиомиолипомы почек и печени. Одно из наблюдений представляет особый интерес в связи с тем, что имела место диссоциация церебральной симптоматики и данных визуализации головного мозга. Дебютировало заболевание у пациента в 23 года с признаков острой почечной колики. На МРТ забрюшинного пространства были выявлены множественные ангиомиолипомы почек. На МРТ головного мозга визуализировались туберы и субэпендимальная гигантоклеточная астроцитома (СЭГА), однако в неврологическом статусе очаговой симптоматики выявлено не было. ЭЭГ-мониторинг в пределах нормы. Пациенту был назначен афинитор. Через месяц от начала терапии отмечено значительное уменьшение размеров ангиомиолипом почек.

Заключение. Пациенты с туберозным склерозом нуждаются в углубленном обследовании в связи с возможным латентным течением церебральной или соматической патологии.

263 НЕЙРОНАЛЬНЫЙ ЦЕРОИДНЫЙ ЛИПОФУСЦИНОЗ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Цоцонава Ж. М., Ткачева Н. В.

Астраханский государственный медицинский университет

Актуальность. Нейрональные цероидные липофусцинозы (НЦЛ) — это группа редких наследственных нейродегенеративных заболеваний, клинически проявляющихся фармакорезистентными эпилептическими приступами, прогрессирующими двигательными и интеллектуальными нарушениями, расстройствами глотания и слепотой.

Цель исследования: изучить динамику клинических проявлений нейронального цероидного липофусциноза.

Пациенты и методы. Нами наблюдаются 3 пациента мужского пола с достоверно установленным диагнозом «Нейрональный цероидный липофусциноз II типа».

Результаты. Во всех случаях первыми симптомами болезни были генерализованные тонико-клонические приступы, дебютировавшие в возрасте от 2-х до 3-х лет. В дальнейшем стали появляться и другие неврологические расстройства: тремор рук, неустойчивость при ходьбе, частые спотыкания, обеднение эмоционального фона, снижение интереса к игрушкам. Кроме того, наблюдалось прогрессирующее интеллектуальное снижение, присоединились бульбарные расстройства (дисфагия), амблиопия, что послужило поводом для проведения медико-генетического исследования, выявившего мутацию в гене CLN2/TPP1, характерную для нейронального цероидного липофусциноза II типа.

Заключение. Диагноз редкой наследственной патологии, дебютировавшей с эпилептических приступов, был установлен на основании клинического, нейрофизиологического, нейровизуализационного и медико-генетического обследования. Катамнез на протяжении многих лет (от 4-х до 6-ти) показал непрерывно прогрессирующее течение заболевания с полной утратой двигательных и интеллектуальных навыков, потерей зрения, нарушением глотания, вплоть до афагии, фармакорезистентной эпилепсией. На сегодняшний день возможно лишь симптоматическое лечение НЦЛ. Посредством корректирующих препаратов удастся облегчить состояние больного. Желание вылечить неизлечимо больного всегда являлось и является стимулом к действию. Остается ждать и надеется, что лечение от этого разрушающего заболевания будет найдено в скором времени.

264

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ СПОРТА, ПО ДАННЫМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Цыплакова Е. В., Корнеева И. Т.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность проблемы контроля психофизического состояния спортсменов, деятельность которых требует устойчивого внимания, быстрой реакции, стабильной работы психофизиологических функциональных систем, несомненна. В последнее время все больше уделяется внимание поиску экспресс-методов, которые бы давали оперативную информацию о воздействии тренировочных нагрузок на организм спортсменов, о скорости восстановления и развитии адаптационных перестроек в организме. Вследствие этого так важна всесторонняя оценка текущего психофизиологического состояния. Получаемая оперативная информация правомерно может быть использована в качестве объективного критерия при разработке плана тренировок и своевременной коррекции состояния спортсмена.

Цель исследования: оценить функциональное состояние подростков, занимающихся различными видами спорта, по данным психологического тестирования.

Пациенты и методы. Обследовано 69 спортсменов в возрасте от 10–14 лет, из них 32 хоккеиста и 37 пловцов. Психофизиологическая диагностика проводилась с помощью аппаратно-программного комплекса «НС-ПсихоТест».

Результаты. Особый интерес представляют выявленные достоверно высокие различия по показателям устойчивости и концентрации внимания у хоккеистов. На наш взгляд, это можно объяснить тем, что в этом виде спорта тренировочная и соревновательная деятельность основана на взаимодействии с партнером и противником. У пловцов низкие показатели устойчивости внимания на подготовительном этапе связаны со спецификой циклического вида спорта. В это время нарабатывается физическая и функциональная база, служащая в дальнейшем основой специальной подготовки.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что вышеперечисленные показатели психологического тестирования имеют свою специфику в зависимости от вида спорта и играют существенную роль в функциональном состоянии спортсменов и психологической готовности к тренировочной и соревновательной деятельности.

265

ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**Чабанова О. Н., Стрельцова Е. Н., Сайфулин М. Х., Мещерякова Н. В.***Астраханский государственный медицинский университет»*

Актуальность. В Астраханской области отмечается высокий уровень заболеваемости туберкулеза среди детей и подростков.

Цель исследования: изучить особенности у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Проанализирована медицинская документация 84 детей в возрасте от 0 до 3-х лет с впервые выявленным туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов, находившихся на стационарном лечении филиале № 5 ГБУЗ ОКПТД АО с 2009–20013 гг.

Контакт с больным туберкулезом у 68 детей (81%), из них с бактериовыделителями — 34 (50,7%). Заболевшие жили в семейном очаге — 39 (44,3%).

Результаты. Некачественная вакцинация БЦЖ — 17,8% (15 чел), один ребенок невакцинирован, рубчик 1–3 мм у 21 (25,0%), рубчик 4–9 мм — 48 (57,2%) детей. Средний размер рубца 3,2 мм. Туберкулез выявлен по контакту — 53 (63,1%), при плановой туберкулинодиагностике — 28 (33,3%), при обращении с жалобами — 3 (3,6%). У 19 детей (67,8%) туберкулез выявлен на фоне «виража». Нарастание пробы Манту с 2 ТЕ — 5 (17,8%). Средний размер папулы — 13,8 мм. Гиперергическая реакция на туберкулин — 28 больных (33,3%). Отрицательный Диаскинтест — 7,2% (5чел), положительный 31 (44,9%), гиперергический — 47,8% (33чел). Средний размер папула — 12,9 мм. У 17 (24,6%) детей отмечено совпадение гиперергической реакции на туберкулин и Диаскинтест. Осложненное течение у 14 (16,6%), распространенный процесс — 28 (33,3%) детей. Нами отмечено, что чем младше ребенок, тем более распространенный локальный процесс. При поступлении жалобы имели 17 человек (20,2%), на кашель — 3, плохой аппетит — 3, потливость — 3, одышка — 1 ребенок. Микрополиадения отмечена у 9 (10%), бледность кожных покровов — 6, дефицит веса — 5, хрипы в легких у 2 детей.

Заключение. Среди причин заболеваемости детей раннего возраста мы выделили: контакт с больным туберкулезом, неэффективная вакцинация БЦЖ, нерегулярная постановка туберкулиновых проб, проживание в асоциальной семье, несвоевременное обследование по контакту и «виражу», позднее направление к фтизиатру, некачественное превентивное лечение, отсутствие настороженности врачей ОЛС.

266

ВЛИЯНИЕ МЕТЕОФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Чайковская М. А., Мамчиц Л. П.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность. По оценкам ВОЗ климатические изменения в настоящее время являются причиной примерно 150 тыс. преждевременных смертей в мире и 5,5 млн лет нетрудоспособности в год.

Цель исследования: изучение метеочувствительности среди студентов на донозологическом уровне.

Пациенты и методы. Анкетировано 206 студентов вторых курсов медицинского вуза (37, 8% юношей и 62, 2% девушек). Исследование проводилось по специальному вопроснику, разработанному сотрудником кафедры общей гигиены, экологии и радиационной медицины.

Результаты. Метеочувствительность выявлена у каждого четвертого респондента (24,3%). По степени выраженности преобладали слабые и умеренные формы метеочувствительности. Наиболее чувствительны к изменениям погоды респонденты, родившиеся и проживающие в городе (88,0%). В наибольшей степени изменения погоды влияли на самочувствие опрошенных, чем на настроение и активность (соответственно 44,0%, 32% и 24%). У 48,0% респондентов выражены общие симптомы (головные боли, слабость, головокружение, снижение концентрации внимания и др.). Изменения со стороны функций нервной системы отметили 40,9% опрошенных. Наиболее частыми симптомами были раздражительность, повышенное чувство тревоги, повышенная возбужденность. У 26% респондентов отмечались симптомы со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем (увеличение ЧСС, частоты дыхания, изменения АД, появление одышки и др.). 71,1% студентов считали себя здоровыми, 28,9% имели хроническую патологию либо аллергию. При переезде из одной местности в другую у 55,5% студентов состояние здоровья не изменялось; 8,9% беспокоили головные боли; 35,6% затруднились ответить. Влияние метеорологических факторов на здоровье студентов с хронической патологией выше, чем у здоровых (69,2% и 42,2% респондентов, $\chi^2 = 16,88$; $p = 0,001$).

Заключение. Изменение метеоэлементов оказывает наибольшее влияние на организм студентов с хронической патологией, что обуславливает необходимость коррекции их жизнедеятельности и разработки рекомендаций по снижению степени выраженности метеочувствительности.

267

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У ДЕТЕЙ С РЕАКТИВНЫМИ АРТРИТАМИ**Челпаченко О. Е., Данилова Е. И., Федотова Л. П., Перунова Н. Б.,
Иванова Е. В., Бондаренко Т. А., Сидорова О. И.***Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза, Оренбург*

Актуальность. Реактивные артриты (РеА) занимают лидирующее место среди воспалительных заболеваний суставов. Особое значение в этиопатогенезе РеА принадлежит кишечному микробиому как фактору, инициирующему и поддерживающему воспаление в суставах.

Цель исследования: изучить особенности состояния кишечного микробиоценоза у детей с реактивными артритами.

Пациенты и методы. Обследовано 25 детей с РеА и 25 здоровых. Исследование микробиоценоза кишечника осуществлялось согласно приказу МЗ РФ № 231, 2003 г., выделение и идентификация микроорганизмов — по руководству «Wadsworth-KTL anaerobic bacteriology manual» (2002), с использованием тест-систем фирмы Lachema (Чехия) и «API20CAUX» (bioMerieux, Франция). Проведен дискриминантный анализ видового состава фекальной микрофлоры.

Результаты. В исследуемых группах детей выявили наличие дисбиоза кишечника II–III ст. у 24 из 25 детей с РеА (96%), у здоровых — 12,2%, $p < 0,05$. Аэробная фекальная микрофлора детей с РеА отличалась гиперколонизацией грамотрицательной бактериофлоры: клебсиелл, цитробактера, протей, синегнойной палочки, кронобактера, буркхолдерии в ассоциации с грибами рода *Candida* ($60 \pm 9,8\%$ против 1,2% у здоровых). Из грампозитивных бактерий отмечалось преобладание стафилококков. У детей с РеА количество бифидобактерий снижено до 108 и ниже КОЕ/г, отмечается гиперколонизация бактероидов и клостридий.

Заключение. Таким образом, у детей с РеА выявлены нарушения аэробного спектра кишечного микробиоценоза в виде гиперколонизации грибов рода *Candida* в ассоциации с грамотрицательными и грампозитивными бактериями. В анаэробном спектре отмечалось преобладание клостридий и бактероидов на фоне снижения содержания бифидо- и лактобактерий, что свидетельствует о необходимости соответствующей коррекции кишечной микробиоты у детей с РеА.

268

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОНЬЮГИРОВАННОЙ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОЧАГАМИ ИНФЕКЦИИ В НОСОГЛОТКЕ В СИБИРСКОМ РЕГИОНЕ

Черкаева А. Х., Вавилова В. П.

Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово

Актуальность. Хронические заболевания носоглотки у детей являются глобальной медицинской проблемой и не имеют тенденции к снижению.

Цель исследования. Изучение результатов вакцинации против пневмококковой инфекции, проведенной для снижения заболеваемости у детей с хроническими очагами инфекции в носоглотке.

Пациенты и методы. В исследовании участвовало 225 пациентов в возрасте от 2 до 5 лет, имевших хроническую носоглоточную инфекцию. В основной группе ($n = 110$) дети получали вакцинацию пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакциной. Группа сравнения ($n = 115$) не вакцинирована. Проанализирована заболеваемость рецидивирующими респираторными инфекциями до и после вакцинации в течение 12 месяцев.

Результаты. Заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями за год до вакцинации в основной группе составила 2103,5 на 1000, в группе сравнения 2115,5 ($p = 0,0650$). В течение года после вакцинации названный показатель составил 1005,35 и 1917,28 соответственно ($p = 0,0022$). За год до начала вакцинации отмечено 7/110 (6,36%) случаев острого бронхита и 5/110 (4,55%) случаев внебольничных пневмоний, во 2-й группе соответственно 8/115 (6,96%) и 4/115 (3,49%) случаев ($p = 0,0850$). В течение года после вакцинации диагностирована 1/110 (0,91%) пневмония и 2/110 (1,82%) случая острого бронхита, во 2-й группе 4/115 (1,74%) и 3/115 (2,61%) ($p = 0,0720$). Обострение хронического гайморита отмечено до вакцинации у 21/110 (19,09%) и у 19/115 (16,52%) детей ($p = 0,0570$). После вакцинации обострения хронического гайморита отмечены у 12/110 (10,91%) и 23/115 (20%) детей ($p = 0,0015$). Острые средние отиты до вакцинации диагностированы у 20/110 (18,18%) и у 17/115 (14,78%) детей ($p = 0,0650$). После вакцинации названное заболевание в сравниваемых группах диагностировано у 9/110 (8,18%) и 19/115 (16,52%) соответственно ($p = 0,0012$).

Заключение. Вакцинация против пневмококковой инфекции доказала эффективность применения используемой вакцины для профилактики рецидивирующих респираторных инфекций у детей на фоне хронических очагов инфекции в носоглотке.

269 РЕГИСТР ДЕТЕЙ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Черкасов Н. С., Доронина Т. Н., Расщепкина Н. И., Глухова Е. Н.,
Кадырова А. С.

Астраханский государственный медицинский университет

Актуальность. В детской кардиологии важное место занимает легочная гипертензия (ЛГ). Это обусловлено тяжестью течения заболевания, сложностями диагностики, дифференциальной диагностики и лечения. Особое внимание привлекает ЛГ с прогрессирующим течением, приводящая к хронической сердечной недостаточности и смерти ребенка.

На базе ОДКБ им. Н.Н. Силищевой разработан и внедрен регистр детей с легочной гипертензией и представлен на бумажных и электронных носителях в виде индивидуальных регистрационных карт с учетом начала заболевания, характера поражения органов, особенностями течения и лечения.

Цель исследования. Обобщение опыта по ведению регистра больных с легочной гипертензией.

Пациенты и методы. В регистр детей с ЛГ в Астраханской области вошли 7 больных, страдающих врожденными пороками сердца с легочной гипертензией до и после кардиохирургической коррекции. Проводилось их лечение и обследование в условиях детского кардиологического отделения ОДКБ им. Н.Н. Силищевой, на базах областного кардиологического диспансера и ФЦ ССХ г. Астрахани.

Результаты. Использовалось лечение по стандартной схеме. У 3-х пациентов диагноз выставлялся на первом году жизни, у остальных на 3–4 году. Ведущими клиническими признаками были: одышка от умеренной до выраженной, тахикардия различной степени выраженности. Во всех случаях диагноз подтверждался в кардиохирургическом центре.

В 2013 году появилась возможность проводить регистр больных с легочной гипертензией в электронном виде, что позволило обогатить наше представление о данном заболевании, его лечении в различных регионах России.

Регистр помогает отслеживать состояние детей. Планируется использовать необходимые лекарственные средства. При этом немаловажное значение в современном лечении отводится препарату «Траклир».

Заключение. Таким образом, важным является регистрация больных детей с ЛГ, в особенности с прогрессирующим течением, и их наблюдения в динамике. Ежегодный анализ каждого отдельного случая позволяет оптимизировать диагностику и лечение детей.

270
АДАПТАЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ
С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Черкасов Н. С., Доронина Т. Н., Расщепкина Н. И., Кокуев А. В.

Астраханский государственный медицинский университет

Актуальность. Проблема адаптации сердечной деятельности у детей с врожденными пороками сердца (ВПС) остается важной в педиатрии.

Цель исследования: установить значение дисплазии соединительной ткани у детей с ВПС после кардиохирургической коррекции.

Пациенты и методы. Под наблюдением было 72 ребенка в возрасте от 2 до 7 лет после кардиохирургической коррекции с врожденными септальными пороками сердца. Из них у 49 детей — дефект межжелудочковой перегородки, а у 23 и межпредсердной перегородки.

Результаты. Дисплазия соединительной ткани встречалась в 83% случаев. Клиническая картина была полиморфна. К сердечно-сосудистым изменениям относились: аневризма межпредсердной перегородки, аномальные трабекулы, двустворчатый аортальный клапан, дистония капиллярных мышц, ложные хорды, открытое овальное окно, пролапсы митрального, трикуспидального клапанов, реже встречались расширение корня аорты и легочной артерии. Клинико-инструментально регистрировались различные нарушения ритма и проводимости сердца. Особый интерес представляла оценка адаптации после перенесенной кардиохирургической операции.

Всех наблюдаемых разделили на две группы: без нарушений адаптации сердечной деятельности (50) и с нарушениями адаптации (22). В I группе адаптация сердечной деятельности протекала благоприятно. Отсутствовали выраженные нарушения ритма сердца, признаки недостаточности кровообращения и сопутствующая патология. Встречались единичные случаи умеренно выраженной брадиаритмии и недостаточности кровообращения I стадии у 3 пациентов, которые в дальнейшем в динамике уменьшались. В то же время соединительно-тканые дисплазии наблюдались в 5 случаях.

Во II группе нарушения клапанной дисфункции отмечались у 14 детей, нарушения ритма сердца у 11, миокардиальные нарушения у 7, хроническая сердечная недостаточность I–II А стадии у 7, их сочетания в 5 случаях. Они сочетались во всех случаях с соединительно-тканной дисплазией.

Заключение. Таким образом, процессы адаптации после операции связаны с наличием дисплазии соединительной ткани у детей с ВПС после кардиохирургической коррекции.

271 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ

Черкасова Е. Н., Кузнецова Т. А.

Детская поликлиника № 1, Орел

Актуальность. Острый тонзиллит (ОТ) является частой причиной обращения к участковому педиатру и поводом к расширенному использованию антибиотиков (АБ).

Цель исследования. Определение популяционной частоты ОТ, в том числе БГСА-этиологии.

Пациенты и методы. В условиях педиатрического участка в течение 2-х лет наблюдения выявлено 142 случая ОТ. Критерием острого тонзиллита служили гиперемия зева и/или наличие налетов на миндалинах. Всем детям, помимо общепринятого клинического обследования, проводился Streptatest; мазок из зева на ВЛ; по показаниям ПЦР — диагностика вируса Эпштейн-Барр; при рецидивирующем течении ОТ — проведение культурального исследования.

Результаты. За 1-й год на участке, численностью 935 детей от 0 до 18 лет выявлено 79 случаев ОТ, за 2-й год при численности 820 детей — 61 случай. Из выборки исключено 2 случая PFAPA-синдрома. Популяционная частота ОТ составила 84 на 1000 детей за 1-й год, 74 на 1000 детей — 2-й год, с пиком 1–3 года. Популяционная частота ОТ БГСА — этиологии, включая скарлатину, за 1-й год исследования составила 7,4 на 1000 детей; за второй год — 7,3 на 1000 детей от 0 до 18 лет. Удельный вес ОТ в структуре острых респираторных инфекций составил 9,7%.

Заключение. Учитывая популяционную частоту острого тонзиллита, в том числе БГСА-этиологии, возможно предопределять потребность в антибиотиках при остром тонзиллите у детей.

272

СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ ДЕВОЧЕК В НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЬЯХ

Чижова Ж. Г., Сивакова О. В., Дерина Е. А., Илларионова А. П.

Смоленская государственная медицинская академия

Актуальность. Особую тревогу вызывают дети, проживающие в неблагополучных семьях. Подростки и особенно девочки в большей степени подвержены жестокому обращению сексуального характера. В педиатрической практике проблема сексуального насилия над детьми часто умалчивается и предрасполагающие факторы не учитываются, не изучен и стиль воспитания девочек, проживающих в неблагополучных семьях.

Цель исследования: изучить модель воспитания девочек в неполных семьях.

Пациенты и методы. Объектом исследования стали 150 девочек, 50 из них проживали в неблагополучных семьях и имели факт сексуального насилия (основная группа наблюдения). В 1 группу сравнения включены 50 девочек, которые вступили в половую жизнь добровольно в возрасте 13–15 лет. 2-ю группу сравнения составили сексуально неактивные девочки ($n = 50$), по отношению к ним не совершалось попыток насилия и других действий сексуального характера.

Результаты. В семьях девочек основной группы наблюдения, преобладал потакающий стиль воспитания (32,0%), что на 6,0% больше, чем в 1-й группе сравнения и на 16,0% больше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). По мнению подростков «безразличное» отношение наблюдалось в семьях основной группы наблюдения. В основной группе наблюдения небольшой процент занимал демократический стиль воспитания (18,0%). Остальные семьи использовали авторитарный стиль воспитания (24,0% против 26,0% и 32,0%). Девочки основной группы определяли взаимоотношения между родителями в их семьях как конфликтные (72,0%) и холодные неэмоциональные (28,0%). В детстве девочки основной группы наблюдения достоверно чаще подвергались физическим наказаниям (44,0%), чем ровесницы групп сравнения. Большая доля девочек, испытавших сексуальное насилие, подвергались в детстве психоэмоциональному давлению со стороны родителей в виде словесных оскорблений, унижений (60,0% против 36,0% и 16,0%, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, девочки, проживающие в неблагополучных семьях, являются группой высокого риска по нарушению здоровья, требуют динамического наблюдения и своевременных профилактических мероприятий.

273

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНОГО БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ, У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ**Чиликина Ю. М., Садыкова Д. И., Сергеева Е. В., Афлятумова Г. Н.***Казанский государственный медицинский университет*

Актуальность. На протяжении последних десятилетий проблема сердечно-сосудистых заболеваний остается актуальной для детского здравоохранения в мире.

Цель исследования: оценить характер изменений содержания сердечного белка связывающего жирные кислоты (БСЖК), у детей и подростков с сердечно-сосудистой патологией, сопровождающейся нарушением сердечного ритма и проводимости.

Пациенты и методы. В исследование включено 100 пациентов с нарушением сердечного ритма и проводимости (61 мальчик и 39 девочек) в возрасте от 3 до 17 лет. Контрольная группа – 21 здоровый ребенок. Было проведено анкетирование, клиническое и лабораторное обследование, электрокардиография, холтеровское мониторирование, эхокардиоскопия и определение вегетативного статуса. Дети были распределены на 5 групп по нозологическим формам: 1 группа – здоровые дети (21 человек), 2 группа – суправентрикулярные аритмии (31 пациент), 3 группа – желудочковые аритмии (23 пациента), 4 группа – атриовентрикулярная блокада (13 пациентов), 5 группа – синдром слабости синусового узла (12 пациентов). Определение сердечного белка связывающего жирные кислоты проводили методом одностадийного твердофазного иммуноферментного анализа с применением двух типов моноклональных антител к антигену БСЖК. Нормальные концентрации БСЖК составляют от 0 до 1 нг/мл (ЗАО Вектор-Бест, г. Новосибирск).

Результаты: показатели у здоровых детей составили от 0,015 до 0,3 нг/мл, среднее значение – 0,133 нг/мл.

- У 2 группы от 0,01 до 1 нг/мл, среднее значение 0,25 нг/мл.
- У 3 группы от 0,062 до 0,5 нг/мл, среднее значение 0,24 нг/мл.
- У 4 группы от 0,04 до 0,3 нг/мл, среднее значение 0,168 нг/мл.
- У 5 группы от 0,042 до 0,5 нг/мл, среднее значение 0,257 нг/мл.

Заключение. Показатели БСЖК были достоверно выше, по сравнению со здоровыми детьми у пациентов с суправентрикулярными аритмиями ($p < 0,05$), с желудочковыми аритмиями ($p < 0,001$), у пациентов с синдромом слабости синусового узла ($p < 0,05$). Результаты анализа могут являться дополнительным критерием для выбора метода лечения.

274

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Чудакова Т. К., Михайлова Е. В., Дудукина Е. С.

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского*

Актуальность. Респираторно-синцициальная вирусная инфекция (РСИ) занимает ведущее место в структуре острых респираторных вирусных инфекций у детей.

Цель исследования: изучение клинических особенностей тяжелой формы РСИ у детей.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 100 больных РСИ в возрасте от 29 дней до 15 лет, из них мальчиков — 63%, девочек — 37%. Дети раннего возраста составили 53 (53%) больных, из них дети 1 года жизни — 16 (30,2%). Этиологический диагноз расшифрован у всех пациентов методом ИФА крови.

Результаты. Больные поступали в стационар на $2,92 \pm 0,97$ день заболевания. Тяжелая форма РСИ зарегистрирована у 8 (8%) детей, все пациенты были в возрасте до 3 лет; из них больные в возрасте до 1 года составили 62,5% и в возрасте до 1 месяца — 12,5%.

