

ТЕЗИ
І КОНГРЕСУ ФЕДЕРАЦІЇ ПЕДІАТРІВ КРАЇН СНД
«ДИТИНА І СУСПІЛЬСТВО: ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я,
РОЗВИТКУ ТА ХАРЧУВАННЯ»
(19–21 ТРАВНЯ 2009 р., КИЇВ)

ТЕЗИСЫ
І КОНГРЕССА ФЕДЕРАЦИИ ПЕДИАТРОВ СТРАН СНГ
«РЕБЕНОК И ОБЩЕСТВО: ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ,
РАЗВИТИЯ И ПИТАНИЯ»
(19–21 МАЯ 2009 г., КИЕВ)

ABSTRACTS
OF THE I-th CONGRESS OF FEDERATION OF PEDIATRISTS
OF THE CIS COUNTRIES
«THE CHILD AND THE SOCIETY: PROBLEMS OF HEALTH,
DEVELOPMENT AND NUTRITION»
(MAY, 19–21TH, 2009, KYIV)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ю.Г.Антипкин, Н.Л.Аряев, Н.Н.Володин, А.П.Волосовец, Н.А.Геппе, О.З.Гнатейко, Б.С.Каганов (заместитель главного редактора), Л.В.Квашнина, Н.М.Коренев, С.П.Кривопустов, Е.М.Лукьянова, В.Г.Майданник (главный редактор), С.А.Мокия-Сербина, Л.И.Омельченко, И.С. Смян, М.Я.Студеникин, Н.А. Фатюшина (ответственный секретарь), Н.В.Хайтович, А.Д.Царегородцев

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ТРИМЕТАБОЛ У ДІТЕЙ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА НА ТЛІ ЛЯМБЛІОЗУ

О.Є. АБАТУРОВ¹, О.М. ГЕРАСИМЕНКО¹, Н.Й. ЛЕОНЕНКО²,
Н.Ю. ЗАВГОРОДНЯ², О.В. КОТЛЯР²

¹Дніпропетровська державна медична академія.

²Міська дитяча клінічна лікарня № 1, м. Дніпропетровськ,
Україна

Метою нашої роботи було вивчення клінічної ефективності вживання препарату Триметабол при лікуванні дітей з дисфункцією жовчного міхура (ДЖМ) на тлі лямбліозу кишечника. Під нашим спостереженням знаходилося 45 дітей віком від 4 до 14 років, які перебували на лікуванні в гастроентерологічному відділенні МДКЛ № 1. У комплексній терапії дітей застосовувався препарат Триметабол (Х. Уріак і Сіа, С.А., Іспанія) віковою дозою протягом від 2 до 4 тижнів. ДЖМ протікала на тлі лямбліозу (при цьому, в калі цисти лямблій виділено у 19 дітей, у 26 дітей антитіла до антигенів лямблій виявлено методом імуноферментного аналізу). До групи порівняння увійшли 16 дітей з ДЖМ на тлі лямбліозу, які відповідали пацієнтам основної групи за віком, статтю, тяжкістю стану, провідним синдромом, але в лікуванні яких не використовувався Триметабол. У більшості дітей провідними клінічними синдромами були диспептичний, больовий, астеничний і астено-невротичний. Крім того, звертали на себе увагу зниження апетиту та синдром хронічної інтоксикації і полігіповітаміноз. У 11 із 45 дітей реєструвались неспокійний, тривожний сон, плаксивість, драгівливість, лабільність емоційного тону, відсутність апетиту, різке зниження маси тіла. В анамнезі у них мав місце неодноразово синдром ацетонемічної блювоти. У більшості дітей були шкідливі звички гризти нігті, сторонні предмети (ручки, олівці), задирки в ділянці нігтьових валиків, трофічні зміни шкіри у вигляді локального лущення шкіри, заїди. Після першого тижня лікування препаратом Триметабол майже у всіх дітей спостерігалась позитивна клінічна динаміка, а після двох тижнів лікування у 40 пацієнтів зареєстровано відмінний або добрий клінічний ефект. Відновлювався апетит, підвищувалась толерантність до харчових навантажень, зникали нудота, відчуття гіркоти в роті, відрижка, метеоризм, нормалізувався стілець. Практично не спостерігалось больового синдрому. При ультразвуковому контролі стану жовчовивідних шляхів у дітей з гіпертонічно-гіпокінетичним типом дискінезії і гіпотонічним жовчним міхуром спостерігалось достовірне зменшення об'єму та збільшення рухливості жовчного міхура. Зростання маси тіла відмічалось у всіх дітей від 200 до 1250 грамів за місяць. Всі діти добре переносили Триметабол, побічних реакцій не зареєстровано.

РОЛЬ НОРМАЛЬНОЇ МІКРОФЛОРИ В ХАРЧУВАННІ ТА СТАНОВЛЕННІ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.Є. АБАТУРОВ¹, О.М. ГЕРАСИМЕНКО¹, В.І. ІВАШИНА²

¹Дніпропетровська державна медична академія.

²Міська дитяча клінічна лікарня № 1, м. Дніпропетровськ,
Україна

Компоненти харчування дитини, які вона отримує в грудному віці, визначають формування адекватної імунної відповіді протягом подальшого життя. Доведено, що з грудним молоком дитина отримує біфідобактерії, включаючи *Bifidobacterium lactis*, які виявляються в значних кількостях в жіночому молоці. В останні роки доведено вплив лакто- і біфідумфлори на проліферацію Т-регулюючих клітин, які сприяють відновленню балансу Th1/Th2 хелперів, зумовлюючи таким чином становлення адекватної імунної відповіді, формування імунологічної толерантності та запобігаючи розвитку хронічних запальних, автоімунних і алергічних захворювань. Чим раніше виникає взаємодія нормальної мікрофлори з мембранами клітин макроорганізму, тим швидше відбувається становлення імунної системи, а попередня дія біфідо- і лактобактерій сприяє балансу Th1- та Th2-клітин. Біфідо- і лактобактерії з доведеною ефективністю та безпекою сприяють відновленню тісних міжклітинних контактів, посиленню експресії Toll-подібних рецепторів на мембранах ентероцитів, активації синтезу секреторного імуноглобуліну А, індукції та проліферації Т-регулюючих клітин й адекватному становленню імунної системи. Грудне молоко сприяє росту біфідобактерій і забезпечує їх перевагу в кишковій мікробіоті немовляти. Додавання пробіотиків до суміші для вигодовування також індуктує розвиток захисної кишкової мікрофлори. У той же час при вигодовування дітей раннього віку стандартними дитячими сумішами не вдається домогтися переваги біфідобактерій в кишковій мікробіоті. У цих дітей кількість біфідобактерій у складі кишкової мікробіоти значно нижча. Використання дитячих сумішей, що містять пробіотики, від моменту народження у харчуванні дітей першого року життя, котрі перебувають на штучному або змішаному вигодовуванні, дозволить забезпечити здорову колонізацію кишечника, адекватний розвиток і становлення імунітету у дітей. Численними дослідженнями підтверджено безпеку й ефективність впливу *B. lactis* на стан кишкового бар'єру та імунітет. З пробіотиків, що застосовуються з народження, ефективність, стабільність і безпеку доведено для декількох штамів, серед яких лише одна – *B. lactis* BB12 – отримала від FDA (США) статус *Gras* (generally recognized as safe), тобто, безумовно безпечна бактерія. Використання у харчуванні дітей від народження стартових сумішей компанії Нестле, що містять *B. lactis*, визнано ефективним і безпечним.

СОЧЕТАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЦЕФАМАДАР И СИОФОРА В ЛЕЧЕНИИ ПОДРОСТКОВ С ПУБЕРТАТНЫМ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

А.Е. АБАТУРОВ¹, Л.Л. ПЕТРЕНКО¹, Д.В. ЛОГВИНОВ²,
Я.В. ЗАГРЕБИНА², А.Е. КАЗАЧКОВСКИЙ²

¹Днепропетровская государственная медицинская академия.

²Городская детская клиническая больница № 1, г. Днепропетровск, Украина

Целью нашей работы явилось изучение клинической эффективности использования препарата Цефамандар в сочетании с Сиофором при лечении детей с пубертатным гипоталамическим синдромом (ПГС), сопровождающимся ожирением. Под нашим наблюдением было 68 детей в возрасте от 13 до 17 лет, которые находились на обследовании и лечении в эндокринологическом отделении ДГКБ № 1. В комплексной терапии 48 детей с ПГС использовались препараты Цефамандар (немецкая фармацевтическая компания «Cefak») и метформин (Сиофор-500, «Berlin-Cemie AG», Германия) в возрастной дозировке на протяжении 4–5 месяцев. Контрольную группу составили 20 детей, не получавших данные препараты. Всем пациентам в динамике наблюдения проводилось УЗИ органов брюшной полости, почек, надпочечников, малого таза, определялось содержание в крови половых гормонов, гормонов щитовидной железы, кортизола при поступлении в стационар и через 5–6 месяцев. У всех подростков отмечался повышенный аппетит, особенно в вечернее время, у 1/3 – в позднее вечернее время и ночью; значительная прибавка массы тела за последние 2–4 года, частые головные боли, утомляемость, розовые стрии на коже, высокое артериальное давление; у половины девушек – нарушение менструального цикла. Всем подросткам назначалась диета с ограничением калоража на 15–20% за счет легкоусвояемых углеводов. У пациентов основной группы на фоне приема Цефамандара и Сиофора, в отличие от группы контроля, снижался аппетит, появлялась возможность перестроить режим питания; у 25 детей утвердилась мотивация на снижение массы тела (у 9 детей за месяц масса тела снижалась на 2 кг, у 12 – на 3–4 кг, у 7 – на 5–6 кг). В 71,4% (20) случаев отмечалось значительное улучшение самочувствия, появление белой окраски стрий, нормализации АД, улучшение ритма менструаций у девушек; гипогликемических состояний не наблюдалось. Двоих пациентов беспокоила тошнота после приема Сиофора, которая исчезла при уменьшении дозы в первую неделю приема препарата. Таким образом, сочетанное использование препаратов Цефамандар и Сиофор в комплексной терапии позволяет повышать мотивацию на достижение снижения массы тела у детей с ПГС.

ЗАСТОСУВАННЯ СУМІШЕЙ HUMANA HA-1 ТА HUMANA HA-2 ДЛЯ ВИГОДОВУВАННЯ ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

О.Є. АБАТУРОВ¹, О.О. АГАФОНОВА¹, Н.М. ТОКАРЕВА²,
В.М. АГАФОНОВ³

¹Дніпропетровська державна медична академія.

²Міська дитяча клінічна лікарня № 1, м. Дніпропетровськ.

³Міська клінічна лікарня № 17, м. Дніпропетровськ, Україна

Використовували суміші Humana HA-1 та Humana HA-2 (Німеччина) для вигодовування 45 дітей з проявами atopічного дерматиту. Вік дітей був від 3 місяців до 1 року. До групи порівняння увійшли 20 дітей з аналогічними клінічними ознаками, які вигодовувались високо адаптованими молочними сумішами. Оцінювали стан шкіри, слизових оболонок, добову прибавку маси, апетит, самопочуття дитини, а також дані копрологічного дослідження та стан кишкового мікробіоценозу. Об'єм суміші, а також кількість годувань визначались масою та віком дитини. Незалежно від віку дитини на першому етапі призначали суміш Humana HA-1, що рекомендована для вигодовування дітей від народження. Через місяць від початку лікування дитині змінювали суміш на Humana HA-2. Прояви atopічного дерматиту оцінювали за шкалою EASI. Якщо на початку лікування площа ураження в середньому оцінювалась в 4–5 балів, то через 2 тижні оцінка була 2–3 бали у 79,8% дітей, через 3 тижні 92,1% дітей мали оцінку 0–1 бал. У дітей групи порівняння відмічено більш повільне зникнення проявів дерматиту. Через 3 тижні від початку лікування оцінку 0–1 мали тільки 43,8% дітей. В групі дітей, які отримували суміші Humana HA-1 та Humana HA-2, добова прибавка маси була на 20% вищою, ніж у дітей групи порівняння, і була стабільною. У дітей групи дослідження через 2 тижні вигодовування сумішами Humana HA-1 та Humana HA-2 у копрограмах не спостерігалось ознак зниження ферментативної активності кишечника, натомість у дітей групи порівняння виявлялися ознаки ферментативного напруження. Самопочуття та апетит були однаковими у дітей обох груп. Стан кишкового мікробіоценозу у дітей обох груп був дисбіотичним, через 1 місяць від початку дослідження суттєвих змін не відбулося, але у дітей, які отримували суміші Humana HA-1 та Humana HA-2, виявлялась тенденція до підвищення рівнів лакто- та біфідофлори. Слід зазначити, що гіпоалергенні суміші не використовувались нами для монотерапії, а займали місце в комплексному лікуванні. Після зникнення шкірних проявів використання гіпоалергенних суміші профілакувало появу загострень.

ВИКОРИСТАННЯ БІЛОГО ВУГІЛЛЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ РОТАВІРУСНИХ ГАСТРОЕНТЕРИТИВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.Є. АБАТУРОВ, О.Л. КРИВУША, І.Л. ВИСОЧИНА,
І.О. ГРИНА, Т.В. ЛУЧЕНИНОВА

Дніпропетровська державна медична академія, Україна

Метою нашої роботи було вивчення клінічної ефективності застосування ентеросорбенту «Біле вугілля» (діоксид кремнію) при лікуванні дітей з гострими кишковими інфекціями (ГКІ) ротавірусної етіології. Під нашим спостереженням знаходилася 51 дитина з клінічним діагнозом ротавірусної інфекції, синдромом гастроентериту. Діти віком від 1 до 3 років склали 85,3% спостережень (44 дитини), від 4 до 6 років – 13,7% (7 дітей). Захворювання на ГКІ перебігало у середньотяжкій формі у 29 (56,9%) дітей, у тяжкій – у 22 (43,1%). У більшості обстежених (40 дітей – 78,4%) захворювання почалося гостро. Першим проявом хвороби у 50% випадків була блювота, у 37 дітей – багаторазова. Практично у половині дітей у першу добу захворювання реєструвалось підвищення температури до фебрильних цифр, з'являлись ознаки млявості, адинамії, загального неспокою. У 40 (78,4%) дітей з першого дня захворювання домінував діарейний синдром у вигляді розрідженого випорожнення, водянистого, пінистого, слабозабарвленого, з різким запахом. Частота стільця коливалась від 4 до 20 за добу. Базисна терапія передбачала використання противірусних препаратів (Віферон, Лаферон), ферментних препаратів та пробіотиків. 25 дітей (основна група) з першого дня лікування отримували додатково ентеросорбент «Біле вугілля» віковою дозою. Курс лікування тривав 5 діб. Оцінка ефективності лікування проводилась за клінічними критеріями з урахуванням тривалості та динамічних проявів основних клінічних синдромів: інтоксикаційного та діарейного. Аналіз отриманих результатів дозволив стверджувати, що включення ентеросорбенту до схеми лікування ротавірусної інфекції сприяє скороченню тривалості інтоксикаційного синдрому до $3,33 \pm 0,33$ дня в основній групі (I група) проти $5,16 \pm 0,34$ ($p < 0,05$) у дітей, які отримували базисну терапію (II група). У дітей I групи було зареєстровано достовірне зменшення кратності стільця вже на другу добу лікування ($6,53 \pm 0,92$ рази на добу проти $7,56 \pm 0,65$; $p < 0,05$). У дітей, які отримували ентеросорбент «Біле вугілля», швидше, ніж у II групі, відбувалось нівелювання явищ кишкового метеоризму та загальне скорочення тривалості діарейного синдрому. Використання ентеросорбенту сприяло більш швидкому відновленню дефіциту маси тіла у дітей-реконвалесцентів ГКІ та достовірному зменшенню тривалості стаціонарного лікування – $5,64 \pm 0,52$ дня в I групі проти $7,76 \pm 1,05$ дня у II групі ($p < 0,05$). Побічних ефектів терапії не зареєстровано.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Т.Б. АБОЛИНА, О.В. НОВОСЕЛОВА, В.Б. ЧУДАКОВ

Уральская государственная медицинская академия.

Областная детская клиническая больница № 1,
г. Екатеринбург, Российская Федерация

Развитие и широкое внедрение современных технологий оказания помощи недоношенным новорожденным позволило увеличить количество выживших недоношенных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Одним из серьезных заболеваний «выживших» недоношенных является некротический энтероколит, летальность при котором у детей с ЭНМТ достигает 50–80%. За период с 2004 по 2008 гг. в Областной детской клинической больнице г. Екатеринбурга находились на лечении 12 детей с ЭНМТ, родившихся в сроке гестации 26–28 недель, которым установлен диагноз некротического энтероколита. Все дети получали стандартную ионотропную терапию, ИВЛ, антибактериальную терапию. Диагноз некротического энтероколита, перитонита ставился соответственно классификации Klaigman@Walch (1993). У всех детей диагностирована 3-я В стадия НЭК. Перфорации кишки формировались на 20–33-й день жизни и локализовались в 12-перстной кишке, в тощей и подвздошной кишке, один ребенок имел два перфоративных отверстия. Все дети имели признаки синдрома системной воспалительной реакции и длительной гастроинтестинальной недостаточности. Важным фактором-свидетелем перфорации являлись остро развивающаяся лейко-нейтропения, тромбоцитопения. Всем детям проводился лапароцентез и дренирование брюшной полости продолжительностью от нескольких часов до 5 дней. Стабилизация состояния позволяла проводить лапаротомию, ревизию брюшной полости, ушивание перфорации 12-перстной или резекцию тонкой кишки с наложением двойной энтеростомы. Летальность оставила 41,7%. Таким образом, при прочих равных условиях у глубоко недоношенных детей с массой тела менее 1000 г, имеющих некротический энтероколит, существенную роль играет этапное хирургическое лечение с проведением лапароцентеза и пролонгированного дренирования брюшной полости с последующим проведением лапаротомии.

ЗНАЧЕНИЕ МЕЖКИШЕЧНОГО МАГНИТНОГО АНАСТОМОЗА В ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Т.Б. АБОЛИНА, О.В. НОВОСЕЛОВА, Н.А. ЦАП

Уральская государственная медицинская академия.
Областная детская клиническая больница № 1,
г. Екатеринбург, Российская Федерация

Лечение некротического энтероколита новорожденных до сих пор остается сложной задачей. Послеоперационное восстановление непрерывности кишечника у новорожденных с некротическим энтероколитом остается актуальной проблемой, так как резекция кишечника в условиях перитонита завершается формированием энтеро- и колостом. Возникающие значительные потери кишечного содержимого, особенно из высоко расположенных тонкокишечных свищей, приводят к большим потерям жидкости, электролитов, белков, жиров и углеводов, энергетическому дефициту. Выраженные нарушения гомеостаза требуют постоянной коррекции его звеньев, ежедневного программирования объема и качественно сбалансированного состава парентерального питания. Все эти факторы, безусловно, подвигают врача к проведению наиболее раннего восстановления пассажа кишечного содержимого. Однако восстановление непрерывности кишечной трубки на фоне воспалительного процесса в кишечнике, грубых дисбиотических изменений опасно развитием гнойных осложнений, поэтому восстановительные операции нередко откладываются до стихания воспалительного процесса. Временное восстановление непрерывности кишечника выполняли путем создания межкишечного магнитного анастомоза (МКМА) в послеоперационном периоде, что позволяло уменьшить сроки хирургической реабилитации стомированного больного в результате прекращения истощающих потерь пищевого химуса, восстановления пассажа кишечного содержимого по ранее отключенному отделу кишечника. Бесшовный, малотравматичный, асептический метод не создает условий для проникновения инфекции в толщу кишечной стенки и в свободную брюшную полость, образовавшийся соединительнотканый рубчик не имеет тенденции к стенозированию. Методика создания МКМА позволяет в течение 3 недель с момента формирования стомы прекратить истощающие потери кишечного химуса, полностью коррегировать гомеостаз.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, ПОТЕРЯВШИХ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ

Т.Б. АБОЛИНА, Е.А. БАСС

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург, Российская Федерация

При анализе социального анамнеза 62 женщин, у которых родились и умерли дети с пороками развития, выявлено, что 52,6% женщин находились в возрасте, не достигающем или превышающем возраст оптимальной фертильности (до 20 лет или старше 28 лет). Большинство женщин проживали всю жизнь в Свердловской области, лишь две были мигрантками. Ни одна из них не имела высшего образования: 1 – студентка колледжа, 1 – школьница, 13 (21,3%) – квалифицированные рабочие, 17 (27,8%) – домохозяйки, 5 (8,2%) – медсестры и санитарки. Остальные женщины сведений о профессии не представили. Сведения об отце имеются лишь у 10 (16,3%) детей. Брак зарегистрирован у 4 женщин. При анализе акушерского анамнеза выявлено, что он был отягощен у 28 (45,9%), при этом в этой группе предшествующие медаборты имели 44,7% женщин, предшествующие мертворождения были у 3,2%, спонтанные аборт – у 4,8%, четвертая и более беременность зарегистрирована у 24,5%. Хронические и наследственные заболевания у этих женщин следующие: Болезнь Дауна – 2 (3,8%), хроническая пневмония – 2 (3,8%), бронхиальная астма – 2 (3,8%), лимфогрануломатоз – 1 (1,9%), хронический пиелонефрит – 11 (20,0%), хронический гепатит – 6 (11,0%), ожирение – 4 (7,0%). Беременность осложнялась анемией у 43% женщин, гестозом – у 52%, угрозой прерывания – у 42% женщин. Впервые выявлены очаги хронической инфекции во время данной беременности у 52% женщин. 7% женщин продолжали курить и употреблять алкоголь во время беременности. На учет в медицинское учреждение в первом триместре встали лишь 6 женщин, только 2 проведено УЗИ в этот период (Нижнесергинский район и Богдановичский район). Регулярно под наблюдением врача или фельдшера были 42 женщины. Лишь 8 из них было сделано УЗИ повторно, но диагноз не установлен. У 11 женщин было выявлено многоводие, которое является очень важным неспецифическим признаком формирования аномалии плода, но при выявлении этого признака дальнейших повторных исследований назначено не было. Нет сведений о профилактике формирования аномалии плода, проводимой препаратом фолиевой кислоты и т.п.

ЛЕТНИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЛАГЕРЬ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

К.С. АСЛАНЯН, В.Л. ПАВЛЕНКО, К.Н. ЧАРДАРОВ,
В.А. СУРКОВА, А.О. АРГУНОВА, Е.В. ПОЛЕВИЧЕНКО,
Е.В. ВАСИЛЬЕВА

ГУЗ «Областная детская больница», г. Ростов-на-Дону,
Российская Федерация

Международная концепция летних реабилитационных лагерей (РЛ) для детей-долгожителей, перенесших рак, начинает внедряться с учетом особенностей российской культурной и социально-бытовой среды. Нами проведен анализ результатов двух летних реабилитационных программ (РП) 2007–2008 гг. для детей с онкозаболеваниями в Ростовской области. Комплексная РП для 20 детей-долгожителей, объединенных в один отряд общего лагеря, включала несколько блоков: оздоровительный, творческий, блок психологического сопровождения. Задачи психосоциальной реабилитации детей решались в методике сюжетно-ролевых игр, разработанных педагогами региональной общественной организации «Содружество детей и молодежи Дона». Летние РЛ работали как развивающая социальная среда, дающая коррекционно-развивающую поддержку детям, перенесшим рак и испытывающим многолетнюю изоляцию, семейную гиперопеку и социально-культурную дезадаптацию. Общее количество участников летней РП за 2 года составило 40 пациентов (21 мальчик и 19 девочек) в возрасте от 9 до 18 лет (средний возраст 13,1 года). Все дети находились в полной ремиссии сроком от 1 года до 10 лет, средней длительностью 4,35 года. Несмотря на стабильность ремиссии и средний возраст группы 13 лет, лишь 52,5% всех реабилитантов посещали школу. Междисциплинарная реабилитационная команда (РК) включала в 2007 году 7 человек (смена 14 дней): 1 психолога, 3 вожатых, 1 воспитателя, 2 онкопедиатров. В 2008 году (смена 21 день) состав команды расширился за счет 4-х волонтеров из числа бывших пациентов. В результате РП значительно повысился уровень социальной адаптации пациентов, среди которых сформировался и круглогодично действует досуговый подростковый клуб. Наш опыт позволяет сделать следующие выводы: 1) Модель РЛ на основе ролевой игры реально воспроизводима в региональных условиях. 2) РК эффективна при соотношении числа реабилитантов к ее штату 2:1–3:1 без учета техперсонала. 3) Ведущими проблемами летнего отдыха в комплексе реабилитации являются: унификация критериев отбора детей, детальная разработка методов контроля эффективности реабилитационных мероприятий, совершенствование правовой базы, способов финансирования и фандрайзинга.

СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА S-100 И МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

А.А. АФОНИН, Е.А. ПАПШЕВА, К.Э. БАТКАЛОВА,
Л.В. КУФИЛОВА

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

С целью изучения содержания структурного белка астроцитарной глии S-100 и мозгового нейротрофического фактора (BDNF) в сыворотке крови детей с перинатальным поражением центральной нервной системы (ППЦНС) обследовано 56 новорожденных и детей первых трех месяцев жизни, родившихся у женщин с отягощенным течением беременности и родов: 21 ребенок (I группа) – с отсроченной клинической манифестацией неврологической симптоматики (через 1–2 месяца после рождения), 18 детей (II группа) – с церебральной ишемией (ЦИ) I степени при рождении и 17 детей (III группа) – с ЦИ II степени при рождении. Контрольную группу составили 10 здоровых детей. Уровень белка S-100 и BDNF в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа наборами фирм CanAg Diagnostics (Швеция) и Chemicon UNT (США) соответственно. Установлено, что белок S-100 в пуповинной крови был повышен у большинства детей I группы и у всех детей II и III групп. В дальнейшем (в 1 и 3 месяца жизни) его значения в I группе достоверно повышались относительно исходных данных, а во II и III группах сохранялись стабильно высокими. Выявлена прямая зависимость между концентрацией белка S-100 и тяжестью церебральной патологии. Уровень BDNF в пуповинной крови превышал контрольные значения у половины новорожденных во всех группах, а у остальных детей – не отличался от контроля. В последующие сроки обследования (в 1 и 3 месяца) содержание исследуемого показателя имело тенденцию к повышению относительно исходных данных у большинства наблюдаемых детей. Взаимосвязи между степенью тяжести ППЦНС, сроками манифестации неврологической симптоматики и уровнем BDNF не выявлено. Полученные данные позволяют использовать определение белка S-100 в качестве объективного критерия ранней (доклинической) диагностики ППЦНС у детей из группы риска по формированию церебральной патологии. Повышение содержания BDNF у данной категории детей, вероятно, является компенсаторной защитно-приспособительной реакцией и имеет положительное клиническое значение.

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.С. АЮБАЕВ, Б.Д. АБЕКЕНОВ, Б.К. КУШЕРОВ, А.В. ЛУБНИН

Научный центр педиатрии и детской хирургии, г. Алматы,
Казахстан

По данным экспертов ВОЗ, около половины бесплодных браков обусловлены мужским бесплодием, успехи в лечении которого более чем скромные. Бесплодные браки – это не только важнейшая медицинская проблема (которая в большей степени поставлена и изучается), но и социально-экономическая, а также морально-психологическая, ибо, как подсказывает ряд исследований, в бездетных семьях нередко отмечают нездоровый психологический климат, имеет место чувство душевного дискомфорта, что отражается на общем уровне здоровья и благополучия супругов. Истоки мужского бесплодия почти всегда закладываются в детском возрасте, при этом зачастую имеющуюся у мальчиков патологию не диагностируют, не лечат, и к периоду вступления в репродуктивную фазу она оказывается столь запущенной, что практически не поддается коррекции. Целью исследования было изучение нозологической структуры, частоты и распространенности андрологических заболеваний в урологической клинике среди детей и подростков. Для определения частоты и распространенности андрологической патологии у детей и подростков были проанализированы архивные истории детей, находившихся в 2007 и 2008 гг. в отделении урологии НЦП и ДХ. За два года в отделении урологии на обследовании и лечении находились 963 детей с заболеваниями органов мочеполовой системы. Из них 415 (43,1%) – дети с различными врожденными пороками и заболеваниями органов репродуктивной системы. Распределение детей по возрасту (табл. 1) показало, что наибольшее число детей с андрологической патологией составили дети от 1 до 6 лет (55,4%), в основном, с врожденными пороками развития органов репродуктивной системы. Дети старшего возраста (от 7 до 14 и 15 лет) составили 27,1%.

Таблица 1

Возрастная структура детей и подростков с андрологической патологией

Возраст	Количество детей					
	2007 г.		2008 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 1 года	33	16,2	41	19,4	74	17,8
От 1 до 3 лет	66	32,4	59	28,0	125	30,1
От 4 до 6 лет	48	23,5	57	27,0	105	25,3
От 7 до 14 лет	35	17,6	38	18,0	73	17,6
15 лет	22	10,3	16	7,6	38	9,5
Всего	204	49,6	211	50,1	415	100,0

Изучение анамнезов жизни и заболевания показало, что при обработке данных анкетирования у 47,4% детей при рождении родители

были в возрасте 20 до 30 лет, у 31,5% – от 30 до 40 лет, у 21,1% – от 40 до 50 лет. 15,8% родителей до этого жили в экологически неблагоприятных районах страны, 15,8% – работали на производствах, связанных с вредными химическими и физическими факторами. Социально-бытовое положение у всех было относительно удовлетворительное.