Фоновые заболевания выявлены у 87,5% больных с тяжелой формой РСИ: недоношенность, энцефалопатия, анемия у 62,5%; тимомегалия у 50%; врожденные пороки сердца и бронхолегочная дисплазия у 37,5%; гипотрофия у 12,5%.

Поражение нижних дыхательных путей диагностировано у всех больных с тяжелой формой (пневмония — в 75% случаев и обструктивный бронхит — в 25%). У 87,5% больных с тяжелой формой РСИ наблюдали развитие синдрома бронхиальной обструкции (БОС) с дыхательной недостаточностью (ДН) 2–3 степени на $2,43 \pm 0,78$ сутки заболевания, снижением сатурации кислорода до 81%, апноэ (у 12,5% больных), что являлось показаниями к проведению больным ИВЛ.

Заключение. Тяжелая форма РСИ чаще встречается у детей раннего возраста с фоновой патологией, характеризуется поражением нижних дыхательных путей, развитием БОС и ДН 2–3 степени.

275

ОСОБЕННОСТИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**Чудакова Т. К., Михайлова Е. В.***Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского*

Актуальность. Аденовирусная инфекция (АИ) занимает в структуре острых респираторных вирусных инфекций до 10–15%.

Цель исследования: изучение клинико-лабораторных особенностей АИ у детей на современном этапе.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 72 больных АИ в возрасте от 3,5 месяцев до 14 лет. Мальчиков было 40 (55,6%), девочек – 32 (44,4%). Этиологический диагноз расшифрован у всех пациентов методом ИФА крови. У больных определяли С-реактивный белок (СРБ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и гематологический показатель интоксикации (ГПИ).

Результаты. Среднетяжелая форма АИ диагностирована у 48 (66,7%) больных, среди них дети раннего возраста составили 62,5%. Тяжелая форма АИ установлена у 24 (33,3%) пациентов, среди них дети раннего возраста составили 75%. У больных тяжелой формой АИ были выражены симптомы интоксикации: повышение температуры тела до 39°С (в 91,7% случаев), выше 39°С (8,3%), адинамия (75%), гемодинамические нарушения (50%), нейротоксоз (41,7%). У больных АИ наблюдали катаральные симптомы: ринофарингит (в 75% случаев), фаринготонзиллит (16,7%), конъюнктивит (8,3%).

У 79,2% больных АИ со среднетяжелой формы установлено поражение нижних дыхательных путей: в виде бронхита (73,7%), обструктивного бронхита (21%) и пневмонии (5,3%).

У 91,7% больных с тяжелой формой АИ диагностированы пневмония (54,5%), бронхит (36,4%) и обструктивный бронхит (9,1%).

У больных со среднетяжелой формой АИ наблюдали повышение ГПИ в 3,3 раза, СРБ – в 2 раза и ЛИИ – в 2,5 раза. У больных с тяжелой формой АИ отмечено повышение ГПИ в 5,6 раза, СРБ – в 4 раза и ЛИИ – в 3 раза.

Заключение. Тяжелая форма АИ чаще наблюдается у детей раннего возраста. У 83% больных АИ детей отмечается поражение нижних дыхательных путей. СРБ, ЛИИ, ГПИ являются показателями тяжести заболевания и позволяют прогнозировать развитие тяжелой формы и осложнений.

276

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ПОДРОСТКОВ

Шадрин С. А., Статова А. В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Актуальность. Репродуктивное здоровье формируется в детском и подростковом возрасте: от момента образования зиготы и до точки реализации биологической функции воспроизводства потомства. Исследования последних лет показывают, что до 64% заболеваний, возникающих в этот период, представляют непосредственную или опосредованную угрозу детородной функции.

Цель исследования. Выявление нарушений репродуктивной системы у 14-летних подростков города Краснодара.

Пациенты и методы. Обследовано 578 детей (301 юноша и 277 девушка). Исследование выполнено в рамках углубленной диспансеризации 14-летних подростков города Краснодара. Проведено объективное исследование, оценка физического и полового развития, УЗИ органов репродуктивной системы, исследование гормонального фона по показаниям.

Результаты. Задержка полового развития выявлена практически с одинаковой частотой: у мальчиков 1%, у девочек – 0,7%. При сборе жалоб у 1,8% девушек выявлены те или иные нарушения менструального цикла. Далее всем подросткам обязательно было проведено УЗИ репродуктивных органов.

По результатам УЗИ органов малого таза у 3,2% девочек выявлены структурные нарушения. Уменьшение линейных размеров матки зарегистрировано у 1,4%, киста придатков у 1,4%, жидкость в задаточном пространстве у 0,4%.

Юношам проведено УЗИ органов мошонки, патология выявлена у 13,7%. Самая частая патология по данным ультрасонографии варикоцеле и составила 6,6%, киста придатков – 4,7%, уменьшение линейных размеров яичек отмечено у 1,7%, гидроцеле у 0,7%.

Заключение. Объективно задержка полового развития отмечена почти у 1% подростков, практически с равной частотой среди юношей и девушек. Структурные изменения репродуктивных органов по результатам УЗИ у девочек выявлены у 3,2%, у мальчиков у 13,7%. Углубленная диспансеризация является важным методом доклинической диагностики нарушений репродуктивного здоровья.

277

**ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ
СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО
ПОВРЕЖДЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ****Шайтор В. М., Ежова О. Л.***Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Актуальность. Принятые на сегодняшний день методы диагностики функциональных нарушений сердца не выявляют влияния энергодиффицита на деятельность сердца у детей.

Цель исследования: изучить дополнительные методы диагностики функциональных нарушений сердца у детей с последствиями перинатального повреждения ЦНС постгипоксического генеза

Пациенты и методы. Обследован 91 ребёнок в возрасте от 7 до 14 лет.

Всем детям было проведена ЭЭГ, проба Штанге, проба Руффье. Использовался метод суперпозиционного электромагнитного сканирования (СЭМС), оценивающий степень морфофункциональных изменений кардиомиоцитов.

Результаты. Выявлены отклонения в измеряемых параметрах:

- по данным ЭЭГ: низкая исходная биоэлектрическая активность (≤ 44 мВ), появление пароксизмальной активности и дисфункции стволовых структур при функциональных пробах;
- проба Штанге: низкая устойчивость к транзиторной гипоксии ≤ 30 секунд;
- проба Руффье: неудовлетворительные показатели;
- по данным СЭМС: нарушения метаболизма, нейромедиаторного, ферментного обеспечения.

Заключение. При выявлении характерных отклонений в измеряемых параметрах следует назначить коррегирующую нейрометаболическую терапию для профилактики декомпенсации функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы.

278 ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Шакирова Л. З., Сабитова Д. К.

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. За последние 5 лет в г. Казани практически в 2 раза увеличилась рождаемость детей. Повышение доли детей первого года жизни на педиатрическом участке определяет стратегию детской поликлиники по усилению организационной работы, направленной на профилактику заболеваний и сохранение здоровья детей этой возрастной группы. В приказе МЗ РФ от 21.12.2012 г. № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров...» раздел работы, посвященный профилактическим периодическим осмотрам детей в возрасте от 0 до 1 года, существенно расширен и нацелен на более качественное медицинское обслуживание.

Цель исследования. Оценка эффективности и поиск резервов для совершенствования диспансеризации детей грудного возраста на педиатрическом участке детской городской поликлиники.

Пациенты и методы. Сравнительный анализ состояния здоровья 100 детей (исследуемая группа и группа сравнения по 50 детей) по 40 индивидуальным показателям в конце первого года жизни за периоды до и после исполнения приказа МЗ РФ № 1346н. Группы отобраны методом случайной выборки из базы данных компьютерной программы «Витакарта» и сопоставимы по анамнезу и исходным параметрам здоровья при рождении.

Результаты. Итогами реализации нового порядка диспансеризации по сравнению с предшествующим периодом явились: рост на 3,3% вскармливания грудью и на 3,5% индекса здоровья детей; снижение кратности острых заболеваний на одного ребенка с 1,35 до 0,95. Помимо этого на 24% вырос охват детей дополнительным обследованием и прививками (99,4–100%). Отмечены лучшие темпы физического и нервно-психического развития.

Однако не в полной мере была поведена вакцинация против гепатита В — 98,9%, что является резервом для дальнейшего совершенствования диспансеризации. Дискутируется целесообразность осмотра психиатра, поскольку в этом возрасте выявить «тонкие» отклонения невозможно, а грубая патология ЦНС определяется с рождения.

Заключение. В целом же новый порядок диспансеризации обеспечивает высокое качество осмотров грудных детей на педиатрическом участке.

279 ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ШКОЛЬНИКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Шакирова А. Т., Файзуллина Р. А.

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Нарушения углеводного и липидного обменов, возникающие на фоне формирования избыточной массы тела у детей и подростков, играют значительную роль в развитии метаболического синдрома, инсулинорезистентности и сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: оценить некоторые показатели липидного и углеводного обмена у школьников с различными параметрами физического развития.

Пациенты и методы. Обследовано 133 ребенка в возрасте от 7 до 17 лет с различными параметрами физического развития. 30 детей имело дефицит массы тела (ДМТ) 1 и 2 степени, 58 человек было со средним физическим развитием, 45 — с избытком массы тела (ИзбМТ) 1 и 2 степени. Для определения массовой доли жировой ткани в организме использовали формулы Слотера. Липидный и углеводный обмен оценивали по уровню холестерина, ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов, глюкозы в сыворотке крови.

Результаты. Массовая доля жировой ткани в организме коррелирует с уровнем холестерина в крови у детей с ИзбМТ ($r = 0,44$, $p = 0,01$), а также с показателем ЛПНП крови у детей со средним физическим развитием ($r = -0,46$, $p = 0,01$), что подтверждает гипотезу об ухудшении липидного обмена по мере увеличения массы тела.

Выявлено, что у детей со средним физическим развитием и ДМТ содержание ЛПВП достоверно выше, чем у их сверстников с ИзбМТ ($2,26 \pm 0,41$ ммоль/л, $n = 34$ и $1,9 \pm 0,52$ ммоль/л, $n = 17$, соответственно, $p = 0,01$).

Коэффициент атерогенности у школьников, имеющих лишний вес, оказался выше, чем у детей со средним физическим развитием и ДМТ ($1,35 \pm 0,86$, $n = 17$ и $0,95 \pm 0,27$, $n = 34$, соответственно, $p = 0,02$).

Гликемия у детей с ИзбМТ также достоверно выше, чем у школьников со средним физическим развитием и ДМТ ($4,66 \pm 0,36$ ммоль/л, $n = 34$ и $4,49 \pm 0,43$ ммоль/л, $n = 67$, соответственно, $p = 0,04$).

Заключение. Изменения в физическом развитии у детей школьного возраста характеризуются не только вариабельностью его параметров, но и сопровождаются или приводят к метаболическим нарушениям, которые в дальнейшем способствуют развитию болезней «взрослых», таких как метаболический синдром, ожирение, сахарный диабет.

280

ВЛИЯНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

Шапошникова М. В., Богомолова Е. С., Чекалов Н. Г., Ковальчук С. Н.,
Максименко Е. О., Киселева А. С.

Нижегородская государственная медицинская академия

Актуальность. Одной из глобальных проблем современных школьников является гипокинезия. Она существенно снижает устойчивость организма, особенно детского, к вредным влияниям окружающей среды. Поэтому актуальным становится активное использование различных двигательных режимов в системе школьного образования.

Цель исследования: оценить влияния различных двигательных режимов на физическое здоровье школьников.

Пациенты и методы. Изучено состояние физического развития (ФР) и уровня функциональных резервов (УФР) 3994 школьников 7–17 лет в 8 общеобразовательных учреждениях (ООУ) с разными двигательными режимами.

Результаты. В 6 ООУ использовалась традиционная форма организации и содержание двигательной активности детей, включающая 2 занятия физкультурой в неделю и физкультминутки в начальной школе. Двигательный режим воспитанников авторских школ включал два занятия физической культуры в зале, одно на улице и два занятия в бассейне. Занятия проводились с использованием нетрадиционных подходов. Сравнительный анализ показал, доля детей с нормальным ФР в школах с повышенной двигательной активностью составила 75,4%, что превышает долю детей в ООУ с традиционными двигательными режимами — 68,1%. В авторских школах доля детей с повышенной и высокой массой тела была ниже аналогичных значений в ООУ и составила 12,6% и 19,0% соответственно. По результатам скрининг-диагностики УФР у учащихся выявили, что доля детей с отличным УФР среди учеников школы с повышенной двигательной активностью составила 1,3%, что в 2 раза больше, чем в остальных ООУ. Доля школьников с хорошим УФР в авторской школе составила 35,1%, что также превышает уровни всех исследуемых учреждений. Удовлетворительный и неудовлетворительный УФР встречался в 2 раза чаще в ООУ, где использовался традиционный подход к организации физической культуры.

Заключение. Таким образом, модели двигательных режимов, характеризующиеся целенаправленным развитием основных физических качеств и функциональных возможностей организма, оказывают непосредственное влияние на состояние здоровья современных школьников.

281

**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ****Шаробаро В. Е., Бекезин В. В., Сорокина Л. А.***Смоленская медицинская академия*

Актуальность. Высокая распространенность хронического пиелонефрита у детей, склонность к затяжному и рецидивирующему течению, продолжающемуся затем во взрослом возрасте, объясняет актуальность данной темы исследования.

Цель исследования: установить клинико-иммунологические особенности хронического пиелонефрита у детей.

Пациенты и методы. У 129 детей с пиелонефритом, протекавшим на фоне atopического дерматита, до 12 лет и 40 здоровых изучали показатели Т-, В-клеточного звеньев иммунитета, определяли общее число лимфоцитов и экспрессии ко-рецепторных молекул CD3, CD4, CD8, CD11b, CD14, CD16, CD20, CD23, CD54, CD71, CD95, CDDR методом непрямой иммунофлюоресценции, а функциональную активность нейтрофилов периферической крови — методом хемилюминесценции. Изучали спонтанную и стимулированную (зимозаном) хемилюминесценцию (ХЛ), вычисляли коэффициент активации.

Результаты. В активную стадию пиелонефрита были повышены CD8 и CD16, снижены CD3 и иммунорегуляторный индекс, что свидетельствует об активации супрессорно-цитотоксической субпопуляции Т-лимфоцитов. Выявлена активация В-клеточного звена иммунитета, из-за увеличения лимфоцитов с маркерами CD20 и числа зрелых В-клеток с низкоаффинными рецепторами к Fc-фрагменту IgE CD23. Наблюдалось повышение уровня CD95, активированных Т-, В-лимфоцитов, пролиферирующих клеток, имеющих рецептор к трансферрину (CD71, CDDR). В период ремиссии выраженность изменения показателей снижалась. В активную стадию пиелонефрита — повышение уровня спонтанной и стимулированной ХЛ нейтрофильных фагоцитов и снижение коэффициента активации, свидетельствовало о напряженности адаптационно-защитных механизмов фагоцитирующих клеток у этих детей. В период частичной ремиссии пиелонефрита показатели ХЛ имели тенденцию к снижению, но у большинства больных оставались еще повышенными, что свидетельствует о незавершенности патологического процесса.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о наличии изменений Т-, В-клеточного звеньев иммунитета у больных пиелонефритом, могут использоваться как дополнительные диагностические критерии.

282

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЗА ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Шахова О. А., Попова И. В., Токарев А. Н., Докучаева С. Ю.

Кировская государственная медицинская академия

Актуальность. Физическое развитие является одним из объективных показателей оценки состояния здоровья детей.

Цель исследования. Мониторинг антропометрических показателей детей первого года жизни за двадцатилетний период, проживающих в Кировской области.

Пациенты и методы. Обследовано 2782 ребенка первого года жизни, родившихся в 1994 г., и 2436 детей, рожденных в 2014 г. Проводилась оценка основных антропометрических показателей: длины и массы тела, окружности грудной клетки и головы с помощью общепринятых методов.

Результаты. Анализ полученных результатов позволил установить, что масса и длина тела, окружности грудной клетки и головы у детей, рождённых в 2014 г. по сравнению с появившимися в 1994 г. были снижены. Наибольший интерес представляли полученные данные по ежемесячным приростам основных антропометрических показателей в течение первого года жизни. Наибольшие прибавки в массе тела у детей отмечались в первые два месяца жизни, причём у мальчиков приросты составляли от 1010 до 1090 грамм, у девочек от 700 до 911 грамм. Выявлено, что приросты массы тела у детей, появившихся в 2014 г., происходили более равномерно, чем у рожденных в 1994 г. При этом масса тела в год у детей в 2014 г. была ниже, чем в 1994 г. В свою очередь длина тела в год у мальчиков и девочек в 2014 г. была выше, чем в 1994 г. Выравнивание размеров окружностей грудной клетки и головы происходило у детей в 1994 г. в возрасте 3 месяцев, а в 2014 г. в возрасте 1 месяца. Окружность грудной клетки в год, как у мальчиков, так и у девочек в 2014 году была ниже, чем в 1994 г.

Заключение. Таким образом, как показал мониторинг антропометрических показателей детей первого года жизни за двадцатилетний период, в настоящее время у данной когорты населения отмечается тенденция к астенизации, что выражается в более высоком росте детей в год и уменьшении у них массы тела и окружности грудной клетки.

283

**КЛИНИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ****Шебалина А. О., Шмакова О. В., Анфиногенова О. Б.***Кемеровская государственная медицинская академия*

Актуальность. Принципиально важным является сочетанный характер поражения органов пищеварения, особенно проявляющийся в подростковом возрасте, так как зачастую это связано с мультифакторностью причин формирования и полигенным типом наследования.

Цель исследования: выявить особенности течения хронических гастродуоденитов у подростков в разные периоды пубертата.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 165 подростков от 10 до 17 лет с хроническим гастродуоденитом (ХГД), с некоторым преобладанием лиц женского пола (52,7%). Среди пациентов преобладали подростки раннего подросткового возраста (45,4%). Диагностика хронического гастродуоденита проводилась в соответствии со стандартами обследования (приказ МЗ РФ № 125 1998 г.).

Результаты. У подростков преобладали поверхностные варианты ХГД, которые регистрировались у 130 пациентов (78,8%), эрозивные поражения желудка и дуоденум имели место у 24 человек (14,5%) и у меньшинства (11 чел. — 6,7%) диагностировались гипертрофические формы ХГД. Эрозивные формы ХГД чаще выявлялись (10,3%) среди юношей среднего и позднего подросткового возраста, тогда как гипертрофические варианты ХГД преимущественно наблюдались у юношей с I–II стадиями половой зрелости. У 1/3 подростков (34,5%) регистрировались рефлюксы, с преобладанием дуоденогастральных. У 19 пациентов (11,5%) документировали гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь. Частота рефлюксов была снижена среди подростков среднего подросткового возраста. У 53,9% подростков диагностировалась дисфункция билиарного тракта, преобладали гипермоторные нарушения вне зависимости от стадии полового развития.

Заключение. Таким образом, у юношей с III–V стадиями половой зрелости чаще регистрировались эрозивные формы, а раннем периоде — гипертрофические ХГД, у девушек преобладали поверхностные формы ХГД вне зависимости от стадии половой зрелости, сочетание с рефлюксами и дисфункцией билиарного тракта у лиц обоего пола также не выявило подобной зависимости.

284

ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА СЕРОТОНИНА И ПЕРИОД АДАПТАЦИИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Шейбак Л. Н., Протасевич Т. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность. В условиях гипоксии в организме новорождённых возможно повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера, что может иметь определённое значение в трактовке динамики уровня биогенных аминов в крови. Табакокурение негативно влияет на все органы и системы развивающегося плода.

Цель исследования. Изучение показателей обмена серотонина при рождении и течения периода ранней адаптации у доношенных новорождённых детей от матерей с хронической никотиновой зависимостью.

Пациенты и методы. Было обследовано 40 новорождённых детей от матерей с никотиновой зависимостью (основная группа). Контрольная группа — 24 здоровых ребёнка от матерей с физиологическим течением беременности.

В сыворотке пуповинной крови проведено исследование уровня триптофана, 5-гидрокситриптофана, серотонина, 5-гидроксииндолуксусной кислоты хроматографическим методом. При сравнении независимых групп использовался непараметрический метод — критерий Манна-Уитни.

Результаты. В период ранней неонатальной адаптации изменения неврологического статуса наблюдались у 85% новорождённых основной группы. У 12 детей отмечался синдром угнетения, у 22 — синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Более выраженная убыль массы тела и медленное её восстановление наблюдалась у детей основной группы в сравнении с контрольной ($p < 0,05$). В результате исследования установлено статистически значимое снижение уровня триптофана — 58,4 [49,2; 71,6] нмоль/мл, $p = 0,02$ и 5-гидрокситриптофана у новорождённых от матерей с хронической никотиновой интоксикацией — 16,8 [10,2; 22,4] нмоль/л, $p = 0,04$. Содержание серотонина и продукта его деградации не отличалось в исследуемых группах ($p > 0,05$).

Заключение. Хроническая никотиновая интоксикация оказывает неблагоприятное влияние на организм новорождённого ребёнка и приводит к нарушению периода адаптации. У детей от матерей с никотиновой зависимостью при рождении снижено содержание предшественников серотонина, что свидетельствует о нарушении в условиях гипоксии процессов синтеза данного биогенного амина.

285

**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕЗНАДЗОРНЫМ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В РЕГИОНЕ****Шигаев Н. Н.***Саратовская областная детская клиническая больница*

Актуальность. Проблема безнадзорных детей актуальна в настоящее время в России. На уровне страны она стала решаться в связи с вступлением в действие ФЗ № 120 от 24 июля 1999 года. Профилактика безнадзорности — межведомственная проблема. Медицинские работники ее решают в силу своей компетентности. Необходимо проведение мероприятий по оказанию медицинской помощи безнадзорным детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Цель исследования: улучшить эффективность оказания медицинской помощи безнадзорным несовершеннолетним.

Пациенты и методы. Рассматривается госпитализированная заболеваемость безнадзорных несовершеннолетних в ЛПУ Саратовской области. Взята сплошная выборка безнадзорных несовершеннолетних, поступивших в ЛПУ региона за 2011–2013 гг. Методом сравнительного анализа оцениваются показатели заболеваемости среди безнадзорных несовершеннолетних и среди всех детей от 0 до 17 лет.

Результаты. Выявлена следующая тенденция: среди безнадзорных несовершеннолетних преобладает госпитализированная заболеваемость болезнями нервной и дыхательной систем. В то время как в структуре общей заболеваемости всех детей от 0 до 17 лет в Саратовской области лидируют болезни дыхательной и пищеварительной систем.

Среди госпитализированных несовершеннолетних имеются здоровые дети, поступившие в стационар по социальным показаниям, их удельный вес колебался в течение 2010–2013 гг. от 18 до 24%.

Заключение. Госпитализированная заболеваемость безнадзорных несовершеннолетних в Саратовской области с каждым годом растет. Требуется координировать действия по оказанию медицинской помощи данной категории детей. Поэтому профилактика безнадзорности является приоритетной задачей в отношении решения проблем социальной поддержки и медицинской коррекции выявленных отклонений в состоянии здоровья детей и подростков.

286

ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Шимченко Е. В., Клещенко Е. И.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Актуальность. В связи с интенсивным развитием неонатальной реанимационной службы все большее место в структуре заболеваемости детей первого года жизни занимают перинатальные поражения нервной системы.

Цель исследования: определить особенности вскармливания детей первого года жизни, перенесших критические состояния в периоде новорожденности.

Пациенты и методы. В исследование включено 52 ребенка с тяжелыми последствиями перинатального поражения головного мозга в форме вторичной микроцефалии, спастического тетрапареза, грубой задержки психомоторного развития, получавшие лечение в педиатрическом отделении. Дети были разделены на две группы: 27 детей в возрасте до 6 месяцев и 25 детей в возрасте от 6 до 12 месяцев.

Результаты. Все дети имели различной степени выраженности проявления вегето-висцерального синдрома в форме желудочно-кишечных дисфункций. 29 детей (55,7%) получали зондовое питание. В первой группе у 25 детей (92,5%), а во второй группе у 19 детей (76%) отмечались срыгивания с развитием микроаспирационного синдрома у 18 детей (40%). Дефицит массы тела выявлен у 30 детей (57,7%).

Доказана роль вегетативной нервной системы в патогенезе аллергических реакций. Проявления пищевой аллергии выявлены у большинства детей с тяжелым перинатальным поражением головного мозга: у 18 детей (66,7%) первой группы и у 21 ребенка (84%) второй группы, что требовало назначения гипоаллергенных смесей.

В отделении вскармливание детей первой и второй группы с проявлениями гастроэзофагального рефлюкса проводилось смесью «Нан антирефлюкс», дополнительным преимуществом которой является частично гидролизированный белок. Это позволило уменьшить риск развития микроаспирационного синдрома, аллергических проявлений, а также в течение месяца снизить дефицит массы тела у детей первой группы на 16,5%, у детей второй группы на 12%.

Заключение. У детей первого года жизни, перенесших критические состояния, использование смесей, коррегирующих дисфункции желудочно-кишечного тракта и обладающих гипоаллергенными свойствами, имеет первостепенное значение.

287

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ**Шишова А. В., Жданова Л. А., Салова М. Н.***Ивановская государственная медицинская академия*

Актуальность. Увеличение числа перинатальных поражений центральной нервной системы (ПП ЦНС), на фоне которых развиваются заболевания, обуславливает актуальность применения нейросоматического подхода к реабилитации детей с хроническими соматическими заболеваниями.