У 22,0% детей отмечалась отягощенная наследственность по заболеванию мочевыводящей системы, в том числе в 7,0% у отца имели место патологии со стороны органов репродуктивной системы. Беременность и роды у 26,7% женщин протекали с различными отклонениями, 1,7% во время беременности переболели экстрагенитальными заболеваниями, 13,7% – вирусной инфекцией.

При изучении нозологической структуры детей с андрологической патологией установлено (табл. 2), что преобладают дети с энурезом (23,8%), гипоспадией (19,0%), водянкой оболочек яичек (11,8%), варикозным расширением вен семенного канатика (9,4%) и крипторхизмом (8,4%). Нельзя не отметить высокий процент частоты эписпадии (2,7%) и экстротрофии мочевого пузыря (1,9%), которые являются одним из самых тяжелых пороков развития мочеполовой системы. 3,6% больных лечились по поводу сочетанных пороков половых органов. У 14,7% больных обнаружены сопутствующие пороки развития органов мочевыводящей системы. Нужно отметить тенденцию роста воспалительных заболеваний, передающихся половым путем (4,9%), в основном у детей подросткового возраста.

Таблица 2

Нозологическая структура детей и подростков с андрологической патологией

Нозология	Количество детей					
	2007 г.		2008 г.		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Экстротрофия мочевого пузыря	5	2,6	3	1,4	8	1,9
Эписпадия	7	3,4	4	1,9	11	2,7
Гипоспадия	32	15,7	47	22,3	79	19,0
Сочетанные аномалии половых органов	8	3,9	7	3,3	15	3,6
Энурез	51	25,0	48	22,7	99	23,8
Варикоцеле	18	8,8	21	9,9	39	9,4
Крипторхизм	16	7,8	19	9,0	35	8,4
Киста семенного канатика	12	5,9	7	3,3	19	4,6
Гидроцеле	24	11,8	25	11,8	49	11,8
Аплазия яичка	2	1,0	1	0,5	3	0,7
Гипоплазия яичка	11	5,4	9	4,3	20	4,8
Орхит	7	3,4	4	1,9	11	2,7
Простатит	2	1,0	5	2,4	7	1,7
Уретрит	9	4,4	11	5,2	20	4,9
Всего	204	49,2	211	50,8	415	100,0

Таким образом, у детей и подростков частота андрологических заболеваний в урологической клинике составляет 43,1%, из них особое место занимают аномалии развития органов репро-

дуктивной системы, которые диагностируются сразу после рождения ребенка. Многие из них являлись тягостными, требовали нередко длительного и упорного лечения. Воспалительные андрологические заболевания в основном встречаются у детей подросткового периода.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ У ДЕТЕЙ

А.Ж. АХЕНБЕКОВА

Научный центр педиатрии и детской хирургии, г. Алматы, Казахстан

Идентификация инфекционного триггера при реактивных артритах (РеА) является доказательным фактом в постановке диагноза и терапии, а также в определении прогноза. Целью исследования было изучение частоты и структуры инфекционных факторов при реактивных артритах у детей. Исследованы 67 детей с артритами в возрасте 1,5–15 лет. Определялись С-реактивный протеин, ревматоидный фактор, проводилось рентгенологическое и ультразвуковое исследование. Выявление антител на хламидии, иерсинии, микоплазмы, трихомоназы, уреоплазмы, цитомегаловирусную инфекцию (ЦМВ) проводилось иммуноферментным методом, исключались зоонозные инфекции. Наиболее частым инфекционным триггером являлась *Chlamydia Trachomatis* (38%), в сочетании с микоплазменной инфекцией у одного ребенка, ЦМВ – у 2, трихомонадной инфекцией – у одного. РеА, ассоциированные с хламидийной инфекцией, характеризовались высокой и средней степенью активности, олигоартритом, конъюнктивитом (12%), мочевым синдромом (8% случаев), системными проявлениями – интоксикацией, лихорадкой, кардитом (18%). Течение артрита было острым, подострым и рецидивирующим. На втором месте по частоте была листериозная (17%), на третьем – иерсиниозная инфекция (14%). РеА у них отличался тяжелым течением, высоким СОЭ ($55 \pm 5,2$ мм в час), СРБ ($82 \pm 10,3$ г/л), интоксикацией, лихорадкой, гепатомегалией, лимфаденопатией, гастроэнтероколитом, олигоартритом, реже – полиартритом. *Yreaplasma urealiticum*, как причинный фактор, обнаружен в 12% случаев, в сочетании с *Trichomonas vaginalis* – у одного ребенка. Артрит протекал подостро, при умеренно повышенных и нормальных показателях СРБ, СОЭ, по типу моно- и олигоартрита. Постносколоточные артриты диагностированы в 13,5% случаев. Таким образом, наиболее частыми инфекционными триггерами РеА являлись хламидийная, иерсиниозная и листериозная инфекции. Течение РеА у 15% детей было рецидивирующим, что определяло высокий риск формирования ЮХА.

К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Н.А. АКИМОЧКИНА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

На ранних стадиях ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) одним из частых и трудно обратимых проявлений считается локальный, эпифизарный остеопороз (ОП). Ввиду недостаточной информативности в этот период ЮРА данных рентгенологического исследования, особую значимость в качестве высокоинформативных методов диагностики ОП в последние годы имеют результаты показателей, отражающие процессы костеобразования и костной резорбции, а также характер баланса остеотропных макро- и микроэлементов. Целью исследования явилось изучение состояния биохимических маркеров ремоделирования костной ткани (РКТ) и баланса остеотропных макро- и микроэлементов в волосах пациентов с помощью атомно-абсорбционного метода для своевременного назначения корректирующей терапии. Выяснилось, что независимо от длительности заболевания и активности процесса у всех обследованных детей наблюдались те или иные, чаще умеренные сдвиги, характеризующие процессы РКТ, в виде тенденции к повышению уровня остеокальцина (ОК), общей щелочной фосфатазы (ОЩФ) в сыворотке крови, а также статистически существенное нарастание содержания деоксипиридинолина и тартрат-резистентной кислой фосфатазы. При этом наиболее высокие показатели, отражающие интенсивность процессов костеобразования (ОК, ОЩФ), отмечены у больных с высокой степенью активности процесса. Однако назначение с целью коррекции препаратов кальция и витамина D свидетельствовало, что в среднем через 1,5 месяца наряду с нормализацией содержания показателей кальциево-фосфорного обмена наблюдалось снижение содержания марганца (Mn) и йода (I). Таким образом, выполненное исследование свидетельствует о необходимости дифференцированного, взвешенного подхода к назначению препаратов Ca и витамина D при суставной форме ЮРА, с необходимостью параллельного обязательного изучения содержания Mn и I, которые являются антагонистами кальция и имеют непосредственное отношение к процессам РКТ.

ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

М.Г. АЛЛАХВЕРДИЕВА, С.Ш. ГАСАНОВ

Клинический родильный дом № 5, г. Баку, Азербайджан

Адекватное и своевременное лечение гипербилирубинемии у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС является основной задачей предотвращения у них в дальнейшем разнообразных органических и функциональных нарушений со стороны нервной системы. Обследованные новорожденные для проведения курса лечения были разделены на 3 группы в зависимости от установленного диагноза. В 1-ю группу включены 24 новорожденных с гипербилирубинемией с неосложненным течением (конъюгационная желтуха, легкая форма ГБН), во 2-ю группу – 35 новорожденных, у которых гипербилирубинемия проявилась явлениями билирубиновой интоксикации, в 3-ю группу – 20 больных с билирубиновой энцефалопатией. У новорожденных 1-й группы терапия основывалась на коррекции 2-х фаз патогенеза заболевания: фазы экскреции и фазы реакции. В терапию включены Хепель (по 3 капли 3 раза в день) и Коэнзим композитум (по 0,2 мл/кг через день) для восстановления экскреции и конъюгации билирубина. Новорожденные 2-ой группы получали Хепель + Коэнзим композитум + Лимфомиозот (по 4 капли 3 раза в день) для ликвидации «зашлакованности» матрикса, усиления детоксикации и конъюгации. Новорожденным 3-ей группы с целью биостимуляции и повышения реактивности мезенхимы назначались Хепель + Коэнзим композитум + Лимфомиозот + Гепар композитум (по 0,2 мл/кг). Оценку эффективности АГТ проводили по комплексу клинических (соматических и неврологических) критериев. На фоне антигомотоксической терапии (АГТ) раньше исчезали желтухи, микроциркуляторные расстройства; общий объем используемых медикаментозных средств у новорожденных оказался значительно меньше. Для изучения влияния АГТ на функции гематоэнцефалического барьера были определены иммунохимические показатели НСВ в динамике. Концентрации QFAP (глиофибрилярный кислый протеин) и NSE (нейроспецифическая енолаза) в сыворотке крови определяли методом ИФА (иммуноферментный анализ) с использованием высокоспецифических антигенов L.F Eng. На фоне АГТ произошла нормализация уровней QFAP и NSE, что является показателем оптимизации функций ГЭБ и предотвращения развития ядерной желтухи.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОГО ПОЛИМОРФИЗМА И ГЕНОМНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ОБЛУЧЕННЫХ РОДИТЕЛЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС. ТАКТИКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

А.В. АЛПАЦКАЯ

ФГУ «Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии». Детский научно-практический центр противорадиационной защиты, г. Москва, Российская Федерация

Феномен радиационно-индуцированной генетической нестабильности может оказывать существенное влияние на состояние здоровья не только самих облученных лиц, но и их потомков, приводя к развитию различной патологии. Состояние нестабильности генома сохраняется на протяжении нескольких десятков поколений клеток. Развитие отдаленных последствий радиационного воздействия во многом зависит не только от характера воздействующего фактора, но и от свойств самого организма, от способности организма к защитно-компенсаторным и репаративным процессам. Радиационно-индуцированная геномная нестабильность может менять наследственный полиморфизм организма, который является одним из механизмов, поддерживающих изменчивость популяции, для установления адаптации человека к различным условиям среды. Сужение белкового полиморфизма или обнаружение редких аллелей белков может свидетельствовать о гиперчувствительности к экопатогенному фактору. Выявление нарушений в конкретных вариантах аллельных генов является сутью фармакогенетических тестов. Применение таких тестов позволяет заранее прогнозировать фармакологический ответ на ЛС, а, следовательно, индивидуализировано подойти к выбору ЛС и его режима дозирования. Ранее проведенные исследования обнаружили фармакогенетические изменения у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, однако не известно, имеются ли таковые у их потомков. Проводилось исследование формирования радиационно-индуцированной геномной нестабильности у детей облученных родителей (ликвидаторов и жителей загрязненных радионуклидами регионов) и ее взаимосвязь с нарушениями транскрипционных процессов в генезе формирования радиационно-индуцированных заболеваний у детей, потомков 1–2 поколения облученных родителей, определение фармакогенетических предпосылок для дифференцированных программ лечения. В нашем исследовании было установлено, что у детей ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, по сравнению с детьми – жителями радиационно загрязненных регионов, уровень базовых хромосомных aberrаций был выше; достоверно выше был показатель индуцированных хромосомных

аберацій, що відображало підвищену чутливість геному у дітей ліквідаторів к любым послуючим неблагоприятным воздействиям внешней среды. Показана связь геномной нестабильности с возникновением врожденных пороков нервной системы, формированием невропсихической патологии. Установлено увеличение частоты редких фенотипов/генотипов у детей, подвергшихся действию радиационного фактора (детей облученных родителей). Отмечено повышение (на уровне тенденции) частоты редких генов, преимущественно таких белков, как гаптоглобин 2-2 и кислая фосфатаза b-b. Аналогичные изменения отмечены и в популяции потомков облученных родителей в Челябинской области. Кроме того, в нашем исследовании было выявлено снижение индекса индивидуальной гетерозиготности у детей, что может свидетельствовать о сужении спектра их адаптивных возможностей. Проводится исследование генов, кодирующих ферменты биотрансформации и генов-транспортеров, участвующих во всасывании, распределении и выведении ЛС из организма для формирования индивидуализированных терапевтических программ у детей облученных родителей.

СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С КОМБИНИРОВАННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

И.В. АНДРУЩЕНКО¹, Л.П. ГЛЕБОВА²

¹ГУ «Научно-практический центр лучевой диагностики АМН Украины».

²Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

В течение последнего десятилетия отмечается рост заболеваемости с 13,4 до 20% органов кровообращения у детей. В структуре сердечно-сосудистой патологии детского возраста ныне доминируют невоспалительные заболевания миокарда, врожденные пороки сердца, нарушения ритма сердца и проводимости. Нарушения ритма сердца и проводимости среди детского контингента встречаются у 5,1%. В их структуре особое место занимают комбинированные нарушения ритма сердца, в связи с тем, что их течение может сопровождаться приступами пароксизмальной тахикардии, фибрилляцией и трепетанием предсердий, и даже внезапной сердечной смертью. Целью данной работы было изучение диастолической функции левого желудочка у детей с комбинированными нарушениями ритма сердца, а именно: синдромом укороченного интервала P-Q, синдромом WPW, синдромом слабости синусового узла (СССУ) и синдромом удлиненного интервала QT (LQTS). Исследование было проведено у 105 детей с комбинированными нарушениями ритма сердца, группу контроля составили 22 ре-

бенка. Диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) оценивали методом доплер-ЭхоКГ в режиме постоянного доплера по соотношению скорости раннего трансмитрального кровотока к скорости предсердного кровотока (Е/А), времени ускорения (АТ) и изгнания (ЕТ) трансмитрального кровотока, времени изоволюмического расслабления миокарда (IVRT). Кроме того, оценивали графику митрального клапана (МК): скорость открытия передней створки (DE) МК и скорость раннего диастолического прикрытия (EF) МК. Результаты нашего исследования показали, что у больных с синдромом WPW отмечено диагностически значимое снижение скорости открытия (DE) МК и достоверное ($p < 0,05$) снижение скорости раннего диастолического прикрытия передней створки (EF) МК, что можно объяснить особенностью графики движения МК при данном синдроме. Достоверное ($p < 0,05$) удлинение IVRT выявлено у детей с СССУ и LQTS, соотношение Е/А у больных не отличалось от такового в группе контроля. Таким образом, у детей с синдромом слабости синусового узла и синдромом удлиненного интервала QT имеют место начальные проявления нарушения диастолической функции левого желудочка (время изоволюмического расслабления миокарда $0,07 \pm 0,007$ и $0,06 \pm 0,004$ мс соответственно).

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С.Ю. АРТАМОНОВА, Н.В. САВВИНА, В.Б. ЕГОРОВА

Медицинский институт Якутского государственного университета, г. Якутск, Российская Федерация

Одной из существенных проблем подросткового возраста является недостаточная социальная адаптация, проявляющаяся, прежде всего, в разноплановых поведенческих отклонениях, именуемых как социальная девиация. В связи с широкой распространенностью поведенческих отклонений особую актуальность приобретает изучение состояния здоровья подростков с поведенческими расстройствами. Целью исследования было изучение состояния здоровья подростков с поведенческими расстройствами. Проведено обследование 396 подростков в возрасте 15 лет. Основную группу составили 96 подростков с поведенческими расстройствами, в том числе девушек – 35, юношей – 61 человек; контрольную группу – 300 подростков без поведенческих расстройств. Анализ распространенности соматической патологии в исследуемых группах подростков показал различие в соматическом статусе подростков с поведенческими расстройствами и без поведенческих расстройств. В основной группе с I группой здоровья подростков не было, ко II группе относились 18,7%, к III группе – 67,7%, к IV группе –

13,6%. В контрольній групі с І групой здоров'я було 9,6% підлітків, ко ІІ групі відносно 38,0%, к ІІІ – 47,6%, к ІV групі – 4,3%. При аналізі патології було виявлено, що у підлітків-девіантів преобладали захворювання шлунково-кишкового тракту (63,5%), ендокринні розлади (47,9%), захворювання органів дихання (43,7%), патологія опорно-двигального апарату (39,6%), порушення в психічній сфері (32,3%), тубінфіцированність (25,0%). Сравнительний аналіз показателів фізичного розвитку у підлітків виявив зниження масо-ростових показателів у підлітків-девіантів. Аналіз соціальних факторів, способуючих порушенню здоров'я, показав, що соціальними факторами, негативно впливаючими на ріст і розвиток дитини, явилися неповна сім'я, відсутність матері, порушення внутрішньосімейних відносин, низький матеріальний рівень сім'ї, вживання алкоголю, токсикоманія, асоціальний образ життя батьків. Распространенность окремих девіантних розладів в групі обстежених підлітків с відхилюючимися формами поведінки представлена в таблиці 1. Девиантні розлади в дослідженій групі характеризуються стійкістю (більше 6 місяців), носять антисоціальний характер і мають поліморфізм – поєднанням у одного підлітка декількох видів девіацій. Крім тютюнокуріння і вживання алкоголю, у 16 підлітків діагностована і токсикоманія, що суттєво впливає на здоров'я підлітків.

Таблиця 1
Распространенность отдельных девиаций у підлітків с відхилюючимися формами поведінки (n=96)

Вид порушення поведінки	Абс.	%
Конфлікти с батьками	79	82,2
Учет в інспекції по справам неповнолітніх	49	51,0
Алкоголізація	40	41,6
Правонарушення	47	48,9
Побіги из дома	63	65,6
Беспорядочные половые зв'язи	16	16,6
Суїцидальна спроба	2	2,1
Токсикоманія	16	16,6

Изучение структуры правонарушений у підлітків-девіантів показало, що найбільше распространеными протиправними діями є воровство – 26%, хуліганство – 15%, разбой – 6% (табл. 2).

Таблиця 2
Показатели физического развития подростков с девиантными расстройствами (M±m)

Группа	Вес	Рост	Окружность груди	Окружность головы
Дівчатка	49,43 ±11,2*	159,19 ±6,79*	80,6 ±0,6	54,3 ±0,3
Юноші	53,60 ±8,15*	164,85 ±5,86*	78,8 ±1,1	54,4 ±0,2

Примечание: * – достовірність різниць показателів (p<0,05) груп підлітків с девиантним і нормативними формами поведінки

Таблиця 3
Показатели физического развития подростков с нормообразным поведением (M±m)

Группа	Вес	Рост	Окружность груди	Окружность головы
Дівчатка	52,48 ±7,76*	161,97 ±6,37*	79,3 ±1,5	54,7 ±0,8
Юноші	57,80 ±10,8*	168,13 ±7,51*	82,4 ±2,5	56,2 ±0,4

Примечание: * – достовірність різниць показателів (p<0,05) груп підлітків с девиантним і нормативними формами поведінки

Также нами проведен аналіз соціальних факторів, способуючих порушенню здоров'я (табл. 4).

Таблиця 4
Особенности социальной характеристики подростков исследуемых групп (%)

Семейные факторы	Основная группа (n=96)	Контрольная группа (n=300)
Полная семья	26,0	64,7
Неполная семья	45,8	27,0
Многодетная	12,5	7,3
Отчим, мачеха	28,1	8,3
Отсутствие матери	15,6	1,6
Безработный отец	28,1	8,3
Безработная мать	35,4	18,3
Хорошие отношения в семье	17,8	74,0
Конфликты в семье	82,2	26,0
Алкоголизм родителей	48,9	5,6
Нахождение в заключении	14,6	0,6

Підлітки с поведінчними розладами в основному проживають в неблагоустроєних квартирах – 53,7% (контроль – 61,7%), окрему кімнату мають 5,2% (контроль – 34,4%). Родителям були задані питання о сімейному бюджеті. На питання о серйозних матеріальних трудноцях батьки підлітків без порушення поведінки в 22,3% випадків відповіли утвердительно, батьки підлітків с девиантним поведінням відповіли утвердительно в 72,9%. Підлітки-девіанти в основному живуть в неповних сім'ях в 45,8% випадків, а підлітки без поведінчських розладів – в 27,0%. Проживають с отчимом или мачехой 28,1% підлітків-девіантів. У 15,6% підлітків-девіантів відсутня мати. Виявлені також конфлікти в сім'ї, алкоголізм батьків, емоційна відмова. Порушення сімейних відносин, при котрих дитина не може знайти «своє місце в сім'ї», приводить к зниженню можливостей реалізувати свої потенціали. Вищеє образование имели лишь 5,2% матерей підлітків с поведінчними розладами, у 15,6% матерей і 23,9% отців було середнее спеціальное образование, у остальных батьків – среднее и незаконченное среднее образование. У підлітків без поведінчських розладів 59,3% матерей і 47,3% отців имели вищеє образование; 28,3% матерей і 31,6% отців – среднее специальное; 12,4% матерей і 11% отців – среднее. Також більше уваги при аналізі анкет ми віддали виявленню шкідливих звичок

чек у родителей. Среди опрошенных родителей подростков с нарушением в поведении большая половина родителей курит: отцы – 86,9%, матери – 66,6%. Родители подростков из контрольной группы также курят: отцы – 52,5%, матери – 19,3%. 47,5% отцов подростков из основной группы злоупотребляют алкоголем, в контрольной группе отцы злоупотребляют алкоголем в 7,7%. В таблице 5 представлена распространенность курения среди подростков.

Таблица 5
Распространенность табакокурения среди исследуемых групп (%)

Вредные привычки	Основная группа		Контрольная группа	
	девушки (n=35)	юноши (n=61)	девушки (n=142)	юноши (n=158)
Пробовали курить	100,0	100,0	40,4	45,7
Курит друг	100,0	98,3	32,1	36,5
Курит каждый день (постоянно)	77,2	83,6	9,6	7,6
1 раз в неделю	11,4	3,3	8,3	5,1
Несколько раз в месяц	-	-	2,5	5,1
Не курят	11,4	13,1	79,3	82,2

Среди опрошенных постоянно курят 77,2% девушек, 83,6% юношей из основной группы и 9,6% девушек, 7,6% юношей из контрольной группы. Как показали результаты, пробовали алкогольные напитки 57% девушек и 62% юношей без поведенческих расстройств, 100% подростков с расстройствами поведения. Употребляют 5 и более раз в месяц алкоголь 34,3% девушек и 40,9% юношей из основной группы (табл. 6).

Таблица 6
Распространенность употребления алкоголя среди исследуемых групп (%)

Употребление алкоголя	Основная группа		Контрольная группа	
	девушки (n=35)	юноши (n=61)	девушки (n=142)	юноши (n=158)
Пробовали алкогольные напитки	100,0	100,0	57,7	62,0
Употребляют 1 раз в месяц	8,5	9,8	40,2	38,6
2-3 раза в месяц	14,3	14,7	9,8	17,7
Каждую неделю	42,8	34,5	-	-
5 и более раз в месяц	34,3	40,9	-	-
Совсем не употребляют	-	-	50,0	43,7
Состоят на учете	12,5	29,2	-	-

Снижению уровня соматического здоровья детей с девиантными формами поведения помимо социальных причин способствуют и медико-биологические факторы: отягощенный перинатальный анамнез, материнское отвержение, черепно-мозговые травмы, которые значительно чаще встречаются среди подростков с отклоняющимися формами поведения (табл. 7). На вопрос о том, как сами подростки оценивают свое здоровье, – 47% подростков нормативного поведения ответили, что почти здоровы, 27,3% – совершенно здоровы и 20,2% – не очень здоровы. Среди подростков-девиантов считают себя совершенно здоровыми лишь 17,7%, почти здо-

ровыми – 20,8%, не очень здоровыми – 61,5%. Большинство обследованных подростков по данным опроса предъявляли различные психосоматические жалобы.

Таблица 7
Особенности периода раннего детства и подросткового периода исследуемых групп

Воздействующий фактор	Основная группа (n=96)		Контрольная группа (n=300)	
	абс.	%	абс.	%
Отягощенный перинатальный анамнез	61	63,5	98	32,6
Черепно-мозговые травмы	26	27,1	33	11,0
Частые острые респираторные инфекции	21	21,8	54	18,0
Психосоматические нарушения	37	38,5	24	8,0
Школьная дезадаптация	34	35,4	33	11,0
Проблемы в обучении	76	79,2	42	14,0
Конфликты с ровесниками	35	36,4	36	12,0
Конфликты с родителями	79	82,2	78	26,0
Насилие	9	9,3	-	-
Другие факторы*	8	8,3	9	3,0

Примечание: * – болезнь близких, перемена места жительства, стихийные бедствия и др.

У подростков-девиантов наиболее часто регистрировались головные боли (53,1%), боли в животе (50,0%), раздражительность (42,7%), плохое настроение (40,6%), утомляемость (38,5%), головокружения (33,3%). Результаты психоневрологического обследования подростков позволили определить неврологические предикторы развития девиантных расстройств. Распространенность клинических проявлений психоневрологических нарушений и дезадаптации у подростков-девиантов значительно превышает показатели подростков без поведенческих расстройств. Так, резидуальная энцефалопатия диагностирована у 61,4%, в том числе энурез – у 18,7%, логоневроз – у 6,7%, тики – у 13,5%, когнитивные нарушения – у 30,5%, ЗПР – у 25,4%. Среди подростков из контрольной группы резидуальная энцефалопатия диагностирована у 25,0%. Социально-биологическое неблагополучие подростков-девиантов расценивается как состояние длительно протекающего психогенного стресса. Совокупность стрессогенных условий жизни, сочетающаяся со значительными соматическими нарушениями, обосновывает психосоматический подход к диагностике заболеваний у этой категории подростков. Результаты анкетирования по социальной адаптированности и вегетативной устойчивости (личностный двухфакторный опросник М. Гавлиновой) выявили, что низкая социальная адаптированность наиболее часто встречается у подростков из основной группы: у девушек – 46,2%, у юношей – 56,1%, у подростков из контрольной группы, соответственно, – 14,7 и 24,2%. Низкая вегетативная устойчивость наиболее часто также регистрируется у девушек из основной группы – 50,0%. При психологическом исследовании изучены личностные особенности подростков обеих групп, в частности

особенности акцентуаций характера. Изучение проводилось с помощью методики Леонгарда. Результаты анкетирования показали, что у подростков контрольной группы преобладают гипертимный и циклотимный типы, а у подростков с девиантным поведением – дистимный, аффективно-экзальтированный и гипертимный типы. Обработка полученных результатов опросника по Айзенку позволила определить выраженность факторов экстравертированность/интравертированность и нейротизм/эмоциональная стабильность у подростков с девиантным и нормосообразным поведением. Среди подростков контрольной группы интровертов и потенциальных интровертов было 10%, среди подростков с нарушением поведения интровертов и потенциальных интровертов 39%, амбивертов в группе контроля – 18%, амбивертов среди девиантов – 44%. Экстравертов и потенциальных экстравертов среди подростков с нормативным поведением – 72%, среди подростков с отклоняющимся поведением – 17%. Нейротизм чаще наблюдается у подростков-девиантов (34,0%). Таким образом, с помощью данной методики мы определили общую характеристику темперамента подростка с нарушением поведения – для них характерен интровертизм, повышенный уровень нейротизма. Фактор тревожности входит в число важных психологических составляющих личности. Как высокий, так и низкий уровень тревоги является составной частью всех психических отклонений. Исследование тревожности у подростков проводилось с помощью опросника Ч.Д. Спилбергера. Проведенное исследование показало, что подростки с высоким и средневысоким уровнем тревоги в группе контроля больше – 49,0%, чем среди подростков с нарушением поведения – 27,0%. Изучение агрессивности проводилось с помощью методики Басса-Дарки. Согласно проведенному анкетированию у подростков с нарушением поведения показатели агрессивности находятся на верхней границе условной нормы. Наиболее высокий показатель агрессивности выявлен у девиантов-юношей, девушки менее склонны к агрессии. У всех подростков (в исследовании приняли участие 128 подростков, 62 из основной группы и 66 из контрольной группы) с отклоняющимися формами поведения выявлены нарушения биоэлектрической активности мозга различной степени тяжести. Нарушения биоэлектрической активности мозга у подростков-девиантов регистрируются значительно чаще, чем у подростков с нормосообразным поведением: легкая степень нарушений на ЭЭГ выявлена у 67,7%, умеренная степень – у 17,7%, выраженная – у 14,5%. У 51,5% подростков из контрольной группы нарушений на ЭЭГ не выявлено, у 24,2% была легкая степень, у 16,6% – умеренная, у 7,6% – выраженная степень нарушений. Таким образом, можно говорить о наличии тенденции к взаимосвязи

отклоняющегося поведения и показателей ЭЭГ. Для подростка с отклоняющимся поведением проведение электроэнцефалографии является обязательным методом обследования как в плане прогноза возможных девиантных действий, так и для оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий. В целом, результаты выполненного исследования с использованием комплекса современных медико-социологических, клинко-лабораторных, инструментальных методов позволили впервые охарактеризовать состояние здоровья подростков с поведенческими расстройствами, выделить личностные особенности, ранние симптомы поражения и нарушения соматического, психоневрологического статуса у подростков-девиантов.

Следовательно, комплексная оценка состояния здоровья выявила высокий уровень соматической патологии у подростков с девиантным поведением: заболевания желудочно-кишечного тракта – у 63,5%, эндокринные – у 47,9%, органов дыхания и лор-органов – у 47,3%, опорно-двигательного аппарата – у 39,6%, психические заболевания – у 32,3%, тубинфицированность – у 25,0%. Значимыми факторами риска формирования девиантных расстройств поведения у подростков являются: а) медико-биологические – отягощенный перинатальный анамнез, частые простудные заболевания; б) медико-социальные – низкое материальное благополучие семьи, нарушения внутрисемейных отношений, асоциальный образ жизни родителей, нарушение воспитания ребенка; в) психоневрологические – резидуально-органические поражения головного мозга (перинатального, посттравматического и смешанного генеза); г) психологические и личностные особенности подростков.

ЛЕТНИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЛАГЕРЬ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

К.С. АСЛАНЯН, В.Л. ПАВЛЕНКО, К.Н. ЧАРДАРОВ,
В.А. СУРКОВА, А.О. АРГУНОВА, Е.В. ПОЛЕВИЧЕНКО,
Е.В. ВАСИЛЬЕВА

ГУЗ «Областная детская больница», г. Ростов-на-Дону,
Российская Федерация

Международная концепция летних реабилитационных лагерей (РЛ) для детей-долгожителей, перенесших рак, начинает внедряться с учетом особенностей российской культурной и социально-бытовой среды. Нами проведен анализ результатов двух летних реабилитационных программ (РП) 2007–2008 гг. для детей с онкозаболеваниями в Ростовской области. Комплексная РП для 20 детей-долгожителей, объеди-

ненних в один отряд общего лагеря, включала несколько блоков: оздоровительный, творческий, блок психологического сопровождения. Задачи психосоциальной реабилитации детей решались в методике сюжетно-ролевых игр, разработанных педагогами региональной общественной организации «Содружество детей и молодежи Дона». Летние РЛ работали как развивающая социальная среда, дающая коррекционно-развивающую поддержку детям, перенесшим рак и испытывающим многолетнюю изоляцию, семейную гиперопеку и социально-культурную дезадаптацию. Общее количество участников летней РЛ за 2 года составило 40 пациентов (21 мальчик и 19 девочек) в возрасте от 9 до 18 лет (средний возраст 13,1 года). Все дети находились в полной ремиссии сроком от 1 года до 10 лет, средней длительностью 4,35 года. Несмотря на стабильность ремиссии и средний возраст группы 13 лет, лишь 52,5% всех реабилитантов посещали школу. Междисциплинарная реабилитационная команда (РК) включала в 2007 году 7 человек (смена 14 дней): 1 психолога, 3 вожатых, 1 воспитателя, 2 онкопедиатров. В 2008 году (смена 21 день) состав команды расширился за счет 4-х волонтеров из числа бывших пациентов. В результате РЛ значительно повысился уровень социальной адаптации пациентов, среди которых сформировался и круглогодично действует досуговый подростковый клуб. Наш опыт позволяет сделать следующие выводы: 1) Модель РЛ на основе ролевой игры реально воспроизводима в региональных условиях. 2) РК эффективна при соотношении числа реабилитантов к ее штату 2:1–3:1 без учета техперсонала. 3) Ведущими проблемами летнего отдыха в комплексе реабилитации являются: унификация критериев отбора детей, детальная разработка методов контроля эффективности реабилитационных мероприятий, совершенствование правовой базы, способов финансирования и фандрайзинга.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

А.С. АЮБАЕВ, Б.Д. АБЕКЕНОВ, Б.К. КУШЕРОВ, А.В. ЛУБНИН

Научный центр педиатрии и детской хирургии, г. Алматы, Казахстан

Одной из важных и трудных проблем современной детской урологии является лечение гипоспадии, что обусловлено, в основном, двумя обстоятельствами. Во-первых, гипоспадия – очень часто встречающийся порок развития мочеполювой системы у детей. По данным отечественных и зарубежных авторов, гипоспадию выявляют у одного из 300–400 новорожденных мальчиков. За последние 30 лет происходит увеличение частоты встречаемости данного по-

рока развития почти на 1% в год. Истинное увеличение числа пациентов с гипоспадией связано с прогрессирующим ростом неблагоприятных факторов, воздействующих на мать в период беременности, профессиональными и экологическими вредностями, «старением» группы первородящих женщин, широким использованием синтетических эстрогенов. Во-вторых, коррекция этой аномалии для многих врачей представляет большие, а порой непреодолимые трудности. В период с 01.01.08 по 01.04.08 гг. в отделении урологии НЦП и ДХ нами обследованы 18 детей с гипоспадией в возрасте от 1 до 14 лет и произведен опрос их матерей для выявления возможных причин возникновения данного порока. Как видно из таблицы 1, из общего числа больных 13 (72,2%) составили дети дошкольного возраста, 4 (22,2%) – младшего школьного возраста, 1 (5,6%) – старшего школьного возраста. Основную группу составили дети со стволовой (44,4%) и мошоночной (27,8%) формами гипоспадии.

Таблица 1
Распределение детей с гипоспадией по форме и возрасту

Формы гипоспадии	Возрастные группы			итого
	дошкольная	млад. школьная	стар. школьная	
Головчатая форма	2 (11,1%)	-	-	2 (11,1%)
Стволовая форма	7 (38,8%)	1 (5,6%)	-	8 (44,4%)
Мошоночная форма	3 (16,7%)	2 (11,1%)	-	5 (27,8%)
Промежностная форма	1 (5,6%)	1 (5,6%)	1 (5,6%)	3 (16,7%)
Всего	13 (72,2%)	4 (22,2%)	1 (5,6%)	18 (100%)

Диагностика гипоспадии не представляла трудностей и базировалась на данных клинического осмотра пациента. Другие методы обследования пациентов с гипоспадией были направлены на выявление сопутствующих заболеваний, сочетанных и комбинированных аномалий развития, уточнение половой принадлежности пациента при проксимальных формах заболевания. При анализе результатов анкетирования 18 матерей детей, у которых обнаружена гипоспадия, было установлено, что средний возраст матерей в момент рождения ребенка составил 26 лет. Из них 2 (11,1%) в момент зачатия ребенка были в возрасте старше 40 лет. Из 18 матерей 4 (22,2%) женщины были жителями города, 14 (77,8%) – жителями сельской местности, где условия проживания были намного ниже, чем в городе. 3 (16,7%) женщин жили в экологически неблагоприятных районах страны. Из них одна в регионе экологической катастрофы Приаралья Кызыл-Ординской области, две женщины – в районах Семипалатинского атомного полигона. Три женщины работали на производствах, связанных с вредными химическими и физическими факторами.

Одна из них работала техником на хромообрабатывающем заводе г. Хромтау, Актюбинской области, одна – расфасовщицей в Семипалатинском цементном заводе, одна – в лаборатории Шымкентского нефтеобрабатывающего завода. Социально-бытовое положение у всех было удовлетворительное. 8 (44,4%) женщин состояли на «Д» учете по поводу хронических заболеваний (1 – по поводу хронического неинфекционного гепатита, 2 – хронического пиелонефрита, 1 – сахарного диабета, 1 – хронического obstructивного бронхита, 1 – бронхиальной астмы, 2 – хронического гастродуоденита). 2 (11,1%) пациентки имели вредные привычки: у одной – курение с 14 лет (стаж 12 лет, 10–12 сигарет в день), и другая до зачатия ребенка выкуривала 5–7 сигарет в течение дня (стаж 2 года). По данным анкетирования гипоспадии у братьев, близких родственников не установлено. Другие аномалии развития органов репродуктивной системы у отцов отмечали 3 (16,7%) опрошенных, которые были прооперированы еще в детстве. В 1 (5,6%) случае у отца была задержка полового развития. Все дети были от первого брака, по результатам анкетирования, запланированные. Попыток избавления от беременности не было. У 3 (16,7%) матерей беременность по счету была четвертая и более. У 2 (11,1%) предыдущие беременности прерывались абортom или выкидышем. Угроза выкидыша отмечена у 2 (11,1%) женщин. В 5 (27,8%) случаях беременность протекала с токсикозом. Во время беременности 2 (11,1%) матери переболели вирусными, 1 (5,6%) – экстрагенитальными заболеваниями. Одна (5,6%) женщина на втором месяце беременности попала в автокатастрофу и с сочетанными травмами получила стационарное лечение. Стрессовую травму в первой половине беременности отмечали 2 (11,1%) женщины: у одной – связана с распадом семьи, у второй – с сокращением рабочего места. 2 (11,1%) женщины отмечали патологические роды, у 1 (5,6%) – роды с помощью кесарева сечения. 2 (11,1%) из 18 детей родились раньше срока, недоношенными. Таким образом, можно предположить, что основную роль в этиологии гипоспадии у детей играют нарушения внутриутробного развития плода, которая является результатом воздействия перинатальных эндогенных и экзогенных факторов, таких как «старение» группы первородящих женщин, профессиональные и экологические вредности, хронические заболевания и вредные привычки мам.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕТЛИ ГЛИССОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ

И.А. АФАНАСЬЕВА, И.А. МИТЮРЯЕВА, Н.Н. КУХТА

Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца г. Киев, Украина

В структуре заболеваемости детского возраста вегетативно-сосудистые дисфункции наблюдаются у 50–70% детей с неинфекционной патологией. Исходя из этого, постоянно совершенствуются и внедряются новые методы лечения. Целью работы было оценить эффективность использования петли Глиссона в комплексном лечении вегетативных дисфункций у детей. Под наблюдением на базе Киевского городского центра вегетативных дисфункций находилось 55 детей в возрасте 7–16 лет. Изменения состояния вегетативного гомеостаза и мозгового кровообращения оценивали, используя методы ЭКГ, КИГ, КОП и данные РЭГ. Проводили рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника с функциональными пробами. У всех детей отмечался цереброастенический синдром (головная боль, головокружения), который усиливался утром и после школы, что возможно обусловлено длительной статической нагрузкой. Жалобы на боли в сердце предъявляли 55,5% больных. После проведенного лечения с использованием петли Глиссона в течение 1–3 месяцев цереброастенический синдром наблюдался у 32% детей, боли в сердце – у 22%. Боли стали кратковременными и беспокоят реже. У 7% повторно обследованных не отмечаются обмороки, а у 13% они проявляются реже. При изучении биоэлектрической активности миокарда, по данным ЭКГ, выявлено, что нарушение функции автоматизма в 1,5 раза чаще зарегистрировано до лечения, а нарушение внутрижелудочковой проводимости после проведенного лечения не отмечается. Не зарегистрирована ранее выявленная экстрасистолия. После лечения у детей не выявлено снижение адаптационно-приспособительных механизмов, гиперсимпатикотонический тип вегетативной реактивности встречался у 67% детей до лечения и у 42% после лечения. У большей половины детей до лечения выявлена гипердиастолическая вегетативная обеспеченность, гемодинамические нарушения в бассейнах вертебральной и внутренней сонной артерий. После лечения улучшение показателей КОП выявлено у 24%, а у 36% – параметров РЭГ. У 87% детей по данным рентгенографии отмечается патология шейного отдела позвоночника. Таким образом, в комплексную терапию вегетативных дисфункций целесообразно включать упражнения в петле Глиссона.

ПОРУШЕННЯ ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

Н.В. БАНАДИГА, О.М. ДУТЧАК, М.М. ГАЛАСЬ

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського, Україна

Питанню втягнення підшлункової залози до патологічного процесу при захворюваннях гастродуоденальної та гепатобіліарної зон все більше приділяється уваги клініцистами та дослідниками. Існують реальні передумови дестабілізації зовнішньосекреторної функції підшлункової залози (ЗСФПЗ) при порушенні секреторної, моторної та інкреторної функцій, зокрема шлунка і дванадцятипалої кишки. Однак існуючі стандарти діагностики патології травної системи не передбачають високоефективних методик дослідження – визначення рівня еластази в крові чи калі, що сприяло б своєчасному виявленню недостатності ЗСФПЗ. В даному дослідженні узагальнено результати обстеження 107 дітей із захворюваннями гастродуоденальної та гепатобіліарної зон, що передбачало також проведення провокаційних тестів з прозерином, визначення рівня еластази-1 у крові. Беручи до уваги те, що у окремої групи пацієнтів (n=77) при цілеспрямованому клінічному дослідженні було виявлено позитивні симптоми (клінічні, ультразвукові), характерні для ураження підшлункової залози, була потреба проведення провокаційних листків. За результатами останніх встановлено, що у 77,14% випадків виявлено патологічні типи амілазних кривих, які свідчать про дестабілізовану ЗСФПЗ. Це доповнювалося результатами визначення рівня еластази-1 у крові, який був достовірно високим та становив $(136,75 \pm 6,99) \cdot 10^9$ Од/л. Водночас, у 30,33% пацієнтів рівень еластази-1 у крові вдвічі перевищував показники контролю, складаючи $(199,16 \pm 7,70) \cdot 10^3$ Од/л. Зіставляючи клінічні та параклінічні маркери ураження підшлункової залози, встановлено, що у 48,05% хворих зустрічається відносна, а у 51,95% – функціональна недостатність ЗСФПЗ. Свідченням відносної недостатності були: патологічні теми амілазних кривих, достовірно високі значення еластази-1 крові; за відсутності типової клінічної симптоматики ураження підшлункової. Отримані результати доводять порушення ЗСФПЗ ще на донозологічному етапі та обґрунтовують необхідність замісної ферментотерапії.

ПРОФІЛАКТИЧНЕ СПРЯМУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ ГРУДНОГО ВІКУ

Н.В. БАНАДИГА, І.О. РОГАЛЬСЬКИЙ

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського, Україна

Значення першого року життя дитини у формуванні гармонійної здорової особистості важко переоцінити. Становлення функціональних можливостей внутрішніх органів, особливості процесів імуногенезу, прискорені темпи фізичного та психомоторного розвитку тощо вирізняють особливу вразливість малюків до несприятливих впливів зовнішнього середовища. За цих обставин продовжує викликати тривогу ріст алергічних захворювань, що беруть свій початок у 60–75% випадків на першому році життя. За результатами динамічного спостереження за новонародженими (n = 54), які зазнали сенсibiliзації в антенатальному періоді, свідченням чого був високий рівень IgE крові ($299,09 \pm 2801$ МО, $p < 0,01$), встановлено, що вже в перші 3 місяці життя з'являлись алергічні зміни з боку шкіри (здебільшого на фоні грудного вигодовування). Натомість, у дітей (n = 52) із нормальним вмістом IgE ($17,21 \pm 1,44$, МО) у крові при народженні перші atopічні прояви діагностовано у віці 5–6 місяців, що були спровоковані введенням до раціону нових продуктів. Таким чином, слід запровадити скринінгове визначення рівня IgE в пуповинній крові новонароджених, що надалі дозволить виділити групу ризику з atopії. Саме цим малюкам необхідно забезпечити з перших хвилин грудне вигодовування, гіпоалергенний побут та догляд, оскільки суттєвою є роль інгаляційних алергенів, відтермінувати введення нових продуктів харчування. З метою вторинної профілактики алергії у новонароджених із перинатальною сенсibiliзацією рекомендовано: грудне вигодовування (за умови гіпоалергенної дієти мами-годувальниці); короткий курс 5 днів ентеросорбентів віковими дозами; гіпоалергенний догляд за шкірою, відмова від застосування маркерів, застосування відварів лікарських трав із протизапальною, протиалергічною дією для проведення гігієнічних ванн. Саме цією формою алергічних захворювань маніфестує системна atopія, а тому цілеспрямований відбір дітей до групи ризику (в т.ч. із обтяженим спадковим анамнезом) є запорукою своєчасної діагностики та цілеспрямованих профілактичних заходів. Atopічний дерматит є лише першою ланкою atopічного маршу, рух якого слід зупинити ще в періоді новонародженості.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИСТУПНОГО ПЕРИОДА
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА
КОМПЬЮТЕРНОЙ БРОНХОФОНОГРАФИИ**

О.В. БАТЫРЕВА, Н.А. ГЕППЕ, В.С. МАЛЫШЕВ

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
г. Москва, Российская Федерация

Целью работы было исследование эффективности различных препаратов и их комбинаций для купирования обострения бронхиальной астмы (БА) у детей первых 5 лет жизни с помощью метода компьютерной бронхофонографии (КБФГ) и изучение клинико-функциональных параметров дыхания (паттерн дыхания). Проведено сравнительное исследование у 37 детей в возрасте от 1 года до 5 лет с диагнозом: бронхиальная астма, приступный период. 23 детей имели среднетяжелое течение, 15 – легкое течение заболевания. Сформированы 3 группы: I группа – пациенты, получавшие беродуал через небулайзер, II группа – беродуал через небулайзер и лазолван со 2–3-го дня приступа, III группа – комбинацию препаратов беродуал, пульмикорт через небулайзер, лазолван. У детей с БА в стадии обострения в начале исследования во всех группах акустический эквивалент работы дыхания (АКРД) в высокочастотном диапазоне (5,0–12,6 кГц) значительно превышал показатели нормы – $4,43 \pm 1,36$ мкДж, $3,16 \pm 1,12$ мкДж и $5,96 \pm 1,65$ мкДж. В норме АКРД в высокочастотном диапазоне составил $0,12 \pm 0,09$ мкДж. Повторное обследование методом БФГ проводилось через 20 мин после ингаляций через небулайзер и через 40–45 мин в течение 7–10 дней. На фоне лечения отмечено улучшение показателей АКРД в высокочастотном диапазоне в I группе до $0,62 \pm 0,12$ мкДж, во II – до $0,26 \pm 0,11$ мкДж и в III группе – до $0,15 \pm 0,09$ мкДж соответственно. Таким образом, беродуал дает выраженный клинический эффект через 15 мин с улучшением клинических проявлений и показателей БФГ в течение последующих 40–45 мин, а использование сочетания беродуала и лазолвана дает более быстрое купирование бронхообструкции в связи с улучшением бронхиальной проходимости из-за более быстрого отхождения мокроты, отхаркивающего эффекта препарата, ускоряющего мукоцилиарный клиренс, уменьшающего вязкость мокроты. При использовании комбинации беродуал, лазолван, пульмикорт через небулайзер уже на второй день отмечается значительное улучшение показателей БФГ, связанного с дополнительным действием пульмикорта как мощного противовоспалительного препарата. КБФГ является высокоэффективным, неинвазивным, простым методом и может использоваться в клинической практике для оценки эффективности проводимой терапии в период обострения бронхиальной астмы.

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ
РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ
У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ**

О.В. БЕЛЯЕВА, Р.В. КОВТУНЕНКО, О.В. КЛИМОВА,
С.Б. ВОЛОЧАЙ*

Дніпропетровська державна медична академія.

*Дитяча міська клінічна лікарня № 5, м. Дніпропетровськ,
Україна

Метою дослідження було вивчення особливостей перебігу гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) у дітей з бронхіальною астмою. Обстежено 62 дитини віком від 3 до 7 років, госпіталізованих з приводу ГРВІ на 2–4-й день захворювання. I (основну) групу дослідження склали діти з бронхіальною астмою (31), з них у 6 (19,4%) спостерігалась інтермітуюча форма, у 5 (16,1%) – легка персистуюча форма, у 20 (64,5%) – персистуюча середньої тяжкості форма захворювання. До II (контрольної) групи було включено 31 дитину без бронхіальної астми. За статтю склад обох груп дослідження достовірно не відрізнявся і характеризувався переважанням кількості хлопчиків над кількістю дівчаток у співвідношенні приблизно 2:1. У 23 (74,1%) дітей основної групи спостерігались також інші прояви алергії (атопічний дерматит, алергічний риніт, гостра кропив'янка). 77,4% дітей I та 38,7% дітей II групи народились від вагітності з ускладненим перебігом ($p < 0,05$), 58,1% дітей I і 25,8% дітей II групи народились від ускладнених пологів ($p < 0,05$). Недоношеними народились 19,4% дітей I проти 3,2% дітей II групи ($p < 0,01$). В I групі дослідження достовірно більше дітей відносились до часто та тривало хворюючих, ніж в II (83,9 проти 35,5%). 74,1% дітей основної групи перенесли перше респіраторне захворювання на першому році життя, тоді як в контрольній групі кількість таких дітей склала лише 41,9% ($p < 0,05$). Достовірних відмінностей в сезонності захворювань на ГРВІ між дітьми контрольної та основної груп не виявлено. При аналізі перебігу ГРВІ наявність бактеріальних ускладнень (гострий гнійний середній отит, гострий аденоїдит, синусит) виявлено у 35,5% дітей I групи проти 19,4% дітей II групи ($p < 0,01$), при цьому при аналізі структури бактеріальних ускладнень достовірних відмінностей між дітьми обох груп не виявлено. У 77,4% дітей основної групи на тлі ГРВІ відбулося загострення бронхіальної астми. Середня тривалість бронхообструкції у дітей основної групи склала $4,4 \pm 0,32$ дня. У дітей основної групи виявлено більшу тривалість гіпертермічного ($2,74 \pm 0,2$ проти $2,1 \pm 0,14$ дня, $p < 0,01$), інтоксикаційного синдрому ($3,38 \pm 0,19$ проти $2,65 \pm 0,21$ дня, $p < 0,01$), а також загальну тривалість захворювання ($9,25 \pm 0,21$ дня у дітей I та $5,5 \pm 0,39$ дня у дітей II групи, $p < 0,05$). Таким чином, для дітей з бронхіальною астмою характерним є триваліший та тяжчий перебіг ГРВІ з більшою кількістю ускладнень.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПУЛЬМИКОРТА В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Т.Т. БЕРАИА, Н.А. ГЕППЕ

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
г. Москва, Российская Федерация

Пульмикорт суспензия – негалогенизированный глюкокортикостероида – единственный препарат, применяемый с первых месяцев жизни через небулайзер для лечения дыхательных путей. Будесонид длительно сохраняется в тканях дыхательных путей, что может обусловить более длительный противовоспалительный эффект и использование препарата 1–2 раза в день. Целью исследования было изучение клинической эффективности и безопасности препарата будесонид (суспензия) в комплексной терапии при бронхиальной астме у детей раннего возраста во время обострения. Под наблюдением находились 30 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 1 до 4 лет, рандомизированные в две группы: I – дети, получавшие беродуал и лазолван через небулайзер; II группа – получавшие комбинацию препаратов беродуал, лазолван и пульмикорт 0,5 мг в сутки через небулайзер. Все дети перед началом терапии имели признаки обострения бронхообструктивного синдрома: экспираторная одышка, свистящее дыхание или ослабление проведения дыхания. Оценку эффективности терапии проводили по динамике клинических симптомов болезни (кашель, одышка), физикальным данным (наличие хрипов в легких), нарушение бронхиальной проходимости подтверждено функциональными методами: компьютерная бронхофонография (КБФГ). Состояние и показатели КБФГ детей I группы улучшились к 5–6 ингаляций, в то же время у детей, получавших суспензию пульмикорта через небулайзер, на 2-ой день лечения состояние стабилизировалось. После 2–3 ингаляций пульмикорта отмечено значительное улучшение клинических показателей и функции внешнего дыхания с нормализацией показателей КБФГ. Пульмикорт дает выраженный положительный терапевтический эффект при использовании у детей с обострением БА и в сочетании с бронхолитиками является более эффективным для купирования обострения БА. Побочных эффектов и нежелательных явлений при терапии пульмикортом не зарегистрировано, что характеризует лечение как безопасное.

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Л.А. БЕЗРУКОВ, Е.К. КОЛОСКОВА

Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы, Украина

Опыт 20-летнего использования согласительных протоколов в лечении бронхиальной астмы показал не только эффективность базисной терапии, но и высветил нерешенные вопросы в диагностике и лечении этого заболевания. Общим знаменателем для них следует признать недостаточную степень контроля клинических и суррогатных показателей тяжести заболевания. В большинстве случаев, видимо, это объясняется тем, что протокольное лечение предполагает лечение болезни как таковой без существенного учета ее фенотипических особенностей. Опираясь на 25-летний опыт лечения около 900 больных бронхиальной астмой, представляется целесообразным выделить следующие фенотипические особенности заболевания, учет которых, по нашим данным, способен повысить эффективность базисной терапии. Накопленный нами опыт позволяет считать, что приблизительно у каждого второго ребенка с повторными эпизодами бронхиальной обструкции в раннем возрасте отмечается так называемая астма раннего начала, характеризующаяся транзиторным течением и не требующая длительной противовоспалительной терапии. В противоположность этому, у каждого пятого из этих детей определяется персистирующий фенотип заболевания, требующий агрессивной длительной противовоспалительной терапии. К фенотипическим особенностям бронхиальной астмы следует отнести также наличие так называемой эозинофильной и неэозинофильной форм заболевания, требующих дифференцированного использования различных видов противовоспалительных препаратов. Это же можно отнести к фенотипу «выраженного» воспаления дыхательных путей, при котором, наряду с показателями воспалительного процесса, определяются маркеры деструкции белков, повышающих риск ремоделирования бронхов. К фенотипам бронхиальной астмы можно отнести особенности детоксикационной системы и гиперреактивность бронхов, существенно не связанную с воспалительным компонентом заболевания.

Накопленный опыт позволяет считать, что для выявления фенотипических особенностей бронхиальной астмы у детей необходимо использовать комплексный подход, в связи с низким отношением правдоподобия отдельно взятых диагностических тестов.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОДРОСТКОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МИОКАРДА

Л.Ф. БОГМАТ, Э.Л. АХНАЗАРЯНЦ, Л.И. РАК, О.Я. МИХАЛЬЧУК

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков, Украина

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) – один из интегральных показателей адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы. Ее снижение при хронической сердечной недостаточности является предиктором неблагоприятного прогноза. Целью исследования было изучение ВСР у подростков, перенесших воспалительные заболевания миокарда. Под наблюдением находились 16 подростков обоего пола 12–18 лет, перенесших воспалительные заболевания сердца (острую ревматическую лихорадку, неревматический миокардит) 1–8 лет назад. Группу контроля составили 24 практически здоровых их сверстника. Проводились общеклинические обследования, ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях, бифункциональное мониторирование ЭКГ и АД с определением вариабельности сердечного ритма на аппарате «ЕС-3Н/АВР» с программным обеспечением «CARDIOSPY» фирмы «LABTECH» (Венгрия). При изучении статистических временных (SDNN, SDANN, SDNN₁, RMSSD) и геометрических (HRVTI) показателей отмечалось снижение их значений в основной группе ($p < 0,05$), что свидетельствует о снижении общей ВСР при воспалительных процессах. При спектральном анализе наблюдалась тенденция к снижению общей мощности спектра (PSD), низкочастотной (LF) и ультранизкочастотной (VLF) составляющих в основной группе. Высокочастотная (HF) компонента спектра преобладала в основной группе в течение суток, отражая большую выраженность парасимпатических влияний у лиц, перенесших воспалительный процесс. Таким образом, снижение временных показателей ВСР и общей мощности спектра у подростков, перенесших воспалительные заболевания миокарда, является неблагоприятным фактором в отношении формирования и прогрессирования хронической сердечной недостаточности. В то же время преобладание парасимпатикотонии в сочетании с нормальными показателями коэффициента симпато-парасимпатических взаимоотношений свидетельствует о достаточных адаптационных возможностях сердечно-сосудистой системы у этих пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Л.Ф. БОГМАТ, Л.И. РАК, В.В. НИКОНОВА, Э.Л. АХНАЗАРЯНЦ, С.Р. ТОЛМАЧЕВА

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков, Украина

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является тяжелым осложнением сердечно-сосудистой патологии с прогрессирующим течением. Сегодня разработаны принципы патогенетической терапии ХСН, эффективность средств которой доказана многоцентровыми плацебо-контролируемыми исследованиями. Основная терапия включает ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), β -блокаторы, при определенных стадиях и формах ХСН – диуретики, антагонисты альдостерона и сердечные гликозиды. Применение ИАПФ и β -блокаторов предотвращает прогрессирование ХСН, повышает переносимость физических нагрузок и улучшает качество жизни пациентов. До настоящего времени не разработаны подходы к терапии детей с ХСН, хотя в педиатрии велик удельный вес кардиальной патологии врожденного и приобретенного характера, на фоне которой может развиваться ХСН. Изучение морфофункциональных показателей сердца и состояния систем нейрогуморальной регуляции при патологии миокарда (398 человек 10–18 лет) показало, что у $39,3 \pm 2,5\%$ детей наблюдаются признаки ХСН I и II-A стадии, а у трети – бессимптомная систолическая дисфункция миокарда. Разработан алгоритм ранней диагностики ХСН (ЭХО-КГ в покое и после физической нагрузки) с выделением субклинического ее варианта. В динамике через год обследованы 89 детей с патологией миокарда. Выявлено прогрессирование процессов ремоделирования сердца у половины детей, перенесших миокардит, у $16,7\%$ – с диспластической кардиомиопатией, у $36,8\%$ – с хроническими нарушениями ритма. При ухудшении функционального состояния сердца наблюдались активационные процессы ренин-ангиотензин-II и свободнорадикальных процессов, повышение уровней эндотелина-1 и интерлейкина-6 в крови. С помощью корреляционного и регрессионного анализов установлено, что на динамику изменений насосной функции сердца влияют уровни адреналина и норадреналина мочи, активность ренина плазмы, уровни ангиотензина-II и альдостерона крови. Таким образом, нейрогуморальная активация и прогрессирование процессов ремоделирования миокарда обосновывают необходимость назначения детям с начальными проявлениями ХСН средств патогенетической терапии (ИАПФ; при признаках симпатической активации, диастолической дисфункции – β -блокаторов).

ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПІВ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РІЗНИМИ ОСОБИСТІСНИМИ ТА СІМЕЙНИМИ ПСИХОЛОГІЧНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

Н.К. БОГУЦЬКА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Україна

Метою дослідження було вивчення характеристики перебігу тяжкої бронхіальної астми (БА) в дітей шкільного віку залежно від психологічних особливостей пацієнтів та їх родин. Обстежено 32 дітей 12–18 років із тяжким персистуючим перебігом БА (перша група) та 30 пацієнтів – із середньотяжким (друга група). Проведено комплексне клінічне (алергологічне, імунологічне, спірографічне) обстеження та психологічне тестування пацієнтів та родин. У дітей із тяжкою БА в стадії ремісії ФОВ₁ становив 75,4% проти 90,6% у групі порівняння ($p < 0,01$), а показник лабільності бронхів – 31,9% проти 22,0% відповідно ($p > 0,05$). Низький рівень контролюваності за тяжкої БА (пропорційність шансів (ПШ) = 9,3 (95% ДІ 2,7–32,5) асоціював із наявністю змін у поведінці дитини ($r = 0,35$; $p < 0,03$) після її діагностування. За тяжкої БА неврастенічний та/або сенситивний тип відношення до хвороби відмічено в 5,3 разу частіше (95% ДІ 1,3–24,7), що корелював із середньорічною кількістю нападів ($r = 0,37$; $p < 0,03$). Відсутність проблемних аспектів сімейної ролі матері (ПШ = 0,23 (95% ДІ 0,06–1,0) асоціювала зі зниженням потреби в інгаляції бронхолітиків поза нападами ($r = 0,43$; $p < 0,01$), а відсутність оптимального емоційного контакту з дитиною (ПШ = 3,3 (95% ДІ 0,8–13,2) – із потраплянням до ВРАІТ ($r = 0,41$; $p < 0,01$). Відмічено прямий кореляційний зв'язок високих балів ставлення батьків до дитини за типом «відторгнення» та вищих показників індексу бронходилатації на інгаляцію салбутамолу в пацієнтів ($r = 0,47$; $p < 0,01$). Із недотриманням вимог базисної терапії прямо корелювали надмірна емоційна дистанція з дитиною ($r = 0,37$; $p < 0,02$) та наявність «алекситимічного» типу особистості ($r = 0,26$; $p < 0,03$). Вища реактивна тривожність дитини була фактором ризику недостатнього підвищення ФОВ₁ після тримісячної базисної терапії ($r = -0,6$; $p < 0,02$), а вищі показники шкільної тривожності асоціювали із більш вираженою лабільністю бронхів ($r = 0,36$; $p < 0,01$). Отже, істотніші відхилення особистісних та сімейних психолого-адаптаційних характеристик дітей шкільного віку асоціювали із більш вираженими проявами тяжкої БА та недотриманням вимог проведення базисного лікування.

ЖЕЛТУШНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Н.С. БОЖБАНБАЕВА, С.А. ДИКАНБАЕВА, Д.Б. ИСМАИЛОВА,
Г.К. КСЕТАЕВА

Научный центр педиатрии и детской хирургии, г. Алматы,
Казахстан

Цель исследования – изучить особенности неонатальных желтух у детей первых трех месяцев жизни с острым течением внутриутробной ЦМВИ. Под наблюдением находились 26 детей от 0 до 3-х месяцев жизни с острой ЦМВИ, верифицированной на основании антицитомегаловирусных IgM антител, низкоavidных IgG антител в ИФА, ДНК CMV в ПЦР крови, мочи, слюны. Контрольную группу составили 38 детей аналогичного возраста с отрицательными результатами ИФА и ПЦР на ВУИ. Инфицированные дети были разделены на две группы – 16 детей с генерализованной формой (первая группа) острой ЦМВИ и 10 детей с субклинической формой заболевания (вторая группа). В результате проведенных исследований установлено, что желтушный синдром регистрировался в 4,7 раза чаще у больных с генерализованной формой и в 3,4 раза больше в группе больных с субклинической формой, чем у детей контрольной группы ($p < 0,05$). В структуре желтушного синдрома фигурировала желтуха с непрямой гипербилирубинемией (77%), которая достоверно чаще встречалась у контингента детей с субклинической формой ЦМВИ и контрольной группы ($p < 0,05$). Гипербилирубинемия за счет прямой фракции наблюдалась у четырех пациентов первой группы ($p < 0,01$). Причиной непрямой гипербилирубинемии у инфицированных детей в большинстве случаев (77,7%) являлось нарушение конъюгационной функции печени, а в 2 (33,0%) наблюдениях желтуха протекала под маской гемолитической болезни новорожденных. Прямая гипербилирубинемия отмечена у каждого третьего ребенка с генерализованной ЦМВИ и желтушным синдромом и проявлялась ранним появлением и волнообразным характером желтухи, выраженной гепатоспленомегалией, печеночным геморрагическим синдромом, непостоянной ахолией стула, темно-желтым цветом мочи. В биохимическом анализе крови уровень билирубина превышал 200 мкмоль/л за счет прямой фракции, показатели трансаминаз повышались в 2–4 раза, активность щелочной фосфатазы – в 2 раза ($1442,5 \pm 43,1$) и γ -глутамилтрансферазы в сыворотке крови – в 2,2 раза ($81,5 \pm 19,4$ ммоль/л). Наиболее типичные проявления генерализованной внутриутробной ЦМВИ – желтуха на фоне гепатоспленомегалии, анемии, тромбогеморрагического синдрома и менингоэнцефалита диагностированы у 2 детей. Неонатальный

холестаза, являющийся проявлением заболева- ний печени и желчных протоков, регистриро- вался у одного ребенка с прямой гипербилиру- бинемией. Особенностью желтушного синдрома в данном случае было нарастание интенсивно- сти желтухи, ее зеленоватый оттенок, периоди- ческая ахолия стула, свидетельствующие о пре- ходящем нарушении экскреторной функции гепатобилиарной системы. Лабораторным под- тверждением являлось повышение содержания в крови прямой фракции билирубина (251,2/189,8 мкмоль/л), а также ферментов – щелочной фосфатазы (1570 ммоль/л) и γ -глута- милтрансферазы (92 ммоль/л). На УЗИ и КТ регистрировались увеличение с уплотнением печени, а также расширение холедоха и по- лостное образование в области общего желчно- го протока, указывающего на кисту при отсут- ствии визуализации желчного пузыря.

Особенностью гепатитов, обусловленных ЦМВ, являлось их торпидное течение, с разви- тием хронического процесса. Кроме того, часто (75%) встречались поражения ЖКТ, преоблада- ние диспептического синдрома и прогресси- рующая дистрофия. В исходе пролонгирован- ных желтух к 1 году жизни эхографически удерживались умеренные диффузные измене- ния печени, у двух детей, перенесших ГБН, выявлялась спленомегалия. При этом наруше- ния со стороны ЖКТ у них не было. В группе детей с прямой гипербилирубинемией форми- ровался хронический гепатит с клинико-лабо- раторной ремиссией. На УЗИ регистрировались диффузные изменения печени, селезенки и по- джелудочной железы. У ребенка с кистой холе- доха диагностированы хронический гепатит и холецистит. Одновременно отмечались прояв- ления дисбактериоза, диспептический синдром с дефицитом веса. Таким образом, ЦМВИ, протекающая с желтухой, в результате преоблада- ния прямой фракции билирубина имеет более тяжелое торпидное течение с тенденцией к хро- низации.

WHAT IS COMPUTER ADDICTION?

T.Yu. BOL'BOT

Psychiatry Residency Training Program, Harvard Medical School Boston, United States

The newly diagnosed computer addiction has gained much press attention recently, as children have also been affected. Our recent research study showed that addictive mechanism of development of computer addiction is present. Children and young people can easily become 'hooked' on online activities such as multi-user games, instant mes- saging, on-line pornography and chat rooms. The most vulnerable children are those who are lonely, bored, unpopular and shy, or from families where

nobody is at home to relate to after school. Com- puter addiction can be formed among people hav- ing tendency to addictive behavior (alcohol, subs- tances abuse) according to a dynamic of a classic addictive process or it is a new addiction in already formed addict. As with any addiction, steps can be taken to treat computer addiction. Limiting the amount of time spent on the computer or playing video games is simple step. Guidelines for children suggest allowing no more than one hour per night playing video games, or any other kind of computer activity. We have suggested new prophylactic programs that include different techn- ologies: informative, educational, technologies of employment, correction of domestic relationshi- ps, religious. If your child is demonstrating stro- ng signs of Internet addiction, consider seeking professional counseling. Compulsive Internet use may be symptomatic of other problems such as depression, anger and low self-esteem. We have been able to demonstrate that it is possible to help many patients with computer addiction using the following methods: readiness to change, psychoe- ducation, cognitive-behavioral therapy and relap- se prevention.

СТРУКТУРА ПРИЧИН ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ю.К. БОЛЬБОТ, Т.А. БОРДИЙ, А.В. КАРПЕНКО, В.А. УЛЬЯНОВ*

Днепропетровская государственная медицинская академия.

*Детская городская клиническая больница № 6, г. Днепропетровск, Украина

Проанализированы причины острых отравле- ний 380 детей и подростков (215 мальчиков и 165 девочек), находившихся на стационарном лечении в ДГКБ № 6 г. Днепропетровска в 2006–2008 гг. Наиболее высокой частота ост- рых отравлений была среди подростков и детей раннего возраста (соответственно 47 и 25% от общего количества всех случаев); 19% отравле- ний приходилось на возрастную группу 11–14 лет, 5 и 4% – соответственно на дошкольников и младших школьников. В раннем возрасте в структуре причин преобладали случайные отравления медикаментами (74,7%) и препара- тами бытовой химии (24,2%). При этом передо- зировка лекарственных препаратов имела место в 11% случаев (нафтизин, средства от просту- ды), в остальных 89% случаев дети самостоя- тельно находили и принимали медикаменты (чаще всего, контрацептивы и сердечно-сосу- дистые средства) или средства бытовой химии, оставленные родителями или ухаживающими лицами в пределах досягаемости детей. В груп- пе дошкольников также преобладали отравле- ния медикаментами (73,6%), однако имели мес-

то и алкогольные отравления (10,5%). Среди детей младшего школьного возраста отравления алкоголем и его суррогатами отмечались уже в 40% случаев, медикаментозные отравления составили 33,2%, из них 6% с целью суицида. 12% детей этой группы употребляли медикаменты и растительные вещества (дурман) с наркотической целью. На долю алкогольных отравлений у старших школьников и подростков приходилось 69 и 52% соответственно (16% детей лечились неоднократно). Медикаментозные отравления в этих группах составили соответственно 16 и 29%, при этом 1/6 случаев среди старших школьников и 1/4 – среди подростков были суицидальными попытками, остальные принимали медикаменты с целью наркотического опьянения. Последнее стало причиной отравлений и препаратами бытовой химии и растительными веществами – дурманом и марихуаной (по 13%). Следует отметить, что 7% подростков с целью усиления наркотического эффекта употребляли одновременно медикаменты, алкоголь, растительные вещества и средства бытовой химии. Таким образом, характер структуры отравлений у детей указывает на наличие серьезных социальных и психолого-педагогических проблем в современном обществе.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНАФЕРОНА ДЕТСКОГО ПРИ ОРВИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ю.К. БОЛЬБОТ, Т.А. БОРДИЙ, О.Н. ТАРАН, С.В. АЛИФАНОВА, В.В. ПОПОВИЧ*

Днепропетровская государственная медицинская академия.

*Детская городская клиническая больница № 6, г. Днепропетровск, Украина

Целью исследования явилось определение критериев эффективности применения Анаферона детского при ОРВИ у часто болеющих детей (ЧБД) раннего возраста на основе анализа (ранговая корреляция Спирмена) клинико-анамнестических данных, показателей системного иммунитета и цитокинового профиля (концентраций сывороточных интерферонов- α и - γ , интерлейкинов-2, -4, -10). Корреляционный анализ показал, что эффективность применения Анаферона была выше при назначении препарата не позднее 2-го дня болезни ($r = 0,54$, $p < 0,001$). Кроме того, выявлена прямая зависимость между эффективностью лечения и уровнем ИФН- α и ИФН- γ в начале заболевания (соответственно, $r = 0,86$, $p < 0,001$ и $r = 0,73$, $p < 0,001$). Отрицательное влияние на эффективность лечения Анафероном детским имели такие показатели, как наличие ОРВИ во время беременности у матерей ($r = -0,32$, $p < 0,01$), воз-

раст, в котором ребенок перенес первое острое респираторное заболевание ($r = -0,29$, $p < 0,05$), количество перенесенных на первом году жизни острых отитов ($r = -0,48$, $p < 0,001$), уровень ИЛ-10 в начале заболевания ($r = -0,6$, $p < 0,005$). Путем проверки на чувствительность и специфичность в качестве прогностического критерия эффективности Анаферона среди нескольких возможных был отобран коэффициент, который представляет собой отношение сывороточной концентрации ИФН- γ к сывороточной концентрации ИЛ-10 в дебюте заболевания. У детей, которые имели значение этого коэффициента более 0,1, эффективность применения Анаферона детского оказалась наивысшей. Показатель чувствительности данного прогностического метода оказался равным 93,4%, показатель восстановления – 83,7%, специфичности – 96,3%, индекса концентрации – 8,48, теста прогнозирования положительного результата – 91,8%, теста прогнозирования отрицательного результата – 94,3%. Кроме того, о положительном эффекте лечения Анафероном свидетельствовало исчезновение на протяжении первых суток от начала приема препарата симптомов интоксикации: лихорадки ($r = 0,46$, $p < 0,001$), снижения аппетита ($r = 0,42$, $p < 0,001$), общей слабости ($r = 0,49$, $p < 0,001$).

ОРГАНИЗАЦИЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ

Ж.М. БУРНАШЕВА, М.В. ХАНДЫ, Н.М. ЗАХАРОВА, Т.П. ТКАЧУК

Якутский государственный университет им. М.К. Амосова. Центр развития ребенка «Подснежник», г. Якутск, Российская Федерация

У большинства детей с патологией органов зрения наблюдаются отклонения в физическом и нервно-психическом развитии, понижение работоспособности и быстрая утомляемость, низкие адаптивно-компенсаторные возможности организма, что проявляется частыми респираторными заболеваниями. Изучение состояния здоровья этого контингента детей и последующее их оздоровление являются актуальной проблемой современной педиатрии и дошкольной педагогики. Целью исследования было оздоровление детей с патологией зрения в условиях детского дошкольного учреждения. Обследовано 280 детей дошкольного возраста (3–7 лет), якутов – 160, русских – 120, мальчиков – 145, девочек – 135. Проведено комплексное обследование детей педиатром и врачами-специалистами, определение уровня физического, нервно-психического развития, физической подготовленности, группы здоровья. Оздоровительная работа с коррекцией режима дня и питания,

учебно-воспитательных занятий; применение закаливающих мероприятий (воздушные ванны, контрастные водные обливания и др.), фитотерапия, ЛФК, физиотерапия. Работа проведена в течение 2004–2007 гг. За этот период среди детей наблюдалось снижение числа простудных заболеваний, сокращение количества пропущенных дней по болезни. Отмечено убывание кратности острых респираторных заболеваний. Так, в 2004 г. один ребенок болел 2 раза в год, в 2005 г. – 1,7, в 2006 г. – 1,6 и в 2007 г. – 1,4 раза. Индекс здоровья по сравнению с 2004 г. в 2007 г. увеличился в 2,5 раза и в 2004 г. был равен 8,5%, в 2005 г. – 9,7%, в 2006 г. – 11,2%, в 2007 г. – 22,6%. Таким образом, проведенная работа среди детей с патологией зрения показала эффективность комплексных оздоровительных мероприятий в условиях детского дошкольного учреждения.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА

В.Н. БУРЯК, Н.И. ШАБАН, Р.Ф. МАХМУТОВ

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Украина

В настоящее время имеются данные о наличии изменений со стороны желчевыделительной системы у 60–65% детей, страдающих сахарным диабетом первого типа. Целью нашего исследования было изучение особенностей внутрипеченочной гемодинамики при развитии дискинезии желчевыводящих путей у детей, страдающих сахарным диабетом первого типа. Нами обследовано 83 ребенка в возрасте от 11 до 14 лет, страдающих сахарным диабетом первого типа. Длительность заболевания составляла от 4 до 5 лет (в среднем $4,6 \pm 1,2$ года). У всех имели место проявления дискинезии желчевыводящих путей. Кроме того, обследовано 33 практически здоровых ребенка аналогичного возраста, составивших группу контроля. С целью изучения особенностей печеночного кровотока на ультразвуковом сканере SONOACE 6000 СМТ фирмы MEDISON (Южная Корея) в режиме реального времени с частотой конвексного датчика 3–7 МГц с помощью спектрального доплера у всех детей устанавливали значения скоростей кровотока (V_{max} , V_{mean} , V_{min}) в печеночной артерии и печеночной вене. Кроме того, для получения количественных параметров кровотока рассчитывались следующие индексы: ИР (индекс резистентности), ИП (индекс пульсации) и СДИ (систола-диастолический индекс). В результате исследования установлен факт уменьшения скорости кровотока по печеночной арте-

рии при увеличении индексов и увеличения скорости кровотока по печеночной вене при уменьшении изучаемых индексов. Так, в печеночной артерии V_{max} в среднем составила $1003,23 \pm 114,22$ (в контроле $1292,64 \pm 110,61$), V_{min} – $192,71 \pm 32,85$ (в контроле – $316,35 \pm 27,45$), V_{mean} – $633,68 \pm 83,11$ (в контроле – $824,83 \pm 65,13$), ИР – $0,801 \pm 0,027$ (в контроле – $0,751 \pm 0,0045$), ИП – $1,26 \pm 0,067$ (в контроле – $1,21 \pm 0,013$), СДИ – $6,158 \pm 0,751$ (в контроле – $4,28 \pm 0,1$). В печеночной вене V_{max} в среднем равнялась $435,77 \pm 54,2$ (в контроле – $186,30 \pm 8,03$), V_{min} – $195,38 \pm 32,64$ (в контроле – $57,47 \pm 2,50$), V_{mean} – $309,85 \pm 42,4$ (в контроле – $122,63 \pm 4,94$), ИР – $0,622 \pm 0,024$ (в контроле – $0,669 \pm 0,0068$), ИП – $0,799 \pm 0,043$ (в контроле – $0,56 \pm 0,007$), СДИ – $2,42 \pm 0,17$ (в контроле – $3,31 \pm 0,075$). Таким образом, у детей с дисфункцией желчевыводящих путей на фоне сахарного диабета первого типа имеет место угнетение печеночной гемодинамики, что может быть свидетельством нарушения функционального состояния печени у этих детей.

МАРКЕРЫ НЕЙРОДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПУПОВИННОЙ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЮ

С.В. БЫЧКОВА, Г.Н. ЧИСТЯКОВА, В.В. КОВАЛЕВ,
И.А. ГАЗИЕВА

ФГУ «НИИ охраны материнства и младенчества
Росмедтехнологий», г. Екатеринбург, Российская Федерация

Перинатальная гипоксия является пусковым механизмом в цепи патологических реакций, приводящих к широкому спектру нейросоматических отклонений в последующие возрастные периоды. Определение содержания нейроспецифических белков в пуповинной крови является неинвазивным и высокоинформативным способом оценки степени тяжести неврологических нарушений. С целью изучения содержания нейроспецифических белков в пуповинной крови доношенных новорожденных, перенесших внутриутробную гипоксию, проведено обследование 43 детей, родившихся с помощью операции кесарева сечения, из них 35 – перенесших острую или хроническую внутриутробную гипоксию (основная группа) и 8 здоровых детей от женщин, абдоминальное родоразрешение которых не было связано с гипоксией плода (группа сравнения). Содержание нейроспецифической енолазы (NSE) и глиофибрилярного кислого протеина (GFAP) в пуповинной крови определяли методом ИФА. Достоверность различий между группами оценивали с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Уровень NSE в пуповинной крови детей, имеющих признаки острой внутриутробной гипоксии

(децелерації на КТГ в родах, меконіальні води, туге обвиття пуповини), перевищував значення цього показателя у здорових новонароджених в 2,4 рази ($48,97 \pm 12,4$ проти $20,8 \pm 6,54$ мкг/л, $p < 0,05$). Вміст NSE у новонароджених, перенеслих хронічне гіпоксичне вплив, склало $34,87 \pm 8,5$ мкг/л і також перевищувало значення цього показателя у здорових дітей в 1,7 рази ($p < 0,05$). Рівень GFAP при гострій внутрішньотривної гіпоксії підвищувався в 5,2 рази, при хронічній гіпоксії – в 3,2 рази ($0,057 \pm 0,008$ і $0,035 \pm 0,004$ нг/мл проти $0,011 \pm 0,002$ нг/мл відповідно, $p < 0,05$ в обох випадках). NSE є одним з основних маркерів загибелі нейронів, а рівень GFAP відображає процеси дегенерації астроцитів і мікроглії. Підвищення вмісту NSE і GFAP в пуповинній крові при гострій і хронічній внутрішньотривної гіпоксії свідчить про масивну деструкцію нейронів і кліток мікрооточення, а також порушенні структурно-функціональної цілості гематоенцефалічного бар'єра.

МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ІЗ РІЗНИХ КЛІНІЧЕСКИХ МАТЕРІАЛІВ

К.І. БІЛЯЛОВА, А.М. ЖАРТІЄВА, Ж.С. ТЕМІРБАЄВА,
А.Ж. АРИНОВА

Научний центр педіатрії і дитячої хірургії МЗ РК,
г. Алматы, Казахстан

В останні роки відзначається значимий ріст стійкості збудителів внеблизничних і нозокоміальних інфекцій до антибактеріальних препаратів. Висока резистентність деяких мікроорганізмів до спектру антибіотиків є бар'єром для профілактики і лікування інфекційних ускладнень. В зв'язі з вищеописаним неоспоримо значення територіального моніторингу резистентності і цільові доведення його результатів до лікарів різних спеціальностей. В даному дослідженні будуть представлені результати тестування антибактеріальних препаратів методом посіву серійних розведень культури диско-дифузійним шляхом на агар. В лабораторії працює мікробіологічний аналізатор MicroScan Walk Away 40 США і комп'ютерна програма мікробіологічного моніторингу WHO-NET-5 (ВОЗ). Аналіз отриманих даних показав, що грамтрицательні мікроорганізми, виділені з різних клінічних матеріалів, проявили найбільшу чутливість до препаратів з групи хінолонов, а потім за ступенем активності розташувалися цефалоспорины, аміноглікозиди і хлорамфенікол. Всі штами грамтрицательних мікроорганізмів, незалежно від об'єкта виділення,

проявили низку чутливості до ампіциліну. Аналогічні дослідження по чутливості грампозитивних мікроорганізмів з різних клінічних матеріалів виявили найбільшу чутливість їх до цефалоспоринов, а потім за силою активності йдуть глікопептиди, наступна група полусинтетичні пенициліни (оксацилін), наостанок, до макролідів. Зріс відсоток метицилінрезистентних, а також пеницилінстійких *S. aureus*. Широке використання ванкомицину сприяє зростанню ванкомицинрезистентних ентерококків. Таким чином, результати проведених досліджень підтверджують необхідність регулярного перегляду антибактеріальних схем лікування і проведення їх під контролем мікробіологічного моніторингу.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

М.А. БОГДАНОВА, А.Н. УЗУНОВА, Е.А. ПИЛИПЕНКО

Муниципальное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 7», г. Челябинск.
Челябинская государственная медицинская академия,
Российская Федерация

Наша цель исследования – изучение эффективности применения метода динамической фототерапии в комплексе реабилитации детей с хроническим гастроуденитом. Использовали аппарат АДФТ – 4 «Радуга», ООО «Тризма», г. Саратов. Использовали желтый и зеленый свет, бегущий режим воздействия на пилородуоденальную и воротниковую зоны по 5–10 минут, на курс 10 сеансов ежедневно. Терапию данным методом в комплексе реабилитации в условиях отделения восстановительного лечения получили 53 ребенка подросткового возраста с 12 до 17 лет включительно. Степень эффективности лечения определяли по активности воспалительного процесса со стороны слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки эндоскопически и реакции вегетативной нервной системы по данным кардиоритмографии. При проведении контрольного эндоскопического исследования отсутствие признаков воспаления отмечено у 39,6% пролеченных детей, уменьшение воспаления, а именно: гиперемии и отека слизистой – у 54,8% подростков. В 5,6% случаев у детей с верифицированным атрофическим гастритом какой-либо динамики нами получено не было. При анализе реакции вегетативной нервной системы выявлено: в группах детей с исходным вегетативным тонусом по типу эйтонии и ваготонии каких-либо изменений зарегистрировано не было, тогда как в группе подростков с исходным вегетативным тонусом по типу симпатикотонии и гиперсимпатикотонии – 32%, после проведенного лечения с применением

ем метода фотохромотерапии наблюдался переход в группу с исходным вегетативным тонусом по типу эйтонии в 50% случаев, что подтверждалось статистически значимым ($p < 0,05$) уменьшением значений амплитуды моды с 51% до 41% и снижением значений индекса напряжения Баевского со 196 условных единиц до 117,9. Таким образом, применение метода фотохромотерапии в комплексе реабилитации подростков с хроническим гастродуоденитом оправдано в силу регулирующего влияния на отделы вегетативной нервной системы и регенерирующего действия на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки.

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬЯ

Г.И. БИШАРОВА, Л.П. ФАДЕЕВА, А.С. БИШАРОВА,
М.В. БЕМА, Е.П. МАЦЕХА, Н.И. ЗЮБИНА

ГУЗ «Краевой детский консультативно-диагностический центр», г. Чита, Российская Федерация

В Забайкальском крае проживает население более 90 национальностей. Последовательные мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи детям позволили значительно снизить младенческую смертность, изменить в положительную сторону динамику показателей заболеваемости детей. Целью исследования был мониторинг основных показателей здоровья детей в Забайкалье. Проанализированы показатели диспансеризации свыше 300 тысяч детей, проживающих в различных регионах забайкальского края. Стабильное снижение показателей младенческой смертности в Забайкальском крае отмечается с 2004 года – с 13,1‰ до 8,6‰ в 2008 году. Патологическая пораженность детей забайкальского края составила 197-1,6‰, что на 18% выше показателей по РФ. Первое место в структуре заболеваний занимают болезни органов пищеварения, в основном за счет дискинезии желчевыводящих путей, гастродуоденитов и кариееса. Второе место занимают болезни эндокринной системы, основную группу из которых составляет эндемическая патология щитовидной железы, связанная с дефицитом йода. Среди болезней нервной системы, занимающей 3-е ранговое место, преобладает патология вегетативной нервной системы, функциональные расстройства. Среди болезней органов дыхания у детей Забайкальского края чаще встречается бронхиальная астма. Вызывают озабоченность заболевания костно-мышечной системы, соединительной ткани, которые регистрируются в четыре раза чаще, так же, как и патология органов зрения, особенно на Севере края. Высокий уровень патологической пораженности детей Забайкалья диктует необходимость более тщательного проведения медицинских осмотров и мероприятий по оздоровлению детского насе-

ления, так как мониторингирование после проведенного лечения показало улучшения показателей здоровья в 1,6 раза.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО НЕЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ

Ю.В. БЕЛОУСОВ, О.Ю. БЕЛОУСОВА

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Под наблюдением в детском гастроэнтерологическом отделении г. Харькова находился 201 ребенок с морфологически доказанным хроническим неспецифическим неязвенным колитом (ХННК). У 20 (9,96%) из них изменения слизистой оболочки (СО) толстой кишки носили поверхностный характер, у 181 (90,04%) отмечались различной степени выраженности атрофические изменения – от начальных атрофических у 52 (25,87%) детей до выраженных атрофических у 48 (23,88%). У 81 (40,29%) больного атрофические изменения носили умеренно выраженный характер. Что касается 20 из 201 больного с хроническим неатрофическим колитом (поверхностным), то некоторые авторы склонны считать, что подобного рода изменения – «начальные, преходящие, обратимые, катаральные» – могут иметь место при синдроме раздраженного кишечника. Однако при всем уважении к авторам подобной концепции, с ними нельзя согласиться, поскольку вышеуказанные изменения все-таки являются отражением морфологического субстрата воспаления, что целиком согласуется с классическими канонами патоморфологии. К сожалению, попытка (и надо сказать успешная) считать поверхностные изменения слизистой оболочки прерогативой синдрома раздраженного кишечника привела к значительной гипердиагностике этого заболевания, в том числе у детей, что подтверждается и нашими исследованиями. Поэтому мы, в полном соответствии с классическими канонами патоморфологии, расценили поверхностные неатрофические изменения слизистой оболочки толстой кишки как одну из стадий (начальную) хронического воспаления. Совпадение результатов ректоскопического и морфологического исследований составляет 85,09%, что свидетельствует о достаточно высокой информативности ректоскопического исследования; при позитивной ректоскопии совпадение результатов ректоскопического и морфологического исследований еще выше – 98,9%, что позволяет в этих случаях установить диагноз ХННК с 99% вероятностью. Отрицательный результат ректоскопического исследования не позволяет полностью исключить наличие воспали-

ния – в этих случаях целесообразно (при наличии показаний) дополнительное проведение морфологического исследования. Анализ жалоб и объективных данных, полученных у 201 больного ХННК, позволяет характеризовать его как хроническое рецидивирующее заболевание, основными клиническими проявлениями которого является абдоминальная боль ноющего характера, часто связанная с приемом пищи, усиливающаяся до или во время акта дефекации и уменьшающаяся или исчезающая после отхождения кала и газов. Наряду с болевым синдромом основным клиническим проявлением ХННК является хронический запор с формированием шарообразной или плотной толстой фекаломы, часто с примесью слизи. В то же время неустойчивый стул оказался нехарактерным для ХННК: лишь у отдельных детей отмечался понос, чаще без патологических примесей, реже – с примесью слизи или крови. Неустойчивый стул иногда следовал за оформленным, т.н. запорный понос. Из диспептических явлений наиболее часты тошнота, отрыжка, снижение аппетита. Кишечный синдром у больных ХННК сопровождается астеновегетативными нарушениями в виде слабости, вялости, быстрой утомляемости, что, по-видимому, связано с явлениями каловой интоксикации и эмоциональной нестойкости, раздражительности вследствие расстройств со стороны центральной и вегетативной нервной системы. При пальпации живота характерна болезненность в области сигмовидной кишки, которая часто оказывается спазмированной. При этом достоверной связи между характером морфологических изменений СО толстой кишки (поверхностные, начальные, умеренно выраженные и выраженные атрофические) и степенью выраженности клинических проявлений заболевания выявить не удается. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что ХННК у детей является самостоятельной нозологической формой, занимающей вполне определенное место в структуре заболеваний толстой кишки у детей. Клинические проявления заболевания развиваются на фоне выраженных гистологических изменений толстой кишки, причем преобладающей формой морфологических изменений является атрофия слизистой оболочки.

ЗНАЧЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ В ВЫДЕЛЕНИИ ГРУПП РИСКА ПО ТЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ

Л.Я. БЕЛАЛОВА

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь, Украина

Прогнозирование течения нарушений сердечного ритма (НСР) у детей, определение риска развития жизнеугрожающих аритмий (ЖА) является актуальной задачей. Актуальность данной проблемы очевидна ввиду необходимости выделения групп детей с различными функциональными возможностями в повседневной врачебной практике в школах, санаториях, при даче рекомендаций по занятиям спортом. Важность данной проблемы подчеркивается также существованием проблемы внезапной смерти детей без очевидных признаков заболеваний. Варианты анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) в ходе проведения функциональных проб, направленных на модификацию дыхания и вегетативных функций, подобных тем, которые возникают в повседневной жизни, впервые разрабатывались для оценки функциональных возможностей космонавтов. Нами изучена динамика показателей спектрального анализа ВСР у 117 детей с аритмиями (I группа – 77 детей с различными вариантами синдрома слабости синусового узла); II группа – 30 детей с экстрасистолическими аритмиями); III группа – 10 детей с синдромом предвозбуждения желудочков в ходе проведения кардиоваскулярных функциональных тестов, КВФТ, включающих фоновую запись ЭКГ, проведение пробы с глубоким контролируемым дыханием, пробы Вальсальвы и активной ортостатической пробы. В ходе КВФТ изучено соотношение показателей спектрального анализа: LF/HF, VLF/LF, LF/HF при всех проведенных пробах, предложен метод оценки адаптации ССС (Патент Украины № 66-637 А, 2004). С помощью разработанной шкалы оценки показателей выделены три уровня адаптации: удовлетворительная, напряженная и характеризующая срыв адаптационных резервов. У 88 (75,86%) детей с аритмиями выявлено напряжение функционального состояния ВНС, у 8 (6,89%) отмечен срыв адаптационных механизмов, который сопровождался в восстановительном периоде пробы Вальсальвы изменением количественного и качественного характера НСР. Таким образом, проведение КВФТ может быть использовано как один из критериев риска возникновения НСР у детей с целью формирования различных групп рекомендуемых физических нагрузок.

КЛІНІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

Л.І. ВАКУЛЕНКО, Л.В. ВАЩЕНКО, Л.П. БАДОГІНА

Дніпропетровська державна медична академія, Україна

Питома вага хронічного пієлонефриту (ПН) в структурі мікробно-запальних захворювань сечовидільної системи (СВС) у дітей невпинно збільшується. Метою роботи було визначення клінічних передумов пізньої діагностики і рецидивування хронічного ПН у дітей. Проведено аналіз 558 випадків ПН у дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні нефрології обласної дитячої клінічної лікарні м. Дніпропетровська в 2001–2008 роках. В структурі ПН переважав хронічний (66,2%). Достовірно частіше, у 83,1% випадків, ПН був вторинним. Більшість випадків (76,9%) природжених аномалій розвитку СВС було виявлено після появи клінічних симптомів ПН, решту 23,1% – як випадкову знахідку під час проведення УЗД, що свідчило про відсутність скринінгового підходу до діагностики природжених аномалій розвитку СВС у дітей першого року життя. Передчасне припинення лікування ПН, за якого відбувається трансформація бактерій в L-форми, було відмічено в анамнезі у 10,2% дітей. Хронічний ПН у 64,9% випадків мав латентний перебіг, що ускладнювало своєчасну діагностику та лікування. Близько половини дітей (48,3%) мали в анамнезі 5 і більше епізодів ГРВІ на рік, що свідчило про низьку імунологічну резистентність. Крім того, діти старше 7 років мали не менше 2–3 супутніх захворювань у вигляді хронічної соматичної патології (60,8% – патологію шлунково-кишкового тракту, 37,0% – захворювання серцево-судинної системи, 54,9% – хронічні вогнища інфекції носоглотки, 60,8% – карієс). У 29,4% дівчаток виявлялись інші позаниркові вогнища інфекції сечостатевої системи – вульвіти. Крім того, батьки не завжди об'єктивно оцінювали стан здоров'я дитини, і тільки 69,5% в повному обсязі виконували призначення і поради лікаря. Диспансерне спостереження дітей групи ризику з формування хронічного ПН проводилося не в усіх випадках (86,4%). На нашу думку, для первинної і вторинної профілактики хронічного ПН необхідно усунення «керованих» причин хронізації та рецидивування ПН у дітей, усунення клінічних передумов до пізнього призначення етіотропної терапії ПН та 100% охоплення УЗД нирок дітей групи ризику з проведенням за необхідності подальшого УЗ-моніторингу.

РОЛЬ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ РЕКУРРЕНТНЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

С.И. ВАКУЛЕНКО

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

В ходе многочисленных исследований установлено, что рецидивирующие заболевания органов дыхания у детей с обратимой обструкцией бронхов (рецидивирующий обструктивный бронхит) относятся к ранним диагностическим критериям бронхиальной астмы. При этом, поздняя диагностика БА является причиной несвоевременного начала адекватной терапии и риска ухудшения течения заболевания. В этой связи целью нашего исследования явилось повышение эффективности лечения и профилактики развития повторных (рекуррентных) обструктивных бронхитов у детей раннего возраста на основании изучения влияния внутриклеточных персистирующих инфекций на формирование и течение патологического процесса и разработка дифференцированных методов его терапии. Задачами исследования были определение роли внутриклеточных инфекций (*Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Herpes simplex 1/2*, *Cytomegalovirus*, *Virus Epstein Barr*) в развитии рекуррентного обструктивного бронхита у детей раннего возраста, характера вызываемого ими инфекционного процесса, оценка динамики показателей сенсibilизации (уровень IgE, эозинофилов), измененный интерфероновый статус, клинического течения заболевания и катамнеза при проведении дифференцированных методов этиотропной и патогенетической терапии. Для верификации персистирующих инфекций на фоне рекуррентного обструктивного бронхита исследовали ДНК инфекционных агентов в мазке из зева (*Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Herpes simplex 1,2*, *Cytomegalovirus*, *Virus Epstein Barr*) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Метод иммуноферментного анализа (ИФА) использовали для выявления специфических IgG к исследуемым инфекционным агентам. Для оценки степени сенсibilизации больных РОБ и риска рецидивов бронхообструкции учитывали уровень эозинофилии периферической крови, общего IgE. Уровень общего IgE и интерфероновый статус определяли методом иммуноферментного анализа. Общеклиническое обследование проводилось в период бронхиальной обструкции до иррадикации внутриклеточной инфекции и через 6, 18 месяцев после проведенной специфической этиопатогенетической терапии. Обследование на инфицированность внутриклеточными инфекциями, определение общего IgE проводи-

лось до и через 3 месяца после проведения специфической терапии. Обследованы 117 детей в возрасте от 6 месяцев до 4 лет с клиническими проявлениями рекуррентного обструктивного бронхита (количество эпизодов 3 и более). В ходе исследования определена инфицированность внутриклеточными агентами 85 (72,6%) пациентов (I группа), причем у 60 (77,9%) из них выявлено активное течение инфекционного процесса (в мазке из зева выявлена ДНК исследуемых инфекционных агентов, в крови – высокий уровень специфических IgG) – эти дети составили группу Ia, остальные 25 инфицированных детей, у которых наблюдалось латентное течение (выявлен только низкий уровень специфических IgG к *Chlamidophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Herpes simplex 1,2*, *Cytomegalovirus*, *Virus Epstein Barr*), составили группу Ib; 32 (27,4%) детей были неинфицированными и составили II группу. Исследование этиологии инфекционного процесса, осложнившегося рецидивирующим обструктивным бронхитом, показало, что у 68 (80,0%) из общего количества инфицированных детей обструктивный бронхит был ассоциирован с вирусами (*Herpes simplex 1/2*, *Cytomegalovirus*, *Virus Epstein Barr*), в 13 (15,3%) случаях имела место вирусно-микоплазменная ассоциация и у 4 (4,7%) – вирусно-хламидийная ассоциация. Причем, среди пациентов Ia группы у 51 (85%) выявлено активное течение герпесвирусной инфекции, у 6 (10,0%) – вирусно-микоплазменная ассоциация и у 3 (5,0%) пациентов – вирусно-хламидийная инфекция. Среди пациентов Ib группы у 17 (68,0%) пациентов – латентное течение герпесвирусной инфекции, у 8 (32,0%) – вирусно-микоплазменная ассоциация. Учитывая различный спектр возбудителей хронического воспалительного процесса в бронхах, связанного с персистенцией герпесвирусов, микоплазм и хламидий, нами предпринята попытка проведения дифференцированного подхода к проведению этиотропной терапии. При активном течении микоплазменной и хламидийной инфекций детям с РОБ в лечении был использован Фромилид в комплексе с Флавозидом (у детей с вирусно-микоплазменной и вирусно-хламидийной ассоциацией). Фромилид назначался из расчета 15 мг/кг в 2 приема. Длительность курса 10 дней, повторный курс проводился через 4 недели. Детям с острым течением герпесвирусной инфекции, с вирусно-микоплазменной и вирусно-хламидийной ассоциацией назначали Флавозид. Это противовирусный препарат многопланового действия. С одной стороны, он угнетает репликацию ВПГ I и ВПГ II типов, ВЭБ и ЦМВ (действуя на клетки, инфицированные вирусами, и имея повышенную активность вирусиндуцированных киназ), с другой – стимулирует синтез эндогенных интерферонов. Препарат назначали по следующей схеме: детям с момен-

та рождения и до одного года – по 0,5 мл 2 раза в день; детям от 1-го до двух лет – по 1 мл 2 раза в день; пациентам от 2-х до 4-х лет: с первого по третий день – по 1,5 мл 2 раза в день и с 4-го дня – по 3 мл 2 раза в день. Курс терапии составлял два месяца. Пациентам с латентным течением инфекционного процесса (Ib группа) в терапию назначался Флавозид с иммуномодулирующей целью и стимуляции синтеза эндогенных интерферонов. Следует отметить, что если показатель маркера аллергии IgE у детей с активным течением инфекции и у неинфицированных больных (с предрасположением к аллергии) был примерно одинаково повышен, то в случаях с латентным (персистирующим) течением инфекции его уровень многократно превышал как норму, так и значения пациентов других групп. На наш взгляд, хронический воспалительный процесс в бронхах, обусловленный повреждающим воздействием персистирующих инфекций на их клеточные структуры, способствует формированию повышенной реактивности бронхиального дерева с развитием местного иммунного воспаления. Причем, низкие уровни ИФН- α как при активном, так и при латентном течении рассматриваемых внутриклеточных патогенов способствуют хронизации инфекции и вероятности рецидивов бронхообструкции. Содержание в сыворотке крови ИФН- γ у детей с РОБ всех групп в несколько раз превышало показатели здоровых детей. Высокий уровень продукции ИФН- γ обычно ассоциируется с эффективным иммунным ответом против внутриклеточных патогенов. После проведенного лечения с использованием дифференцированной этиотропной патогенетической терапии при повторном исследовании отмечено увеличение уровня ИФН- α и снижение ИФН- γ у инфицированных детей. В группе неинфицированных детей (II) показатели ИФН- α оставались на прежнем уровне. Снижение уровня IgE зарегистрировано у пациентов Ia и Ib групп. Катамнестическое наблюдение в течение 18 месяцев за детьми всех групп исследования показало отсутствие рецидивов обструктивного бронхита у 85% (51) детей и снижение частоты ОРВИ у 90% (54) детей в группе Ia. Рецидивы обструктивного бронхита не отмечены у 68% (17) детей группы, и также наблюдалось снижение частоты ОРВИ у 21 (84%) пациента. Частота бронхообструкций и ОРВИ у детей из группы II осталась на прежнем уровне. Таким образом, хронический воспалительный процесс в бронхах, связанный с повреждающим воздействием персистирующих инфекций на клеточные структуры, способствует формированию гиперреактивности бронхиального дерева с развитием местного иммунного воспаления. Причем, низкие уровни ИФН- α как при активном, так и при латентном течении рассматриваемых внутриклеточных патогенов способствуют хронизации инфекции и

вероятности рецидивов бронхообструкции. Следует думать, что персистирующая инфекция у детей раннего возраста, в частности герпесвирусная, хламидийная, микоплазменная, может определять развитие воспаления в бронхах с возникновением бронхообструктивного синдрома и его рецидивов и являться фоном к формированию бронхиальной астмы. Направленная дифференцированная этиопатогенетическая терапия позволяет, с одной стороны, купировать инфекционный процесс и уменьшить воспалительные изменения в бронхах, с другой – предупредить формирование хронической гиперреактивности в бронхиальной системе.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНФОКАЛЬНОЙ СКАНИРУЮЩЕЙ МИКРОСКОПИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

К.Л. ВАРДАНЯН, М.К. ОСМИНИНА, Н.А. ГЕППЕ, С.Б. ТКАЧЕНКО

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
Российская Федерация

На сегодняшний день конфокальная сканирующая микроскопия кожи (КСМК) – новое направление в световой микроскопии, позволяющее послойно изучать структуру тканей без повреждения кожи с высокой разрешающей способностью, сравнимой с классическим гистологическим исследованием. Целью настоящего исследования являлось изучение анатомо-структурных изменений кожи у детей с ювенильной ограниченной склеродермией (ЮОС). Нами проведено КСМК 96 детям в возрасте от 3 до 16 лет с ЮОС, среди них очаги на стадии отека отмечались у 26, уплотнения – у 28, атрофии и фиброза – у 42 пациентов. Для изучения морфофункционального состояния кожи использовали оптический микроскоп VivaScope1500®. При КСМК в очагах склеродермии на стадии отека визуализировался отек дермы с гомогенизацией и фибриноидной дегенерацией соединительнотканых структур, отек коллагеновых волокон, выраженный периваскулярный отек. При КСМК на стадии уплотнения нами зафиксирована отечность и гомогенизация коллагеновых волокон, деформация сосочкового слоя дермы, выраженная воспалительная инфильтрация, периваскулярный фиброз. При КСМК на стадии атрофии и фиброза отмечалась более выраженная или сплошная гомогенизация коллагеновых волокон, граница между сосочковым и сетчатым слоями дермы не визуализировалась, сосочковый слой дермы ощутимо сглаживался, стенки папиллярных сосудов за счет фиброза утолщались с одновременным сужением их просвета и последующим снижением кровотока.

Таким образом, КСМК позволяет неинвазивно, безопасно изучать анатомо-структурные изменения кожи, дает возможность объективно оценить динамику патологического процесса на разных стадиях склеродермического воспаления в ходе динамического наблюдения.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ И ГАЗОТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ КРОВИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

А.В. ВАСИЛЕНКО, С.Г. ГОНЧАРОВ, В.Д. ПАВЛЕНКО,
С.Н. ПОЛУКЕЕВА, Л.С. ЩЕРБАК

Ростовский государственный медицинский университет,
Российская Федерация

Цель работы – изучение особенностей формирования кардиогемодинамических отношений, анализ газотранспортной функции крови у детей и подростков с различными вариантами синдрома дисплазии соединительной ткани (СДСТС). Было обследовано 711 детей в возрасте от 10 до 16 лет с различными вариантами вегетативных дисфункций, из которых у 175 (24,6%) были выявлены малые аномалии развития сердца. Анализ клинических данных показал, что в группе детей с СДСТС, в отличие от детей контрольной группы, достоверно чаще отмечались кардиальные жалобы в виде сердцебиения, кардиалгии, вегетативные кризы. По данным ЭКГ в группе детей с СДСТС установлена достоверно большая распространенность нарушений функций автоматизма, проводимости и процессов реполяризации. Анализ данных ЭхоЭКГ позволил установить, что наиболее часто у детей с СДСТС всех возрастных групп, в сравнении с контрольной группой, формируется гиперкинетический тип кровообращения. Анализ показателей газотранспортной функции определил достоверное увеличение 2,3-дифосфоглицерата (2,3-ДФГ), на фоне снижения пировиноградной кислоты (ПВК) во все периоды детства, являющееся следствием недостаточной оксигенации и свидетельствующее о реализации модуляционного механизма адаптации к гипоксии у детей с СДСТС. При этом отмечен факт повышения уровня молочной кислоты (МК) у детей в возрасте 10–13 лет, на фоне сохраняющегося снижения уровня ПВК и повышения уровня 2,3-ДФГ. Такой дисбаланс между снижением содержания ПВК и повышением МК может указывать на формирование лактоацидоза, свидетельствуя в пользу срыва адаптационных механизмов в данный возрастной период. В свою очередь, стабилизация уровня МК у подростков в возрасте 14–17 лет позволяет считаться с компенсацией газообменных процессов. Таким образом, у детей всех возрастных групп с СДСТС

наиболее часто, в сравнении с контрольной группой, формируется гиперкинетический тип кровообращения, на фоне выраженной тканевой гипоксии. Данные изменения могут свидетельствовать в пользу напряжения адаптационных механизмов кардиоваскулярных структур в данном периоде онтогенеза.

СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

О.Г. ВАСИЛЬЄВА, О.І. СМІЯН

Сумський державний університет, медичний інститут,
м. Суми, Україна

Основним завданням функціонування імунної системи є контроль над сталістю клітинного та гуморального середовища організму, знищення всього генетично чужорідного або дефектного свого. С цих позицій метою наших досліджень було вивчення стану основних показників клітинного імунологічного статусу дітей, хворих на негоспітальну пневмонію (НП), в динаміці захворювання. Визначення імунологічних показників проведено у 69 дітей віком від 1-го місяця до 3-х років. Контрольну групу склали 27 умовно здорових дітей відповідного віку та статі. Дослідження проводили в гострому періоді захворювання та в періоді ранньої реконвалесценції на базі Сумської міської дитячої клінічної лікарні. Аналіз отриманих результатів дослідження Т-клітинної ланки показав тенденцію до зниження рівня лімфоцитів при середньотяжкому ($p > 0,05$) та різке зменшення вмісту загальної кількості лімфоцитів при тяжкому перебігу ($p < 0,05$) захворювання, причому в динаміці НП їх концентрація достовірно збільшувалась, але не досягала показників здорових дітей ($p < 0,01$). На початку захворювання також спостерігалось зниження кількості CD3+ та CD4+ лімфоцитів ($p < 0,01$) як до, так і після лікування. Показники Т-клітинної ланки імунітету у дітей з тяжким перебігом були достовірно нижчими ($p < 0,01$) в гострому періоді НП, порівняно з аналогічними даними при середньому ступені тяжкості захворювання. В динаміці запального процесу вони достовірно ($p < 0,01$) збільшувались, але не досягали значень групи контролю. В той же час, на початку захворювання CD8+, CD22+ та CD16+ були значно вищими за показники групи контролю як при середньому, так і більшою мірою при тяжкому ступені НП. Перед випискою зі стаціонару у дітей вони достовірно зменшувались. Таким чином, у дітей раннього віку з негоспітальними пневмоніями в гострому періоді виявлені пригнічення Т-клітинної ланки імунітету та функціональна активація В-лімфоцитів та істотних кілерів, в зв'язку з чим формується відносний гіперсупресорний варіант імунодефіцитного стану.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ

М.Ф. ВАСИЛЬЄВА, Е.Р. СОЛОВЬЄВА

Научно-исследовательский институт неотложной детской
хирургии и травматологии, г. Москва, Российская
Федерация

До сих пор физиотерапия не занимает должного места в комплексном консервативном лечении перитонита и его осложнений у детей, при том, что физические факторы влияют на те звенья патогенеза, которые не поддаются медикаментозной коррекции: крово-лимфообращение, репарацию, нейромышечную возбудимость и пр. Широкий диапазон методов физиотерапии обуславливает дифференцированность их применения с учетом фазы и тяжести процесса, симптоматики, характера хирургического вмешательства. В литературе до сих пор отсутствуют исследования и рекомендации по комплексному применению физических факторов при перитонитах у детей. С целью оптимизации физиотерапии в комплексном лечении перитонитов у детей, разработки программы поэтапного и сочетано-последовательного воздействия физическими факторами, лечебных методик с учетом тяжести воспалительного процесса, возраста проведены исследования и лечение 50 больных от 4 до 14 лет с аппендикулярным перитонитом (основная группа). Контрольную группу составили больные (30), которым не проводили физиотерапию. В основной группе детям с 1–2 суток после хирургического вмешательства проводили стимуляцию кишечника низкочастотными импульсными токами по специальным программам от аппарата «ОМНИСТИМ» с дальнейшим последовательным воздействием микроволнами дециметрового диапазона (ДМВ), переменным низкочастотным магнитным полем (ПеМП) на проекцию брюшной полости, низкоинтенсивным лазерным излучением (НЛИ) – на проекцию крупных сосудов. Часть больных (10) для приближения воздействия к очагу воспаления получали еще и воздействие током надтоновой частоты (ТНЧ) по ректальной методике. Для оценки эффективности комплексной физиотерапии использовали клинические наблюдения (длительность дренирования брюшной полости, характер отделяемого), динамику лабораторных показателей, данных ультразвукового обследования и др. В результате: а) разработана программа комплексной физиотерапии при перитонитах у детей, б) отработаны параметры и методики воздействия низкочастотными импульсными токами, ДМВ, ТНЧ и ПеМП, с учетом тяжести процесса, характера течения, возраста. Сравнительный анализ полученных результатов подтвердил эффективность раннего и последовательно-сочетанного применения физических факторов в послеоперационном периоде, обеспечивающих в короткие сроки

ликвидацию застойной гиперемии, пареза кишечника, воспалительных, спазмических процессов, улучшающих дренажную и репаративную способность тканей.

АДЕНОЗИНТРИФОСФАТ КРОВИ И АКТИВНОСТЬ ИНСУЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ

Л.Л. ВАХРУШЕВА, Н.П. МИКАЕЛЯН, Л.В. ДЕМИДОВА,
А.Е. ГУРИНА

ГОУВПО «Российский государственный медицинский университет, г. Москва, Российская Федерация

При тяжелом течении инсулинозависимого сахарного диабета (ИЗСД) у детей возникает гипоксия, способствующая развитию микроангиопатий. Использование клеткой кислорода находится в тесной связи с синтезом аденозинтрифосфата (АТФ), который необходим как для инсулиносекреции, так и для эффективности инсулина в организме больного. Целью работы было исследование зависимости между активностью инсулиновых рецепторов (связывание инсулина лимфоцитами) и уровнями АТФ крови у детей, больных ИЗСД, с трудным достижением фазы компенсации. Обследование в динамике 27 детей с лабильным течением сахарного диабета, получающих инсулин в дозе от 0,6 до 1,0 ед./кг массы тела, показало выраженную тенденцию к снижению уровня АТФ крови ($277,77 \pm 37,43$ мкмоль/л, $p < 0,05$ по сравнению с контролем). Низкий уровень АТФ крови отражает его недостаточное содержание в клетках, так как АТФ проходит через клеточные мембраны. У больных с синдромом хронической передозировки гормона через 1 час после завтрака с предварительным введением инсулина уровень АТФ еще больше снижался, в отличие от больных в фазе декомпенсации, но без признаков передозировки инсулина (соответственно, $228,52 \pm 29,15$ и $372,33 \pm 41,76$ мкмоль/л, $p < 0,02$). Очевидно, что у больных первой группы имеется недостаток эффектов инсулина на метаболизм. Исследование активности инсулиновых рецепторов у этих детей показало снижение специфического связывания инсулина лимфоцитами ($20,68 \pm 7,00\%$, контроль – $40,05 \pm 3,8\%$, $p < 0,05$). Выявленная положительная зависимость между сниженным уровнем АТФ крови и специфическим связыванием инсулина лимфоцитами ($r = 0,45$, $p < 0,05$) свидетельствует о развитии у детей с тяжелым ИЗСД в фазе декомпенсации инсулинорезистентности, особенно выраженной при синдроме хронической передозировки инсулина, на фоне низкого уровня АТФ крови.

РОЛЬ АТИПИЧНОЙ ФЛОРЫ В ГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

М.Д. ВЕЛИКОРЕЦКАЯ

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
Российская Федерация

Целью исследования было определение влияния атипичной флоры на течение и обострение бронхиальной астмы, а также разработка лечения микоплазменной инфекции у детей раннего возраста с бронхиальной астмой. Нами было обследовано 124 ребенка в возрасте от 6 мес до 5 лет, которые наблюдались в клинике детских болезней ММА им. И.М. Сеченова в отделении патологии раннего возраста с 2002 по 2008 год с диагнозом бронхиальной астмы различного течения и периода заболевания. Все дети были серологически обследованы на микоплазменную (5 типов) и хламидийную инфекции (4 типа) в НИИ Эпидемиологии и Микробиологии им. Н.Ф. Гамалея. У детей с БА выявлялось от 1 (>50%) до 4 типов микоплазм (5,8%). У каждого четвертого ребенка с БА обнаружено 2 типа микоплазм. Хламидии выявлены лишь у 8% детей. Интересно, что уровень общего IgE у детей с БА, инфицированных микоплазменной инфекцией, оказался значительно выше, чем у неинфицированных. Последнее время увеличилась роль атипичной флоры в возникновении и поддержании хронического кашля у детей раннего возраста. Инфекционный процесс при бронхиальной астме может становиться триггером приступа бронхиальной астмы, а возбудитель – причинно-значимым аллергеном. Учитывая высокий процент инфицирования микоплазменной инфекцией детей раннего возраста с БА, необходимо проводить серологическую диагностику тем детям, у которых бронхолегочный процесс носит часторецидивирующий характер, нет токсикоза и лабораторной активности воспаления, наблюдается эффект от этиотропной терапии макролидами. Курс макролидов проводить не менее 21 дня в сочетании с иммунокорректирующей терапией и с контролем серологических данных через 3–4 недели после лечения. При повторном обнаружении возбудителей проводить синхронную терапию членов семьи.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Н.Н. ВОЛОДИН, А.В. ГЕРАСЬКИН, Д.Н. ДЕГТЯРЕВ,
О.Г. МОКРУШИНА, Н.В. ГОЛОДЕНКО, М.В. ЛЕВИТСКАЯ,
В.С. ШУМИХИН, И.Д. БЕЛЯЕВА, О.А. БАБАК

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет» Росздрава, г. Москва, Российская Федерация

Некротизирующий энтероколит является одной из наиболее частых причин перевода новорожденных в хирургический стационар. За последние 5 лет в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова переведено 145 детей с хирургической стадией язвенно-некротического энтероколита (ЯНЭК). Из них более 1/3 составили пациенты с низкой и экстремально низкой массой тела. Причем ежегодно, в связи с улучшением постнатальной помощи данному контингенту больных, количество недоношенных новорожденных с ЯНЭК увеличивается. До сих пор новорожденные с хирургической стадией ЯНЭК имеют по данным литературы самый высокий процент летальности, что составляет по разным данным от 30 до 60% от общего количества оперированных с ЯНЭК. Среди 50 оперированных (недоношенных) детей 52% (26) составили пациенты с экстремально низкой массой тела, доля пациентов этой группы к 2008 году возросла (в 2004 г. – 3, в 2008 г. – 12), средний гестационный возраст уменьшился (в 2004 г. – 29–30 нед., в 2008 г. 27–28 нед.). Средний вес при рождении оперированных детей снизился с 1158,35 г (2004 г.) до 1000,20 г (2008 г.), средний возраст увеличился с 12,08 суток жизни (2004 г.) до 21,29 (2008 г.). В нашем исследовании обнаружена перфорация желудка в 3 случаях, ДПК – в 1 случае, поражение тонкой кишки – у 34 больных, толстой кишки – у 1, субтотальное поражение кишечника – в 11 случаях. Объем и характер оперативного вмешательства определялись в зависимости от интраоперационной находки. В 80% случаев выведена кишечная стома, в 6% – ушивание стенки желудка, при выявлении субтотального поражения произведена резекция измененного участка кишечника с выведением отдельных еюно- и илеостом. В остальных 14% случаев произведено ушивание перфорации кишечной стенки или наложение межкишечного анастомоза после резекции участка кишки. Летальность – 42%, причем в 2004 г. из 3-х оперированных выжил один ребенок, а в 2008 г. – из 12 оперированных выжило 7 детей. Улучшение послеоперационного лечения недоношенных с ЯНЭК мы связываем с особенностями реанимационной помощи этому контингенту больных и с изменением хирургической тактики в некоторых случаях.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА В ГЕНЕ eNOS В РАЗВИТИИ КАРДИАЛЬНЫХ ДИЗРИТМИЙ У ДЕТЕЙ