Цель исследования: дать сравнительную характеристику состояния здоровья и социальной адаптации детей с последствиями ПП ЦНС ($n = 123$) и без них ($n = 120$) в процессе обучения в начальной школе.

Пациенты и методы. Изучена динамика здоровья учащихся в течение первых четырех лет обучения. Успех адаптации к школьной среде определялся по показателям социометрического опроса (по Л. Л. Коломенскому) и оценке успеваемости в первом и четвертом классах.

Результаты. Около половины детей с последствиями ПП ЦНС имели отклонения физического развития за счет дефицита массы тела и реже — избытка. Среди неврологически здоровых эти нарушения выявлены в начале обучения у трети учащихся, в 4 классе не отмечены.

Школьники с последствиями ПП ЦНС имели более низкие значения показателей интеллектуального развития. По сравнению с неврологически здоровыми, они имели меньший средний балл по учебным предметам ($3,47 \pm 0,08$ и $3,94 \pm 0,11$, $p < 0,05$) и поведению ($3,53 \pm 0,07$ и $4,12 \pm 0,09$, $p < 0,05$).

Социальный статус был ниже у детей с последствиями ПП ЦНС. Среди них чаще выявлялись «неприятные» (40% — в 1-м и 32,26% — в 4 классе), лишь среди них были «изолированные» дети.

У неврологически здоровых детей дебют хронических болезней приходился на дошкольный возраст или начало обучения. У детей с последствиями ПП ЦНС заболевания формировались в раннем и дошкольном возрасте, имели более тяжелое течение. Обострения хронических соматических заболеваний совпадали с ухудшением неврологического статуса.

Заключение. Это свидетельствует о нейросоматическом генезе патологии и требует невролого-педиатрического подхода в реабилитации.

288

БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЗДОРОВЛЕНИЮ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Шишова А. В., Жданова Л. А., Мандров С. И., Ланина Е. А., Прощина И. М.

Ивановская государственная медицинская академия

Актуальность. Многочисленные исследования характеризуются отсутствием хронобиологического подхода к изучению механизмов рецидивирования бронхолегочных заболеваний, а также совершенствованию оздоровительных мероприятий.

Цель исследования: изучить особенности биологических ритмов дошкольников с различной частотой острой респираторной заболеваемости.

Пациенты и методы. Проведено изучение хронобиологических характеристик состояния здоровья у эпизодически (ЭБД, n = 120) и часто болеющих ОРЗ (ЧБД, n = 136) детей 3–6 лет.

Результаты. Выявлено, что для ЭБД характерна последовательная сопряженность максимумов активности физиологических функций на протяжении дня. У ЧБД выявлено нарушение биологических ритмов, характеризующееся смещением доверительного интервала акрофазы большинства показателей на время ночного и дневного сна, которое, обуславливая избыточное напряжение и перенапряжение адаптивных механизмов, ведет к ограничению социальной дееспособности этих детей. Обнаружена высокая частота нарушений циркадианных ритмов у ЭБД, имеющих индекс рецидивности 0,25–0,32 (группа риска), что приближает их по биоритмологическим характеристикам к группе ЧБД.

Выявленные особенности диктуют необходимость организации обследования детей группы риска. В случае выявления нарушения слаженности биологических ритмов основных физиологических функций, у этих детей необходимо проводить мероприятия, направленные на повышение резистентности и оптимизировать режим дня.

Заключение. Оценка эффективности проведенных комплексов показала, что к концу пребывания на экспериментальном режиме у дошкольников из группы риска отмечалось уменьшение заболеваемости в 2 раза по сравнению с контрольной группой. Количество дней, пропущенных одним ребенком по болезни, сократилось на 12 дней, а в контрольной — на 3 дня.

289

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЧАСТОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**Шовкун В. А., Лутовина О. В., Васильева Л. И., Брагина Л. Е.,
Пятницкая С. А., Швыдченко Н. Ю., Орлова Л. Н.***Ростовский государственный медицинский университет*

Актуальность. Нормальная микробиота толстого кишечника и верхних дыхательных путей (ВДП) имеет большое значение для морфофункционального созревания иммунной системы ребенка, особенно в первые годы жизни. В связи с этим развитие дисбиозов кишечника и ВДП у детей раннего возраста следует рассматривать как важный патогенетический механизм возникновения у них иммунных нарушений и формирования склонности к повторным инфекционным заболеваниям и в частности дыхательной системы. Соответственно возможно прогнозирование высокого риска перехода ребенка в категорию часто болеющих респираторными заболеваниями детей на основании анализа характера дисбиотических сдвигов в составе микробиоты кишечника и ротоглотки.

Цель исследования. Обоснование прогностической роли дисбиозов кишечника и ротоглотки в возникновении повторных ОРЗ у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Обследовано 96 детей раннего возраста из группы часто болеющих респираторными заболеваниями. Группу сравнения составили 28 детей второго-третьего года жизни, болевших ОРЗ в предшествующие годы эпизодически (1–3 раза в год). Исследовали микрофлору толстого кишечника и слизистой ротоглотки стандартным микробиологическим методом с выделением аэробных и анаэробных микроорганизмов, а также определяли титры вирусных антигенов мазках из ротоглотки и в фекальном материале через 3 и более недель после перенесенного острого инфекционного заболевания дыхательной системы.

Результаты. Установлено, что при обнаружении антигенов вирусов в концентрации $\geq 10^5$ в сочетании с дисбиозом кишечника III степени и дисбиотическими изменениями в составе микробиоты ротоглотки можно прогнозировать предрасположенность к высокой частоте ОРЗ и их длительному течению.

Закключение. Полученные данные позволяют рекомендовать более широкое выполнение микробиологического обследования детей раннего возраста для своевременного выявления группы риска, нуждающейся в комплексной коррекции микроэкологических нарушений, направленной на предупреждение частого возникновения острых бронхолегочных заболеваний.

290
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ
У ДЕТЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА

Шрамко В. В.

Детская городская клиническая больница № 5, Кемерово

Актуальность. Переломы костей носа наиболее часто встречаются в структуре травматических повреждений ЛОГ-органов у детей. При выборе метода анестезиологического пособия необходимо придерживаться следующих критериев: кратковременность, быстрая индукция, легкая управляемость, минимизация осложнений. Учитывая выше перечисленные критерии, применение ингаляционного наркоза с применением ларингеальной маски, является самым оптимальным.

Цель исследования. Оценка предложенной методики проведения анестезиологического пособия при переломах костей носа у детей.

Пациенты и методы. Репозиции костей носа проводились детям от 3 до 16 лет. Анестезиологическое пособие проводили ингаляционными анестетиками (севофлюран, севофлюран и закись азота) с использованием ларингеальной маски. Контроль над уровнем стадии обезболивания проводился при помощи BIS-мониторинга. Выбор анестетика зависел от возраста ребенка: до 5 лет — севофлюран, старше 5 лет от объема операции. Применение только репозиции-севофлюран, при необходимости тампонады и наложении гипсовой повязки: севофлюран в сочетании с закисью азота. По достижению показаний BIS мониторинга 45–55% устанавливалась ларингеальная маска, при пробуждении и показателей BIS мониторинга — 70%, ларингеальная маска удалялась. Длительность пособия составила 10–20 минут.

Результаты. Применение севофлюрана дает ряд преимуществ: быстрая индукция в наркоз, легкая управляемость, гладкий выход из наркоза. Использование лирингеальных масок практически исключает нарушение дыхания, аспирацию, создает комфортные условия для работы хирурга. Уровень глубины анестезии, контролируемый BIS мониторингом, достаточный при показателях 45–55%.

Заключение. Оперативные вмешательства при переломах костей носа у детей предпочтительней проводить под ингаляционным наркозом (севофлюран, севофлюран + закись азота) с использованием ларингеальных масок. Данная методика, учитывая все преимущества и профилактику осложнений, может быть рекомендована для практического применения.

291

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ****Штанько С. И., Борщев В. И., Штанько М. В.***Детская городская поликлиника № 1, Таганрог*

Актуальность. Отсутствие средств специфической профилактики и высокая контагиозность требуют проведения комплекса противоэпидемических мероприятий.

Цель исследования. Оценка эффективности неспецифических методов профилактики и противоэпидемических мероприятий в достижении снижения заболеваемости энтеровирусной инфекцией.

Пациенты и методы. На территории обслуживания МБУЗ «Детская городская поликлиника № 1» г. Таганрога в 2013 г. было зарегистрировано подтвержденных методом ПЦР 22 случая энтеровирусной инфекции (заболеваемость 1,09‰), все случаи без поражения ЦНС. Пик отмечался в июне (77,3%). Под медицинское наблюдение было взято 469 контактных детей. С целью локализации очагов проведены противоэпидемические мероприятия и методы неспецифической профилактики:

1. строгая изоляция больных;
2. текущая и заключительная дезинфекция в очагах;
3. медицинское наблюдение за контактными в течение 10 дней: 2-кратная термометрия, осмотр кожи и слизистых, оценка характера стула, а по клиническим показаниям проведение лабораторных исследований (экспресс-тест на антигены энтеровирусов, РНК вируса методом ПЦР);
4. организация фильтров при утреннем приеме детей в детские сады и дошкольные лагеря;
5. ежедневные обходы детских коллективов врачами поликлиники с целью контроля исполнения противоэпидемических мероприятий;
6. ограничение проведения массовых мероприятий;
7. санитарно-просветительная работа с населением: информационные бюллетени, статьи на сайте поликлиники, распространение листовок в многоквартирных домах;
8. ежедневный информационный обмен между ЛПУ города и прилегающих сельских районов;
9. неспецифическая профилактика у контактных с применением индукторов интерферона и пребиотиков.

Результаты. Комплекс проведенных мероприятий позволил сократить заболеваемость и предупредить развитие тяжелых форм энтеровирусной инфекции.

Заключение. Локализация очагов энтеровирусной инфекции в кратчайшие сроки возможно только при неукоснительном исполнении требований санитарного законодательства.

292

АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ БЕЛКА КОРОВЬЕГО МОЛОКА

Шуматова Т. А., Зернова Е. С., Григорян Л. А., Катенкова Э. Ю.,
Приходченко Н. Г.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Актуальность. Проблема болезней с наследственной предрасположенностью остается нерешенной до конца. Изменения метаболизма фолиевой кислоты вызывают дестабилизацию генома. Данные изменения способны вызывать аномальную экспрессию противовоспалительных цитокинов. В связи с этим, изучение влияния полиморфизмов генов фолатного цикла на формирование пищевой непереносимости (ПН) у детей является актуальным.

Цель исследования: изучение связи полиморфизма генов фолиевой кислоты с развитием непереносимости белка коровьего молока у детей.

Пациенты и методы. Проведено молекулярно-генетическое исследование на носительство полиморфизмов генов MTHFR C677T, MTHFR A1298C и MTRR A66G у 30 детей с ПН (непереносимость белков коровьего молока) в возрасте от 5 до 12 месяцев. Полиморфизм генов тестировали с помощью методик, основанных на полимеразной цепной реакции. Для сравнения частот генотипов и аллелей между исследуемыми группами использовали критерий χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность.

Результаты. Установлено, что гомозиготный вариант TT гена MTHFR C677T увеличивает риск ПН в 2,3 раза, гетерозиготный вариант CT MTHFR C677T не повышает риск развития ПН. Аллель T гена MTHFR C677T повышает риск развития ПН в 1,4 раза. Гомозиготный вариант AA гена MTHFR A1298C увеличивает риск развития ПН в 1,5 раза, гетерозиготный вариант AC этого же гена — в 1,3 раза. Наличие аллели C повышает риск развития данной патологии в 2 раза. Носительство гомозиготного варианта GG гена MTRR A66G повышает риск развития ПН в 2,8 раза, гетерозиготного варианта AG этого гена — в 1,2 раза. Выявление аллели G увеличивает риск развития ПН в 2,2 раза. Носительство гомозиготного варианта GG гена MTR A2756G повышает риск данной патологии в 3,4 раза, наличие гетерозиготного варианта (AG) — в 1,2 раза.

Заключение. Полученные в исследовании данные свидетельствуют о том, что полиморфизм генов фолатного цикла имеет высокую патогенетическую значимость в формировании пищевой непереносимости у детей.

293

**ОСОБЕННОСТИ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ
В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА И ТОНКОЙ КИШКИ
У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ****Шуматова Т. А., Григорян Л. А., Зернова Е. С., Приходченко Н. Г., Ни А. Н.***Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток*

Актуальность. В последние десятилетия во всем мире отмечается рост аллергопатологии. В этом отношении особое внимание уделяется пищевой гиперчувствительности (ПГ) у детей, что обусловлено отсутствием ранних достоверных методов диагностики и недостаточной эффективностью имеющихся способов лечения. В связи с этим разработка новых методов диагностики данной патологии весьма актуальна у детей.

Цель исследования: изучить особенности межклеточных взаимодействий в слизистой оболочке желудка и тонкого кишечника у детей раннего возраста с пищевой гиперчувствительностью.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 39 детей с белковой энтеропатией (непереносимость белков коровьего молока) в возрасте от 1,5 до 12 месяцев. Всем пациентам осуществлено комплексное клиничко-иммунологическое, биохимическое и функциональное обследование в динамике, в периоде выраженных клинических проявлений была проведена эзофагогастроэюноскопия с энтеробиопсией. Полученный биопсийный материал изучали с помощью метода фазовоконтрастной микроскопии и иммуногистохимии.

Результаты. При эндоскопическом обследовании слизистой оболочки желудка (СОЖ) и тонкого кишечника (СОТК) у всех пациентов определялись зоны гиперемии и отека, у 21 (53,8%) — отмечалась лимфонодулярная гиперплазия СОТК, по типу симптома «бульжной мостовой». У 17 (43,6%) больных выявлено снижение высоты и сглаженности складок, нарушения макрорельефа слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки, а также рыхлость, белёсость СОТК с явлениями атрофии и симптомом «манной» крупы. Мазки, полученные нами из пристеночной слизи двенадцатиперстной кишки детей, содержали дендритные клетки, лимфоциты, макрофаги, нейтрофилы и слущенные конусовидные эпителиальные клетки. Иммуногистохимические исследования позволили установить наличие интраэпителиальных лимфоцитов в СОТК.

Заключение. Таким образом, формирование ПГ сопровождается изменением состояния местного иммунитета и нарушением иммунного гомеостаза ЖКТ. Полученные данные могут служить моделью для разработки алгоритма патогенетической терапии при применении лечебных препаратов.

294

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ В СИСТЕМЕ «МАТЬ–ПЛАЦЕНТА–ПЛОД»

Шумилов П. В., Ильина А. Я., Чугунова Е. А., Шифрин Ю. А., Целоева Х. И.,
Науменко М. Г., Побединская О. С., Амирасланова М. М.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени
Н. И. Пирогова, Москва*

Актуальность. Одним из основных факторов, наиболее влияющим на состояние здоровья плода и новорожденного является состояние здоровья женщин во время беременности. Необходимо отметить, что особое место в структуре осложнений у беременных, включая синдром потери плода, занимает наследственная тромбофилия.

Цель исследования. Оценка состояния здоровья женщин с наследственной тромбофилией в системе «мать–плацента–плод».

Пациенты и методы. В исследовании участвовали беременные женщины с наследственной тромбофилией. В I группу входили женщины без тромботического анамнеза (n = 22) во II группу – женщины с тромботическим анамнезом (n = 22).

Результаты. У 19 из 22 (86%) женщин I группы и у 21 из 22 (95%) женщин II группы обнаружена комбинация мутаций в генах MTHFR и PAI-1. У 85% женщин I группы диагностирован гетерозиготный генотип 5g/4g PAI-1 в сочетании с гетерозиготным генотипом C/T в гене MTHFR (42%). У 57% женщин II группы определен гомозиготный генотип 4g/4g PAI-1, в сочетании с гомозиготным генотипом C/C в гене MTHFR (24%). У женщин II группы в 1,6 раза чаще по сравнению с I группой определялись мутации в гене MTRR и в гене CPLA. Кроме того по сравнению с I группой во II группе чаще отмечались: амиопия – в 3,5 раза, патология вен нижних конечностей – в 2 раза АФС – в 1,5 раза, эрозия шейки матки и миома матки – в 2 раза, гестоз – в 2 раза. Невынашивание беременности во II группе составило 55%, СПП – 55% и привычное невынашивание беременности – 14%.

Заключение. Таким образом, состояние здоровья беременных женщин с наличием тромботического анамнеза определялось диагностикой наследственной тромбофилии, а также осложненным соматическим, гинекологическим, и акушерским анамнезом, что требует дальнейшей разработки алгоритма лечения данной категории женщин с целью профилактики развития осложнений во время беременности и в родах, определяющих состояние здоровья ребенка в будущем.

295 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ

Эйберман А. С., Черненко Ю. В., Гуменюк О. И.

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского*

Актуальность исследования обусловлена длительным пребыванием школьников в стенах образовательного учреждения, что в свою очередь сопровождается значительными нагрузками, оказывающими негативное воздействие на детский организм. Наиболее уязвимы к расстройствам адаптации дети в периоды возрастных кризисов: 7–8 лет, пубертатный возраст.

Цель исследования: выявить признаки дезадаптации у школьников из-за отсутствия своевременной коррекции отклонений в состоянии здоровья школьника, что может способствовать переходу незначительных функциональных отклонений в формы хронических заболеваний.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 98 школьников от 6–16 лет, имевших жалобы и клинические проявления синдрома вегето-висцеральных дисфункций и хронической патологии ЖКТ.

Результаты. Включение в стандартную терапию у наблюдаемых пациентов с синдромом вегето-висцеральных дисфункций и хронической патологией ЖКТ пептидного препарата, обладающего анксиолитическим действием, способствовало снятию напряжения адаптации организма в виде нормализации потоотделения, сна, уменьшения раздражительности и тревоги, купировании головной и абдоминальной боли. В то же время, нормализация эмоциональной сферы детей, купирование тревоги и раздражительности способствовали более быстрой положительной динамике со стороны гастродуоденальной патологии.

Заключение. Коррекция дезадаптации у детей школьного возраста может быть немедикаментозной (режим, психотерапия и физиотерапия) и медикаментозной (витамины, психофармакотерапия, гомеопатические средства). В педиатрической практике наиболее часто применяются ноотропные и успокаивающие средства (синтетические и фитопрепараты, травяные чаи и отвары), реже используются антидепрессанты, малые нейролептики, транквилизаторы, психостимулирующие средства. Наличие возможности у препаратов, сочетающих в себе вегетотропный и противотревожный эффекты, вызывать миорелаксирующий и сомногенный эффект, является противопоказанием к их применению, в связи с чем, для устранения психоэмоциональной и вегетативной симптоматики более показаны анксиолитические препараты.

296

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Эйберман А. С., Воротникова Н. А., Мурашова Ю. А.

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского*

Актуальность. До 50% всех аспираций инородных тел вовремя не выявляется. Поздняя диагностика связана с тем, что после аспирации у ребенка на фоне полного здоровья, без катаральных явлений, возникает острый приступ кашля. Симптомы обструктивного бронхита или пневмонии с обструктивным синдромом появляются лишь через несколько дней, если инородное тело проникает глубже. Заболевание приобретает затяжное, трудно поддающееся терапии, течение.

Цель исследования. Ретроспективный анализ диагностики и течения бронхообструкции при подозрении на инородное тело бронхолегочной системы.

Пациенты и методы. Изучены данные анамнеза и результаты полного пульмонологического обследования 12 детей (7 девочек и 5 мальчиков) в возрасте от 7 месяцев до 15 лет с клиникой бронхообструктивного синдрома (БОС). Все проходили лечение в стационаре в течение последних 5 лет с подозрением на инородное тело дыхательных путей и клиническими проявлениями обструктивного бронхита или пневмонии с обструктивным синдромом, имеющих затяжное, трудно поддающееся терапии, течение.

Результаты. Из 12 детей окончательный диагноз «инородное тело дыхательных путей» был подтвержден у 4 пациентов. При этом у ребенка 7 мес. инородное тело было обнаружено в левом нижнедолевом бронхе, у 2 детей, 3 и 6 лет, — в правом нижнедолевом бронхе. У всех детей инородным телом явились орехи. У мальчика 15 лет инородное тело (пластиковая пуля) находилось в левом носовом ходе. У остальных детей были выявлены различные аномалии развития бронхолегочной системы (трахеобронхомалиция, поликистоз и др.) — 4 ребенка раннего возраста. Новообразования: тимома доброкачественная и аденокарцинома среднедолевого бронха были диагностированы у 2 детей в возрасте 11 лет. Экзогенный аллергический альвеолит явился причиной рецидивирующего течения БОС у 2 детей, 4 и 10 лет.

Заключение. В диагностике развития и течения бронхообструктивного синдрома, связанного с аспирацией инородных тел, помогают тщательное изучение анамнеза, проведение рентгенологического исследования, бронхоскопии и, по строгим показаниям, КТ.

297

СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХООБСТРУКЦИИ И РЕФЛЮКСОВ ЖКТ У ДЕТЕЙ**Эйберман А. С., Воротникова Н. А., Чернова П. В.***Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского*

Актуальность. Одна из наиболее распространенных причин развития бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей — привычная микроаспирация жидкой пищи, связанная с дисфагией. До 30% всех случаев рецидивирующего кашля у детей связаны с аспирационным синдромом. Большинство аспирационных осложнений развивается ночью. Образуется первично т. н. «замкнутый круг» — гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) индуцирует развитие бронхоспазма и воспалительного процесса, в свою очередь препараты, применяемые при лечении бронхообструкции, индуцируют ГЭР.

Цель исследования. Ранняя диагностика и своевременное лечение рефлюксных проявлений у детей с бронхообструкцией.

Пациенты и методы. Полное клинико-лабораторное пульмонологическое и гастроэнтерологическое обследование проводилось 70 детям в возрасте от 5 до 15 лет. Все поступили в клинику с признаками БОС и предъявляли в анамнезе жалобы на боли в животе, отрыжку и изжогу, что отмечалось на протяжении 1,5 до 3 лет. Больных с бронхиальной астмой (БА) было 34 чел. (49%), с обструктивным бронхитом — 13 чел. (18%), с бронхопневмониями — 23 чел. (33%). По возрасту: детей 5–8 лет было 6 чел., 9–11 лет — 24 чел., 12–15 лет — 40 чел.

Результаты. В обследованных группах детей гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) был выявлен в 75% случаев при БА, в 53% — при бронхопневмонии и в 51% — при рецидивирующем обструктивном бронхите.

У 50% больных детей с ночной астмой и астмой, плохо поддающейся лечению, выявляется ГЭР, провоцирующий бронхообструктивные реакции при микроаспирации или ваготонии. В 30% случаев типичные клинические признаки регургитации (изжога, отрыжка, боль) отсутствовали, и астма являлась единственным проявлением ГЭР.

Заключение. Выходу из «порочного» круга способствуют ранняя диагностика и своевременная комплексная терапия рефлюксных проявлений у детей с бронхообструкцией.

298 РЕТРОСПЕКТИВА ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Эйберман А. С., Воротникова Н. А., Синайская Е. И.

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского*

Актуальность. Острые бронхиты во многих случаях расцениваются врачами и диагностируются как ОРВИ, при которой в раннем возрасте нередко развивается бронхообструктивный синдром (БОС). Не существует четких различий между этими состояниями, что и затрудняет постановку диагноза.

Цель исследования. Ретроспективный анализ диагностики и течения бронхообструктивного синдрома (БОС) в детском возрасте.

Пациенты и методы. Изучены причины, данные анамнеза и клиничко-лабораторно-инструментального обследования 3061 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 15 лет. Все пациенты находились на лечении в стационаре с клиническими проявлениями БОС. Проведено обследование с использованием методик: спирометрии, рентгенографии, КТ, бронхоскопии, бронхографии, сцинтипневмографии и др. При подозрении на внелегочные причины БОС были использованы дополнительно: рН-метрия, УЗИ, ФГДС, рентгенологическое исследование ЖКТ с контрастированием, ЭКГ, ЛОР-обследование и др.

Результаты. От 30 до 50% госпитализированных детей имели те или иные проявления БОС после перенесенной ОРВИ. Число детей с окончательным диагнозом «пневмония» ежегодно составляло до 60%. В то же время, в течение 5 лет в 1,5 раза увеличилось число детей с бронхиальной астмой (БА) и почти в 4 раза — число детей с различными формами обструктивного бронхита (ОБ). За 5 лет общее количество детей с БА составило 21,6% и с ОБ — 19,3%. В результате развернутого обследования у 33 госпитализированных детей были впервые выявлены: муковисцидоз у 19, инородные тела у 4, пороки развития бронхов у 4, опухоли у 2, альвеолиты и прочие — 6 детей.

Заключение. При затяжном течении, а также при повторных эпизодах бронхообструкции, ребенок должен быть обследован в специализированном пульмонологическом стационаре с использованием современных методик и при необходимости — дополнительных методов обследования.

299

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ И ОБЛАСТИ

Юдицкая Т. А., Гирш Я. В., Алексюшина Л. А.

Областная детская клиническая больница, Омск

Актуальность. Патологическое пищевое поведение часто формируется в детском возрасте под влиянием неправильного воспитания. Оценка различий пищевого поведения городских и сельских детей необходима для дифференцированного подхода к разработке комплекса мероприятий для профилактики детского ожирения.