А.П. ВОЛОСОВЕЦ, С.П. КРИВОПУСТОВ, Т.С. МОРОЗ

Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Доказана взаимосвязь между наличием eNOS-полиморфизма и склонностью к ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сердечным дизритмиям. eNOS регулирует кальциевые L-каналы, обеспечивающие нормальный синусовый ритм и сокращение кардиомиоцитов. eNOS находят в нервных волокнах, иннервирующих синоатриальный и атриовентрикулярный узлы. Уменьшение NO приводит к возникновению нотопных дизритмий, в результате увеличения кальциевого потока. Влияние NO на ритм сердца обусловлено также центральными его эффектами. Целью работы явилось определение связи полиморфизма гена eNOS в экзоне ($G^{894} \rightarrow T$) и промоторе ($T^{786} \rightarrow C$) с развитием сердечных дизритмий у детей. Группу исследования составили 107 детей с сердечными дизритмиями, из них брадиаритмию имели 57 детей, экстрасистолию – 12, пароксизмальную тахикардию – 7, WPW-синдром – 5, АВ-блокаду I–III ст. – 8 детей. Группу контроля составили 100 здоровых детей. Анализ полиморфизма в 7 экзоне и промоторе гена eNOS проводили методом PCR. Достоверные отличия наблюдались только по отношению к полиморфизму ($T^{786} \rightarrow C$) промотора гена eNOS. Частота патологического аллеля С среди детей с дизритмиями встречалась у 34,5% гетерозигот и 15,8% гомозигот, в сравнении с 45,8 и 7,14% в контрольной группе. При этом количество патологических гомозигот в группе детей с дизритмиями в 2,2 раза превышало таковое в контрольной группе. По результатам генотипирования показано, что у детей с С/С генотипом достоверно чаще наблюдается синусовая тахикардия и экстрасистолия. Так, среди детей с синусовой тахикардией аллель С встречалась в 50% случаев, из них в 41,6% – в гомозиготном состоянии и в 8,3% – в гетерозиготном. Среди детей с экстрасистолией С-аллель встречалась в 64,7% случаев: 35,2 и 29,4% в гомозиготном и гетерозиготном состоянии соответственно. При анализе полиморфизма 7-го экзона достоверных отличий в распределении аллельных вариантов не наблюдалось. Полиморфизм в 7 экзоне гена eNOS не влиял на реализацию дизритмии. Среди детей – носителей Т/Т генотипа достоверных отличий в структуре и течении сердечных дизритмий обнаружено не было.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

А.Б. ВОЛОСЯНКО, Ю.І. АЛЕКСЕЄВА, І.С. ЛЕМБРИК,
О.О. ЦИЦЮРА, А.М. ДУТЧАК

Івано-Франківський національний медичний університет,
Україна

Психоемоційне напруження має велике значення в патогенезі захворювань травної системи. Порушення особистісних рис визначається розвитком тривожності, емоційної нестійкості, збудливості, що створює своєрідний стан якості життя і призводить до дизадаптації. Враховуючи те, що у виникненні хронічних захворювань гастроудоденальної зони (ГДЗ) суттєву роль відіграють психосоматичні фактори, на сьогодні гастроудоденальна патологія розглядається з урахуванням психосоматичних взаємовідношень з акцентом на психологічні фактори. Метою роботи було визначення особливостей психологічного стану хворих з хронічними захворюваннями верхніх відділів травної системи залежно від нозології. Об'єктом дослідження стали 124 дитини віком 13–18 років із захворюваннями ГДЗ, в тому числі 60 – із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) та 64 – із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). Психоемоційний стан хворих вивчали за методикою САН (самопочуття, активність, настрій) та визначенням рівнів шкільної тривожності Філліпса. За методикою САН констатували знижене самопочуття у 95,2% випадків серед всіх обстежених дітей, знижену активність – у 94,1%, а несприятливий стан щодо настрою – у 97,3% серед всіх пацієнтів. При проведенні аналізу шкільної тривожності визначено переважання серед обстежених із хронічною патологією ГДЗ низького фізіологічного опору стресу (у 70,1% випадків). Найрідше зустрічався синдром страху невідповідності очікуванням навколишніх – 23,5%, який практично з однаковою частотою зареєстровано у обстежених різних груп (у 23,3% при ВХ ДПК та у 23,4% при ГЕРХ). Низький фізіологічний опір стресу, переживання соціального стресу та фрустрація необхідності в досягненні успіху найчастіше визначалися у пацієнтів з ВХ ДПК (76,7, 46,7 та 38,3% випадків, відповідно). Приблизно у однакової кількості обстежених констатовано синдром проблем і страхів по відношенню до вчителів, що у пацієнтів з ВХ ДПК та ГЕРХ зустрічався у 48,3% та у 48,4% випадків, відповідно. При порівнянні синдромів тривожності за нозологіями відмічено зростання рівня загальної тривожності в школі у міру збільшення ступеня органічних змін. Так, цей синдром визначено у 59,4% випадків серед обстежених з ГЕРХ та у 66,7% – при ВХ ДПК. Таким чином, можна зазначити, що у дітей із хронічною патологією ГДЗ захворювання пере-

бігає на фоні порушень психоемоційної сфери, які можуть погіршувати перебіг патології та спричиняти подальшу хронізацію процесу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИПРОБІОТИКА СИМБІТЕР АЦИДОФІЛЬНИЙ У НЕМОВЛЯТ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗАКРЕПАМИ

О.М. ВОЛОШИН, Б.О. БЕЗКАРАВАЙНИЙ, Г.Г. БОНДАРЕНКО,
Л.І. ПАТАЛАХІНА, Л.В. БАШКАТОВА

Луганський державний медичний університет, Україна

Натепер проблема функціональних закрепів у немовлят є надзвичайно актуальною, зокрема в амбулаторній педіатричній практиці. Найчастіше розлади дефекації на першому році життя зумовлені аліментарними факторами, що у переважній більшості випадків поєднуються з дисбіозом кишечника. Нами проведено порівняльний аналіз ефективності лікування немовлят (n=22) віком 4–7 місяців, які з перших місяців життя перебували на штучному вигодовуванні. У них після виключення органічної патології кишечника було діагностовано функціональний закреп. Усі вони отримували базове лікування (забезпечення достатньою кількістю рідини, раннє застосування фруктових соків та овочевих страв, лікувальний масаж, гімнастика тощо). Дітей було розподілено на дві групи. До I групи (n=10) увійшли немовлята, які з метою корекції дисбіозу кишечника, що проводилася емпірично, отримували мультипробіотик Симбітер ацидофільний віковою дозою протягом 10–25 днів. У дітей, які складала II групу (n=12), з аналогічною метою використовували один з інших загальновідомих пробіотиків згідно з інструкцією до його застосування. Вже за 3 дні від початку лікування у 3 (33,3%) дітей I групи відмічалось відновлення самостійних випорожнень з нормалізацією їх консистенції. Водночас у зазначений термін таких випадків серед дітей II групи не реєструвалося (p<0,05). Через 10 днів позитивного результату було досягнуто загалом вже у 7 (70,0%) дітей, які отримували Симбітер ацидофільний. Кількість таких результатів у II групі знову виявилася достовірно (p<0,05) меншою – 2 (16,7%). Тому немовлятам з цієї групи, у яких закрепи не зникли, доводилось призначати інші лікарські засоби, а саме пребіотики. Проте навіть на тлі використання останніх у поєднанні з пробіотиками протягом 2 тижнів позитивний стабільний ефект мав місце лише у 5 із 10 пацієнтів. Після 20-денного застосування Симбітеру ацидофільного у решті 3 дітей із I групи також встановились регулярні випорожнення. Як показало подальше спостереження за пацієнтами протягом наступних 3 місяців, у немовлят, які отримували мультипробіотик протягом 20 днів і більше,

закрепи або взагалі не поновлювалися, або поновлювалися через суттєво більший проміжок часу порівняно з дітьми, які отримали тільки 10 доз цього препарату. Отже, Симбітер ацидофільний є високоефективним засобом для лікування функціональних закрепів, зокрема у немовлят.

ОЦІНКА КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ БРОНХІВ

Т.М. ВОРОТНЯК, М.Н. ГАРАС, О.О. ШАХОВА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Беручи до уваги факт, що тяжкість бронхіальної астми визначається фенотиповими ознаками й, зокрема, інтенсивністю запального процесу в дихальних шляхах, метою нашого обстеження була оцінка рівня контролю захворювання залежно від активності запалення бронхів. Із обстежених нами 112 дітей, хворих на бронхіальну астму, сформовано дві клінічні групи за показниками активності запалення бронхів. За критерій активності взято рівень метаболітів оксиду азоту більше 40 мкмоль/л та вміст азоказеїну (показник лізису високомолекулярних білків) понад 1,3 мл/год в конденсаті видихуваного повітря. При досягненні цих показників діагностували сильне (виражене) запалення в дихальних шляхах (52 дитини), при меншому їх вмісті – помірну активність запального процесу (60 дітей). Середній вік дітей I групи (із сильним запальним процесом) становив $11,1 \pm 0,49$ року (71,1% хлопчиків), II групи – $12,3 \pm 0,46$ року (76,7% хлопчиків), тобто групи порівняння були порівнюваними за основними клінічними характеристиками. Оскільки активність запального процесу зменшується після курсу протизапальної базисної терапії, ми провели оцінку контролю захворювання за бальною шкалою (кількість нападів вдень та вночі, фізична активність, частота користування бронходилататорами тощо) до та після курсу лікування. Так, суб'єктивна оцінка пацієнта тяжкості захворювання до курсу лікування становила у I групі $17,6 \pm 1,0$ бала, у II – $14,4 \pm 1,1$ бала ($p < 0,05$). Однак після лікування оцінка захворювання у дітей I групи склала $14,8 \pm 0,9$ та у II групі пацієнтів – $11,5 \pm 1,1$ бала ($p < 0,05$). Водночас, у дітей із вираженим запаленням бронхів кількість балів суб'єктивної оцінки при поєднанні із даними спірограми до лікування становила $20,8 \pm 1,2$, а у дітей із помірним запаленням – $18,3 \pm 1,3$ ($p > 0,05$). Проте після курсу лікування (глюкокортикоїди, β -агоністи, метилксантини) кількість балів у пацієнтів I групи склала $17,6 \pm 1,1$, а у дітей II групи – $14,5 \pm 1,1$ ($p < 0,05$). Таким чином, діти із вираженим (силь-

ним) запальним процесом в дихальних шляхах порівняно із пацієнтами з помірним запаленням до і після курсу лікування оцінювали тяжкість свого захворювання більшою кількістю балів (більший ступінь тяжкості), що супроводжувалось гіршими показниками спірограми.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕАКТОГЕННОСТИ ЦЕЛЮКЛЕТОЧНЫХ И АЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ ВАКЦИН ПРОТИВ КОКЛЮША, ДИФТЕРИИ И СТОЛБНЯКА

О.А. ГАВРИЛОВА

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Благодаря вакцинации детей против опасных заболеваний достигнуто санитарно-эпидемиологическое благополучие населения. Цель нашей работы состояла в изучении и сравнении реактогенности цельноклеточных и бесклеточной вакцин против коклюша, дифтерии, столбняка. Перед нами стояла задача сравнить реактогенность цельноклеточных (АКДС, Россия и ТетраАктХиб, Франция) и ацеллюлярной (Инфанрикс, Бельгия) вакцин. Для исследования было взято 3148 детей. Из них привито цельноклеточной вакциной АКДС 2173 ребенка, цельноклеточной вакциной ТетраАктХиб – 895, бесклеточной вакциной Инфанрикс – 80. Общие поствакцинальные реакции на применение цельноклеточных вакцин АКДС и ТетраАктХиб возникают в малом проценте случаев: 1,6% на АКДС и 2,4% на ТетраАктХиб. Слабых и средних реакций на применение цельноклеточной вакцины ТетраАктХиб развилось больше, чем на АКДС: 2,34% к 1,4% (1,7:1). Однако при использовании вакцины АКДС отмечено 0,14% сильных общих поствакцинальных реакций (3 случая), способствовавших значительному ухудшению самочувствия детей. На применение ацеллюлярной вакцины Инфанрикс общих поствакцинальных реакций не возникло. В равном количестве общие поствакцинальные реакции на применение цельноклеточной вакцины АКДС возникли при второй вакцинации и при ревакцинации (по 35%), при использовании цельноклеточной вакцины ТетраАктХиб – на третью вакцинацию (47%). Местных поствакцинальных реакций на использование вакцины АКДС развивается в 2 раза больше, чем на использование ТетраАктХиб: 3,23% к 1,56% (2,1:1 соответственно). Процент слабых местных поствакцинальных реакций сравнимо низкий (2,0 и 1,5% у АКДС и ТетраАктХиб соответственно), а вот процент средних местных поствакцинальных реакций сильно разнится: 1,21 и 0,1% (в 12 раз больше у АКДС) соответственно. Местных поствакцинальных реакций на ацеллюлярную вакцину Инфанрикс отмечено 6,25%, но

здесь следует обратить внимание на 2 факта: 1) исследуемая группа по Инфанрикс равна 80 детям, а по цельноклеточным вакцинам (АКДС и ТетраАктХиб) – 3068 человек; 2) при использовании вакцины Инфанрикс все местные поствакцинальные реакции были слабыми и не ухудшили общего состояния здоровья привитого ребенка. При использовании вакцины АКДС местные поствакцинальные реакции в большем количестве развились на третью вакцинацию (39%), при использовании ТетраАктХиб – на вторую вакцинацию (50%), при использовании Инфанрикс – на вторую вакцинацию (40%).

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНСУЛИНОВЫХ ПОМП У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.А. ГАЛКИНА, А.А. АФОНИН, М.В. КОМКОВА,
Н.В. МОРОЗОВА, В.А. ПОПОВА, Т.А. ЕЛИСЕЕВА, С.П. РУЛИК,
А.Ю. ЛЕВКОВИЧ

ФГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии
Федерального агентства по высокотехнологичной
медицинской помощи», Российская Федерация

Наиболее современным и удобным методом интенсивной инсулинотерапии при сахарном диабете 1 типа (СД1) является непрерывное подкожное введение инсулина с помощью инсулиновых помп (ИП). С целью изучения эффективности применения ИП у 25 детей Ростовской области с СД1 был проведен сравнительный анализ показателей метаболического контроля до и через 2 недели после перевода на помповую инсулинотерапию. В исследование вошли 15 мальчиков и 10 девочек от 4 до 18 лет ($13 \pm 4,2$ года), с длительностью заболевания $5,5 \pm 3,8$ года, прошедшие обучение по работе с ИП в «Школе Диабета». 14 пациентов получали Хумалог, 11 – Новорапид. У 16 (64,0%) человек имелись осложнения в виде диабетической периферической полинейропатии, у 9 (36,0%) – ангиопатии сетчатки обоих глаз, у 7 (28,0%) – липодистрофии, у 3 (12,0%) – диабетической нефропатии. 2 (8%) пациента не имели осложнений СД1. Гликированный гемоглобин до перевода на помпу был $8,2 \pm 1,9\%$. Среднесуточные показатели гликемии до перевода на ИП и через 2 недели составили $8,4 \pm 1,3$ и $7,3 \pm 1,4$ ммоль/л, соответственно ($p < 0,05$). Использование ИП позволило снизить суточную дозу инсулина в среднем на $0,12$ ед./кг ($11,7 \pm 3,4\%$). Ночные бессимптомные гипогликемии, имевшиеся у 4 (16,0%) пациентов до перевода на ИП, исчезли на фоне непрерывной помповой инсулинотерапии. Следует отметить, что достижение оптимальных метаболических показателей быстрее наступило у обученных и психологически мотивированных больных. Таким образом, перевод на помповую инсулинотерапию

способствует быстрому достижению оптимальной компенсации у хорошо обученных, психологически мотивированных детей. В настоящее время назрела необходимость создания школ по обучению больных работе с помпами с обязательным участием медицинских психологов.

ПОТРЕБЛЕНИЕ КАЛЬЦИЯ СОВРЕМЕННЫМИ ШКОЛЬНИКАМИ

Е.Г. ГАПРИНДАШВИЛИ, Е.И. КОНДРАТЬЕВА, Н.А. РЫЖАКОВА

ГОУВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Томск, Российская Федерация

Обеспеченность растущего организма кальцием имеет решающее значение для достижения оптимального пика костной массы. Недостаточное потребление кальция с пищей приводит к значительным потерям его из костей скелета и развитию в будущем остеопороза. Целью исследования была оценка фактического питания детей и его соответствия рекомендуемым физиологическим нормам потребностей в кальции в условиях города Томска. Изучено потребление кальция в питании 593 детей школьного возраста. Анализ проводился в следующих возрастных группах: 7–11 лет – 261 респондент (133 девочки и 128 мальчиков), 12–14 лет – 128 (73 девочки и 55 мальчиков), 15–18 лет – 204 (104 девочки и 100 мальчиков). Для оценки потребления кальция нами был использован метод воспроизведения питания. В возрасте 7–11 лет достаточное потребление кальция отмечено у 130 (50,0%) детей. Средняя величина потребления кальция в данной группе составила $949 \pm 41,3$ (Ме 791,6 мг/сутки), что ниже возрастной нормы 1110 мг/сутки в 1,1 раза. Достоверных различий по потреблению кальция девочками $856 \pm 40,4$ (Ме 786,0 мг/сутки) и мальчиками $1044,7 \pm 72,3$ (Ме 808,4 мг/сутки) не отмечено ($p \geq 0,05$). В возрастной группе 12–14 лет рекомендуемое количество кальция потребляет 48 (37,2%) респондентов. Средняя величина потребления кальция в группе – $922,3 \pm 43,1$ (Ме 794,3 мг/сутки) в 1,6 раза ниже нормы 1500 мг/сутки. Потребление кальция девочками – $892,5 \pm 53,4$ (Ме 769,2 мг/сутки) достоверно не отличалось от потребления его мальчиками $961,8 \pm 71,4$ (Ме 901,7 мг/сутки). Среди подростков 15–18 лет достаточное количество кальция в питании отмечено у 41 (20,0%), средняя величина потребления кальция в группе составила $912,5 \pm 43,1$ (Ме 785,5 мг/сутки), что в 1,7 раза меньше рекомендуемой нормы. Потребление кальция девочками составило $832,3 \pm 44,7$ (Ме 750 мг/сутки) также достоверно не отличалось от потребления данного минерала мальчиками – $997,3 \pm 74,0$ (Ме 830,7 мг/сутки). Не выявлено достоверных различий по потреблению кальция с питанием в разных возрастных группах. Та-

ким образом, выявлена высокая распространенность дефицита кальция в питании современных школьников. Частота встречаемости дефицита кальция повышается с возрастом.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ ОТ КРОВНОРОДСТВЕННЫХ И НЕКРОВНОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ

С.З. ГАРАЕВА

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Проблема формирования здорового поколения является приоритетной для национальных служб здравоохранения в Азербайджане и в других странах. В детском возрасте заболеваемость является важнейшим показателем состояния здоровья населения. Одним из генетических факторов, имеющих влияние на состояние здоровья детей, является кровное родство между родителями. В наших исследованиях была изучена заболеваемость детей раннего возраста, родившихся от кровнородственных и некровнородственных браков, в г. Баку. Было обследовано 118 (17,6%) детей в возрасте 0–3 года, родившихся от кровнородственных браков, и 552 (82,4%) ребенка, родившихся от некровнородственных браков. В анализ были включены широко распространенные заболевания у детей. Изучение структуры общей заболеваемости детей раннего возраста, родившихся от кровнородственных и некровнородственных браков, выявляет более высокие уровни заболеваний у детей, родившихся от кровнородственных браков: фоновые заболевания (85,6 и 46,6%), болезни органов дыхания (83,1 и 38,4%), желудочно-кишечного тракта (42,4 и 30,6%), болезни нервной системы (39,8 и 23,7%) и врожденные пороки развития (16,9 и 9,1%) соответственно. Различие между этими показателями статистически достоверно. Эти заболевания на втором-третьем году жизни встречаются в 2 раза чаще по сравнению с первым годом. Среди показателей заболеваемости мальчиков и девочек отчетливо прослеживается половая специфичность. Так, уровень заболеваемости мальчиков превышает уровень заболеваемости девочек в среднем на 2–3%. Таким образом, из множества факторов, влияющих на частоту встречаемости заболеваний детей раннего возраста, большую роль играет кровнородственность браков родителей.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИММУННЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

С.В. ГАРИНА, Л.А. БАЛЫКОВА, Л.В. ЛЕДЯЙКИНА,
А.В. ГЕРАСИМЕНКО, Т.Н. БЕЗЗУБОВА

ГОУВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева».
МУЗ «Детская республиканская клиническая больница № 1»,
г. Саранск, Российская Федерация

Целью исследования была оценка эффективности дерината (0,5 мл в/м № 7, затем интраназально) в коррекции иммунных и функциональных кардиоваскулярных нарушений у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию. Обследованы 50 новорожденных (средний возраст $3,7 \pm 0,3$ дня) с постгипоксической кардиопатией и маркерами внутриутробного инфицирования клиническими и лабораторно-инструментальными методами (ЭКГ, Эхо-КГ, суточное мониторирование ЭКГ, иммунограмма, определение антител к внутриутробным инфекциям (ВУИ) иммуноферментным методом, определение кардиоспецифических ферментов) в динамике: до начала терапии и через 30–31 день после лечения деринатом. Анализ фагоцитарного звена защиты выявил абсолютный и относительный нейтрофилез, высокие показатели поглотительной и рецепторной активности нейтрофильных гранулоцитов у 15–40% детей, однако у части обследуемых (35%) наблюдались депрессия лейкоцитарного пула клеток и снижение метаболической активности нейтрофилов. У всех новорожденных выявлялась дисфункция Т-клеточного звена защиты, угнетение системы В-лимфоцитов в сочетании с дисиммуноглобулинемией. Использование дерината оказало модулирующее действие на иммунную систему, эффект препарата во многом зависел от исходного фона его применения. К 30 дню комплексное лечение с применением дерината способствовало активации фагоцитарного звена защиты, нормализовало абсолютное и относительное число Т-лимфоцитов и их субпопуляций, снимало депрессию гуморального иммунитета, нормализовало иммуноглобулиновый статус, повышая антигенсвязывающую активность циркулирующих IgG и IgA, и способствовало значительному снижению титра антител к возбудителям ВУИ ($p < 0,05$). Кроме того, дополнительное использование дерината эффективно восстанавливало циркадную организацию ритма сердца, коррегировало брадизависимые феномены ЭКГ, улучшало процессы реполяризации миокарда, нормализовало параметры систолической и диастолической функций сердца с нормализацией уровня кардиоспецифических ферментов ($p < 0,05$). Продемонстрирован положительный иммунокорректирующий и кардиопротекторный эффект дерината у детей с постгипоксической кардиопатией и внутриутробным инфицированием.

КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Н.А. ГЕППЕ, Н.Н. РОЗИНОВА, И.К. ВОЛКОВ,
Ю.Л. МИЗЕРНИЦКИЙ

Российское респираторное общество, г. Москва,
Российская Федерация

В декабре 2008 г. на 18 национальном конгрессе по болезням органов дыхания в г. Екатеринбурге (президент РРО – акад. РАМН, проф. А.Г. Чучалин) принята «Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей». Действовавшая до настоящего времени классификация, разработанная группой ведущих педиатров-пульмонологов России в 1981 г. и обновленная в 1995 г., внесла существенный вклад в развитие пульмонологии детского возраста. За прошедший период времени у отечественных и зарубежных специалистов накопились новые данные в области этиологии, патогенеза, клиники и диагностики острых и хронических легочных заболеваний у детей. Назрела настоятельная необходимость переоценки этих вопросов, систематизации различных нозологических форм легочной патологии, согласования терминологии с международными критериями диагностики заболеваний. В новой классификации значительно расширены разделы, посвященные наследственным заболеваниям легких, интерстициальным процессам, муковисцидозу, бронхолегочной дисплазии. Переработаны критерии диагностики таких широко распространенных болезней, как пневмония и бронхит. Приведены новые подходы к диагностике бронхиальной астмы в детском возрасте. В разработке настоящей классификации приняли участие сотрудники ведущих медицинских научно-исследовательских и высших учебных заведений страны, занимающиеся проблемами педиатрической пульмонологии. Новая классификация позволит оптимизировать статистический учет, будет способствовать совершенствованию диагностики и лечения бронхолегочных заболеваний у детей и подростков в РФ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Н.А. ГЕППЕ, И.К. ВОЛКОВ, А.Б. МАЛАХОВ, Н.Г. МАШУКОВА

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
Российская Федерация

Проблема бронхиальной астмы у детей чрезвычайно актуальна. Отмечается рост впервые выявленных случаев болезни в детском возрасте, частота которой в отдельных регионах страны составляет 3–8% детского населения. По

инициативе председателя Российского респираторного общества А.Г. Чучалина, ведущими российскими педиатрами разработана Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика. Третье издание», принятая в 2008 г. При подготовке новой версии программы учтены рекомендации GINA 2007 и Консенсуса по педиатрической астме Practical Allergology (PRACTALL), поддержанного Европейской Академией Аллергии и Клинической Иммунологии (ЕААСИ) и Американской Академией Аллергии, Астмы и Иммунологии (ААААИ). В настоящем документе отражен ряд новых положений, важных для понимания современной стратегии ведения детей с бронхиальной астмой, а именно:

- подтверждена ключевая роль лежащего в основе бронхиальной астмы воспалительного процесса, при этом подчеркнуты фенотипические его вариации, от которых может зависеть ответ на лечение;
- взаимодействие генотипа с окружающей средой является определяющим фактором риска развития сенсibilизации, возникновения и выраженности бронхиальной астмы. Уточнена роль респираторных вирусных инфекций в этих процессах;
- у многих пациентов астма начинается в раннем возрасте в форме персистирующего заболевания, определяемого по ранним факторам риска, включающим атопию, повторяющийся бронхообструктивный синдром, отягощенную аллергическими заболеваниями наследственность и т.д.;
- обращается внимание на необходимость учета побочных эффектов лекарственных препаратов, актуальность совершенствования безопасности терапии в педиатрической практике;
- подчеркивается необходимость обучающих программ для пациентов и родителей, особенно для подростков с учетом возрастной психологии.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКУСТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА РАБОТЫ ДЫХАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Н.А. ГЕППЕ, Л.С. СТАРОСТИНА, В.С. МАЛЫШЕВ

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
Российская Федерация

В настоящее время практически отсутствуют объективные методы диагностики нарушений функции внешнего дыхания (ФВД) у детей раннего возраста. Компьютерная бронхофонография (КБФГ) позволяет измерять акустические параметры дыхательной волны и представляет инновационный неинвазивный метод объективной оценки ФВД у детей раннего возраста. Целью исследования было изучение изменения

ФВД у дітей раннього віку з різними захворюваннями бронхолегочної системи з допомогою КБФГ. КБФГ проводиться при спокійному диханні, не потребує навчання більшого дихательних маневрів. Реєстрація дихательних шумів здійснюється з допомогою датчика з високою чутливістю в широкій частотній області, включаючи частоти, які не виявляються при аускультативній. Сканирування проводиться в частотних діапазонах: 0,2–1,2 (низькі), 1,2–5,0 (середні), >5,0 кГц (високочастотний діапазон). З допомогою КБФГ оцінюється інтенсивність акустичного феномена дихання, пов'язаного з посиленням турбулентності повітряних потоків по респіраторному тракту (акустичний компонент роботи дихання = АКРД в мкДж). Під наглядом знайдено 322 пацієнта в віці від 11 місяців до 6,5 років. Обстежені діти склали 3 основні та 1 контрольну групи: I група – перенесені РДС в неонатальному періоді, II група – з бронхіальною астмою (БА), III група – з обструктивним бронхітом (ОБ), контрольна група – здорові діти від 1 до 5 років для формування зразка паттерна дихання. Виявлено, що у здорових дітей АКРД в високочастотній області склав $0,03 \pm 0,01$, в I групі – $0,27 \pm 0,12$, у дітей з БА – $0,12 \pm 0,01$, з ОБ – $0,11 \pm 0,07$ мкДж. Діти I групи були розділені на дві підгрупи: діти з використанням ІВЛ в неонатальному періоді та без ІВЛ. АКРД склав $0,40 \pm 0,21$ та $0,14 \pm 0,03$ мкДж відповідно. Таким чином, з допомогою КБФГ вивчені акустичні параметри дихання у здорових дітей раннього віку для отримання нормальних зразків паттерна дихання, сформовані комп'ютерні зразки паттерна дихання в ремісії при БА та ОБ, а також у дітей, перенесених РДС та ІВЛ в неонатальному періоді, що в подальшому дозволить спростити процедуру аналізу бронхофонограм та зробити її більш точною.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З ЦИТОТОКСИЧНИМИ ШТАМАМИ *HELYCOBACTER PYLORI* У ДІТЕЙ

О.М. ГЕРАСИМЕНКО, О.Є. АБАТУРОВ

Дніпропетровська державна медична академія, Україна

Серед захворювань органів травлення значне місце посідає патологія шлунка та дванадцятипалої кишки, яка складає 70–75% від загальної кількості захворювань органів травлення у дітей. Колонізація шлунково-кишкового тракту *H. pylori* не завжди призводить до розвитку патологічного процесу в слизовій оболонці шлунка й дванадцятипалої кишки (ДПК). Відповідь організму на *H. pylori* залежить від стану при-

родженого та адаптивного імунітету дитини, кількості рецепторів на поверхні шлунка, що сприяють адгезії мікроорганізму, особливостей генотипу *H. pylori* та ін. Метою дослідження було вивчення клініко-ендоскопічних особливостей запальних і ерозивно-виразкових захворювань гастродуоденальної зони, асоційованих з CagA-позитивними (cytotoxin-associated marker gene) штамами *H. pylori*. Під спостереженням знаходилося 229 дітей віком від 7 до 17 років з хронічною гастродуоденальною патологією. На підставі анамнестичних та клініко-ендоскопічних даних у 9 (3,9%) пацієнтів виявлено виразкову хворобу ДПК, у 60 (26,2%) – хронічний гастрит (ХГ), у 81 (35,4%) – хронічний гастродуоденіт (ХГД), у 24 (10,5%) – гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРБ), у 55 (24%) дітей – функціональну диспепсію (ФД). CagA-позитивні штами *H. pylori* визначалися достовірно частіше у пацієнтів з ХГ і ХГД (41,7 і 47,0% відповідно), ніж з функціональними захворюваннями (20,8% при ГЕРБ і 16,4% – при ФД). Клінічно хронічний хелікобактер-асоційований гастрит проявлявся дуже різноманітно – від різкого частого болю в животі до розлитого, без чіткої локалізації з вираженими диспептичними явищами (нудота, відрижка, тяжкість в шлунку після їди та ін.), астено-вегетативною дисфункцією до малосимптомного перебігу. Проте було виявлено, що у дітей з ХГ, асоційованим з CagA-позитивними штамами, частіше зустрічались такі ознаки диспепсії, як зниження апетиту (у 1,4 рази) і нестійкість стільця (у 1,5 рази), а біль в епігастральній ділянці в 1,9 рази частіше не був пов'язаний з їдою. При ендоскопічному дослідженні виявляли вогнищеву або дифузну гіперемію слизової оболонки шлунка, набряк, гіпертрофію складок антрального відділу шлунка (72,5%), поширений гастрит (у 21,25%); у частини хворих дітей (16%) виявлялася лімфофолікулярна гіперплазія, плоскі ерозії. У більшості дітей гастрит протікав без ендоскопічних ознак атрофії слизової оболонки на тлі нормальної або підвищеної секреції шлунка.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИНГУЛЯРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Н.Г. ГЕРАСИМОВА, В.А. ГОРБАТОВ, Т.Е. ЧАШИНА,
Л.И. ДЗЮБИЧ

ГОУВПО «Мордовский государственный университет им.
Н.П. Огарева».