Цель исследования. Определение различий пищевого поведения детей, проживающих в городе и сельской местности.

Пациенты и методы. 132 ребенка, посещающих сельский детский сад и 179 городских детей в возрасте $5,3 \pm 1,1$ года. Наличие ожирения диагностировали при ИМТ более 95 перцентиля, избыточную массу тела при ИМТ 85–95 перцентиля. Проведено анкетирование 304 родителей (СЕВQ – опросник пищевого поведения детей) с оценкой различий в пищевом поведении по таким аспектам питания, как «реагирование на еду» (FR), «удовольствие от еды» (EF), «ощущение сытости» (SR), «медлительность в приеме пищи» (SE), «суетливость, привередливость в еде» (FF), «эмоциональное переедание» (EOE), «эмоциональное недоедание» (EUE), «желание частого употребления напитков» (DD).

Результаты. Число городских дошкольников с избыточной массой тела/ожирением составило 16,2%, сельских – 13% детей ($p > 0,05$). Ожирение диагностировано у 5,3% дошкольников области и 4,5% детей, проживающих в городе ($p > 0,05$). Число родителей, имеющих избыточную массу тела в области составило 43%, в городе – 40%, ожирение диагностировано у 13,3% родителей, живущих в городе и у 12,3% в сельской местности ($p < 0,0001$).

Найдены различия в пищевом поведении у детей города и села по таким аспектам питания, как EF и FF ($p = 0,002$), определяющие более высокий риск развития избыточного веса у сельских детей. У детей из районов отчетливо выявлялся кластер EUE, DD, EOE, FR, в группе детей города такого кластера получено не было.

Заключение. Не получено достоверного различия в частоте встречаемости избыточной массы тела/ожирения у детей дошкольников, проживающих в городе и области. Дети, проживающие в районах области, в сравнении с городскими детьми, имеют большие нарушения пищевого поведения с риском развития ожирения.

300
ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВЫХ
ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИХ МУТАЦИЙ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ
И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

**Юров И. Ю., Ворсанова С. Г., Коростелев С. А., Зеленова М. А.,
Куричная О. С., Васин К. С., Демидова И. А., Юров Ю. Б.**

*Научный центр психического здоровья, Москва
Научно-исследовательский клинический институт педиатрии российского
национального исследовательского медицинского университета
имени Н. И. Пирогова, Москва
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва*

Актуальность. Внедрение высоких геномных технологий позволило обнаружить новый тип эпигенетических мутаций в виде сегментных унипарентальных дисомий (УПД) небольших хромосомных участков. Предполагается, что данный тип эпигенетической вариабельности может быть связан с патогенезом нервно-психических заболеваний у детей.

Цель исследования: охарактеризовать спектр эпигенетических мутаций в виде сегментных УПД в группе детей с аутизмом и умственной отсталостью.

Пациенты и методы. С помощью полногеномного сканирования вариаций числа копий последовательностей ДНК и эпигеномных изменений на платформе Affymetrix 2.7M было исследовано 200 детей с умственной отсталостью, аутизмом и/или врожденными пороками развития. Оценка клинических последствий УПД проводилась с помощью оригинальной биоинформатической технологии (Iourov et al., 2009; 2014).

Результаты. В ходе исследования было обнаружено, что у 10 детей (5%) обнаружены эпигенетические мутации (сегментные УПД размером примерно 1 млн пн), ассоциированные с умственной отсталостью и аутизмом, а также врожденными пороками развития: 3 УПД, затрагивающие кластеры импринтированных генов в участке 15q11.2; 3 УПД – в участке 11 p15; 2 УПД – в участке 7q21.3; 2 УПД – в участке 7q32.2.

Закключение. В настоящей работе показано, что сегментные УПД, содержащие импринтированные гены, являются новым механизмом болезней импринтинга и выявляются с относительно высокой частотой в группе детей с умственной отсталостью, аутизмом и врожденными пороками развития. Примечательно, что подобные эпигенетические дефекты могут быть выявлены исключительно с помощью высоких технологий полногеномного/эпигеномного сканирования.

Работа поддержана грантом Российского научного фонда (проект № 14-35-00060).

301

**ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА
У ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК****Якубина А. А., Аксенов А. Н., Бочарова И. И., Башакин Н. Ф., Троицкая М. В.,
Букина М. Ю.***Московский областной научно-исследовательский институт акушерства
и гинекологии*

Актуальность. Беременность у женщин с заболеваниями почек сопровождается повышенной частотой акушерских и перинатальных осложнений (угроза прерывания беременности, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность и необходимость преждевременного родоразрешения). Эти осложнения обуславливают увеличение потребности новорожденных в интенсивной терапии.

Цель исследования: изучить особенности течения раннего неонатального периода у новорожденных, родившихся у матерей с хронической болезнью почек (ХБП) в зависимости от наличия хронической почечной недостаточности.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 85 детей. 1 группу составили 50 новорожденных, у матерей которых была диагностирована ХБП I, II стадии. Во 2 группу входило 35 новорожденных, матери которых страдали ХБП III, IV стадий.

Результаты. По сравнению с 1 группой во 2 группе в 6 раз чаще роды были преждевременными (60%), из них 10 беременным произведено родоразрешение в сроке до 34 недель гестации, в связи с нарастанием преэклампсии или нарушением плодово-плацентарного кровотока. Было установлено, что во 2 группе у 24 детей имела место задержка внутриутробного развития (68,5%), из них у 10 новорожденных — ЗВУР III степени, в 1 группе со ЗВУР родились 11 (22%) детей. Синдром дыхательных расстройств, потребовавший перевода на искусственную вентиляцию легких, развился у 13 новорожденных (37%) 2 группы и 2 (4,8%) детей 1 группы. Перинатальные повреждения ЦНС были диагностированы у новорожденных 1 и 2 группы и составили 25 и 57% (12 и 20 детей) соответственно. Внутриутробная инфекция в виде среднетяжелых и тяжелых локализованных форм имела место у 7 новорожденных (14%) из 1 группы, во 2 группе у 14 детей (40%).

Закключение. ХБП у матери, особенно сопровождающаяся хронической почечной недостаточностью, является фактором высокого перинатального риска и оказывает неблагоприятное влияние на состояние здоровья новорожденного. В связи с этим родоразрешение таких пациенток должно осуществляться в учреждениях с хорошо оснащенной неонатологической службой.

СОДЕРЖАНИЕ

Часть I

1	<i>Абасеева Т.Ю., Панкратенко Т.Е., Буров А.А., Лифшиц В.И.</i> Факторы риска формирования хронической болезни почек у детей, перенесших диарея-ассоциированный гемолитико-уремический синдром	1
2	<i>Абдурасулов К.Д., Углева Т.Н., Трегуб Н.В.</i> Физиологические и морфологические особенности миокарда у детей пубертатного периода в условиях циркумполярной гипоксии.	2
3	<i>Акопян А.В., Зоркин С.Н., Воробьева Л.Е., Мазо А.М., Шахновский Д.С., Лаповок М.В.</i> Оценка химического состава мочевых камней с использованием двухэнергетической компьютерной томографии в естественных условиях	3
4	<i>Акопян А.В., Зоркин С.Н., Воробьева Л.Е., Мазо А.М., Шахновский Д.С., Дворяковский И.В.</i> Зависимость частоты повторных сеансов дистанционной литотрипсии от состава конкремента	4
5	<i>Алекаева О.Н., Вотякова О.И., Кузнецова Е.Г., Пахрова О.А.</i> Реологические свойства крови и состояние эндотелия сосудов при бронхолегочной дисплазии у детей.	5
6	<i>Аникин А.В., Каркашадзе М.З., Гетман А.Н., Кузнецова Г.В.</i> Возможности МР-ангиографии в визуализации сосудов головного мозга у детей с цефалгиями	6
7	<i>Анисимов Е.А., Корнеева И.Т., Додонов С.В.</i> Комплексная оценка сердечно-сосудистой системы юных спортсменов по данным объемной компрессионной осциллометрии	7
8	<i>Анисимова А.В., Перевощикова Н.К., Бритвина О.П., Артамонова О.Н.</i> Сравнительная характеристика данных дисперсионного картирования сердца и классической электрокардиографии у школьников	8
9	<i>Баканов М.И., Поляков С.Д., Санфирова В.М., Корнеева И.Т., Соловьёва Ю.В., Бершова Т.В.</i> Особенности изменений биомаркеров ангиогенеза у юных пловцов	9
10	<i>Балалаева И.Ю.</i> Особенности мочекаменной болезни у детей и подростков, проживающих в городе и селе.	10
11	<i>Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева Е.И., Чистякова Е.Г.</i> Об участии общественной организации «Союз педиатров России» в реализации пилотного проекта «Модель отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций»	11
12	<i>Баранова Т.И.</i> Фосфолипидный состав мембран эритроцитов у детей раннего возраста, больных желездефицитной анемией	12
13	<i>Башакин Н.Ф., Бочарова И.И., Троицкая М.В., Якубина А.А., Букина М.Ю.</i> Причины отказов от вакцинации новорожденных детей против гепатита В и туберкулеза по данным анонимного анкетирования женщин	13
14	<i>Баширова Г.И., Малиевский В.А., Коновалова Г.М.</i> Особенности качества жизни детей 5–7-летнего возраста, посещающих образовательные учреждения крупного промышленного города (на примере г. Уфы)	14
15	<i>Бекезин В.В., Пересецкая О.В., Короткая Н.Н., Борсуков А.В.</i> Особенности метаболической адаптации у детей с ожирением в зависимости от стадии фиброза печени.	15
16	<i>Белова Е.Г., Борисов В.С., Борисова М.А.</i> Использование атравматичной гидрогелевой повязки «Апполо» в лечении ожоговых ран у детей в амбулаторных условиях	16
17	<i>Белых Н.А., Плугатаренко Н.А., Доброхотова А.В.</i> Йодная обеспеченность беременных, кормящих матерей и детей грудного возраста в Луганской области.	17
18	<i>Бельдиева С.Н., Ликсонова М.А., Жданова Л.А., Шишова А.В.</i> Образ жизни педагогов общеобразовательных школ	18
19	<i>Бердовская А.Н.</i> Эндотелиальные маркеры сердечной недостаточности	19
20	<i>Бершова Т.В., Баканов М.И., Басаргина Е.Н., Гасанов А.Г.</i> Биохимические маркеры развития сердечной недостаточности у детей с дилатационной кардиомиопатией	20
21	<i>Богомолова Е.С., Котова Н.В., Киселева А.С., Шапошникова М.В., Ковальчук С.Н.</i> Состояние здоровья городских школьников в динамике с 1980 по 2012 г.	21
22	<i>Богомолова Е.С., Бадеева Т.В., Шапошникова М.В., Ашина М.В., Киселева А.Н., Литвинов Ю.А.</i> Факторы риска развития отклонений в здоровье и заболеваний у школьников крупного города	22

23	<i>Бокерия Л.А., Мишевская Е.Б., Крупянко С.М., Неведрова М.Н.</i> Социальные и психологические проблемы в жизни семей детей с врожденными пороками сердца.	23
24	<i>Боконбаева С.Д., Мамбетсадыкова Е.М., Сушанло Х.М., Афанасенко Г.П., Кадырова А.Ш., Ким Е.Г.</i> Однородительская дисомия или синдром Рассела–Сильвера.	24
25	<i>Бокучава Е.Г., Намазова-Баранова Л.С., Торихоева Р.М., Ткаченко Н.Е., Гайворонская А.Г., Гречуха Н.Е., Броева М.И., Шахтахтинская Ф.Ч.</i> Специфическая иммунопрофилактика респираторных инфекций и гриппа у детей с аллергическими болезнями	25
26	<i>Бондарь В.И., Коган С.А., Модестов А.А.</i> Нормативная база как потенциал развития службы центров здоровья для детей (ЦЗ)	26
27	<i>Буслаева А.С., Свиридова Т.В., Венгер А.Л., Лазуренко С.Б., Ртищева М.С.</i> Направления психологической помощи семье ребенка, находящегося в отделении реанимации	27
28	<i>Вахрушева Е.Е., Пономарева О.В.</i> Особенности аллергологического анамнеза у детей, страдающих бронхиальной астмой	28
29	<i>Виниченко С.Н., Перевощикова Н.К., Анисимова А.В., Бурмистрова Е.Ю.</i> Особенности физического развития и функциональных возможностей детей подготовительной группы детского сада	29
30	<i>Винокурова Л.Н., Мерзлова Н.Б., Гулина О.А.</i> Адаптация новорожденных детей, родившихся от матерей с наркотической зависимостью	30
31	<i>Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Смирнов В.И., Антонова Е.В., Алексеева А.А., Добрынина Е.А.</i> Современные возможности интернет-технологий и телемедицины в кооперации врача и пациента	31
32	<i>Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Смирнов В.И., Алексеева А.А., Левина Ю.Г., Эфендиева К.Е., Томилова А.Ю., Вознесенская Н.И., Волков К.С., Баранник В.А., Селимзянова Л.Р., Добрынина Е.А., Промыслова Е.А.</i> Информационная база данных клинических случаев как инструмент длительного динамического мониторинга в аллергологии	32
33	<i>Волкова М.П.</i> Клинические особенности хронических воспалительных заболеваний кишечника у детей	33
34	<i>Вольнец Г.В., Евлюхина Н.Н., Потапов А.С., Туманова Е.Л., Филли А.В., Пахомовская Н.Л.</i> Взаимосвязь степени нарушения функции печени и ее морфологических изменений при аутоиммунном гепатите у детей.	34
35	<i>Ворсанова С.Г., Юров И.Ю., Васин К.С., Воинова В.Ю., Куринная О.С., Зеленова М.А., Юров Ю.Б.</i> Новая форма несиндромальной X-сцепленной умственной отсталости у детей, связанная с мутациями гена OPHN1	35
36	<i>Вятлева О.А.</i> Психологическая и нейрофизиологическая оценка программы отдельного школьного обучения мальчиков и девочек	36
37	<i>Гагошидзе М.В., Гетия К.Г., Петриашивили А.Ш., Петриашивили Г.Ш.</i> Экология и дети	37
38	<i>Гаджимурадова Н.Д.</i> Особенности здоровья детей, родившихся после ЭКО с низкой и очень низкой массой тела	38
39	<i>Галактионова М.Ю., Матвеева Н.В., Маисеенко Д.А., Машина Н.С.</i> Нейросонографические маркеры поражения головного мозга у недоношенных новорожденных.	39
40	<i>Георгиева Е.</i> Применение антибиотиков в раннем возрасте и риск развития детской астмы	40
41	<i>Гири Я.В., Юдицкая Т.А., Тепляков А.А.</i> Сравнительная характеристика пищевого поведения у детей дошкольного возраста с различной массой тела	41
42	<i>Голубева А.М., Нежкина Н.Н., Фомин Ф.Ю., Чистякова Ю.В.</i> Показатели вегетативной регуляции у подростков 16–17 лет с факторами риска артериальной гипертензии	42
43	<i>Голубчикова А.В., Лазуренко С.Б., Мовшиович П.М., Мамедьяров А.М.</i> Виды адаптационных текстильных изделий для детей с ограниченными возможностями здоровья.	43
44	<i>Горелова Ж.Ю., Баканов М.И., Мазанова Н.Н., Летучая Т.А.</i> Опыт использования специализированного продукта в питании школьников	44
45	<i>Гречуха Т.А., Ткаченко Н.Е., Новикова Д.А., Гайворонская А.Г., Федосеенко М.В., Шахтахтинская Ф.Ч., Броева М.И.</i> Опыт применения гексавакцины на базе отделения вакцинопрофилактики детей с отклонениями в состоянии здоровья ФГБНУ «НЦЗД»	45
46	<i>Горелко Т.Г., Стасий Е.Д., Горелко В.В., Кулешина Т.М., Руссу Ж.А., Нику О.А.</i> Использование теста Phadiator Infant в диагностике аллергических заболеваний у детей раннего возраста	46
47	<i>Гудков Р.А., Ткаченко Т.Г., Петрова В.И.</i> Влияние коморбидности на физическую активность детей	47

48	<i>Гудков Р.А., Филимонова Т.А., Федина Н.В.</i> Влияние сопутствующих заболеваний на эффективность лечения бронхиальной астмы у детей	48
49	<i>Гудков Р.А., Коновалов О.Е.</i> Социально-гигиеническое неблагополучие как фактор формирования сочетанной патологии у детей	49
50	<i>Гуменюк О.И., Черненко Ю.В., Емельянова Е.А.</i> Дисменорея и предменструальный синдром у девочек-подростков: распространенность, причины и возможности лечения	50
51	<i>Гундобина О.С., Мовсисян Г.Б., Намазова-Баранова Л.С., Малахов О.А.</i> Клинический случай успешного хирургического лечения костных осложнений у спленэктомированного ребенка с болезнью Гоше	51
52	<i>Давыдова И.В., Сиденко А.В., Аникин А.В., Кустова О.В., Басаргина Е.Ю.</i> Рентгенологические особенности течения бронхолегочной дисплазии в постсурфактантную эру.	52
53	<i>Дакинова Л.Н., Дарбакова Т.А.</i> Гнойно-септические инфекции новорожденных и инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР)	53
54	<i>Демченко В.И., Плеханова М.А., Полянская Н.А., Бергутова А.Р.</i> Тестирование школьников для выявления гастроэнтерологических симптомов.	54
55	<i>Демченко В.И., Гончарова Т.А., Горбунова А.А., Плеханова М.А.</i> Клиническое наблюдение эхинококкоза селезенки у мальчика 11 лет	55
56	<i>Джумагазиев А.А., Боданьянц М.В., Райский Д.В., Безрукова Д.А.</i> Особенности физического развития детей, проживающих в условиях сочетанного воздействия йодного дефицита и антропогенной нагрузки	56
57	<i>Длужневская В.И., Крыжановский А.А., Федорако А.В.</i> Изучение влияния закаливания детей грудного возраста плаванием на их заболеваемость респираторной патологией в возрасте до пяти лет	57
58	<i>Додонов С.В., Корнеева И.Т., Анисимов Е.А.</i> Особенности респираторной системы спортсменов, занимающихся плаванием	58
59	<i>Долотова Н.В., Филькина О.М., Кудряшова И.Л., Воробьева Е.А., Шанина Т.Г.</i> Сравнительная характеристика соматической заболеваемости детей-инвалидов вследствие заболеваний нервной системы, воспитывающихся в семье и доме ребенка	59
60	<i>Дорохов Н.А., Скударнов Е.В., Антропов Д.А.</i> Прогностическая эффективность показателей гемостаза при пневмониях у детей	60
61	<i>Дракина С.А., Перевощикова Н.К., Балькова Ж.А., Горшанина И.В.</i> Транскраниальная электростимуляция как альтернативный метод лечения бронхиальной астмы у подростков	61
62	<i>Дудина Т.А., Гуревич О.Е., Синецын П.А., Матросова Е.В., Бузина Н.В.</i> Анализ изменений за 15-летний срок в тактике ведения детей раннего возраста, госпитализированных в одну из московских многопрофильных больниц с диагнозом острого пиелонефрита.	62
63	<i>Егорова Т.В., Саввина Н.В., Саввина А.Д., Говорова М.Д., Лазарева А.А., Павлова О.Н.</i> Сравнительный анализ факторов риска у школьников Республики Саха (Якутия) по результатам комплексного обследования в центре здоровья для детей	63
64	<i>Елков А.Ю., Флигиль А.Э., Тарасова А.А., Корсунский А.А.</i> Ультразвуковые исследования органов брюшной полости при острых кишечных инфекциях у детей раннего возраста	64
65	<i>Еренков И.О., Тырцева Е.С., Неяскина Л.А., Блохин Б.М.</i> Возможности применения ультразвуковой денситометрии при рахите у детей раннего возраста	65
66	<i>Ефимова Н.В., Мыльникова И.В., Ткачук Е.А., Донских И.В., Иванов А.Г.</i> Физическое развитие и физическая подготовленность детей и подростков Иркутской области.	66
67	<i>Жамлиханов Н.Х., Чернова Е.Г., Федоров А.Г.</i> Пищевые привычки школьников города Чебоксары и их влияние на состояние здоровья	67
68	<i>Жамлиханов Н.Х., Сугутская Г.Д.</i> Эффективность использования занятий в бассейне в дошкольных образовательных организациях.	68
69	<i>Жданова О.А., Букреева В.А., Тур О.С., Леонова И.Т.</i> Влияние питания в школе на состояние здоровья детей и подростков.	69
70	<i>Жданова Л.В., Щербакова М.Ю., Патрушев Л.И.</i> Наследственные тромбофилии — как признанный фактор развития ишемического инсульта у детей	70
71	<i>Жезлова Н.А., Вотякова О.И., Кузнецова Е.Г.</i> Перекисное окисление липидов и антиоксидантная активность у детей с бронхолегочной дисплазией.	71
72	<i>Жетишев Р.А., Анаева Л.А.</i> Динамика частоты асфиксии среди доношенных и недоношенных новорожденных Кабардино-Балкарии.	72
73	<i>Жетишев Р.А., Анаева Л.А.</i> Нозологическая структура детской инвалидности в Кабардино-Балкарии	73

74	<i>Жетишев Р. А., Жетишев Р. Р., Архестова Д. Р., Жетишева И. С., Камышова Е. А.</i> Влияние железодефицитной анемии во время беременности на морфологию эритроцитов новорожденных	74
75	<i>Жирнов В. А., Полежаева Н. С., Боброва А. А., Соколова Е. В.</i> Электролитные нарушения у детей, больных муковисцидозом.	75
76	<i>Жуковская Е. В., Спичак И. И., Билялутдинова Д. И.</i> Демографические волны — основа построения краткосрочных и среднесрочных прогнозов заболеваемости.	76
77	<i>Закирова А. М., Сулейманова З. Я., Рашитов Л. Ф., Мороз Т. Б., Рябинина Т. М.</i> Роль процессов пероксидации и значение микроэлемента цинка при внебольничных пневмониях у детей	77
78	<i>Закирова А. М., Сулейманова З. Я., Рашитов Л. Ф., Сабирзянова М. Ф., Антонова А. Ю.</i> Особенности организации питания школьников.	78
79	<i>Закирова А. М., Рашитов Л. Ф., Сулейманова З. Я., Ибрагимова Ж. Р., Калимуллина А. В.</i> Соматический статус детей младшего школьного возраста в начале учебного года	79
80	<i>Зарытовская Н. В., Калмыкова А. С., Калмыкова В. С.</i> Дисгармоничность как прогностический критерий физиологических процессов роста.	80
81	<i>Изюмец О. И., Мурашко Т. В.</i> Ранняя диагностика «атлантической» болезни	81
82	<i>Ильина Н. Н., Балханов Б. С., Дармаева М. Н., Гнеушева О. Д.</i> Стационарная помощь детям в детском многопрофильном центре.	82
83	<i>Исмаил Ф. Р., Сагоян Г. Б., Масыкин М. А.</i> Территориальная и возрастная структура патологии крови и кроветворных органов среди детей Краснодарского края	83
84	<i>Исмаилова М. А., Абдурахмонова С. З., Сулейманова Л. И.</i> Оценка значимости факторов риска при ранней и поздней формах сепсиса новорожденных	84
85	<i>Ишуова П. К., Майтбасова Р. С., Садуова А. Т.</i> Медико-социальные аспекты детского населения Приаралья.	85
86	<i>Ишуова П. К.</i> Системная красная волчанка с антифосфолипидным синдромом у детей	86
87	<i>Калашикова О. В., Челпаченко О. Е., Федуллаева Ю. А.</i> Изменения со стороны центральной и вегетативной нервной системы у детей с острыми отравлениями топоческими деконгестантами	87
88	<i>Калева Н. Г.</i> Типологическая классификация групп здоровья подростков и ее значение для клинической, профилактической и социальной педиатрии.	88
89	<i>Калекулина Н. А., Галактионова М. Ю., Рахимова А. Л.</i> Современные тенденции физического здоровья и развития подростков г. Красноярска	89
90	<i>Каманова Т. С.</i> Состояние здоровья подростков (15–17 лет) РСО-Алания по данным диспансеризации детского населения	90
91	<i>Каменских М. С., Шарпарь В. Д., Семенов С. В., Неганов О. А., Егоров В. А.</i> Отдаленные результаты использования костнопластических материалов при лечении детей с патологией опорно-двигательного аппарата.	91
92	<i>Камилова А. Т., Дустмухамедова Д. Х., Левицкая Ю. Г.</i> Коррекция митохондриальной дисфункции в экспериментальной модели белково-энергетической недостаточности растущих крыс	92
93	<i>Камилова А. Т., Дустмухамедова Д. Х.</i> Значения адениловых нуклеотидов и возможности их коррекции при целиакии у детей	93
94	<i>Каральская Ж. Ж., Хмилевская С. А., Макарова О. А., Зайцева Г. В., Зрячкин Н. И.</i> Нерациональное применение деконгестантов при респираторных инфекциях у детей.	94
95	<i>Каркашадзе М. З., Кузнецова Г. В., Аникин А. В., Геворкян А. К., Гетман А. Н.</i> Особенности и преимущество T2* взвешенной ангиографии (SWAN) при изучении венозной системы головного мозга	95
96	<i>Каркашадзе М. З., Кузнецова Г. В., Аникин А. В., Геворкян А. К., Гетман А. Н.</i> Роль магнитно-резонансной томографии в диагностике неопухолевых образований сельлярной области	96
97	<i>Каткова Л. И., Галахова О. О., Щербицкая О. В.</i> Перинатальный аудит — технология снижения младенческой смертности	97
98	<i>Киреева К. К., Шабунина Е. И., Канькова Н. Ю., Пашкина Е. Ю.</i> Изменение содержания продуктов метаболизма оксида азота при наличии рефлюкс-эзофагита у детей с хроническим гастроуденитом	98
99	<i>Киреева Г. Н., Жуковская Е. В., Спичак И. И., Белалутдинова Д. И., Скальный А. А., Гребеклис А. Р., Бондаренко В. П.</i> Санитарно-гигиеническая оценка опасности воздействия токсичных металлов на организм детей в зоне размещения медеплавильного завода	99

100	Клочкова О. А., Куренков А. Л., Каримова Х. М., Бурсагова Б. И., Кузенкова Л. М., Мамедьяров А. М. Взаимосвязь выраженности слюнотечения и уровня моторного развития у пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП)	100
101	Козлова Т. С. Выбор метода лечения гемангиом у детей	101
102	Колоскова Е. К., Белоус Т. М. Бронхиальная гипервосприимчивость и лабильность у детей с бронхиальной астмой и избыточной массой тела	102
103	Кондратьева Е. И., Лошкова Е. В., Тарасенко Н. В., Глиф А. И., Янкина Г. Н., Степаненко Н. П., Гаприндашвили Е. Г., Рыжакова Н. А., Асекретова Т. В., Трембач А. В. Воспаление и гены семейства интерлейкина-1	103
104	Кондратьева Е. И., Воронкова А. Ю., Никонова В. С., Шабалова Л. А., Шерман В. Д., Бельмер С. В., Зотова А. И., Земсков Г. В. Цирроз печени при муковисцидозе (по данным регистра Московской области)	104
105	Кондратьева Е. И., Капранов Н. И., Воронкова А. Ю., Шерман В. Д., Шабалова Л. А., Бельмер С. В., Земсков Г. В., Зотова А. И., Макарова Н. В., Мердалимов Р. Г. Нутритивный статус детей и подростков, больных муковисцидозом, Московского региона	105
106	Кондрахина И. И., Сурков А. Н., Батырова А. С., Сновская М. А., Кожевникова О. В., Геворкян А. К. Роль комлаентности у детей с печеночными формами гликогеновой болезни при проведении непрерывного мониторинга глюкозы	106
107	Конова О. М., Дмитриенко Е. Г., Зимина Е. П., Ружнова О. Н., Исаенкова С. В., Дмитриенко Т. Г. Эффективность применения электрофореза природной йодобромной воды у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС	107
108	Конюх Е. А., Дьякончук Ю. С., Липская И. П. Особенности ортостатической протеинурии у детей ...	108
109	Корнеева И. Т., Маянский Н. А., Поляков С. Д. Показатели гемограммы пловцов разной квалификации	109
110	Корсаков А. В., Яблоков А. В., Трошин В. П., Михалев В. П. Буккальный эпителий как фактор риска формирования врожденных пороков развития	110
111	Кочерова О. Ю., Антышева Е. Н., Шанина Т. Г. Динамика эмоционального состояния у детей раннего возраста в период адаптации к замещающей семье	111
112	Кравцова Ю. С., Кондратьева И. В., Луканкина Л. Н., Цуканова Е. С., Айзенберг В. П., Кузнецова В. А. Случай легочной гипертензии у ребенка раннего возраста с хронической обструктивной болезнью легких	112
113	Кузнецова М. Н., Поляков С. Д., Подгорнова Н. С., Соболев А. М. Сравнение физического здоровья детей дошкольного возраста по гендерному признаку	113
114	Кузнецова М. А. Репродуктивное здоровье и поведение девочек-подростков	114
115	Кузнецова М. Н., Поляков С. Д., Подгорнова Н. С., Соболев А. М. Физическое развитие современной популяции мальчиков дошкольного возраста	115
116	Кулакова Е. В., Богомолова Е. С. Заболеваемость детей школьного возраста по данным обращаемости	116
117	Куличенко М. П., Ушакова С. А., Петрушина А. Д., Кляшева Ю. М. Значение дисбаланса адипоцитоклинов в формировании артериальной гипертензии у подростков с избытком массы тела и ожирением	117
118	Курбатова О. В., Сурков А. Н., Полякова С. И., Мирошкина Л. В., Самохина И. В., Семенова Г. Ф., Духова З. Н., Петричук С. В. Особенности функционирования НК-клеток у пациентов с печеночными формами гликогеновой болезни	118
119	Куренков А. Л., Клочкова О. А., Каримова Х. М., Бурсагова Б. И., Кузенкова Л. М., Мамедьяров А. М. Применение ботулинотерапии для коррекции слюнотечения у пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП)	119
120	Кутявина Т. А., Захарова С. Ю., Дерябина Е. Г. Ранний неонатальный период у детей, родившихся у женщин с сахарным диабетом 1-го типа: норма или патология	120
121	Лазарева А. В., Катосова Л. К., Чащина И. Л., Зоркин С. Н. Сравнительная характеристика чувствительности к антибиотикам штаммов <i>Escherichia coli</i> , выделенных из мочи детей с острой и хронической инфекцией мочевыводящих путей	121
122	Лазуренко С. Б., Павлова Н. Н., Скляднева В. М. Варианты формирования психики у младенцев с перинатальной патологией	122
123	Лазуренко С. Б., Стребелева Е. А., Закрепина А. В. Стратегия психолого-педагогической абилитации/реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья	123
124	Ланина Е. А., Шишова А. В. Динамика умственной работоспособности первоклассников различных хронобиологических типов	124

125	Ланина Е.А., Жданова Л.А., Шишова А.В. Невротические реакции первоклассников различных хронобиологических типов	125
126	Латышев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф., Печкина К.Ш., Рябчин В.П. Состояние пищевода у детей, инфицированных <i>СagA</i> -позитивными штаммами <i>H. pylori</i>	126
127	Лобанов Ю.Ф., Латышев Д.Ю., Печкина К.Г., Устькачкинцев В.А. Показатели физического развития у детей, инфицированных <i>СagA</i> -позитивными штаммами <i>H. pylori</i>	127
128	Лобушкова И.П., Стасёнок Ф.Л., Богряшов С.С., Блохин Б.М. Частота развития острой дыхательной недостаточности при бронхообструктивном синдроме у детей на догоспитальном этапе	128
129	Лошкова Е.В., Чукина Е.Ю., Кондратьева Е.И., Тютеева Е.Ю., Михалев Е.В., Горев В.В., Солнышко А.Л., Трифонова Е.Г., Голикова Е.В., Шемякина Т.А. Микробиологическая характеристика воспаления у новорожденных	129
130	Лошкова Е.В., Кондратьева Е.И., Тарасенко Н.В., Терентьева А.А., Рыжакова Н.А., Тютеева Е.Ю., Янкина Г.Н., Ваганова Т.В., Будкин А.В., Седюкова Ю.В. Микробная колонизация и гены семейства <i>IL1</i>	130
131	Лучанинова В.Н., Погодаева Т.В., Крутова А.С. Прогностически значимые факторы риска формирования заболеваний почек у детей	131
132	Ляпунов В.А., Чистякова Г.Н., Ремизова И.И., Газиева И.А., Устьянцева Л.С. Уровень экспрессии рецепторов CD45RO и CD45RA как показатель фенотипической зрелости лимфоцитов пуповинной крови	132
133	Мадорская О.Г. Исследование зависимости изменений биоэлектрической активности головного мозга и нарушений сердечного ритма у детей	133
134	Мазур Л.И., Шаховкина А.О., Логинова А.А. Управляемая гипотермия новорожденных как метод лечения острой асфиксии	134
135	Майтбасова Р.С., Ишуова П.К., Шарипова М.Н. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей Приаралья	135
136	Мамедьяров А.М., Намазова-Баранова Л.С., Ермолина Ю.В., Аникин А.В., Маслова О.И., Каркашадзе М.З., Ключкова О.А. Применение диффузионно-тензорной трактографии в оценке моторных и сенсорных проводящих путей головного мозга у детей с церебральным параличом	136
137	Мамчиц Л.П., Душкова С.В., Маруцак Д.А. Коклюш: распространенность и вакцинопрофилактика в Гомельской области	137
138	Мамчиц Л.П., Чайковская М.А., Климович С.В. Типологическая характеристика студентов медицинского вуза	138
139	Мартынова И.Н., Винярская И.В., Черников В.В. Качество жизни детей с ожирением на амбулаторно-поликлиническом этапе	139
140	Марченкова Ю.В., Чижова Ж.Г., Сивакова О.В., Меньшикова К.А. Взаимоотношение родителей и ребенка, пережившего жестокое обращение	140
141	Матвеева У.В., Бораева Т.Т., Дзедисова Ф.С., Хетагурова Ю.Ю., Базрова Ф.В. Оценка психоэмоционального состояния детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью при проведении эндоскопических исследований	141
142	Маштакова Е.В., Лобанова Т.А., Анфиногенова О.Б. Тенденции физического развития подростков г. Кемерово	142
143	Медведев Г.В., Кузнецова Л.Ю. Анализ специфических IgE у детей с аллергическим дерматитом	143
144	Мельникова Е.А., Лучанинова В.Н., Зайцева Е.А. Микробный спектр мочи в отделениях многопрофильной детской больницы	144
145	Мигачева Н.Б., Каганова Т.И., Шевырев Д.В., Сафонова Е.Г. Тяжелое течение атопического дерматита у детей раннего возраста как предиктор формирования сенсibilизации к аэроаллергенам и реализации атопического марша	145
146	Мишевская Е.Б. Вопросы подготовки подростков с врожденными пороками сердца к переводу под наблюдение медицинских специалистов, обслуживающих взрослое население	146
147	Мингаирова А.Г., Воложанина Е.В., Стенникова Е.В. Эффективность нутритивной коррекции у детей с недостаточностью питания	147
148	Мингаирова А.Г., Сафонова Т.И., Корнеева Т.Ю., Шевлякова А.А., Киришина И.А. Опыт применения ингаляционного тобрамицина у больных муковисцидозом с хронической синегнойной инфекцией	148

149	<i>Мироненко И.И.</i> Влияние характера вскармливания на здоровье детей раннего возраста	149
150	<i>Мирошниченко Е.В., Романова Т.А., Батырева К.И.</i> Факторы риска в развитии ретинопатии недоношенных	150
151	<i>Михайлова Е.В., Малюгина Т.Н., Сердюков А.Ю., Попова О.В.</i> Использование методик психологического тестирования для раннего выявления психосоматических расстройств у школьников	151
152	<i>Михайлова Е.В., Чудакова Т.К., Кошкин А.П.</i> Клинико-иммунологическая характеристика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей	152
153	<i>Мнацаканян Н.Р., Багдасарян Н.Г.</i> Клиническая роль цинка при пневмониях и бронхитах у детей раннего возраста	153
154	<i>Модестов А.А., Бондарь В.И., Косова С.А.</i> Центры здоровья для детей как ресурс здоровьесберегающего поведения	154
155	<i>Модестов А.А.</i> К вопросу о реорганизации Центров здоровья для детей в территориальные модельные центры профилактики	155
156	<i>Мурадова О.И., Каркашадзе Г.А., Маслова О.И., Торшхоева Р.М., Томилова А.Ю., Алексеева А.А., Вишнева Е.А., Волков К.С.</i> Влияние антигистаминных препаратов второго поколения на когнитивные функции детей с поллинозом	156
157	<i>Мурашкин Н.Н., Носачева О.А., Геворкян А.К., Торшхоева Р.М.</i> Детский дерматологический индекс качества жизни у детей с легким и средним течением акне	157
158	<i>Муц Е.Ю., Истратова М.В., Ермашева М.А., Шестакова В.Н.</i> Особенности развития детей с ограниченными возможностями здоровья	158
159	<i>Мэтрэгуэ Н.Г., Чебану Н.В., Бикир-Тхорак Л.И., Кожокарь С.В., Ерохина О.В., Бабий К.В.</i> Значение определения эластичности сосудов у детей с артериальной гипертензией, избыточной массой тела и ожирением	159
160	<i>Мякишева Т.В., Авдеева Т.Г.</i> Опыт работы междисциплинарного проекта борьбы с туберкулезом в Смоленской области	160
161	<i>Нагаева Т.А., Фурманова Е.А., Пономарева Д.А.</i> Особенности назоцитогрaмм и локальная активность матриксной металлопротеиназы-2 у часто болеющих детей с патологией лимфоидной ткани носоглотки	161
162	<i>Надеждин Д.С., Гончарова Г.А.</i> Особенности нарушений нервно-психического здоровья у покидающих школу 9-классников	162
163	<i>Назарова Л.Ш., Данилко К.В., Малиевский В.А., Викторова Т.В., Ахуба И.В.</i> Полиморфизм генов RTRN2, RTRN22 и RHTF1 в развитии РФ-позитивного полиартрита у детей	163
164	<i>Намазова-Баранова Л.С., Носачева О.А., Геворкян А.К., Торшхоева Р.М.</i> Качество жизни детей с легким и средним течением акне	164
165	<i>Намазова-Баранова Л.С., Носачева О.А., Геворкян А.К., Торшхоева Р.М.</i> Индекс массы тела у детей с легкой и средней степенью акне	165
166	<i>Насташева Т.Л., Жданова О.А., Минакова О.В.</i> Стандарты и справочные материалы физического развития детей Воронежской области	166
167	<i>Ни А.Н., Фадеева Т.Ю., Васильева Т.Г.</i> Генетические маркеры фолатного цикла при задержке внутриутробного развития	167
168	<i>Нигматуллина М.В., Конова О.М., Дмитриенко Е.Г., Кузенкова Л.М., Мамедьяров А.М.</i> Комплексное применение электромиостимуляции и препаратов ботулинического токсина типа А в реабилитации детей с детским церебральным параличом	168
169	<i>Никитин А.В., Полякова С.И., Смирнов И.Е., Комарова Н.Л., Герасимова Н.П.</i> Диагностические преимущества гепатобилисцинтиграфии в диагностике холестазов	169
170	<i>Новикова Т.Н., Булгакова В.А.</i> Особенности соматического статуса детей с общими нарушениями речи	170
171	<i>Нуржанова С.Т.</i> Ранговая значимость факторов риска развития врожденных пневмоний	171
172	<i>Нурмеев И.Н., Миролубов Л.М., Сабирова Д.Р., Умаров Н.А., Осипов А.Ю., Нурмеева А.Р.</i> Комплексная терапия осложненных гемангиом у детей	172
173	<i>Нурмеев И.Н., Миролубов Л.М., Сабирова Д.Р., Умаров Н.А., Осипов А.Ю., Гильмутдинов М.Р., Нурмеева А.Р.</i> Опыт лечения гемангиом в области наружных половых органов у детей	173
174	<i>Олимова К.С., Абдуллаева Н.Ш., Пачаева Р.П.</i> Особенности развития и социальной адаптации детей, оставшихся без попечения родителей	174
175	<i>Орлов С.А., Цыбульская А.С., Юхвид Е.В., Коломыс В.Е.</i> Сколиотическая деформация позвоночного столба у девушек	175

176	<i>Павлинова Е.Б., Сафонова Т.И., Киришина И.А., Корнеева Т.Ю., Шевлякова А.А.</i> Компьютерная бронхофонография как метод оценки состояния бронхолегочной системы у детей с муковисцидозом	176
177	<i>Панасюк Т.В., Комиссарова Е.Н.</i> Роль типа конституции в оценке полового созревания школьников	177
178	<i>Панкова Н.Б.</i> Влияние динамики состояния здоровья первоклассников в учебном году на психолого-педагогические показатели их адаптации к школе	178
179	<i>Панов П.В., Панова Л.Д., Исмагилова А.Р., Крылова Т.Г.</i> Материнские факторы риска формирования бронхолегочной дисплазии у младенцев, родившихся глубоконедоношенными	179
180	<i>Панфилова А.В., Вотякова О.И., Лодыгина И.В.</i> Особенности течения у детей сахарного диабета 1-го типа на ранних этапах	180
181	<i>Первишко О.В., Баум Т.Г., Шаповалова Е.Л.</i> Циркуляция материнских HCV антител у детей раннего возраста	181
182	<i>Петрова Е.О., Цой Е.Г., Конев А.М., Рудковская Н.В.</i> Микробиологический мониторинг в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных	182
183	<i>Петрова Ж.В., Евстифеева Г.Ю.</i> Прогнозирование нервно-психического развития недоношенных детей, рожденных на сроке гестации 33–36 недель, с учетом темпов физического развития	183
184	<i>Петровская М.И., Намазова-Баранова Л.С., Макарова С.Г., Зубкова И.В.</i> Антитела IgG4 как лабораторные маркеры формирования толерантности при пищевой аллергии у детей (проспективное наблюдательное исследование)	184
185	<i>Пименова Н.Р., Кирилович О.К.</i> Анемия Минковского–Шоффара у новорожденного	185
186	<i>Пискун Т.А., Якимович Н.И.</i> К вопросу о диагностике синдрома Маршалла у детей	186
187	<i>Платонова А.Г., Шкарбан Е.С.</i> Комплексная оценка химического состава воздуха в основных помещениях дошкольных образовательных учреждений	187
188	<i>Платонова А.Г.</i> «Шведский стол» в детском оздоровительном учреждении: оценка фактического рациона	188
189	<i>Плеханова М.А., Аксенова В.А., Кривцова Л.А.</i> Новые подходы к диагностике латентной туберкулезной инфекции у детей	189
190	<i>Повышева Л.П., Архипова Н.В.</i> Анализ работы школы для пациентов с сахарным диабетом	190
191	<i>Подлесная Т.Н., Штанько С.И., Кириенко Н.Н.</i> Некоторые результаты диспансеризации 14-летних подростков, проведенной в период 2011–2014 гг. на базе детских поликлиник г. Таганрога	191
192	<i>Полякова Т.А., Воробаева Л.А., Николаев Д.В., Павлова И.Ю.</i> Неросонографический скрининг новорожденных в условиях перинатального центра	192
193	<i>Пономаренко Е.Н., Савватеева В.Г.</i> Эффективность иппотерапии в лечении детского церебрального паралича	193
194	<i>Попов С.Д., Вильчинская Ю.А., Подлевских Т.С.</i> Влияние социального риска на здоровье детей	194
195	<i>Попова Н.Г., Дейкова Е.З.</i> Влияние персистентной хламидийной инфекции на минеральный обмен недоношенных детей	195
196	<i>Попова О.Л., Меденникова Д.М., Рахимова М.М.</i> Вендинговое питание как фактор риска нарушения здоровья детей и подростков в организациях дополнительного образования	196
197	<i>Порецкова Г.Ю., Крайнов С.Г.</i> Эпидемиология заболеваемости школьников-подростков г. Самары	197
198	<i>Потапова Е.А., Федюнина И.Д., Симакова Н.Ю., Аникина А.Н., Блохин Б.М.</i> Лабораторная диагностика аллергических заболеваний	198
199	<i>Притчина С.С., Игшьева Л.Н., Цуканова А.В., Бунина Е.Г., Кульчицкая Н.Г., Быкова Ю.А.</i> Оценка базисной терапии у пациентов с ювенильным артритом	199
200	<i>Пузанкова Н.В., Кукушкин Д.В., Кузнецова Т.А.</i> Массо-ростовые показатели и вскармливание детей первого года жизни	200
201	<i>Путина Н.Ю., Чирятьева Т.В., Орлов С.А., Ахматов В.Н.</i> Соматотипологический статус тубинфицированных детей на территории Тюменской области	201
202	<i>Пыхтина Л.А., Гаджимурадова Н.Д.</i> Особенности здоровья детей неонатального периода, родившихся у женщин позднего репродуктивного возраста, перенесших процедуру ЭКО	202
203	<i>Пыхтина Л.А., Гаджимурадова Н.Д.</i> Состояние здоровья новорожденных из двоен, родившихся после экстракорпорального оплодотворения и от беременностей, наступивших естественным путем	203

204	<i>Рафикова Ю. С., Лошкова Е. В., Барабаш Н. А., Саприна Т. В., Михалев Е. В., Чукина Е. Ю., Тютеева Е. Ю., Будкин А. В.</i> Особенности питания детей раннего возраста	204
205	<i>Рахманкулова З. Ж., Файзиева З. Б.</i> К вопросу о структуре врожденных пороков сердца с обогащением малого круга кровообращения	205
206	<i>Рахманов Б. Т., Джунелов А. Б., Улугбердиева А. А.</i> Показатели глюкозы в крови детей, рожденных от матерей с гестационным диабетом	206
207	<i>Рашитов Л. Ф., Файзуллина Р. А., Сулейманова З. Я., Закирова А. М.</i> Дистанционное обучение с применением электронных образовательных ресурсов	207
208	<i>Рашитов Л. Ф., Закирова А. М., Рашитова Э. Л.</i> Влияние курения на качество жизни подростков	208
209	<i>Ртищева М. С., Лазуренко С. Б., Намазова-Баранова Л. С., Беляева И. А., Яцык Г. В.</i> Междисциплинарное взаимодействие специалистов стационара по укреплению доминанты лактации у матерей, родивших детей с ЭНМТ и ОНМТ	209
210	<i>Русов И. А., Русова Т. В.</i> Особенности состояния здоровья, социальной адаптации и семейного воспитания подростков с высоким уровнем тревожности	210
211	<i>Сависько А. А., Гончаров С. Г., Павленко В. Д., Евдокимов А. С.</i> Морфофункциональные особенности кардиоваскулярной системы у подростков города Ростова-на-Дону	211
212	<i>Сависько А. А., Теплякова Е. Д., Лагутеева Н. Е.</i> Маркеры эндотелиальной дисфункции у детей с острым лимфобластным лейкозом	212
213	<i>Савченко Е. А., Токарев А. Н., Попова И. В., Беляков В. А.</i> Влияние вида вскармливания на антропометрические показатели детей первого года жизни	213
214	<i>Садовская Ю. Е., Блохин Б. М., Битова А. Л., Простакова В. Н.</i> Недоношенность и нарушение сенсорной обработки у детей младшего возраста	214
215	<i>Самороднова Е. А., Рамазанова Ю. Р., Казыханова Ю. А.</i> Изучение отношения населения и медработников к вакцинации детей против кори	215
216	<i>Самсонова Н. М.</i> Роль среднего медицинского персонала отделения психоневрологии и психосоматической патологии в уходе за пациентами с патологией центральной нервной системы	216
217	<i>Сафаров З. Ф., Шарипов А. М., Маматкулов Б. Б., Ахматалиева М. А., Шоикрамов Ш. Ш.</i> Уточнение критериев гемодинамической нестабильности при суправентрикулярной и желудочковой тахикардии у детей 5–15 лет	217
218	<i>Сахаров В. Г.</i> Профессиональное самоопределение школьников как фактор развития их личности	218
219	<i>Сахарова Е. В., Конова О. М., Поляков С. Д., Тайбулатов Н. И., Дмитриенко Е. Г.</i> Влияние комплексного лечения с применением биологической обратной связи на динамику клинических симптомов у детей с функциональными вертебральными нарушениями	219
220	<i>Свиридова Т. В., Лазуренко С. Б., Буслаева А. С., Комарова Е. В., Потапов А. С.</i> Психологические особенности детей с заболеваниями органов пищеварения	220
221	<i>Семёнов С. В., Шарпарт В. Д., Каменских М. С., Неганов О. А., Егоров В. А.</i> Отдаленные результаты применения эластичного титанового стержня (TEN) при переломе шейки лучевой кости у детей	221
222	<i>Семёнова Г. Ф.</i> Митохондриальные дисфункции при рассеянном склерозе у детей и подростков	222
223	<i>Семёнова Л. Ю.</i> Особенности длительного субфебрилитета у детей подросткового возраста	223
224	<i>Серёгина Г. А., Чертыковцева Н. В., Никифорова М. Л.</i> Опыт лечения детей с детским церебральным параличом на этапе реабилитации	224
225	<i>Серёгина Г. А., Чертыковцева Н. В., Никифорова М. Л., Предченко А. С.</i> Опыт применения компьютерно-оптической топографии в комплексном обследовании детей младшего школьного возраста с плоско-вальгусной деформацией стоп	225
226	<i>Серёгина М. С., Бабаева Е. А.</i> Определение аллергенспецифических антител класса IgE в капиллярной крови методом EUROLANE	226
227	<i>Сидоренко Л. В., Жуковская Е. В.</i> Стандартизация специализированной реабилитационной помощи детям и подросткам с онкогематологическими заболеваниями	227
228	<i>Скворцова Т. А., Вольнец Г. В., Потапов А. С.</i> Уровень абсолютного количества нейтрофилов — предиктор положительного вирусологического ответа на комбинированное лечение пегилированным IFN α -2b и рибавирином детей с хроническим гепатитом С	228
229	<i>Скворцова Т. А., Вольнец Г. В., Потапов А. С.</i> Антропометрические показатели детей на момент начала терапии — предикторы положительного вирусологического ответа на интерферонотерапию хронического гепатита С у детей	229

230	<i>Смирнова Ю. В., Смирнов К. В.</i> Нарушения функционального состояния мозга у детей при патологической деформации внутренних сонных артерий	230
231	<i>Соколова Н. Е., Вайнюнскя Н. И., Гринфельд Я. Л., Маларева Е. В., Тарасенко А. Н.</i> Рецидивирующие носовые кровотечения у детей — особенность или болезнь	231
232	<i>Спивак И. М., Шишова Ю. А.</i> К вопросу об эффективности обучения медицинских сестер навыкам психической саморегуляции	232
233	<i>Стадлер Е. Р., Минден Кирстен, Ганзер Герд.</i> Оценка эффективности мультидисциплинарного подхода в комплексной терапии ювенильного идиопатического артрита (опыт 3-месячной стажировки в немецких клиниках)	233
234	<i>Стасова Ю. В., Черненко Ю. В., Нечаев В. Н.</i> Индуцированная беременность и здоровье новорожденных	234
235	<i>Степанова Т. В., Буданова М. В., Поздняков А. А., Юдина Н. Б., Ельчанинова О. Е., Белова Е. А.</i> Генерализованный кавернозный гемангиоматоз у новорожденного ребенка. Случай из практики	235
236	<i>Степанова Н. В., Валеева Э. Р.</i> Оценка йоддефицитного состояния у учащихся г. Казани.	236
237	<i>Сухарева Л. М., Намазова-Баранова Л. С., Рапопорт И. К., Звездина И. В., Слипка М. И.</i> Динамика заболеваемости учащихся старших классов московских школ	237
238	<i>Татарина Т. Н., Фрейлихман О. А., Костарева А. А., Грехов Е. В., Моисеева О. М.</i> Факторы риска развития коарктации аорты	238
239	<i>Теплякова Е. Д., Гончарова И. А.</i> Опыт работы центра здоровья детской поликлиники в формировании здоровья подростков.	239
240	<i>Терентьева А. А., Кондратьева Е. И., Лошкова Е. В., Тарасенко Н. В., Тлиф А. И., Ваганова Т. В., Богоряд Т. И., Солнышко А. Л., Будкин А. В., Барышева Ж. В.</i> Пиелонефрит и полиморфные маркеры генов семейства IL1	240
241	<i>Ткаченко Н. Е., Новикова Д. А., Броева М. И., Гайворонская А. Г., Гречуха Т. А., Федосеенко М. В., Шахтактинская Ф. Ч.</i> Разработка алгоритма вакцинации детей с нарушенным графиком прививок против гепатита В	241
242	<i>Травина М. Л., Куликова Е. В., Махмудова А. А.</i> Клинические проблемы диагностики и лечения воспалительных процессов в молочной железе у детей и подростков	242
243	<i>Трошина В. В., Намазова-Баранова Л. С., Лось С. П., Тараканова С. Ю., Зокиров Н. З., Ветрова А. Д.</i> Аллельный полиморфизм гена ФНО-альфа у часто болеющих детей дошкольного возраста, проживающих на территориях вокруг химически опасных производств	243
244	<i>Трубина Е. В., Хазова Г. С.</i> Опыт комплексной реабилитации детей с ожирением в условиях дневного стационара.	244
245	<i>Трубников П. Н.</i> Комплексный подход к анализу морфологии эритроцитов крови и мочи у детей с заболеваниями почек	245
246	<i>Тяжева А. А., Печуров Д. В., Алленова Ю. Е., Шахматова Е. А., Липатова Е. С.</i> Особенности формирования функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта у детей	246
247	<i>Устьянцева Л. С., Чистякова Г. Н., Ремизова И. И., Ляпунов В. А., Газиева И. А.</i> Содержание острофазных белков у детей с экстремально низкой массой тела, родившихся в сроке сверхранных преждевременных родов в динамике постнатального периода	247
248	<i>Ушакова С. А., Хаит О. В., Петрушина А. Д., Мальченко Л. А.</i> Оценка потребности в профилактическом консультировании детей старшего школьного возраста с целью предотвращения сердечно-сосудистых заболеваний	248
249	<i>Ушакова С. А., Куличенко М. П., Кляшев С. М., Кузьмина Е. Н.</i> Факторы, ассоциированные с формированием ремоделирования миокарда левого желудочка, у подростков с ожирением в зависимости от уровня артериального давления	249
250	<i>Фадеева О. Ю., Ратманова Г. А., Фокин В. Н., Коллеров Э. Ю., Заводин М. В., Частухина Т. В., Рожкова М. Н.</i> Оценка эффективности стартовой терапии первичной иммунной тромбоцитопении	250
251	<i>Федосеенко М. В., Новикова Д. А., Ткаченко Н. Е., Броева М. И., Гайворонская А. Г., Гречуха Т. А., Черников В. В.</i> Опыт вакцинации 13-валентной пневмококковой конъюгированной вакциной у детей младше 5 лет.	251
252	<i>Федотов Д. М., Мелькова Л. А.</i> Возрастные особенности венозного компонента церебрального кровотока у детей с СДВГ.	252
253	<i>Филькина О. М., Кочерова О. Ю., Воробьева Е. А., Пыхтина Л. А., Долотова Н. В.</i> Особенности состояния здоровья и психологических характеристик подростков, воспитывающихся в детских домах.	253

254	<i>Финота Е. А., Бутко М. В., Еремеева О. И., Медведева А. Н., Абдуллина А. Э.</i> Семейный случай периодической болезни.....	254
255	<i>Хаброва Л. М., Миллер Ю. В., Рубель И. О.</i> Неврологическое здоровье и нервно-психическое развитие детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении в Алтайском крае	255
256	<i>Хаит О. В., Ушакова С. А., Петрушина А. Д.</i> Вклад модифицируемых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в снижение качества жизни подростков.....	256
257	<i>Хамраев Ш. Ш., Хамраев Ф. Ш., Мирзаев А. Г., Ахмедов А. Э., Рахимов Н. Н.</i> Выбор метода лечения контрактур и деформаций нижних конечностей у больных ДЦП.....	257
258	<i>Харченко О. Ф.</i> Сравнительный анализ течения гриппа у детей.....	258
259	<i>Хоха Р. Н.</i> Эпидемиологическая распространенность аллергических заболеваний среди детей.....	259
260	<i>Хохлова Т. А., Лазарева А. В., Селимзянова Л. Р., Пономаренко О. А., Крыжановская О. А., Катосова Л. К.</i> Резистентность к макролидным антибиотикам штаммов <i>Streptococcus ruogenes</i> , выделенных от детей с острыми респираторными инфекциями	260
261	<i>Храмцов П. И.</i> Пространственно-образное мышление и состояние осанки у детей	261
262	<i>Цоцонава Ж. М.</i> Динамика неврологических и соматических нарушений при туберозном склерозе	262
263	<i>Цоцонава Ж. М., Ткачева Н. В.</i> Нейрональный цероидный липофусциноз: трудности диагностики и лечения	263
264	<i>Цыплакова Е. В., Корнеева И. Т.</i> Функциональное состояние подростков, занимающихся различными видами спорта, по данным психологического тестирования	264
265	<i>Чабанова О. Н., Стрельцова Е. Н., Сайфулин М. Х., Мещерякова Н. В.</i> Туберкулез у детей раннего возраста	265
266	<i>Чайковская М. А., Мамчиц Л. П.</i> Влияние метеофакторов на состояние здоровья студентов	266
267	<i>Челпаченко О. Е., Данилова Е. И., Федотова Л. П., Перунова Н. Б., Иванова Е. В., Бондаренко Т. А., Сидорова О. И.</i> Особенности состояния кишечного микробиоценоза у детей с реактивными артритами	267
268	<i>Черкаева А. Х., Вавилова В. П.</i> Результаты применения конъюгированной вакцины против пневмококка у детей с хроническими очагами инфекции в носоглотке в Сибирском регионе	268
269	<i>Черкасов Н. С., Доронина Т. Н., Расщепкина Н. И., Глухова Е. Н., Кадырова А. С.</i> Регистр детей с легочной гипертензией в Астраханской области.....	269
270	<i>Черкасов Н. С., Доронина Т. Н., Расщепкина Н. И., Кокуев А. В.</i> Адаптация сердечной деятельности при врожденных пороках сердца у детей с дисплазией соединительной ткани	270
271	<i>Черкасова Е. Н., Кузнецова Т. А.</i> Эпидемиологические особенности острого тонзиллита у детей	271
272	<i>Чижова Ж. Г., Сивакова О. В., Деринова Е. А., Илларионова А. П.</i> Стиль воспитания девочек в неблагополучных семьях.....	272
273	<i>Чиликина Ю. М., Садыкова Д. И., Сергеева Е. В., Афлятумова Г. Н.</i> Изучение показателей сердечного белка, связывающего жирные кислоты, у детей с нарушениями ритма и проводимости	273
274	<i>Чудакова Т. К., Михайлова Е. В., Дудукина Е. С.</i> Клинические особенности тяжелой формы респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей.....	274
275	<i>Чудакова Т. К., Михайлова Е. В.</i> Особенности аденовирусной инфекции у детей	275
276	<i>Шадрин С. А., Статова А. В.</i> Состояние репродуктивного здоровья у подростков	276
277	<i>Шайтор В. М., Ежова О. Л.</i> Подходы к диагностике функциональных нарушений сердца у детей с последствиями перинатального повреждения центральной нервной системы	277
278	<i>Шакирова Л. З., Сабитова Д. К.</i> Вопросы диспансеризации детей первого года жизни на педиатрическом участке	278
279	<i>Шакирова А. Т., Файзуллина Р. А.</i> Особенности метаболических показателей у школьников с различными параметрами физического развития.....	279
280	<i>Шапошникова М. В., Богомолова Е. С., Чекалов Н. Г., Ковальчук С. Н., Максименко Е. О., Киселева А. С.</i> Влияние двигательной активности на физическое здоровье школьников	280
281	<i>Шаробаро В. Е., Бекезин В. В., Сорокина Л. А.</i> Клинико-иммунологические особенности пиелонефрита у детей	281
282	<i>Шахова О. А., Попова И. В., Токарев А. Н., Докучаева С. Ю.</i> Сравнительная характеристика антропометрических показателей детей первого года жизни за двадцатилетний период	282

283	<i>Шебалина А. О., Шмакова О. В., Анфиногенова О. Б.</i> Клиника заболеваний верхнего отдела пищеварительной системы у подростков в зависимости от стадии половой зрелости	283
284	<i>Шейбак Л. Н., Протасевич Т. С.</i> Показатели обмена серотонина и период адаптации у доношенных новорожденных от матерей с никотиновой зависимостью	284
285	<i>Шигаев Н. Н.</i> Оказание медицинской помощи безнадзорным несовершеннолетним в регионе	285
286	<i>Шимченко Е. В., Клещенко Е. И.</i> Вскармливание детей первого года жизни, перенесших критические состояния в период новорожденности	286
287	<i>Шишова А. В., Жданова Л. А., Салова М. Н.</i> Состояние здоровья и социальная адаптация детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС в процессе обучения в начальной школе	287
288	<i>Шишова А. В., Жданова Л. А., Мандров С. И., Ланина Е. А., Прощина И. М.</i> Биоритмологический подход к оздоровлению часто болеющих детей	288
289	<i>Шовкун В. А., Лутовина О. В., Васильева Л. И., Брагина Л. Е., Пятницкая С. А., Швыдченко Н. Ю., Орлова Л. Н.</i> Прогнозирование частой респираторной заболеваемости у детей раннего возраста	289
290	<i>Шрамко В. В.</i> Анестезиологическое пособие с использованием ларингеальной маски у детей при переломах костей носа	290
291	<i>Штанько С. И., Борщев В. И., Штанько М. В.</i> Опыт организации противоэпидемических мероприятий при энтеровирусной инфекции	291
292	<i>Шуматова Т. А., Зернова Е. С., Григорян Л. А., Катенкова Э. Ю., Приходченко Н. Г.</i> Анализ ассоциаций генов фолатного обмена у детей с непереносимостью белка коровьего молока	292
293	<i>Шуматова Т. А., Григорян Л. А., Зернова Е. С., Приходченко Н. Г., Ни А. Н.</i> Особенности межклеточных взаимодействий в слизистой оболочке желудка и тонкой кишки у детей с пищевой гиперчувствительностью	293
294	<i>Шумилов П. В., Ильина А. Я., Чугунова Е. А., Шифрин Ю. А., Целова Х. И., Науменко М. Г., Побединская О. С., Амирасланова М. М.</i> Клиническое значение наследственной тромбофилии в системе «мать–плацента–плод»	294
295	<i>Эйберман А. С., Черненко Ю. В., Гуменюк О. И.</i> Возможности коррекции дезадаптации у школьников	295
296	<i>Эйберман А. С., Воротникова Н. А., Мурашова Ю. А.</i> Инородные тела дыхательных путей у детей	296
297	<i>Эйберман А. С., Воротникова Н. А., Чернова П. В.</i> Сочетанное течение бронхообструкции и рефлюксов ЖКТ у детей	297
298	<i>Эйберман А. С., Воротникова Н. А., Синайская Е. И.</i> Ретроспектива течения бронхообструктивного синдрома у детей	298
299	<i>Юдицкая Т. А., Гирш Я. В., Алексюшина Л. А.</i> Сравнительная характеристика пищевого поведения у детей дошкольного возраста с различной массой тела, проживающих в городе и области	299
300	<i>Юров И. Ю., Ворсанова С. Г., Коростелев С. А., Зеленова М. А., Куриная О. С., Васин К. С., Демидова И. А., Юров Ю. Б.</i> Высокие технологии в диагностике новых эпигенетических мутаций у детей с аутизмом и умственной отсталостью	300
301	<i>Якубина А. А., Аксенов А. Н., Бочарова И. И., Башакин Н. Ф., Троицкая М. В., Букина М. Ю.</i> Особенности раннего неонатального периода у детей от матерей с хронической болезнью почек	301

Часть II

III Всероссийская конференция «Неотложная детская хирургия и травматология»

302	<i>Авдюнина И. А., Селивёрстова Е. В., Селиванов В. В., Шахпаронова Н. В.</i> Кавернозность нейрогенных витальных нарушений: анализ реабилитации на примере клинического случая	302
303	<i>Азизов М. К., Ахмедов Ю. М., Мавлянов Ш. Х., Баширов А. С., Мавлянов Ф. Ш., Хаитов У. Х.</i> Анализ результатов лечения пищеводных кровотечений при портальной гипертензии у детей	303
304	<i>Акилов Х. А., Матякубов Х. Н., Ли Э. А.</i> Диагностика и лечение кистозной трансформации холедоха у детей с механической желтухой	304
305	<i>Акилов Х. А., Саидов Ф. Х.</i> Диагностика и лечение осложненных форм хронического колостазы у детей в urgentной хирургии	305
306	<i>Акилов Х. А., Урмонов Н. Т.</i> Кровотечения язвенной этиологии у детей	306

307	<i>Акилов Х.А., Примов Ф.Ш.</i> Эффективность оказания помощи при закрытых травмах живота у детей на этапе приемно-диагностического отделения.	307
308	<i>Аксельров М.А., Аксельров А.М., Сергиенко Т.В., Кострыгин С.В., Столяр А.В.</i> Анализ осложнений после экстренного формирования искусственных кишечных свищей у детей.	308
309	<i>Александров А.В., Волков В.В., Рыбченок В.В., Тарасов Н.И.</i> Васкуляризованные костные аутотрансплантаты в лечении ложных суставов у детей.	309
310	<i>Александров А.В., Волков В.В., Рыбченок В.В., Львов Н.В.</i> Восстановление сухожилий сгибателей пальцев кисти у детей.	310
311	<i>Александров А.В., Рыбченок В.В., Волков В.В., Львов Н.В.</i> Опыт хирургического лечения детей с врожденными пороками развития кисти в условиях отделения реконструктивной и пластической микрохирургии.	311
312	<i>Аскарров М.С., Ерболганов Е.Е., Инияттов М.К.</i> Оптимизация диагностики и хирургического лечения врожденных пороков развития прямой кишки и ануса.	312
313	<i>Ахпаров Н.Н., Сулейманова С.Б., Ойнарбаева Э.А.</i> Результаты эзофагопластики у детей.	313
314	<i>Бабич И.И., Шилов Г.Л.</i> Способ лечения повреждений дистальной части поджелудочной железы у детей.	314
315	<i>Баиндурашвили А.Г., Быков В.М., Мартиросян Н.Ф.</i> Артроскопически ассоциированный остеосинтез метаэпифизарных переломов длинных трубчатых костей у детей.	315
316	<i>Баиров В.Г., Амидхонова С.А., Щеголева Н.А., Данилова Т.П.</i> Тактика хирурга при тонкокишечной непроходимости у новорожденных.	316
317	<i>Барская М.А., Завьялкин В.А., Кузьмин А.И., Варламов А.В., Бородин Р.В., Быков Д.В., Родионов В.Г., Осипов Н.Л., Мазнова А.В., Леонтьев А.В., Фролова Ю.В., Скрипичин Н.А., Артюшкина А.А.</i> Оценка тяжести детей с политравмой.	317
318	<i>Барская М.А., Кузьмин А.И., Мушин А.Г., Мушина И.И., Маркова М.Н., Скрипичин Н.А.</i> Дифференциальная диагностика и лечение артритов в детском гнойном хирургическом отделении.	318
319	<i>Бердовская А.Н.</i> Черепно-мозговая травма детского возраста.	319
320	<i>Бисмильдин Х.Б., Ерболганов Е.Е., Елубаев Т.</i> Пути улучшения результатов хирургической коррекции врожденных расщелин передней брюшной стенки.	320
321	<i>Бисмильдин Х.Б., Елубаев Ж.К., Аманов С.Ж.</i> Послеоперационные осложнения при остром аппендиците у детей.	321
322	<i>Бочаров Р.В., Погорелко В.Г., Караваев А.В., Юшманова А.Б.</i> Магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей.	322
323	<i>Брянская А.И., Баиндурашвили А.Г., Архитова А.А., Сергеева П.П.</i> Артроскопические вмешательства при травмах коленного сустава у детей.	323
324	<i>Бунтина М.А., Чебоксаров Д.В., Бережной Ю.Ю., Бутров А.В., Шевелев О.А., Амчеславский В.Г.</i> Диагностическая возможность неинвазивного термомониторинга головного мозга методом радиотермокартирования.	324
325	<i>Валиуллина С.А., Промышлова Е.А., Тютюкина А.И., Черников В.В.</i> Качество жизни детей с легкой черепно-мозговой травмой.	325
326	<i>Виниченко М.М., Цап Н.А.</i> Период эффективной противоспаечной терапии и оперативный адгезиолизис.	326
327	<i>Виссарионов С.В., Белянчиков С.М., Надиров Н.Н., Кокушин Д.Н., Мурашко В.В., Картавенко К.А.</i> Коррекция деформации позвоночника у детей с идиопатическим сколиозом транспедикулярными спинальными системами.	327
328	<i>Виссарионов С.В., Белянчиков С.М., Кокушин Д.Н., Солохина И.Ю.</i> Неврологические нарушения при осложненных повреждениях позвоночника грудной и поясничной локализации у детей после хирургического лечения.	328
329	<i>Галушка С.В., Яндыбаев В.С., Гаврилов Р.М., Ковалева Г.Н., Собиев А.Х., Фролов А.В.</i> Особенности анестезии при операциях на длинных трубчатых костях у детей с несовершенным остеогенезом.	329
330	<i>Гисак С.Н., Авдеев С.А., Склярова Е.А., Баранов Д.А., Шестаков А.А., Острая В.С., Гаврилова М.В., Шестакова В.Ю.</i> Острый аппендицит клебсиеллезной этиологии у детей и трудности его диагностики в педиатрической практике.	330
331	<i>Готье С.В., Иванов А.С., Цирульникова О.М., Гламазда С.В., Родионов А.С., Лебедева А.В., Луговский М.К., Жилкин И.В.</i> Врожденный порок сердца, осложненный билиарным циррозом печени: 2-этапное лечение (коррекция порока в условиях ИК с последующей родственной трансплантацией печени).	331

332	<i>Григорьева М. В., Гасанова Э. Н., Саруханян О. О., Туманова М. В., Батунина И. В.</i> Перекрут яичка у детей.....	332
333	<i>Гумеров Р. А., Гумеров А. А., Игнатьев А. Ю.</i> Реабилитация детей с патологией коленного сустава после артроскопических операций в условиях санатория.....	333
334	<i>Друзюк Е. З., Машков А. Е., Щербина В. И., Филлюшкин Ю. Н.</i> Хирургическое лечение некротического энтероколита у детей.....	334
335	<i>Дьяконова Е. Ю., Морозов Д. А., Поддубный И. В., Бекин А. С., Гафарова Д. А.</i> Аппендикулярный инфильтрат: тактика лечения в эру лапароскопических технологий, опыт отсроченной аппендэктомии.....	335
336	<i>Ермолаева К. Р., Лазарев В. В., Кочкин В. С.</i> Оптимизация анестезиологического обеспечения у детей на этапе выведения из наркоза.....	336
337	<i>Ершова Н. В., Янулевич О. С., Павличев Г. В., Кавардакова Е. С., Кривощёков Е. В.</i> Опыт лечения пациента с единственным желудочком сердца, легочной артериовенозной мальформацией и синдромом гетеротаксии.....	337
338	<i>Ефремов Е. С., Климанова Е. В., Шкарина Н. В., Харькин А. В., Тараян М. В.</i> Случай успешного хирургического лечения острого инфекционного эндокардита клапана легочной артерии у пациента 2 месяцев жизни с VATER-ассоциацией.....	338
339	<i>Жидовинов А. А., Пермьяков П. Е.</i> Профилактика спаечной кишечной непроходимости у детей.....	339
340	<i>Закурка М. В., Бабич И. И.</i> Профилактика хирургических осложнений инвагинации кишечника у детей.....	340
341	<i>Зорин В. И., Жила Н. Г.</i> Переломы костей верхней конечности у детей.....	341
342	<i>Зоркин С. Н., Борисова С. А., Акоюн А. В., Барсегян Е. Р.</i> Наш опыт использования различных имплантов при эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса.....	342
343	<i>Зуев Н. Н., Шмаков А. П., Зуева О. С.</i> Лечение язвенно-некротического энтероколита у новорожденных.....	343
344	<i>Иванов С. В., Баиндурашвили А. Г., Кенис В. М.</i> Переломы у детей с последствиями спинномозговых грыж.....	344
345	<i>Иванов А. С., Гламазда С. В., Родионов А. С., Абрамова Н. Н., Лебедева А. В.</i> Аневризма митрально-аортального контакта с билатеральной предсердной локализацией. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения.....	345
346	<i>Карасёва О. В., Брянцев А. В., Капустин В. А., Горелик А. Л., Тимофеева А. В.</i> Неожиданные находки в неотложной абдоминальной хирургии у детей.....	346
347	<i>Карасёва О. В., Горелик А. Л.</i> Травма живота в структуре тяжелой механической травмы у детей.....	347
348	<i>Карасёва О. В., Журавлев Н. А., Брянцев А. В.</i> Оптимизация диагностики и лечения инвагинации кишок у детей.....	348
349	<i>Касымжанов А. Н., Дуйсенбаев А. А., Хужахмедова Р. Н., Мирзасалиев Х. М.</i> Оптимизация в лечении диафизарных переломов плечевой кости у детей.....	349
350	<i>Катосова Л. К., Лазарева А. В., Пономаренко О. А., Карасёва О. В., Тимофеева А. В., Горелик А. Л.</i> Чувствительность к антибиотикам преобладающих микробных возбудителей аппендикулярного перитонита у детей.....	350
351	<i>Кольхалкина И. А., Чернышева Т. А., Амчславский В. Г., Карасёва О. В., Иванова Т. Ф., Бережной Ю. Ю.</i> Пути оптимизации оказания помощи детям с внутричерепной гипертензией в остром периоде тяжелой механической травмы.....	351
352	<i>Кривощёков Е. В., Ершова Н. В., Янулевич О. С., Павличев Г. В., Кавардакова Е. С.</i> Хирургическое лечение пациентов с функционально единственным желудочком сердца и обструкцией системного кровотока (сложный выбор хирурга).....	352
353	<i>Крицкий И. О., Пасяка Н. В.</i> Современные подходы неотложной абдоминальной хирургии при лечении хирургической патологии новорожденных на базе детской областной больницы.....	353
354	<i>Кротов А. Ю., Шмаков А. П., Зуев Н. Н., Питкевич А. Э.</i> Возможности чрескожной пункционной нефростомии (УКЧПН) под УЗИ-контролем.....	354
355	<i>Кудинова Т. В., Семенова Н. Ю.</i> Сравнительная оценка электрокардиографических изменений у детей с травмами грудной клетки в остром периоде.....	355
356	<i>Куркин А. М., Конев Е. Д., Гончарова Л. А., Акишкин И. И.</i> Малоинвазивные технологии в лечении переломов костей у детей.....	356
357	<i>Кусаинов А. З., Каптагаев М. Е., Турсункулов Б. Ш., Мырзахмет С. А., Альсеитов У. Б., Ажибеков Н. Н.</i> Торакоскопические технологии в лечении атрезии пищевода у новорожденных.....	357

358	<i>Кучеров Ю.И., Тараян М.В., Жиркова Ю.В., Рехвиашвили М.Г., Малиновский А.В.</i> Внутриперикардальная тератома у новорожденного: случай успешного хирургического лечения	358
359	<i>Лозовой В.М., Аипов Р., Хамитов М.К.</i> Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у детей в современных условиях	359
360	<i>Ломака М.А., Рогинский В.В., Овчинников И.А., Павелко Г.А., Гавеля Е.Ю.</i> Особенности лечения детей с мальформациями лимфатической системы головы и шеи	360
361	<i>Мавлянов Ш.Х., Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Ахмеджанов И.А., Хаитов У.Х., Ахмедов И.Ю.</i> Хирургическая тактика в лечении ущемленных паховых грыж у детей	361
362	<i>Маркосьян С.А., Кемаев А.Б., Костерин А.В., Чересева С.Э.</i> Лапароскопическая холецистэктомия при патологии желчного пузыря у детей	362
363	<i>Мельник Д.Д., Гюнтер В.Э., Шалыгин В.А., Чузуй Е.В., Титов М.В.</i> Положительное влияние криостимуляции на регенерацию переломов у детей	363
364	<i>Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Дергачев Д.А.</i> Лечение посттравматических контрактур и анкилозов локтевого сустава у детей	364
365	<i>Мовсесян Р.Р., Болсуновский В.А., Любомудров В.Г., Каган А.В.</i> Отдаленные результаты многоэтапного хирургического лечения бактериального эндокардита трикуспидального клапана у пациента с опухолью Вильмса	365
366	<i>Мусаев Т.С.</i> Ранний хирургический подход к лечению повреждений костной системы при сочетанной травме у детей	366
367	<i>Мякушев М.В., Чижик-Полейко А.Н., Вечеркин В.А., Мякушев В.Л., Тарасова С.Т.</i> Дифференцированный подход к выбору лечебной тактики при переломах мыщелка плечевой кости у детей	367
368	<i>Насибова Э.М.</i> Миорелаксанты в однодневной хирургии у детей	368
369	<i>Неверов В.А., Басков В.Е.</i> Отдаленные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава у детей	369
370	<i>Новосёлова И.Н., Валиуллина С.А., Мачалов В.А.</i> Эффективность раннего начала двигательной реабилитации у детей с позвоночно-спинномозговой травмой	370
371	<i>Огарков И.П., Цап Н.А.</i> Анатомические и патогенетические особенности аппендикулярного перитонита у детей младшей возрастной группы	371
372	<i>Петров М.А., Панкратов И.В., Шляпникова Н.С., Мамошук Л.И.</i> Артроскопия в диагностике и лечении травм и заболеваний голеностопного сустава у детей	372
373	<i>Питкевич А.Э., Шмаков А.П., Лопатнёв В.Е.</i> Использование различных способов фиксации в лечении юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости (ЮЭГБК)	373
374	<i>Платонов А.А., Зольников З.И.</i> Лапароскопическое лечение осложненных форм некротического энтероколита	374
375	<i>Полухов Р.Ш.</i> Непосредственные результаты трансанального эндоректального низведения при болезни Гиршпрунга у детей	375
376	<i>Полухов Р.Ш., Магамедов В.А., Алибеков М.А.</i> Применение транскротальной орхидопексии в лечении крипторхизма у детей	376
377	<i>Понина И.В., Карасёва О.В., Чернышева Т.А.</i> Нутритивная поддержка как составляющая ранней нейрореабилитации при тяжелой черепно-мозговой травме у детей	377
378	<i>Пиениснгов К.В., Кузьмин О.В., Блинов С.А.</i> Показатели системы крови и гемостаза у детей с тяжелой сочетанной травмой, нуждающихся в гемотрансфузии	378
379	<i>Разумовский А.Ю., Галибин И.Е., Константинов К.В., Куликова Н.В., Митупов З.Б., Смолянкин А.А., Васильева О.Ю.</i> Эмболизация бронхиальных артерий при легочных кровотечениях	379
380	<i>Разумовский А.Ю., Галибин И.Е., Константинов К.В., Шафранов В.В., Куликова Н.В., Фатеев Ю.Е., Васильева О.Ю., Смолянкин А.А.</i> Эндovasкулярные методы диагностики и лечения сосудистых образований печени у детей	380
381	<i>Романова Л.Л., Егоров В.М., Ольховский Э.Ю.</i> Влияние избыточной массы тела у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой на прогноз травматической болезни	381
382	<i>Рудакова Э.А., Ладейчиков В.М., Ковалева О.А., Шинкарик И.Г.</i> Динамика биохимических показателей крови у детей с сочетанной травмой	382
383	<i>Рудакова Э.А., Шинкарик И.Г., Ковалева О.А.</i> Характеристика сочетанных повреждений у детей при дорожно-транспортных происшествиях	383
384	<i>Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Сергеечев С.П., Горшков А.Ю.</i> Неотложная хирургия гнойно-воспалительных заболеваний легких и плевры	384

385	<i>Румянцева Г.Н., Виноградова Т.А., Сергеечев С.П., Эшонова Т.Д.</i> Особенности детского ожогового травматизма в тверской области.....	385
386	<i>Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Казаков А.Н., Бревдо Ю.Ф.</i> Совершенствование диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей.....	386
387	<i>Сакович А.В.</i> Тактика нейроотравматолога в остром периоде сочетанной черепно-мозговой травмы у детей.....	387
388	<i>Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш.</i> Эндохирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени у детей.....	388
389	<i>Сатвалдиева Э.А., Мухитдинова Х.Н., Фаязов А.Д., Хамраева Г.Ш., Абдуллаев У.Х.</i> Анализ микробиологической картины раневой поверхности при ожоговой болезни у детей.....	389
390	<i>Сварич В.Г.</i> Острый аппендицит при болезни Гиршпрунга у детей первого года жизни.....	390
391	<i>Семёнова Н.Ю., Лукьянов В.И., Новосёлова И.Н., Валиуллина С.А., Саруханян О.О., Телешов Н.В., Кудинова Т.В.</i> Значение ТИЛТ-теста при реабилитации детей после спинномозговой травмы.....	391
392	<i>Сизачев А.В., Наливкин А.Е., Щербина В.И., Пыхтеев Д.А., Машков А.Е.</i> К вопросу лечения травматического панкреатита у детей.....	392
393	<i>Скрябин Е.Г.</i> Ошибки диагностики компрессионных неосложненных переломов тел позвонков у детей.....	393
394	<i>Смирнова Н.Е., Яновой В.В., Белоус Р.А., Степаненко Е.А.</i> Результаты хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки.....	394
395	<i>Соловьёва Е.Р., Васильева М.Ф., Карасёва О.В., Васильева И.В.</i> Методика ДМВ-терапии в послеоперационном периоде при деструктивном аппендиците у детей.....	395
396	<i>Соломина Э.А., Кодициева М.А., Вихров С.В.</i> Наш опыт: случай химического ожога желудка электролитом (аккумуляторная жидкость).....	396
397	<i>Султонов Ш.Р., Шерназаров И.Б., Магзумов Д.Р., Гарибшоев Х.К., Рахмонов Ш.Р.</i> Применение заднесагиттального доступа при аноректальных пороках у детей раннего возраста.....	397
398	<i>Телешов Н.В., Саруханян О.О., Ахадов Т.А.</i> Клинико-инструментальные критерии стабильных изменений тел позвонков травматического и нетравматического генеза у детей.....	398
399	<i>Тимофеева А.В., Мельников А.В., Карасёва О.В., Горелик А.Л.</i> Эндоскопия при краниофациальной травме у детей.....	399
400	<i>Тураев Ю.А., Бобоеров К.Р.</i> Анестезиологическая помощь при сочетанной травме головы и паренхиматозных органов у детей.....	400
401	<i>Турсункулов Б.Ш., Мырзахмет С.А., Каптагаев М.Е., Рузуддинов Д.Б., Курманалиев М.Б., Кунязов Ж.К.</i> Современные аспекты хирургического лечения кистозно-аденоматозной трансформации легких у новорожденных и детей грудного возраста.....	401
402	<i>Хамраев Ф.Ш., Мирзаев А.Г., Ахмедов А.Э., Рахимов Н.Н.</i> Хирургическое лечение контрактур и деформаций верхних конечностей у больных ДЦП.....	402
403	<i>Цап Н.А., Огарков И.П.</i> Лапароскопия при закрытой травме живота: диагностические и лечебные задачи.....	403
404	<i>Цап Н.А., Виниченко М.М.</i> Современные метаморфозы инвагинации кишечника.....	404
405	<i>Цыбин А.А., Машков А.Е., Слесарев В.В., Султонов Ш.Р., Бояринцев В.С.</i> Аспирационное дренирование в лечении остеомиелита у детей.....	405
406	<i>Черненко Л.Ю., Цап Н.А.</i> Значимые показатели в оценке эффективности лечения острого гематогенного остеомиелита у детей.....	406
407	<i>Черных А.В., Малеев Ю.В., Вечеркин В.А., Шевцов А.Н., Голованов Д.Н.</i> Новый взгляд на клиническую анатомию передней области шеи.....	407
408	<i>Шабалин А.Е., Брезгин Ф.Н.</i> Применение надключичной блокады у детей при оперативном лечении перелома костей предплечья.....	408
409	<i>Шалыгин В.А., Мельник Д.Д., Горленко Л.В.</i> Обратимая агрегация эритроцитов в диагностике аппендикулярного перитонита у детей.....	409
410	<i>Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Бургуттов М.Д.</i> Дифференциальная диагностика острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей.....	410
411	<i>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Бургуттов М.Д., Маннонов Р.А.</i> Диагностика и лечение сочетанной травмы у детей.....	411

412	<i>Шамсиев А. М., Шамсиев Ж. А., Атакулов Д. О., Юсупов Ш. А., Бургутов М. Д., Бойжигитов Н. И.</i>	Травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей.	412
413	<i>Шамсиев А. М., Атакулов Д. О., Шамсиев Ж. А., Данияров Э. С., Назарова З. Х.</i>	Тактика лечения детей с закрытыми травмами почек	413
414	<i>Шамсиев А. М., Зайниев С. С.</i>	Компьютерная томография в комплексной лучевой диагностике при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей	414
415	<i>Шамсиев А. М., Зайниев С. С.</i>	Морфологическая структура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей	415
416	<i>Шамсиев А. М., Зайниев С. С.</i>	Способ хирургического лечения хронического рецидивирующего гематогенного остеомиелита	416
417	<i>Шмаков А. П., Питкевич А. Э., Зуев Н. Н., Кузьменко Т. В., Литвяков М. А.</i>	Повреждение грудной клетки (ПГК) у детей	417
418	<i>Шустов А. В., Малюков В. О.</i>	Динамика клинической картины острого гематогенного остеомиелита у детей Саратовской области за 20 лет.	418
419	<i>Яковлев С. Б., Бочаров А. В., Бухарин Е. Ю., Арустамян С. Р., Горельшев С. К., Адаев Е. А., Хухлаева А. Р., Меликян А. Г., Лубнин А. Ю., Сорокин В. С., Леменева Н. В.</i>	Эндоваскулярное лечение цереброваскулярной патологии у детей	419
420	<i>Янулевич О. С., Ершова Н. В., Павличев Г. В., Кавардакова Е. С., Кривощёков Е. В., Соколов А. А.</i>	Опыт лечения пациентов с различной степенью гипоплазии левых отделов сердца	420
421	<i>Янушкевич А. А., Шмаков А. П., Питкевич А. Э.</i>	Оптимизация диагностики и лечения метэпифизарного остеомиелита у детей	421

Часть III

422	<i>Fedotov D. M., Melkova L. A.</i>	Age Features of Components Venous Cerebral Blood Flow in Children with ADHD	422
423	<i>Kondrakhina I. I., Surkov A. N., Batyrova A. S., Snovskaya M. A., Kozhevnikova O. V., Gevorkyan A. K.</i>	Role of the Child Compliance in Hepatic Forms of Glycogen Storage Disease During Continues Glucose Monitoring	423
424	<i>Poretskova G. J., Krainov S. G.</i>	Epidemiology the Incidence of Adolescent Students of Samara	424

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абасеева Т. Ю. 1
Абдуллаева Н. Ш. 174
Абдуллаев У. Х. 389
Абдуллина А. Э. 254
Абдурасулов К. Д. 2
Абдурахмонова С. З. 84
Абдусаматов Б. З. 388
Абрамова Н. Н. 345
Авдеева Т. Г. 160
Авдеев С. А. 330
Авдюнина И. А. 302
Адаев Е. А. 419
Ажибеков Н. Н. 357
Азизов М. К. 303
Айзенберг В. П. 112
Аипов Р. 359
Акилов Х. А. 304–307
Акишкин И. И. 356
Акопян А. В. 3, 4, 342
Аксельров А. М. 308
Аксельров М. А. 308
Аксенова В. А. 189
Аксенов А. Н. 301
Алекаева О. Н. 5
Александров А. В. 309–311
Алексеева А. А. 31, 32, 156
Алексеева Е. И. 11
Алексюшина Л. А. 299
Алибеков М. А. 376
Алленова Ю. Е. 246
Альсеитов У. Б. 357
Аманов С. Ж. 321
Амидхонова С. А. 316
Амирасланова М. М. 294
Амчеславский В. Г. 324, 351
Анаева Л. А. 72, 73
Аникина А. Н. 198
Аникин А. В. 6, 52, 95, 96, 136
Анисимова А. В. 8, 29
Анисимов Е. А. 7, 58
Антонова А. Ю. 78
Антонова Е. В. 31
Антропов Д. А. 60
Антышева Е. Н. 111
Анфиногенова О. Б. 142, 283
Артамонова О. Н. 8
Артюшкина А. А. 317
Арустамян С. Р. 419
Архестова Д. Р. 74
Архипова А. А. 323
Архипова Н. В. 190
Асекретова Т. В. 103
Аскарлов М. С. 312
Атакулов Д. О. 410–413
Афанасенко Г. П. 24
Афлятумова Г. Н. 273
Ахадов Т. А. 398
Ахматалиева М. А. 217
Ахматов В. Н. 201
Ахмеджанов И. А. 361
Ахмедов А. Э. 257, 402
Ахмедов И. Ю. 361
Ахмедов Ю. М. 303, 361
Ахпаров Н. Н. 313
Ахуба И. В. 163
Ашина М. В. 22
Бабаева Е. А. 226
Бабий К. В. 159
Бабич И. И. 314, 340
Багдасарян Н. Г. 153
Бадеева Т. В. 22
Базрова Ф. В. 141
Баиндурашвили А. Г. 344
Баиндурашвили А. Г. 315, 323
Баиров В. Г. 316
Баканов М. И. 9, 20, 44
Балалаева И. Ю. 10
Балханов Б. С. 82
Балыкова Ж. А. 61
Барабаш Н. А. 204
Баранник В. А. 32
Баранов А. А. 11
Баранова Т. И. 12
Баранов Д. А. 330
Барсегян Е. Р. 342
Барская М. А. 317, 318
Барышева Ж. В. 240
Басаргина Е. Н. 20
Басаргина Е. Ю. 52
Басков В. Е. 369
Батунина И. В. 332
Батырева К. И. 150
Батырова А. С. 106
Баум Т. Г. 181
Башакин Н. Ф. 13, 301
Баширова Г. И. 14
Баширов А. С. 303
Безрукова Д. А. 56
Бекезин В. В. 15, 281
Бекин А. С. 335
Белалутдинова Д. И. 99
Белова Е. А. 235
Белова Е. Г. 16
Белоус Р. А. 394
Белоус Т. М. 102
Белых Н. А. 17

- Бельдиева С. Н. 18
Бельмер С. В. 104, 105
Беляева И. А. 209
Беляков В. А. 213
Белянчиков С. М. 327, 328
Бергутова А. Р. 54
Бердовская А. Н. 19, 319
Бережной Ю. Ю. 324, 351
Бершова Т. В. 9, 20
Бикир-Тхорак Л. И. 159
Билялутдинова Д. И. 76
Бисмильдин Х. Б. 320, 321
Битова А. Л. 214
Блинов С. А. 378
Блохин Б. М. 65, 128, 198, 214
Бобоеров К. Р. 400
Боброва А. А. 75
Богданьянц М. В. 56
Богомолова Е. С. 21, 22, 116, 280
Богоряд Т. И. 240
Богряшов С. С. 128
Бойжигитов Н. И. 412
Бокерия Л. А. 23
Боконбаева С. Д. 24
Бокучава Е. Г. 25
Болсуновский В. А. 365
Бондаренко В. П. 99
Бондаренко Т. А. 267
Бондарь В. И. 26, 154
Бораева Т. Т. 141
Борисова М. А. 16
Борисова С. А. 342
Борисов В. С. 16
Бородин Р. В. 317
Борсуков А. В. 15
Борщев В. И. 291
Бочаров А. В. 419
Бочарова И. И. 13, 301
Бочаров Р. В. 322
Бояринцев В. С. 405
Брагина Л. Е. 289
Бревдо Ю. Ф. 386
Брезгин Ф. Н. 408
Бритвина О. П. 8
Броева М. И. 25, 45, 241, 251
Брянская А. И. 323
Брянцев А. В. 346, 348
Буданова М. В. 235
Будкин А. В. 130, 204, 240
Бузина Н. В. 62
Букина М. Ю. 13, 301
Букреева В. А. 69
Булгакова В. А. 170
Бунина Е. Г. 199
Бунтина М. А. 324
Бургутов М. Д. 410, 411, 412
Бурмистрова Е. Ю. 29
Буров А. А. 1
Бурсагова Б. И. 100, 119
Буслаева А. С. 27, 220
Бутко М. В. 254
Бутров А. В. 324
Бухарин Е. Ю. 419
Быкова Ю. А. 199
Быков В. М. 315
Быков Д. В. 317
Вавилова В. П. 268
Ваганова Т. В. 130, 240
Вайнюнскя Н. И. 231
Валеева Э. Р. 236
Валиуллина С. А. 325, 370, 391
Варламов А. В. 317
Васильева И. В. 395
Васильева Л. И. 289
Васильева М. Ф. 395
Васильева О. Ю. 379, 380
Васильева Т. Г. 167
Васин К. С. 35, 300
Вахидов А. Ш. 388
Вахрушева Е. Е. 28
Венгер А. Л. 27
Ветрова А. Д. 243
Вечеркин В. А. 367, 407
Викторова Т. В. 163
Вильчинская Ю. А. 194
Виниченко М. М. 326, 404
Виниченко С. Н. 29
Виноградова Т. А. 385
Винокурова Л. Н. 30
Винярская И. В. 139
Виссарионов С. В. 327, 328
Вихров С. В. 396
Вишнёва Е. А. 31, 32, 156
Вознесенская Н. И. 32
Воинова В. Ю. 35
Волкова М. П. 33
Волков В. В. 309–311
Волков К. С. 32, 156
Вологжанина Е. В. 147
Волынец Г. В. 34, 228, 229
Воробьева Е. А. 59, 253
Воробьева Л. Е. 3, 4
Воронкова А. Ю. 104, 105
Воропаева Л. А. 192
Воротникова Н. А. 296–298
Ворсанова С. Г. 35, 300
Вотякова О. И. 5, 71, 180
Вятлева О. А. 36
Гавеля Е. Ю. 360
Гаврилова М. В. 330
Гаврилов Р. М. 329
Гагошидзе М. В. 37

- Гаджимурадова Н. Д. 38, 202, 203
Газиева И. А. 132, 247
Гайворонская А. Г. 25, 45, 241, 251
Галактионова М. Ю. 39, 89
Галахова О. О. 97
Галибин И. Е. 379, 380
Галушка С. В. 329
Ганзер Герд 233
Гаприндашвили Е. Г. 103
Гарибшоев Х. К. 397
Гасанов А. Г. 20
Гасанова Э. Н. 332
Гафарова Д. А. 335
Геворкян А. К. 95, 96, 106, 157, 164, 165
Георгиева Е. 40
Герасимова Н. П. 169
Гетия К. Г. 37
Гетман А. Н. 6, 95, 96
Гильмутдинов М. Р. 173
Гирш Я. В. 41, 299
Гисак С. Н. 330
Гламазда С. В. 331, 345
Глухова Е. Н. 269
Гнеушева О. Д. 82
Говорова М. Д. 63
Голикова Е. В. 129
Голованов Д. Н. 407
Голубева А. М. 42
Голубчикова А. В. 43
Гончарова Г. А. 162
Гончарова И. А. 239
Гончарова Л. А. 356
Гончарова Т. А. 55
Гончаров С. Г. 211
Горбунова А. А. 55
Горев В. В. 129
Горелик А. Л. 346, 347, 350, 399
Горелко В. В. 46
Горелко Т. Г. 46
Горелова Ж. Ю. 44
Горелышев С. К. 419
Горленко Л. В. 409
Горшанина И. В. 61
Горшков А. Ю. 384
Готье С. В. 331
Гребеклис А. Р. 99
Грехов Е. В. 238
Гречуха Н. Е. 25
Гречуха Т. А. 45, 241, 251
Григорьева М. В. 332
Григорян Л. А. 292, 293
Гринфельд Я. Л. 231
Гудков Р. А. 47, 48, 49
Гулина О. А. 30
Гуменюк О. И. 50, 295
Гумеров А. А. 333
Гумеров Р. А. 333
Гундобина О. С. 51
Гуревич О. Е. 62
Гюнтер В. Э. 363
Давыдова И. В. 52
Дакинова Л. Н. 53
Данилко К. В. 163
Данилова Е. И. 267
Данилова Т. П. 316
Данияров Э. С. 413
Дарбакова Т. А. 53
Дармаева М. Н. 82
Дворяковский И. В. 4
Дейкова Е. З. 195
Демидова И. А. 300
Демченко В. И. 54, 55
Дергачев Д. А. 364
Деринова Е. А. 272
Дерябина Е. Г. 120
Джумагазиев А. А. 56
Джунелов А. Б. 206
Дзевбисова Ф. С. 141
Длужневская В. И. 57
Дмитриенко Е. Г. 107, 168, 219
Дмитриенко Т. Г. 107
Доброхотова А. В. 17
Добрынина Е. А. 31, 32
Додонов С. В. 7, 58
Докучаева С. Ю. 282
Долотова Н. В. 59, 253
Донских И. В. 66
Доронина Т. Н. 269, 270
Дорохин А. И. 364
Дорохов Н. А. 60
Дракина С. А. 61
Друзюк Е. З. 334
Дудина Т. А. 62
Дудукина Е. С. 274
Дуйсенбаев А. А. 349
Дустмухамедова Д. Х. 92, 93
Духова З. Н. 118
Душкова С. В. 137
Дьяконова Е. Ю. 335
Дьякончук Ю. С. 108
Евдокимов А. С. 211
Евлюхина Н. Н. 34
Евстифеева Г. Ю. 183
Егорова Т. В. 63
Егоров В. А. 91, 221
Егоров В. М. 381
Ежова О. Л. 277
Елков А. Ю. 64
Елубаев Ж. К. 321
Ельчанинова О. Е. 235
Елюбаев Т. 320
Емельянова Е. А. 50

- Ерболганов Е. Е. 312, 320
Еремеева О. И. 254
Еренков И. О. 65
Ермашева М. А. 158
Ермолаева К. Р. 336
Ермолина Ю. В. 136
Ерохина О. В. 159
Ершова Н. В. 337, 352, 420
Ефимова Н. В. 66
Ефремов Е. С. 338
Жамлиханов Н. Х. 67, 68
Жданова Л. А. 18, 125, 287, 288
Жданова Л. В. 70
Жданова О. А. 69, 166
Жезлова Н. А. 71
Жетишева И. С. 74
Жетишев Р. А. 72, 73, 74
Жетишев Р. Р. 74
Жидовинов А. А. 339
Жила Н. Г. 341
Жилкин И. В. 331
Жиркова Ю. В. 358
Жирнов В. А. 75
Жуковская Е. В. 76, 99, 227
Журавлев Н. А. 348
Заводин М. В. 250
Завьялкин В. А. 317
Зайниев С. С. 414, 415, 416
Зайцева Г. В. 94
Зайцева Е. А. 144
Закирова А. М. 77–79, 207, 208
Закрепина А. В. 123
Закурка М. В. 340
Зарытовская Н. В. 80
Захарова С. Ю. 120
Звездина И. В. 237
Зеленова М. А. 35, 300
Земсков Г. В. 104, 105
Зернова Е. С. 292, 293
Зими́на Е. П. 107
Зокиров Н. З. 243
Зольников З. И. 374
Зорин В. И. 341
Зоркин С. Н. 3, 4, 121, 342
Зотова А. И. 104, 105
Зрячкин Н. И. 94
Зубкова И. В. 184
Зуева О. С. 343
Зуев Н. Н. 343, 354, 417
Ибрагимова Ж. Р. 79
Иванов А. Г. 66
Иванова Е. В. 267
Иванов А. С. 331, 345
Иванова Т. Ф. 351
Иванов С. В. 344
Игишева Л. Н. 199
Игнатьев А. Ю. 333
Изюмец О. И. 81
Илларионова А. П. 272
Ильина А. Я. 294
Ильина Н. Н. 82
Инияттов М. К. 312
Исаенкова С. В. 107
Исмагилова А. Р. 179
Исмаилова М. А. 84
Исмаил Ф. Р. 83
Истратова М. В. 158
Ишуова П. К. 85, 86, 135
Кавардакова Е. С. 337, 352, 420
Каган А. В. 365
Каганова Т. И. 145
Кадырова А. С. 269
Кадырова А. Ш. 24
Казаков А. Н. 386
Казыханова Ю. А. 215
Калашникова О. В. 87
Калева Н. Г. 88
Калекулина Н. А. 89
Калимуллина А. В. 79
Калмыкова А. С. 80
Калмыкова В. С. 80
Каманова Т. С. 90
Каменских М. С. 91, 221
Камилова А. Т. 92, 93
Камышова Е. А. 74
Канькова Н. Ю. 98
Капранов Н. И. 105
Каптагаев М. Е. 357, 401
Капустин В. А. 346
Караваев А. В. 322
Каральская Ж. Ж. 94
Карасёва О. В. 346–348, 350, 351, 377, 395, 399
Каримова Х. М. 100, 119
Каркашадзе Г. А. 156
Каркашадзе М. З. 6, 95, 96, 136
Картавенко К. А. 327
Касымжанов А. Н. 349
Катенкова Э. Ю. 292
Каткова Л. И. 97
Катосова Л. К. 121, 260, 350
Кемаев А. Б. 362
Кенис В. М. 344
Ким Е. Г. 24
Киреева Г. Н. 99
Киреева К. К. 98
Кириенко Н. Н. 191
Кирилочев О. К. 185
Киришина И. А. 148, 176
Киселева А. Н. 22
Киселева А. С. 21, 280
Клещенко Е. И. 286
Климанова Е. В. 338

- Климович С. В. 138
Клочкова О. А. 100, 119, 136
Кляшева Ю. М. 117
Кляшев С. М. 249
Ковалева Г. Н. 329
Ковалева О. А. 382, 383
Ковальчук С. Н. 21, 280
Коган С. А. 26
Кодинцева М. А. 396
Кожевникова О. В. 106
Кожокаръ С. В. 159
Козлова Т. С. 101
Кокуев А. В. 270
Кокушин Д. Н. 327, 328
Коллеров Э. Ю. 250
Коломыс В. Е. 175
Колоскова Е. К. 102
Колыхалкина И. А. 351
Комарова Е. В. 220
Комарова Н. Л. 169
Комиссарова Е. Н. 177
Кондратьева Е. И. 103–105, 129, 130, 240
Кондратьева И. В. 112
Кондрахина И. И. 106
Конев А. М. 182
Конев Е. Д. 356
Коновалова Г. М. 14
Коновалов О. Е. 49
Копова О. М. 107, 168, 219
Константинов К. В. 379, 380
Конюх Е. А. 108
Корнеева И. Т. 7, 9, 58, 109, 264
Корнеева Т. Ю. 148, 176
Коростелев С. А. 300
Короткая Н. Н. 15
Корсаков А. В. 110
Корсунский А. А. 64
Косова С. А. 154
Костарева А. А. 238
Костерин А. В. 362
Кострыгин С. В. 308
Котова Н. В. 21
Кочерова О. Ю. 111, 253
Кочкин В. С. 336
Кошкин А. П. 152
Кравцова Ю. С. 112
Крайнов С. Г. 197
Кривощёков Е. В. 337, 352, 420
Кривцова Л. А. 189
Крицкий И. О. 353
Кротов А. Ю. 354
Крупяно С. М. 23
Крутова А. С. 131
Крыжановская О. А. 260
Крыжановский А. А. 57
Крылова Т. Г. 179
Кудинова Т. В. 355, 391
Кудряшова И. Л. 59
Кузенкова Л. М. 100, 119, 168
Кузнецова В. А. 112
Кузнецова Г. В. 6, 95, 96
Кузнецова Е. Г. 5, 71
Кузнецова Л. Ю. 143
Кузнецова М. А. 114
Кузнецова М. Н. 113, 115
Кузнецова Т. А. 200, 271
Кузьменко Т. В. 417
Кузьмина Е. Н. 249
Кузьмин А. И. 317, 318
Кузьмин О. В. 378
Кукушкин Д. В. 200
Кулакова Е. В. 116
Кулешина Т. М. 46
Куликова Е. В. 242
Куликова Н. В. 379, 380
Куличенко М. П. 117, 249
Кульчицкая Н. Г. 199
Кунязов Ж. К. 401
Курбатова О. В. 118
Куренков А. Л. 100, 119
Куринная О. С. 35, 300
Куркин А. М. 356
Курманалиев М. Б. 401
Кусаинов А. З. 357
Кустова О. В. 52
Кутявина Т. А. 120
Кучеров Ю. И. 358
Лагутеева Н. Е. 212
Ладейщиков В. М. 382
Лазарева А. А. 63
Лазарева А. В. 121, 260, 350
Лазарев В. В. 336
Лазуренко С. Б. 27, 43, 122, 123, 209, 220
Ланина Е. А. 124, 125, 288
Лаповок М. В. 3
Латышев Д. Ю. 126, 127
Лебедева А. В. 331, 345
Левина Ю. Г. 32
Левицкая Ю. Г. 92
Леменева Н. В. 419
Леонова И. Т. 69
Леонтьев А. В. 317
Летучая Т. А. 44
Ликсонова М. А. 18
Липатова Е. С. 246
Липская И. П. 108
Литвинов Ю. А. 22
Литвяков М. А. 417
Лифшиц В. И. 1
Ли Э. А. 304
Лобанова Т. А. 142
Лобанов Ю. Ф. 126, 127

- Лобушкова И. П. 128
Логинова А. А. 134
Лодыгина И. В. 180
Лозовой В. М. 359
Ломака М. А. 360
Лопатнёв В. Е. 373
Лось С. П. 243
Лошкова Е. В. 103, 129, 130, 204, 240
Лубнин А. Ю. 419
Луговский М. К. 331
Луканкина Л. Н. 112
Лукьянов В. И. 391
Лутовина О. В. 289
Лучанинова В. Н. 131, 144
Львов Н. В. 310, 311
Любомудров В. Г. 365
Ляпунов В. А. 132, 247
Мавлянов Ф. Ш. 303, 361
Мавлянов Ш. Х. 303, 361
Магамедов В. А. 376
Магзумов Д. Р. 397
Мадорская О. Г. 133
Мазанова Н. Н. 44
Мазнова А. В. 317
Мазо А. М. 3, 4
Мазур Л. И. 134
Маисеенко Д. А. 39
Майтбасова Р. С. 85, 135
Макарова Н. В. 105
Макарова О. А. 94
Макарова С. Г. 184
Максименко Е. О. 280
Маларева Е. В. 231
Малахов О. А. 51
Малеев Ю. В. 407
Малиевский В. А. 14, 163
Малиновский А. В. 358
Мальченко Л. А. 248
Малюгина Т. Н. 151
Малюков В. О. 418
Маматкулов Б. Б. 217
Мамбетсадыкова Е. М. 24
Мамедьяров А. М. 43, 100, 119, 136, 168
Мамошук Л. И. 372
Мамчиц Л. П. 137, 138, 266
Мандров С. И. 288
Маннонов Р. А. 411
Маркова М. Н. 318
Маркосьян С. А. 362
Мартиросян Н. Ф. 315
Мартынова И. Н. 139
Марущак Д. А. 137
Марченкова Ю. В. 140
Маслова О. И. 136, 156
Масякин М. А. 83
Матвеева У. В. 141
Матросова Е. В. 62
Матыскина Н. В. 39
Матякубов Х. Н. 304
Махмудова А. А. 242
Махмудов З. М. 410
Мачалов В. А. 370
Машина Н. С. 39
Машков А. Е. 334, 392, 405
Маштакова Е. В. 142
Маянский Н. А. 109
Медведева А. Н. 254
Медведев Г. В. 143
Меденникова Д. М. 196
Меликян А. Г. 419
Мелькова Л. А. 252
Мельник Д. Д. 363, 409
Мельников А. В. 399
Мельникова Е. А. 144
Меньшикова К. А. 140
Мердалимов Р. Г. 105
Мерзлова Н. Б. 30
Меркулов В. Н. 364
Мещерякова Н. В. 265
Мигачева Н. Б. 145
Милюевская Е. Б. 23, 146
Миллер Ю. В. 255
Минакова О. В. 166
Мингаирова А. Г. 147, 148
Минден Кирстен 233
Мирзаев А. Г. 257, 402
Мирзасалиев Х. М. 349
Миролюбов Л. М. 172, 173
Мироненко И. И. 149
Мирошкина Л. В. 118
Мирошниченко Е. В. 150
Митупов З. Б. 379
Михайлова Е. В. 151, 152, 274, 275
Михалев В. П. 110
Михалев Е. В. 129, 204
Мнацаканян Н. Р. 153
Мовсесян Р. Р. 365
Мовсисян Г. Б. 51
Мовшович П. М. 43
Модестов А. А. 26, 154, 155
Моисеева О. М. 238
Морозов Д. А. 335
Мороз Т. Б. 77
Мунин А. Г. 318
Мунина И. И. 318
Мурадова О. И. 156
Мурашкин Н. Н. 157
Мурашко В. В. 327
Мурашко Т. В. 81
Мурашова Ю. А. 296
Мусаев Т. С. 366
Мухитдинова Х. Н. 389

- Муц Е. Ю.** 158
Мыльникова И. В. 66
Мырзахмет С. А. 357, 401
Мэтрэгунэ Н. Г. 159
Мякишева Т. В. 160
Мякушев В. Л. 367
Мякушев М. В. 367
Нагаева Т. А. 161
Надеждин Д. С. 162
Надиров Н. Н. 327
Назарова З. Х. 413
Назарова Л. Ш. 163
Наливкин А. Е. 392
Намазова-Баранова Л. С. 11, 25, 31, 32, 51, 136, 164, 165, 184, 209, 237, 243
Насибова Э. М. 368
Настаушева Т. Л. 166
Науменко М. Г. 294
Неведрова М. Н. 23
Неверов В. А. 369
Неганов О. А. 91, 221
Нежкина Н. Н. 42
Нечаев В. Н. 234
Неяскина Л. А. 65
Ни А. Н. 167, 293
Нигматуллина М. В. 168
Никитин А. В. 169
Никифорова М. Л. 224, 225
Николаев Д. В. 192
Никонова В. С. 104
Нику О. А. 46
Новикова Д. А. 45, 241, 251
Новикова Т. Н. 170
Новосёлова И. Н. 370, 391
Носачева О. А. 157, 164, 165
Нуржанова С. Т. 171
Нурмеева А. Р. 172, 173
Нурмеев И. Н. 172, 173
Овчинников И. А. 360
Огарков И. П. 371, 403
Ойнарбаева Э. А. 313
Олимова К. С. 174
Ольховский Э. Ю. 381
Орлова Л. Н. 289
Орлов С. А. 175, 201
Осипов А. Ю. 172, 173
Осипов Н. Л. 317
Острая В. С. 330
Павелко Г. А. 360
Павленко В. Д. 211
Павлинова Е. Б. 176
Павличев Г. В. 337, 352, 420
Павлова И. Ю. 192
Павлова Н. Н. 122
Павлова О. Н. 63
Панасюк Т. В. 177
Панкова Н. Б. 178
Панкратенко Т. Е. 1
Панкратов И. В. 372
Панова Л. Д. 179
Панов П. В. 179
Панфилова А. В. 180
Пасяка Н. В. 353
Патрушев Л. И. 70
Пахомовская Н. Л. 34
Пахрова О. А. 5
Пачаева Р. П. 174
Пашкина Е. Ю. 98
Первишко О. В. 181
Перевощикова Н. К. 8, 29, 61
Пересецкая О. В. 15
Пермяков П. Е. 339
Перунова Н. Б. 267
Петриашвили А. Ш. 37
Петриашвили Г. Ш. 37
Петричук С. В. 118
Петрова В. И. 47
Петрова Е. О. 182
Петрова Ж. В. 183
Петров М. А. 372
Петровская М. И. 184
Петрушина А. Д. 117, 248, 256
Печкина К. Г. 127
Печкина К. Ш. 126
Печкуров Д. В. 246
Пименова Н. Р. 185
Пискун Т. А. 186
Питкевич А. Э. 354, 373, 421, 417
Платонов А. А. 374
Платонова А. Г. 187, 188
Плеханова М. А. 54, 55, 189
Плугатаренко Н. А. 17
Побединская О. С. 294
Повышева Л. П. 190
Погодаева Т. В. 131
Погорелко В. Г. 322
Подгорнова Н. С. 113, 115
Поддубный И. В. 335
Подлевских Т. С. 194
Подлесная Т. Н. 191
Поздняков А. А. 235
Полежаева Н. С. 75
Полухов Р. Ш. 375, 376
Полякова С. И. 118, 169
Полякова Т. А. 192
Поляков С. Д. 9, 109, 113, 115, 219
Полянская Н. А. 54
Понина И. В. 377
Пономарева Д. А. 161
Пономарева О. В. 28
Пономаренко Е. Н. 193
Пономаренко О. А. 260, 350

- Попова И. В. 213, 282
Попова Н. Г. 195
Попова О. В. 151
Попова О. Л. 196
Попов С. Д. 194
Порецкова Г. Ю. 197
Потапова Е. А. 198
Потапов А. С. 34, 220, 228, 229
Предченко А. С. 225
Примов Ф. Ш. 307
Притчина С. С. 199
Приходченко Н. Г. 292, 293
Промыслова Е. А. 32, 325
Простакова В. Н. 214
Протасевич Т. С. 284
Прошина И. М. 288
Пузанкова Н. В. 200
Путина Н. Ю. 201
Пшениснов К. В. 378
Пыхтеев Д. А. 392
Пыхтина Л. А. 202, 203, 253
Пятницкая С. А. 289
Разумовский А. Ю. 379, 380
Райский Д. В. 56
Рамазанова Ю. Р. 215
Рапопорт И. К. 237
Расщепкина Н. И. 269, 270
Ратманова Г. А. 250
Рафикова Ю. С. 204
Рахимова А. Л. 89
Рахимова М. М. 196
Рахимов Н. Н. 257, 402
Рахманкулова З. Ж. 205
Рахманов Б. Т. 206
Рахронов Ш. Р. 397
Рашитова Э. Л. 208
Рашитов Л. Ф. 77–79, 207, 208
Ремизова И. И. 132, 247
Рехвиашвили М. Г. 358
Рогинский В. В. 360
Родионов А. С. 331, 345
Родионов В. Г. 317
Рожкова М. Н. 250
Романова Л. Л. 381
Романова Т. А. 150
Ртищева М. С. 27, 209
Рубель И. О. 255
Рудакова Э. А. 382, 383
Рудковская Н. В. 182
Ружнова О. Н. 107
Рузуддинов Д. Б. 401
Румянцева Г. Н. 384–386
Русова Т. В. 210
Русов И. А. 210
Руссу Ж. А. 46
Рыбченок В. В. 309–311
Рыжакова Н. А. 103, 130
Рябинина Т. М. 77
Рябчун В. П. 126
Сабирзянова М. Ф. 78
Сабирова Д. Р. 172, 173
Сабитова Д. К. 278
Савватеева В. Г. 193
Саввина А. Д. 63
Саввина Н. В. 63
Сависько А. А. 211, 212
Савченко Е. А. 213
Сагоян Г. Б. 83
Садовская Ю. Е. 214
Садуова А. Т. 85
Садыкова Д. И. 273
Саидов Ф. Х. 305
Сайфулин М. Х. 265
Сакович А. В. 387
Салимов Ш. Т. 388
Салова М. Н. 287
Самороднова Е. А. 215
Самохина И. В. 118
Самсонова Н. М. 216
Санфирова В. М. 9
Саприна Т. В. 204
Саруханян О. О. 332, 391, 398
Сатвалдиева Э. А. 389
Сафаров З. Ф. 217
Сафонова Е. Г. 145
Сафонова Т. И. 148, 176
Сахарова Е. В. 219
Сахаров В. Г. 218
Сварич В. Г. 390
Свиридова Т. В. 27, 220
Седюкова Ю. В. 130
Селиванов В. В. 302
Селивёрстова Е. В. 302
Селимзянова Л. Р. 32, 260
Семёнова Г. Ф. 118, 222
Семёнова Л. Ю. 223
Семёнова Н. Ю. 355, 391
Семёнов С. В. 91, 221
Сергеева Е. В. 273
Сергеева П. П. 323
Сергеечев С. П. 384, 385
Сергиенко Т. В. 308
Сердюков А. Ю. 151
Серёгина Г. А. 224, 225
Серёгина М. С. 226
Сивакова О. В. 140, 272
Сигачев А. В. 392
Сиденко А. В. 52
Сидоренко Л. В. 227
Сидорова О. И. 267
Симакова Н. Ю. 198
Синайская Е. И. 298

- Синицын П. А. 62
Скальный А. А. 99
Скворцова Т. А. 228, 229
Скляднева В. М. 122
Склярова Е. А. 330
Скрипицин Н. А. 317, 318
Скрябин Е. Г. 393
Скударнов Е. В. 60
Слесарев В. В. 405
Слипка М. И. 237
Смирнова Н. Е. 394
Смирнова Ю. В. 230
Смирнов В. И. 31, 32
Смирнов И. Е. 169
Смирнов К. В. 230
Смолянкин А. А. 379, 380
Сновская М. А. 106
Собиев А. Х. 329
Соболев А. М. 113, 115
Соколов А. А. 420
Соколова Е. В. 75
Соколова Н. Е. 231
Солнышко А. Л. 129, 240
Соловьёва Е. Р. 395
Соловьёва Ю. В. 9
Соломина Э. А. 396
Солохина И. Ю. 328
Сорокина Л. А. 281
Сорокин В. С. 419
Спивак И. М. 232
Спичак И. И. 76, 99
Стадлер Е. Р. 233
Стасёнок Ф. Л. 128
Стасий Е. Д. 46
Стасова Ю. В. 234
Статова А. В. 276
Стенникова Е. В. 147
Степаненко Е. А. 394
Степаненко Н. П. 103
Степанова Н. В. 236
Степанова Т. В. 235
Столяр А. В. 308
Стребелева Е. А. 123
Стрельцова Е. Н. 265
Сугутская Г. Д. 68
Сулейманова З. Я. 77–79, 207
Сулейманова Л. И. 84
Сулейманова С. Б. 313
Султонов Ш. Р. 397, 405
Сурков А. Н. 106, 118
Сухарева Л. М. 237
Сушанло Х. М. 24
Тайбулатов Н. И. 219
Тараканова С. Ю. 243
Тарасенко А. Н. 231
Тарасенко Н. В. 103, 130, 240
Тарасова А. А. 64
Тарасова С. Т. 367
Тарасов Н. И. 309
Тараян М. В. 338, 358
Татарина Т. Н. 238
Телешов Н. В. 391, 398
Тепляков А. А. 41
Теплякова Е. Д. 212, 239
Терентьева А. А. 130, 240
Тимофеева А. В. 346, 350, 399
Титов М. В. 363
Ткачева Н. В. 263
Ткаченко Н. Е. 25, 45, 241, 251
Ткаченко Т. Г. 47
Ткачук Е. А. 66
Тлиф А. И. 103, 240
Токарев А. Н. 213, 282
Томилова А. Ю. 32, 156
Торшхоева Р. М. 25, 156, 157, 164, 165
Травина М. Л. 242
Трегуб Н. В. 2
Трембач А. В. 103
Трифопова Е. Г. 129
Троицкая М. В. 13, 301
Трошина В. В. 243
Трошин В. П. 110
Трубина Е. В. 244
Трубников П. Н. 245
Туманова Е. Л. 34
Туманова М. В. 332
Тураев Ю. А. 400
Тур О. С. 69
Турсункулов Б. Ш. 357, 401
Тырцева Е. С. 65
Тютева Е. Ю. 129, 130, 204
Тютюкина А. И. 325
Тяжева А. А. 246
Углева Т. Н. 2
Улугбердиева А. А. 206
Умаров Н. А. 172, 173
Урмонов Н. Т. 306
Устькачкинцев В. А. 127
Устьянцева Л. С. 132, 247
Ушакова С. А. 117, 248, 249, 256
Фадеева О. Ю. 250
Фадеева Т. Ю. 167
Файзиева З. Б. 205
Файзуллина Р. А. 207, 279
Фатеев Ю. Е. 380
Фаязов А. Д. 389
Федина Н. В. 48
Федорако А. В. 57
Федоров А. Г. 67
Федосеенко М. В. 45, 241, 251
Федотова Л. П. 267
Федотов Д. М. 252

- Федуллаева Ю. А. 87
Федюнина И. Д. 198
Филимонова Т. А. 48
Филин А. В. 34
Филькина О. М. 59, 253
Филюшкин Ю. Н. 334
Финота Е. А. 254
Флигиль А. Э. 64
Фокин В. Н. 250
Фомин Ф. Ю. 42
Фрейлихман О. А. 238
Фролов А. В. 329
Фролова Ю. В. 317
Фурманова Е. А. 161
Хаброва Л. М. 255
Хазова Г. С. 244
Хаит О. В. 248, 256
Хаитов У. Х. 303, 361
Хамитов М. К. 359
Хамраева Г. Ш. 389
Хамраев Ф. Ш. 257, 402
Хамраев Ш. Ш. 257
Харченко О. Ф. 258
Харькин А. В. 338
Хетагурова Ю. Ю. 141
Хмилевская С. А. 94
Хоха Р. Н. 259
Хохлова Т. А. 260
Храмцов П. И. 261
Хужахмедова Р. Н. 349
Хухлаева А. Р. 419
Цап Н. А. 326, 371, 403, 404, 406
Целоева Х. И. 294
Цирульникова О. М. 331
Цой Е. Г. 182
Цоцонава Ж. М. 262, 263
Цуканова А. В. 199
Цуканова Е. С. 112
Цыбин А. А. 405
Цыбульская А. С. 175
Цыплакова Е. В. 264
Чабанова О. Н. 265
Чайковская М. А. 138, 266
Частухина Т. В. 250
Чащина И. Л. 121
Чебану Н. В. 159
Чебоксаров Д. В. 324
Чекалов Н. Г. 280
Челпаченко О. Е. 87, 267
Чересева С. Э. 362
Черкаева А. Х. 268
Черкасова Е. Н. 271
Черкасов Н. С. 269, 270
Черненков Ю. В. 50, 234, 295
Черненко Л. Ю. 406
Черников В. В. 139, 251, 325
Чернова Е. Г. 67
Чернова П. В. 297
Черных А. В. 407
Чернышева Т. А. 351, 377
Чертыковцева Н. В. 224, 225
Чижик-Полейко А. Н. 367
Чижова Ж. Г. 140, 272
Чиликина Ю. М. 273
Чирятьева Т. В. 201
Чистякова Г. Н. 132, 247
Чистякова Е. Г. 11
Чистякова Ю. В. 42
Чугуй Е. В. 363
Чугунова Е. А. 294
Чудакова Т. К. 152, 274, 275
Чукина Е. Ю. 129, 204
Шабалин А. Е. 408
Шабалова Л. А. 104, 105
Шабунина Е. И. 98
Шадрин С. А. 276
Шайтор В. М. 277
Шакирова А. Т. 279
Шакирова Л. З. 278
Шалыгин В. А. 363, 409
Шамсиев А. М. 410–416
Шамсиев Ж. А. 410–413
Шанина Т. Г. 59, 111
Шаповалова Е. Л. 181
Шапошникова М. В. 21, 22, 280
Шарипов А. М. 217
Шарипова М. Н. 135
Шаробаро В. Е. 281
Шарпарь В. Д. 91, 221
Шафранов В. В. 380
Шахматова Е. А. 246
Шахновский Д. С. 3, 4
Шахова О. А. 282
Шаховкина А. О. 134
Шахпаронова Н. В. 302
Шахтактинская Ф. Ч. 25, 45, 241
Швыдченко Н. Ю. 289
Шебалина А. О. 283
Шевелев О. А. 324
Шевлякова А. А. 148, 176
Шевцов А. Н. 407
Шевырев Д. В. 145
Шейбак Л. Н. 284
Шемякина Т. А. 129
Шерман В. Д. 104, 105
Шерназаров И. Б. 397
Шестаков А. А. 330
Шестакова В. Н. 158
Шестакова В. Ю. 330
Шигаев Н. Н. 285
Шилов Г. Л. 314
Шимченко Е. В. 286

- Шинкарик И. Г.** 382, 383
Шифрин Ю. А. 294
Шишова А. В. 18, 124, 125, 287, 288
Шишова Ю. А. 232
Шкарбан Е. С. 187
Шкарина Н. В. 338
Шляпникова Н. С. 372
Шмакова О. В. 283
Шмаков А. П. 343, 354, 373, 417, 421
Шовкун В. А. 289
Шоикрамов Ш. Ш. 217
Шрамко В. В. 290
Штанько М. В. 291
Штанько С. И. 191, 291
Шуматова Т. А. 292, 293
Шумилов П. В. 294
Шустов А. В. 418
Щеголева Н. А. 316
Щербакова М. Ю. 70
Щербина В. И. 334, 392
Щербицкая О. В. 97
Эйберман А. С. 295–298
Эфендиева К. Е. 32
Эшонова Т. Д. 385
Юдина Н. Б. 235
Юдицкая Т. А. 41, 299
Юров И. Ю. 35, 300
Юров Ю. Б. 35, 300
Юсупов Ш. А. 411, 412
Юсуфов А. А. 384, 386
Юхвид Е. В. 175
Юшманова А. Б. 322
Яблоков А. В. 110
Якимович Н. И. 186
Яковлев С. Б. 419
Якубина А. А. 13, 301
Яндыбаев В. С. 329
Янкина Г. Н. 103, 130
Яновой В. В. 394
Янулевич О. С. 337, 352, 420
Янушкевич А. А. 421
Яцык Г. В. 209
Batyrova A. S. 423
Fedotov D. M. 422
Gevorkyan A. K. 423
Kondrakhina I. I. 423
Kozhevnikova O. V. 423
Krainov S. G. 424
Melkova L. A. 422
Poretskova G. J. 424
Snovskaya M. A. 423
Surkov A. N. 423