Детская республиканская клиническая больница № 2,
г. Саранск. Российская Федерация

Нами проанализированы истории болезни 60 детей с бронхиальной астмой, получавших стационарное лечение в отделении аллергологии ДРКБ № 2 г. Саранска. В исследование вошли

дети от 5 до 14 лет. На момент исследования течение астмы недостаточно контролировалось с помощью ингаляционных глюкокортикостероидов: флютиказона пропионат 200–500 мкг/кг в сутки в зависимости от степени тяжести. У больных сохранялись дневные симптомы (больше 2 раз в неделю), ночные приступы астмы (больше 1 раза в неделю), обострения заболевания, требующие неотложной помощи. В проведенном исследовании оценка эффективности терапии проводилась по выраженности симптомов БА, потребности в β_2 -агонистах короткого действия, изменениям функциональных показателей дыхания (показатели спирографии – форсированный выдох за 1 секунду (ОФВ₁) и максимальная вентиляция легких (МВЛ), показатели пикфлоуметрии – пиковая скорость выдоха (ПСВ)). Больные были разделены на две группы: I группа – дети, получающие в качестве базисной терапии фликсотид и сингулар в дозе 5 мг ежедневно, II группа – дети, получающие в качестве базисной терапии только фликсотид. Отчетливая положительная динамика клинических симптомов была отмечена у больных, получающих сингулар, через 15 дней от начала терапии. При анализе жалоб больных на 15-й день в I группе детей мы выявили исчезновение приступов удушья у 94% детей, соответственно снизилась потребность в β_2 -агонистах короткого действия, улучшение носового дыхания у 80% детей, отсутствие кашля у всех детей в данной группе. В группе контроля приступы удушья отсутствовали у 66,6%, свободное носовое дыхание наблюдалось у 66,7% пациентов, кашель исчез у 83,3% детей. Показатели максимальной вентиляции легких (МВЛ) и объема форсированного выдоха (ОФВ₁) у детей после лечения в стационаре в обеих группах повысились по сравнению с данными при поступлении, приближаясь к нормальным величинам. Но в I группе детей показатели достоверно выше, чем во II. Показатели пикфлоуметрии у детей на 15-й день от начала лечения значительно увеличились и приближались к возрастной норме. В I группе на 15-й день от начала лечения ПСВ ниже 60% отмечается лишь у 10% детей, 60–80% – у 40%, выше 80% – у 50% детей. Во II группе у 30% детей отмечалось снижение ПСВ ниже 60%, у 40% ПСВ – 60–80%, повышение более 80% отмечалось лишь у 30% больных.

СТАНДАРТЫ КИСТЕВОЙ И ПАЛЬЦЕВОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ 7–17 ЛЕТ В РЕГИОНЕ ДАГЕСТАН

Н.А. ГИТИНОВ, Р.М. ИМРАНОВА, М.И. ИЗРАИЛОВ,
Ш.А. ГИТИНОВ, З.Г. МАГОМЕДОВА, А.М. ГАДЖИЛОВА

Дагестанская государственная медицинская академия,
г. Махачкала

В практике участкового педиатра для оценки физического здоровья необходимы такие методы функционального исследования, которые бы не требовали стационарных условий, позволяли бы за короткий срок получить объективную информацию о двигательной активности. Таким требованиям отвечают разработанные нами компьютерные варианты кистевой эргометрии, кистевой и пальцевой ритмографии (кистевой ритмограф – заявка № 027728, кистевой эргометр – заявка № 027727, от 24.09.2001 г; авторы Гитинов Н.А., Гитинов Г.Н.). С целью установления стандартов двигательной активности указательного пальца и кисти руки проведено 1125 исследований кистевым эргометром (КЭ), из них мальчикам – 710, девочкам – 415, кистевым ритмографом (КР) – 1054, из них 682 мальчикам и 372 девочкам, 882 исследований пальцевым ритмографом (ПР), из них мальчикам – 554, девочкам – 328. Всего проведено исследований 3054. Количество обследованных в группе детей по возрасту, полу колебалось от 25 до 110 человек. Независимо от метода исследования режим был одинаковым: «работать как возможно быстро до утомления». Определяли среднюю скорость сокращения кисти (СК за 1 сек), скорость СК за каждые 10 сек в течение 1 мин, работоспособность кисти в КГМ/мин при кистевой эргометрии, общее количество СК, длительность работы в секундах. Показатели подвергались компьютерной статистической обработке. Нагрузку при КЭ подбирали с учетом возраста (3,1; 4,2; 6,4 кг). Минутная работоспособность в зависимости от возраста колебалась в пределах 5,11–19,78 КГМ, к 10 годам работоспособность удваивалась, к 13 годам утраивалась и 17 годам увеличивалась в 4 раза по сравнению с девочками 7 лет. У мальчиков работоспособность колебалась в пределах 6,4–26,1 КГМ/мин. При этом закономерность роста работоспособности с возрастом продолжается, но четкая разница, связанная с полом наблюдается, начиная с 14 лет. Колебания СК у девочек в зависимости от возраста составили в пределах 2,4–3,1 СК/сек за первые 10 сек работы, в последующие 10 сек: 2,0–2,8; 1,9–2,5; 1,6–2,2; 1,5–1,8; 1,4–1,8 СК/сек. Соответственно у мальчиков – 2,8–4,8; 2,3–3,9; 2,0–3,4; 1,7–3,0; 1,6–2,7; 1,6–2,6. При КР у девочек средняя скорость СК колебалась в пределах 1,54–2,46 СК за 1 сек. Соответственно у мальчиков – 1,7–2,6 СК в возрастном аспекте. Колебания СК в зависимости от пола, возраста

и времени измерения (за каждые 10 сек в минуту) у мальчиков находились в пределах 2,4–3,3 за первые 10 сек, в последующем 1,9–2,9; 1,6–2,5; 1,4–2,4; 1,4–2,2; 1,3–2,2; соответственно у девочек – 2,1–2,8; 1,8–2,4; 1,6–2,2; 1,2–2,2; 1,3–2,1; 1,1–2,0 СК за сек. Лучшие скоростные параметры выявлены у детей при ПР. Так, у мальчиков средняя скорость сокращения пальца был в пределах 1,7–2,6; у девочек соответственно 1,54–2,46. Скорость утомления у мальчиков имела следующие показатели: 3,4–4,9; 3,1–4,7; 2,8–4,4; 2,7–4,4; 2,7–4,3; 2,7–4,2; соответственно у девочек: 3,0–4,6; 2,8–4,4; 2,6–4,2; 2,6–4,2; 2,6–4,2; 2,5–3,8. Таким образом, по трем методам исследования выявлены возрастные, половые различия показателей, полученные данные могут быть использованы в качестве стандартов при оценке физического здоровья и в клинической, и спортивной медицине.

ПОКАЗНИКИ КОНДЕНСАТУ ВИДИХУВАНОВОГО ПОВІТРЯ У ДІТЕЙ ІЗ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

М.Г. ГНАТЮК, Г.В. ДІДУХ, І.З. СИМАК, Т.М. ВОРОТНЯК*

Обласна дитяча клінічна лікарня № 1, м. Чернівці.
*Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Зважаючи на те, що за вегетативної дисфункції (вегето-судинної дистонії) відмічається дисфункція судинного епітелію, метою нашого дослідження була оцінка показників ендотеліо-релаксуючого фактора (оксид азоту) та фібринолітичної активності у конденсаті видихуваного повітря дітей із вегетативною дисфункцією. На базі кардіонкогематологічного відділення ОДКЛ № 1 м. Чернівці обстежено 33 дитини, які проходили курс лікування з приводу вегетативної дисфункції. Середній вік дітей становив $15,0 \pm 0,4$ року (66,7% хлопчиків та 33,3% мешканців сільської місцевості). Усі пацієнти впродовж 20 хвилин збирали конденсат видихуваного повітря, у якому визначали метаболіти оксиду азоту за Н.Л. Ємченко та співавт. (1994) у модифікації А.І. Гоженко (2002) і сумарну, ферментативну та неферментативну фібринолітичну активність за методикою О.Л. Кухарчука (1996). Отримані результати аналізувалися методом біостатистики з використанням принципів клінічної епідеміології. При аналізі отриманих даних відмічено, що середній показник вмісту метаболітів оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря становив $34,6 \pm 3,3$ мкмоль/л, причому спостерігався достовірний кореляційний зв'язок вмісту оксиду азоту із статтю пацієнта на рівні $r = 0,4$ (0,04). Виходячи із цього, проаналізовано вміст метаболітів оксиду азоту в конденсаті у дівчат та хлопців і виявлено, що у дівчат вміст метаболітів оксиду

азоту становив $40,8 \pm 5,6$ мкмоль/л, а у хлопчиків – $29,8 \pm 3,5$ мкмоль/л ($p > 0,05$). Водночас, показник сумарної фібринолітичної активності склав $0,88 \pm 0,03$ мл/год, неферментативної – $0,41 \pm 0,02$ мл/год та ферментативної – $0,47 \pm 0,02$ мл/год. Таким чином, у дітей із вегетативною дисфункцією відмічається підвищення вмісту оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря більше у дівчат та менше у хлопчиків, що супроводжується незмінними показниками фібринолітичної активності.

ПРИМЕНЕНИЕ СИНУПРЕТА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

О.А. ГРИБАНОВА, Л.А. ВОРОПАЙ, Т.Н. ЁЛКИНА,
Ю.А. ТАТАРЕНКО

Новосибирский государственный медицинский университет, Российская Федерация

Рациональная терапия острых респираторных инфекций (ОРИ) остается актуальной проблемой педиатрии. Значительную часть группы часто болеющих детей составляют больные с аллергией, что требует дифференцированного подхода к лечению, исключения полипрагмазии. С целью оценки клинической эффективности и безопасности монотерапии ринофарингитов, риносинуситов фитопрепаратом Синупрет у часто болеющих детей с аллергическими заболеваниями было обследовано 30 детей в возрасте от 2 до 14 лет с ОРИ. Пациенты, включенные в исследование, страдали различными аллергическими заболеваниями, они обратились за медицинской помощью на 1–2 суток от начала ОРИ, участковые врачи заполняли специально разработанные анкеты, выдавали дневники для заполнения родителями, назначали Синупрет. На 5-й день участковые врачи оценивали клиническую картину заболевания, эффективность и безопасность препарата, определяли дальнейшую тактику ведения больных. В результате исследования было выявлено, что выраженность назальных симптомов уменьшилась на 3–4-й день терапии Синупретом. К 5-му дню симптомы ринита полностью купировались у каждого третьего пациента. Продолжительность использования деконгестантов при комбинации с Синупретом не превышала 3 дней. Симптомы фарингита купировались быстро, к 5-му дню лечения лишь 24% предьявляли жалобы на незначительные боли в горле и редкое покашливание. Средняя сумма баллов выраженности симптомов, типичных для ОРИ, в первый день составляла 9,4 балла, к 5-му дню терапии Синупретом уменьшилась до 2,9 балла и на 7-й день заболевания составляла 1 балл. Лечение Синупретом позволило пациентам с очаговой инфекцией носоглотки избежать обострения. Бактериальных осложнений, отмечав-

шихся ранее у 57% больных, случаев приема антибактериальных препаратов в ходе исследования зарегистрировано не было. Средняя продолжительность течения респираторной патологии по сравнению с предыдущими эпизодами уменьшилась в 1,5 раза (с 8,5 до 5,4 дня), заболевание протекало в более легкой форме. Синупрет обладает хорошей переносимостью, аллергических реакций и обострений атопических заболеваний на фоне приема фитопрепарата не выявлено.

ПРОБЛЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я, ПОВ'ЯЗАНІ З ТРАНСПОРТОМ

О.В. ГРУЗЄВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Вплив транспорту на суспільний прогрес та громадське здоров'я характеризується різнобічними позитивними та негативними проявами. Забезпечуючи можливості високої мобільності, кращого доступу до благ, товарів і послуг, транспорт, водночас, зумовлює затори на дорогах, дорожньо-транспортні пригоди, забруднення повітря, шум, збільшення викидів парникових газів, зміни клімату, створює загрози для природи і біорізноманіття, викликає розвиток екологічно залежних хвороб. Статистичні дані та результати наукових досліджень свідчать про значні рівні забруднення повітря в містах Європи внаслідок експлуатації транспортних засобів. Викиди двоокису вуглецю протягом останніх 10 років продовжували послідовно підвищуватися. Концентрації завислих речовин, двоокису сірки, двоокису азоту в атмосферному повітрі багатьох міських поселень перевищують стандарт, визначений ВООЗ. Це зумовлює високі рівні захворюваності та смертності від екозалежної патології. Смертність від бронхіту, емфіземи та астми у країнах Європейського регіону зросла з 23,2 випадку на 100 тис. у 1998 р. до 23,6 – у 2006 р., в країнах ЄС – з 15,2 до 18,3 на 100 тис. населення. Захворюваність на рак у країнах ЄС збільшилася протягом 1998–2006 рр. з 52,1 до 54,2 випадку на 100 тис. населення, або на 4,0%. Вивчення впливу екологічних чинників на здоров'я населення Європейського регіону свідчить, що загальний тягар нездоров'я від впливу завислих речовин перевищує 100 тис. років життя, які втрачаються щорічно, а також 4–5 млн. нових випадків захворювань на бронхіт. Внаслідок забруднення атмосферного повітря озonom щорічно з симптомами порушень дихання госпіталізуються до лікарень швидкої медичної допомоги 1000 європейців, помирають 2 тис. жителів Європи. Кожного року у світі від дорожньо-транспортного травматизму гине 1,2 млн. осіб і 50 млн. отримують

травми. Нещасні випадки на дорогах складають 2,1% усіх летальних випадків у світі, понад 85% втрачених років життя, скоригованих на інвалідність (DALYs). Економічні збитки від дорожніх пригод оцінюються в 1–2% ВВП. Надмірне використання транспортних послуг є одним із чинників недостатньої фізичної активності, яка призводить до багатьох хвороб системи кровообігу. Для України проблеми негативного впливу транспорту на довкілля і здоров'я є надзвичайно актуальними. В атмосферне повітря щорічно надходить 2 млн. тон шкідливих викидів автотранспорту, у тому числі 260–300 т викидів свинцю, що негативно впливає на здоров'я населення. Захворюваність на рак протягом тривалого часу має тенденцію до зростання з 303,7 на 100 тис. у 1991 р. до 331,7 на 100 тис. у 2007 р. Поширеність бронхіальної астми збільшилася в період 1991–2007 рр. на 47,1%, хронічного бронхіту – на 46,8%, природжених аномалій – на 66,8%. Протягом 1991–2007 рр. поява анемії серед дитячого населення почастишала в 1,9 разу, алергічного риніту – в 5,6 разу, гострого фарингіту – в 1,6 разу. Поширеність бронхіальної астми серед дитячого населення України мала чітку тенденцію до зростання з 2,9 у 1991 р. до 6,0 у 2007 р., тобто в 2,1 разу. Смертність населення від нещасних випадків, пов'язаних з транспортом, становила у 2007 р. 21,3 на 100 тис., збільшившись з 2000 р. на 46,9%. Тенденції, що відбувалися в транспортному секторі в останні роки та в його впливі на здоров'я і довкілля, вказують на необхідність пошуку нових міжсекторальних підходів та інноваційних рішень, які враховують проблеми забезпечення стійкості, доступності й мобільності та дозволяють створити здорові і безпечні умови існування людей. Транспортні проблеми все виразніше стають високопріоритетним аспектом діяльності на міжнародному, національному та місцевому рівнях.

ВЛИЯНИЕ НЕГАТИВНЫХ ФАКТОРОВ НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САНАТОРИЯ

Н.Б. ГУБИНА, Г.В. ТЕРЕНТЬЕВА, Т.В. ДРОБНИЦКАЯ

Санкт-Петербургское учреждение здравоохранения
«Детский санаторий – Реабилитационный центр «Детские
Дюны», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Базой для исследования явилось Санкт-Петербургское Государственное учреждение здравоохранения «Детский санаторий – Реабилитационный центр «Детские Дюны». В проведенном научном исследовании приняли участие 363 ребенка в возрасте от 4-х до 15 лет, поступившие одновременно из поликлиник Санкт-Петербурга: 98 детей – группа 1 на срок 21 день и 265 детей – группа 2 на срок 42 дня. Наруше-

ние питания детей изучалось по следующим факторам риска: количество питания (режим), наличие горячего завтрака, обеда, количество овощей и фруктов в день, количество молока и кисломолочных продуктов в день, наличие газированных напитков и питания «фаст фуд» в рационе ребенка. Установлено, что с увеличением возраста растет показатель нарушения режима питания от 0% у детей от 4 до 6 лет (в обеих группах) до 13% у детей от 10 до 15 лет детей (в группе 2). Во всех возрастных группах высокий результат имеет показатель приема кондитерских изделий более суточной нормы по возрасту от 82% у детей от 4 до 6 лет до 92% у детей от 7 до 9 лет и 88% у детей от 10 до 15 лет в обеих группах без особых различий. Дети от 4 до 6 лет принимают газированные напитки и «фаст фуд» от 52% (группа 2) до 62% (группа 1), у детей от 7 до 9 лет – от 86% (группа 2) до 90% (группа 1) и у детей от 10 до 15 лет – от 97% (группа 1) до 98% (группа 2). С увеличением возраста уменьшается количество детей, потребляющих молоко и молочнокислые продукты соответственно норме от 100% у детей от 4 до 6 лет (в обеих группах) до 85% – у детей от 7 до 9 лет и 78% – у детей от 10 до 15 лет. При оценке фактора «наличие горячего завтрака» отмечалось уменьшение данного показателя в зависимости от возраста от 100% у детей от 4 до 6 лет (в обеих группах), от 68% (группа 1) до 82% (группа 2) – у детей от 7 до 9 лет и от 70% (группа 1) до 72,5% (группы 1, 2) – у детей от 10 до 15 лет. Индекс массы ниже нормы во всех возрастных группах у детей от 5% до 8%. Показатель ожирение или избыточный вес отмечен по возрастам: 4–6 лет – у 7,7%; 10–15 лет – у 15% детей, причем у мальчиков показатель выше, чем у девочек. При проведении различных реабилитационных программ снятие стереотипа по питанию происходило у детей постепенно. К 20 дню у 50% детей, а к 40 дню у 70% детей происходило изменение вкусовых пристрастий, о чем свидетельствовало увеличение фактического потребления блюд детьми, установленное методом регистрации фактического питания. Была установлена зависимость факторов риска по питанию и эффективности реабилитации во всех программах: чем меньше у детей в анамнезе факторов риска по питанию, тем лучше результат реабилитации. В алгоритм обследования детей в условиях детского санатория необходимо закладывать оценку факторов риска нарушения питания, так как они относятся к «управляемым», на которые можно воздействовать. Для получения лучшего эффекта от реабилитации и его закрепления длительность пребывания детей в санатории должна быть не менее 40 дней.

АДАПТАЦИОННЫЙ РЕСУРС И ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Н.Г. ГУЛЕВСКАЯ, Ю.А. ТАТАРЕНКО, М.Г. ШАБЛИЙ,
Е.Г. КОНДЮРИНА, В.В. ЗЕЛЕНСКАЯ

Новосибирский государственный медицинский университет, Российская Федерация

В последние годы увеличился контингент детей со сниженными приспособительными возможностями организма. Под влиянием различных стрессогенных факторов возрастает риск срыва адаптации, развития вегетативных дисфункций и психосоматических расстройств. Поэтому разработка и внедрение программ по профилактике и коррекции данных нарушений в дошкольно-школьных учреждениях (ДШУ) является актуальным направлением для педиатрии и педагогики. Целью исследования была оценка адаптационного ресурса и характера вегетативных дисфункций среди детей различных возрастных групп. В ДШУ г. Новосибирска обследовано 122 ребенка в возрасте 3–16 лет, среди них мальчики составили 69 (56,6%), девочки – 53 (43,4%). В программу динамического обследования были включены: опрос по специально разработанной анкете, анализ амбулаторных карт, заполнение таблиц оценки исходного вегетативного тонуса организма, проведение кардиоинтервалографии, электрокардиографии, психологического тестирования. У большинства детей в анамнезе выявлено наличие перинатального поражения центральной нервной системы преимущественно постгипоксического генеза, синдром гипервозбудимости и минимальных мозговых дисфункций. 57% детей относились к группе часто и длительно болеющих. Из сопутствующей патологии наиболее часто регистрировались бронхиальная астма, хронические очаги инфекции носоглотки, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. По данным электрокардиографии у 89% детей выявлены нарушения внутрижелудочковой проводимости. По результатам кардиоинтервалографии эйтония выявлена у 51 (41,8%) ребенка, вегетативная лабильность – у 71 (58,2%). При совокупной оценке исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения 87% обследованных детей выставлен диагноз вегето-сосудистой дистонии различных вариантов и степеней тяжести. По данным психологического тестирования около 89% детей имеют высокий уровень тревожности, у 57% отмечены снижение концентрации внимания и памяти. Таким образом, среди детей 3–16 лет, посещающих ДШУ, высока частота вегетативных нарушений и лабильности психических процессов с повышенным уровнем тревожности, в связи с чем необходима профилактика их возникновения и коррекция уже имеющихся дисфункций.

ВТОРИЧНАЯ ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Н.Д. ГУЛИЕВ, М.З. ЭФЕНДИЕВА, С.С. ДЖАФАРОВА

Научно-исследовательский институт педиатрии
им. К.Я. Фараджевой. г. Баку, Азербайджан

Ротавирусная инфекция (РВИ) является во всем мире наиболее частой причиной острых диарей у детей грудного возраста, составляя в некоторых регионах до 50–80% случаев. С целью изучения функционального состояния тонкого кишечника у больных с РВИ провели водородно-дыхательный тест, определение фекальной экскреции углеводов и рН кала. Для проведения водородно-дыхательного теста использовали аппарат ЕС-60 Gastrolyzer. Основную группу составили 79 детей: 45 (I группа) с РВИ, 34 (II группа) с РВИ. Контрольную группу составили 30 здоровых детей. Обследованные дети были в возрасте от 1 до 12 мес. В обеих группах было больше детей до 3-х мес (39 и 15 соответственно). У детей контрольной группы уровень водорода в выдыхаемом воздухе натошак и через 30, 60 минут не превышал 10 ppmH₂, что соответствует нормативным данным. В то же время в I группе у 40,5% детей эти показатели чуть выше нормативных (10,94–10,44 ppmH₂ соответственно), а во II группе у 48,1% детей были значительно выше (12,73–12,23 ppmH₂), что указывало на выраженное угнетение лактазной активности и является одним из достоверных критериев диагностики вторичной ЛН при РВИ. Полученные результаты демонстрируют значительные различия фекальной экскреции углеводов и рН кала (соответственно в I группе 11,52 г/л, во II группе 12,58 г/л) и повышение кислотности (снижение рН кала ниже 5,5) в I группе до 4,76, во II группе до 4,72. Повышенная экскреция углеводов с калом и снижение рН кала в I и II группах по сравнению с результатами контрольной группы обуславливают преобладание диарейного синдрома в клинике вторичной ЛН у обследованных больных. Таким образом, РВИ в 88,6% случаях приводит к нарушению мембранного гидролиза и всасыванию лактозы. О нарушении всасываемости лактозы у детей грудного возраста при РВИ свидетельствуют высокие показатели уровня водорода в выдыхаемом воздухе (выше 10 ppmH₂), фекальная экскреция углеводов выше 5 г/л и низкие показатели рН кала.

ИЗУЧЕНИЕ ЭМПАТИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

О.В. ГУРОВИЧ, Г.И. СНЕГИРЕВА, А.В. ДОЦЕНКО,
Т.Г. СТОЛЬНИКОВА, А.Г. ПЕТРОВ

Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко.
Областная детская клиническая больница № 1, г. Воронеж,
Российская Федерация

Обследовано 96 подростков, находившихся в эндокринологическом отделении ВОДКБ № 1 по поводу сахарного диабета 1 типа при наличии декомпенсации в различных вариантах. Возраст пациентов 11–17 лет, в среднем 13,9±1,97 года, девочек было 46,9% (n=45) и мальчиков 53,1% (n=51). Число городских (г. Воронеж) и сельских жителей в исследовании соответственно 47,9% (n=46) и 52,1% (n=50). У большинства пациентов (67,7%) выявлен хороший (средний и высокий) уровень эмпатии. Они оптимально способны к сопереживанию, понимают чувства и эмоции окружающих и правильно на них реагируют. При этом среднюю эмпатийность показали 63,5% детей (n=61), высокую – 4,2% (n=4). Подростков с низким уровнем эмпатии 20,8% (n=20). Крайние варианты эмпатийности (очень низкий и очень высокий) зарегистрированы не были. Согласно методическим рекомендациям оценки эмпатийности результаты анкетирования у 11,5% пациентов признаны недостоверными. Девочек со средним уровнем сопереживания больше, чем мальчиков – 57,4% против 42,6%. Высокая эмпатия выявлена исключительно у девочек. Низкий уровень эмпатийности однозначно преобладает у мальчиков – 80,0%. Среди детей, результаты анкетирования которых признаны недостоверными, мальчиков в 4,5 раза больше, чем девочек – 81,8% против 18,2% соответственно. Среди младших (11–13 лет) и средних подростков (14–17 лет) преобладали пациенты с удовлетворительным уровнем эмпатии. Высокая эмпатия несколько чаще выявлена в возрасте 11–13 лет (5,3% против 3,3%). Детей с низкой способностью к эмоциональному сопереживанию среди младших и средних подростков по 21%. Чем моложе пациенты, тем чаще результаты анкетирования оказывались недостоверными, у 11–13-летних их в 2,7 раза больше, чем у 14–17-летних подростков. Средняя степень эмпатии несколько чаще отмечалась у городских жителей (67,3%), чем у сельских (60%). Подростки с высокой эмпатийностью почти все из села. Детей с низкой способностью к сопереживанию в 2 раза больше среди проживающих в г. Воронеж – 28,3%, из сельской местности таких пациентов 14%. Результаты анкетирования сельских пациентов в 10 раз чаще были недостоверны.

ЭМПАТИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

О.В. ГУРОВИЧ, А.П. ШВЫРЕВ, Г.И. СНЕГИРЕВА,
А.В. ДОЦЕНКО, Н.Н. НОВИКОВА

Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко.
Областная детская клиническая больница № 1, г. Воронеж,
Российская Федерация

Исследовано 96 подростков, находившихся в эндокринологическом отделении ВОДКБ № 1 по поводу сахарного диабета 1 типа при наличии декомпенсации в различных вариантах. Возраст пациентов 11–17 лет, в среднем $13,9 \pm 1,97$ года, девочек было 46,9% (n=45), мальчиков 53,1% (n=51). Число городских (г. Воронеж) и сельских жителей в исследовании соответственно 47,9% (n=46) и 52,1% (n=50). Оценивались результаты анкетирования подростков в сопоставлении с уровнем образовательных учреждений: средние общеобразовательные школы – 70,8% и гимназии – 29,2%. Пациентов с удовлетворительной эмпатией, обучающихся в гимназиях, значительно больше, чем среди учащихся средних школ: 75,0% против 58,8% соответственно. Высокая эмпатийность одинаково часто встречалась вне зависимости от уровня образовательного учреждения. Низкая эмпатия в 2 раза чаще зарегистрирована среди обычных школьников. Согласно методике изучения эмпатийности часть результатов анкетирования признана недостоверной, причем у гимназистов это выявлено в 2 раза реже. Проведен анализ некоторых семейных социальных аспектов обследованных больных и их уровня эмпатии. Средний уровень эмпатии и недостоверные ответы в анкетах одинаково часто встречались у детей из полных и неполных семей. Подростков, способных к высокому эмоциональному отклику, в 2 раза больше среди детей из неполных семей, тогда как дети из полных семей чаще показывали низкую эмпатийность – 22,7 против 16,7%. Удовлетворительный уровень эмпатии продемонстрировало большинство подростков, чьи родители имеют постоянное место работы (66,7%). Высокая эмпатия, а также недостоверные результаты анкетирования определены в семьях с неработающими родителями с одинаковой частотой (в 2 раза чаще). Уровень эмпатии оказался невозможным сопоставить в процессе исследования с наличием инвалидности по тяжелому хроническому заболеванию у одного из родителей. Мы предполагаем, что дальнейшее изучение эмпатии в социальном аспекте поможет опередить пути коррекции эмоционального состояния больных детей и улучшить качество их жизни.

ИЗУЧЕНИЕ ТЕКУЩЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ НЕФРОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ

О.В. ГУРОВИЧ, А.П. ШВЫРЕВ, Ю.В. ПАШКОВА,
Л.С. НЕПОМЯЩАЯ, Т.Г. ЗВЯГИНА

Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко. Областная детская клиническая
больница № 1, г. Воронеж, Российская Федерация

Обследовано 73 пациента нефрологического отделения ВОДКБ № 1 с хроническими заболеваниями почек в возрасте от 11 до 17 лет (средний возраст $13,7 \pm 0,7$ года), 22 (34,0%) девочки и 51 (66,0%) мальчик, половина детей из г. Воронежа (n=36) и половина из сельской местности (n=37). Текущее психологическое состояние изучалось с использованием цветового теста Люшера (ЦТЛ), основанного на экспериментально доказанной зависимости между предпочтением человеком определенных цветов и параметрами психического состояния. Подростку предлагалось выбрать из восьми цветов тот, который ему наиболее симпатичен в данный момент. Процедура тестирования соответствовала общепринятой методике. В результате исследования выявлено:

- 1) Менее половины детей (45%) имели адекватную реакцию на наличие заболевания и факт пребывания в стационаре, в основном это мальчики. Неудовлетворенность во время госпитализации отмечена у 44% обследованных, чаще это девочки, безразличие к действительности и отсутствие стремления к лучшему демонстрировали всего 11% подростков без различий по половой принадлежности.
- 2) Две трети младших подростков (от 11 до 14 лет) и 39% старших (от 15 до 17 лет) идентифицировали действительное с желаемым, предпочитали реальную ситуацию желаемой всего 9,7%, это наиболее сознательные семнадцатилетние пациенты.
- 3) Сельские дети по сравнению с городскими при госпитализации имели худшую психологическую адаптацию, соответственно 62 и 42%.
- 4) При наличии отягощенной по нефропатиям наследственности больше половины пациентов (57%) находились в стационаре в состоянии, приближенном к стрессу.
- 5) Текущее психологическое состояние не зависело от нозологических форм нефропатий.
- 6) С увеличением длительности болезни отмечено угасание стремлений, потребностей, мотивации к лучшему, желания что-либо изменить в своей жизни. Изучение текущего психосоматического состояния госпитализированных детей предполагает его последующую коррекцию с целью улучшения качества жизни больных нефропатиями.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ (ВПР) У НОВОРОЖДЕННЫХ

Н.Б. ДАВЫДЕНКО, А.М. ЛИТВИНОВА

ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург,
Российская Федерация

В структуре детской заболеваемости и смертности в большинстве развитых стран на первое место выходят врожденные пороки развития – ВПР (до 20%). Кроме того, длительное и сложное лечение больных с ВПР, необходимая медико-педагогическая коррекция и социальная помощь детям-инвалидам требуют значительных экономических затрат, что определяет актуальность изучения социальных факторов риска для развития ВПР. Цель исследования: определить значимые социальные факторы риска развития ВПР. Источником информации послужила медицинская документация в виде 85 историй родов женщин, проживающих в Свердловской области и городе Екатеринбурге и родивших детей с ВПР в ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», выполняющим функции областного перинатального центра. Из родившихся детей большую долю составили мальчики (55,3%). В структуре пороков преобладали ВПС (23,5%). В основном дети родились доношенными, с хорошими массо-ростовыми показателями. У родителей новорожденных выявлены следующие факторы риска: среднее образование у женщин – в 50,6%; социальная группа служащих женщин – 67,1%, в том числе имели профессиональную вредность 22,4% с работой у компьютера, причем во время беременности; рабочих мужчин – 49,4%; раннее начало половой жизни до 18 лет – у 31,8% пациенток; отягощенная наследственность – в 43,5% и наличие соматической патологии – в 30,6% за счет сердечно-сосудистой патологии; отягощенный акушерский анамнез, представленный абортми, – в 28% и срок органогенеза плода, приходящийся на зимне-весенний период – у 61,2% женщин. Таким образом, из полученных данных можно сделать вывод, что с целью профилактики рождения детей с ВПР необходимо повышать уровень санитарной просвещенности супружеских пар, с акцентированием внимания на здоровый образ жизни с планированием семьи, исключением факторов, отягощающих акушерский анамнез, профессиональных факторов, особенно во время беременности.

ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА РЕФОРМУВАННЯ ШКІЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Г.М. ДАНИЛЕНКО, Л.І. ПОНОМАРЬОВА,
М.Л. ВОДОЛАЖСЬКИЙ, В.І. ВОЛОСОВА, І.Н. ЗАХАРЧУК,
І.А. КЛИГІНА, Т.В. МЕРКУЛОВА

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України»,
м. Харків, Україна

Високий рівень функціональних порушень і хронічної патології у школярів, негативна динаміка стану здоров'я в процесі навчання зумовлюють необхідність вдосконалення роботи освітніх установ у напрямі збереження, зміцнення та формування здоров'я учнів. Недотримання шкільних санітарно-гігієнічних норм і рекомендацій, надмірне учбове навантаження, порушення режиму дня, стресова тактика авторитарної педагогіки, невідповідність учбових програм і методик віковим і функціональним можливостям учнів сприяють зростанню порушень стану здоров'я школярів. Результати динамічного спостереження за учнями загальноосвітньої школи в процесі навчання свідчили про погіршення здоров'я школярів за період навчання від першого до сьомого класу, що проявлялось підвищенням показників загальної патологічної ураженості від 2314,5 до 2659,1‰ відповідно, збільшення кількості ендокринопатій від 283,0 до 553,0‰, поширеності розладів психіки та поведінки від 415,1 до 492,4‰, нервових хвороб від 106,9 до 151,5‰, патології ока та придаткового апарата від 270,4 до 340,9‰, захворювань органів дихання від 389,9 до 477,3‰, кістково-м'язової системи від 352,2 до 424,2‰ та ін. У вирішенні проблеми стану здоров'я дітей, котрі навчаються в освітніх установах, необхідний комплексний підхід, що включає взаємодію суб'єктів системи освіти та охорони здоров'я. Для об'єднання зусиль з формування здоров'я дітей на міжсекторальному рівні в галузі охорони, спрямованих на погоджену і своєчасну реалізацію медико-профілактичних заходів та забезпечення міжгалузевго підходу до формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей, необхідно проведення реформи системи шкільної медицини. Реформування системи шкільної медицини має сприяти формуванню нової філософії державної соціальної політики в сфері охорони здоров'я дітей та підлітків, створенню нормативно-правової бази на підтримку і захист дітей, молоді, сім'ї та розвиток особистості, координації й ефективного функціонування системи медико-профілактичної роботи. Сучасна шкільна медицина має бути орієнтовна не лише на заходи з обмеження несприятливого впливу навчальної діяльності на здоров'я дітей, а на їх інтеграцію в навчальний процес з урахуванням індивідуальних фізичних і психічних властивостей, на підвищення якості їх життя.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ НА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩУЮ АКТИВНОСТЬ ПОДРОСТКОВ

Г.Н. ДАНИЛЕНКО, Е.А. КИРИЛЛОВА,
Ж.В. СОТНИКОВА-МЕЛЕШКИНА

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН
Украины», г. Харьков.
Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Современные тенденции ухудшения здоровья актуализировали идею индивидуальной ответственности личности за состояние собственного здоровья. Согласно проведенным исследованиям эффективность формирования здорового образа жизни напрямую зависит от психологии поведения подростка, уровня его самосознания. Важная роль при этом отводится формированию у учащихся осознанной потребности в здоровье, которая проявляется в мотивах, определяющих целенаправленное поведение по сохранению и формированию своего здоровья. Осознанная потребность в здоровье является внутренним стимулом, приводящим к сознательному овладению знаниями и их трансформации из «внешне заданных во внутренне принятые и реально действенные». Использование метода определения сформированности у подростков представлений о способах укрепления собственного здоровья среди старшеклассников позволило установить, что эмоциональное восприятие собственного здоровья структурируется на уровне учебного учреждения, а актуализация деятельности подростка относительно сохранения собственного здоровья более структурируется на уровне учебного класса, то есть в среде сверстников. Для большинства старшеклассников характерна цельная сформированная система представлений о путях сохранения собственного здоровья, в которой крайне низка значимость врача, не сформирована потребность в поддержке чистоты и комфортных условий на рабочем месте, а также регулярного выполнения утренней зарядки и закаливания. Следующим важным этапом является выявление взаимосвязи поведенческой активности по сохранению здоровья и уровня сформированности профессионального самоопределения у подростков.

ДИНАМІКА ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ФОНІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ В ПРОЦЕСІ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

В.Б. ДЕХТЯР, О.Л. ЦИМБАЛІСТА, Т.Г. БЕРЕЗНА,
О.В. ПАСТУХ*, Г.С. БЕНЬКО*, І.Б. ПАРАНДІЙ*, Л.В. ЛУПУЛЯК*

Івано-Франківський національний медичний університет.
*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ,
Україна

Обстежено 158 дітей, хворих на бронхіальну астму (БА) середнього та тяжкого ступенів тяжкості в стадії загострення, віком від 6 до 14 років. Недиференційовану дисплазію сполучної тканини (НДСТ) діагностовано у 58,9% випадків (I група), решта – без НДСТ (II група). Усім дітям після зняття гострого приступу призначали базову терапію. Одночасно з метою корекції метаболічних процесів організму в умовах гіпоксії та гіпоксемії, що властиві періоду загострення БА, пацієнти отримували препарати Кардонат і Тіотріазолін. З метою оцінки функції зовнішнього дихання (ФЗД) усім дітям до та після лікування проводили спірометрію з записом спірограми на петлі «потік-об'єм». У більшості дітей I групи при вступі до клініки діагностовано тяжчі порушення в системі зовнішнього дихання порівняно з дітьми II групи: у 95,2 і 77,6% випадків відповідно ($p < 0,001$). Важливо зазначити, що VH_3 зустрічалась удвічі частіше, а VH_1 – у 4,6 разу рідше у дітей, хворих на БА на фоні НДСТ ($p < 0,001$). Оскільки у дітей з НДСТ більше виражені рестриктивні порушення в системі зовнішнього дихання, то в них частіше діагностували змішаний тип VH – 65,5% проти 29,3% у дітей без НДСТ ($p < 0,001$). У дітей без проявів НДСТ частіше констатували обструктивний тип VH : у 70,7% проти 34,5% відповідно ($p < 0,001$). Важливо зазначити, що у дітей з проявами НДСТ за однакової давності захворювання паралельно з більшим ступенем бронхіальної обструкції більше виражені емфізема та пневмофіброз: істотно нижчі об'ємні показники та резерви системи зовнішнього дихання порівняно з дітьми без НДСТ ($p < 0,001$). Після проведеного лікування у всіх дітей мало місце суттєве поліпшення показників ФЗД. Використання в комплексному лікуванні препаратів метаболічної терапії сприяло зменшенню, а у частини дітей ліквідації гіпоксемії й гіпоксії, що зумовило відновлення та поліпшення функції системи зовнішнього дихання. У групі дітей, хворих на БА на фоні НДСТ, нормалізація показників системи зовнішнього дихання (VH_0) настала у 32,1% проти 56,9% випадків серед дітей без НДСТ ($p < 0,001$).

ПРОБЛЕМИ ГОТОВНОСТІ ТА АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ДО ПОЧАТКУ НАВЧАННЯ У ШКОЛІ

Л.П. ДЕДИШИН, С.К. ТКАЧЕНКО

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Нами проведено комплексне клініко-функціональне обстеження дітей 6–7-річного віку з перинатальною патологією в анамнезі. Контрольну групу склали діти цього ж віку без ускладнень перебігу вагітності та пологів. За результатами комплексної оцінки стану здоров'я відсоток здорових дітей в основній групі 6- та 7-літок був достовірно нижчим порівняно з контрольною і становив відповідно 35,58 і 31,0% (в контрольній групі відповідно 61,48 та 68,18%). Ускладнений перебіг перинатального періоду негативно вплинув на показники фізичного розвитку дітей, що проявилось зменшенням числа гармонійно розвинутих у віці 6 та 7 років ($p < 0,05$), збільшенням відсотка дітей з відставанням біологічного віку від паспортного ($p < 0,05$). Комплексна оцінка готовності до школи показала, що лише 55,8% дітей віком 6 років були готовими до початку навчання, що достовірно менше порівняно з 7-літками цієї ж групи (83,3%) та 6-літками контрольної (68,5%). У період адаптації та впродовж першого року навчання у школі проводили спостереження за станом здоров'я дітей обох груп. У дітей основної групи частіше розвивався синдром дизадаптації. Прояви мінімальної мозкової дисфункції (порушення сприйняття, пам'яті, мови, уваги, рухової активності) розвивалися після першого місяця від початку навчання у школі й наростали впродовж наступних трьох місяців. Про дизадаптацію свідчила і частота гострих респіраторних інфекцій, яка зростає впродовж першого року навчання. Таким чином, ускладнений перебіг перинатального періоду негативно впливає на стан здоров'я дітей загалом, на психофізіологічний розвиток та готовність до систематичного навчання у школі, зокрема. Дизадаптаційні синдроми у вигляді мінімальної мозкової дисфункції, зростання частоти респіраторних захворювань чітко пов'язані з початком навчання у школі. Ці діти потребують динамічного спостереження і реабілітаційних заходів із раннього віку з метою запобігання розвитку у них шкільної дизадаптації та формування соматичної патології.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ

Л.И. ДЗЮБИЧ, Е.Ф. МОСКОВСКАЯ, Т.И. РАЗДОЛЬКИНА, Н.Г. ГЕРАСИМОВА

ГОУВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева». Детская республиканская клиническая больница № 2, г. Саранск, Российская Федерация

Согласно многочисленным исследованиям в последние годы отмечается не только отчетливый рост язвенной болезни (ЯБ) у подростков, но и увеличение непрерывно-рецидивирующих и осложненных форм заболевания. Целью исследования было изучение факторов риска формирования ЯБ у подростков, особенностей течения заболевания, частоты осложнений и их исходов. Проведен ретроспективный анализ 96 случаев ЯБ у подростков в возрасте 15–18 лет. Группу сравнения составили дети школьного возраста (9–12 лет), страдающие ЯБ (30 пациентов). Диагноз заболевания у всех больных подтвержден данными эндоскопического исследования (ЭГДС). При изучении факторов риска формирования ЯБ у подростков выявлена существенная роль нарушения режима и характера питания (53,5%; $p < 0,001$), чрезмерных эмоциональных нагрузок (46%; $p < 0,01$), конфликтных ситуаций в семье и школе (38%; $p < 0,01$). Наследственная отягощенность по ЯБ отмечалась преимущественно по мужской линии у трети подростков и пациентов группы сравнения (соответственно 33,6 и 31,2%; $p < 0,01$). Среди подростков с ЯБ доминировала 0(I) группа крови (55,6%), что в 1,7 раза выше ($p < 0,001$), чем в популяции (практически здоровые доноры). По данным ЭГДС у подростков и пациентов группы сравнения типичной была локализация язвенного дефекта в 12-перстной кишке (соответственно 74 и 76%). В клинической картине ЯБ у подростков обращало на себя внимание более тяжелое течение (частые обострения заболевания либо непрерывно-рецидивирующее течение). У 14% пациентов выявлены сочетанные язвы (язвенные дефекты в желудке и 12-перстной кишке), у 4% – многочисленные язвенные дефекты. Осложненное течение ЯБ у подростков отмечалось в 2 раза чаще, чем у пациентов группы сравнения (соответственно 12,6 и 6,2%; $p < 0,001$). Наиболее частыми осложнениями были язвенные кровотечения; перфорация слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки наблюдалась в 2 раза реже. В одном случае отмечался стеноз 12-перстной кишки. Таким образом, ЯБ у подростков имеет более тяжелое течение по сравнению с детьми младших возрастных групп, нередко сопровождается осложнениями, среди которых преобладают язвенные кровотечения и перфорация слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Л.И. ДЗЮБИЧ, Г.П. ЕРМОЛАЕВА, Г.П. БИКЕЙКИНА,
В.А. ГОРБАТОВ

ГОУВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева».
Детская республиканская клиническая больница № 2,
г. Саранск, Российская Федерация

В последнее десятилетие отмечается отчетливый рост и омоложение желчекаменной болезни (ЖКБ) у детей. В связи с этим особое значение имеет раннее выявление заболевания, рациональная фармакотерапия, определение показаний к хирургическому лечению, профилактика инвалидизации в детском возрасте. Нами проведен ретроспективный анализ 66 случаев ЖКБ у детей в возрасте от 2-х до 18 лет. Пик заболеваемости приходится на пубертатный период (38,4%), хотя формирование ЖКБ возможно уже в дошкольном и младшем школьном возрасте (соответственно 3,8 и 21,6%). Среди всех пациентов отмечалось отчетливое преобладание лиц женского пола (65,2%, $p < 0,01$), что подтверждается многочисленными исследованиями как отечественных, так и зарубежных исследователей. Распространенность ЖКБ среди городских детей составила 0,26 на 1000 детского населения. Среди детей, проживающих в сельской местности, заболевание встречалось в 2,5 раза реже (0,1 на 1000). При анализе клинических особенностей ЖКБ у детей оказалось, что основными проявлениями заболевания были боли в животе (86%) и диспептические расстройства (78%). Чаще всего дети жаловались на тошноту (78%), изжогу (62%), горечь во рту (56%), значительно реже (36%) отмечалась рвота. Диагноз ЖКБ у всех детей верифицирован с помощью ультразвукового исследования. У 75,4% выявлены единичные конкременты, у 24,6% – множественные камни размером от 2 до 3–4 мм в диаметре. У 16% детей наблюдалась латентная форма заболевания, диагноз ЖКБ выставлен при проведении ультразвукового исследования. В гемограмме в приступный период отмечался умеренный лейкоцитоз ($10–12 \times 10^9/\text{л}$), ускорение СОЭ до 18–20 мм/час. В сыворотке крови – умеренное повышение холестерина, билирубина, щелочной фосфатазы, общих липидов, триглицеридов. Комплексная терапия детей с ЖКБ включала назначение диеты (стол 5), спазмолитиков, гепатопротекторов, препаратов УДХК. Хирургическое лечение проведено у 18% детей при неэффективности консервативной терапии. Таким образом, желчекаменная болезнь является довольно частой патологией детского возраста, имеет четкую тенденцию к омоложению, нередко протекает бессимптомно, требует совершенствования методов терапии и профилактики.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА РЕФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

С.А. ДИКАНБАЕВА, А.С. ИМАМБЕТОВА

Научный центр педиатрии и детской хирургии, г. Алматы,
Казахстан

Состояние здоровья населения является интегральным показателем социальной ориентированности государства, отражающим степень его ответственности перед своими гражданами. В 2004 году была принята Государственная программа (ГП) реформирования и развития здравоохранения РК на 2005–2010 годы, которая определила совокупность мер, направленных на развитие доступной, качественной, социально-ориентированной и экономически эффективной системы. За последние годы в Казахстане отмечается повышение уровня рождаемости населения с 18,42 (2005 г.) до 20,79 (2007 г.), стабилизация показателя смертности – 10,22 (2005 г. – 10,37), увеличение коэффициента естественного прироста населения до 10,57 (8,05) на 1 000 населения. Однако сохраняется низкий уровень здоровья женщин и детей. Показатель материнской смертности остается высоким, и наблюдается тенденция его увеличения с 42,1 (2003 г.) до 46,8 (2007 г.). Несмотря на тенденцию снижения показателя младенческой смертности с 15,3 (2003 г.) до 14,57 (2007 г.), этот показатель превышает аналогичные индикаторы стран СНГ. В 2007 году завершена реализация I этапа ГП, которая была направлена на масштабные инвестиции, техническую модернизацию, развитие инфраструктуры, укрепление ПМСП, формирование ЗОЖ, повышение качества медицинских услуг. В 2008 году в РК началась реализация отраслевой Программы по снижению материнской и детской смертности на 2008–2010 годы, с введением международных критериев живорождения и мертворождения. В РК внедряются программы ВОЗ: безопасное материнство, регионализация перинатальной помощи, ИВБДВ. Клинические протоколы диагностики и лечения разрабатываются на основе доказательной медицины, повышается квалификация специалистов. МЗ РК проводится масштабная работа во всех стратегических направлениях отрасли здравоохранения с разработкой индикаторов оценки качества. В настоящее время развитие здравоохранения в РК вступает в очередной этап преобразований, развития кадрового потенциала, предоставления качественных медицинских услуг, с внедрением института менеджеров на всех уровнях и СМК. В стратегическом плане МЗ РК на 2009–2011 годы четко определены мероприятия, реализуемые МЗ, требующие межведомственной координации и возможные риски на пути реформирования здравоохранения РК.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Д.В. ДМИТРИЕВ, К.Т. БЕРЦУН, А.В. КАТИЛОВ, Т.Л. ПРОЦЮК,
Т.В. МАШНИЦКАЯ

Винницкий национальный медицинский университет
им. Н.И. Пирогова, Украина

Врожденная пневмония (ВП) – распространенная причина смерти у новорожденных, которые находятся на лечении в ОРИТ. Основной целью респираторной поддержки новорожденных с ВП является улучшение газообмена при сохранении и дополнении собственной вентиляции больного. Исследования были проведены нами у 44 новорожденных с ВП, средней массой тела $2305,2 \pm 96,1$ г, которые находились на пролонгированной искусственной вентиляции легких. Необходимость проведения респираторной терапии у новорожденных подтверждается данными лабораторных исследований (снижение PaO_2 ниже 80 мм рт. ст., SaO_2 – 85%). У всех пациентов искусственную вентиляцию легких проводили аппаратом «Bear Cub» в режиме ассистированной вентиляции с параметрами: FiO_2 – 0,3–0,4; Vt – 10–12 мл/кг; соотношение I:E – 1:1,4; РЕЕР – 5–8 см H_2O , пиковое давление поддерживалось на уровне 18–22 H_2O , среднее давление в дыхательных путях 9–11 H_2O . Переход на вспомогательную вентиляцию легких осуществлялся по следующим критериям: восстановление попыток самостоятельного дыхания, стабилизация показателей центральной и периферической гемодинамики, стабилизация показателей газового состава крови (PaO_2 – 95 и более мм рт. ст., SaO_2 – 95%) и кислотно-щелочного равновесия. Переход от искусственной вентиляции легких к самостоятельному дыханию осуществляли поэтапно, начиная с режима SIMV/PS. Начальный уровень PS устанавливали на уровне 12–14 см H_2O . Снижение количества принудительных вдохов до 1/4 от физиологической нормы позволяло перевести пациента на режим CPAP/РЕЕР+PS. Показаниями к полному прекращению респираторной поддержки служили: самостоятельное дыхание без признаков дыхательной недостаточности у новорожденных, находящихся на вспомогательной вентиляции легких (CPAP). Таким образом, поэтапный переход на самостоятельное дыхание у новорожденных с ВП позволяет уменьшить длительность искусственной вентиляции легких и снизить зависимость от кислорода, стабилизировать показатели центральной и периферической гемодинамики и газового состава крови.

ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ КОМОРБИДНОСТИ ЭПИЛЕПСИИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (ИНФЕКЦИОННЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ) У ДЕТЕЙ

Е.М. ДОЛГАНОВА

ГОУВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава». ГУ «Нижегородская областная детская клиническая больница», г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Проблема коморбидности – сосуществования у пациента одновременно нескольких заболеваний, связанных патогенетически или хронологически, является до настоящего времени изученной недостаточно. Большой интерес исследователей вызывают корреляционные взаимоотношения (коморбидность) между течением заболеваний дыхательной системы (инфекционных и аллергических) и эпилепсией. В этой связи возникает вопрос, насколько коморбидность действительно представляет новую проблему, признанную наметить новые подходы в ведении пациентов с вышеупомянутой сочетанной патологией. Согласно одной из теорий, бронхиальная астма является нейрогенным пароксизмальным воспалительным заболеванием с двухкомпонентным патогенетическим механизмом, имеющим в определенной степени сходные патогенетические механизмы с фокальной формой эпилепсии. Респираторные заболевания оказывают влияние на течение эпилепсии, вызывая утяжеление патологического процесса в детском возрасте, с одной стороны, или, наоборот, уменьшают частоту приступов эпилепсии. Мнения исследователей по этому поводу противоречивы, с предполагаемой ролью эндогенных пирогенов, цитокинов, антибактериальной терапии и т.д. Безусловно, актуальным является изучение взаимодействий антиконвульсантов с препаратами, применяемыми для лечения респираторных инфекций и астмы. Вопрос о дифференциальном диагнозе между истинной атопической бронхиальной астмой и обструкцией дыхательных путей в связи с патологическим очагом в нервной системе, действительно, остается открытым. Целью исследования было изучение влияния острых и хронических респираторных заболеваний на течение эпилепсии, а также особенностей сочетанного течения эпилепсии и бронхиальной астмы. Нашей задачей было разработать программу комплексного ведения, а также адекватной терапии у детей с данной сочетанной патологией. В помощь врачам практической медицины необходимо разработать план дифференциальной диагностики обструкций, возникающих у детей, страдающих как эпилепсией, так и бронхиальной астмой. У детей, имеющих данную сочетанную патологию, впервые проводится детальный анализ характера взаимосвязей (корреляций) патологи-

ческих процессов, а также взаимовлияния антиэпилептических препаратов и препаратов, применяемых для лечения респираторной патологии, что также досконально не изучено до настоящего времени. К настоящему моменту обследовано 25 детей в возрасте 1–18 лет, страдающих разными формами эпилепсии. Из них 17 (68,2%) больных с сопутствующими ОРВИ в остром периоде и 8 (31,8%) детей с сопутствующей бронхиальной астмой. Диагнозы по поводу эпилепсии: 20 пациентов с фокальной лобной или височной эпилепсией и вторично генерализованными судорожными приступами, 3 пациента с миоклонической эпилепсией младенческого возраста, 2 пациента с синдромом Веста. Диагнозы по поводу астмы: 7 больных с бронхиальной астмой, атопической, легкой персистирующей или интермиттирующей; у 1 пациента – атопическая бронхиальная астма средней степени тяжести. Проведено анкетирование, сбор анамнестических данных; клиническое обследование: оценка состояния органов дыхательной системы в динамике, оценка неврологического статуса; лабораторная диагностика: общеклинические (в т.ч. коагулограмма) исследования крови и мочи, IgE общ; инструментальные обследования: оценка ФВД, ЭЭГ, система для ЭЭГ – видеомониторинга Neurofax (фирма Nihon Kohden, Япония), рентгенография грудной клетки. Среди 17 больных с эпилепсией с присоединившейся вирусной инфекцией в условиях стационара у 2/3 (11 чел) отягощена наследственность по аллергическим заболеваниям (у 4-х по линии первого родства отягощенность по бронхиальной астме), 2 пациента с эпилепсией перенесли острую внебольничную пневмонию. Интересны изменения характера основного заболевания на фоне ОРВИ: у 9 (52,94%) больных участились приступы эпилепсии (утром, в момент просыпания серийные припадки по типу клонико-тонических или изолированно тонических судорог). Это подтверждалось данными ЭЭГ-исследования (до назначения антибактериальной терапии): увеличение числа локальных пиков острых волн и комплексов острая-медленная волна, дезорганизованная полиморфная активность, зональные различия сглажены, регистрировалась эпилептиформная активность во сне и в момент просыпания (чего раньше не регистрировалось). У 5 (29,41%) пациентов в острой стадии (на высоте лихорадки) ОРВИ (у 1 больного на фоне вирусной инфекции развился бронхообструктивный синдром) в течение 1–2 суток частота приступов значительно снизилась, по основному заболеванию субъективно было улучшение состояния («светлый промежуток»). Однако после прекращения лихорадящего периода число приступов увеличилось (до назначения антибактериальной терапии): малые припадки по типу вздрагиваний, морганий, кивков и остановок взора, а также в 1 случае отмечались генерализованные клони-

ко-тонические судороги, в результате чего возникла необходимость в корректировке противоэпилептической терапии. Все пациенты, заболевшие острой респираторной инфекцией в условиях стационара, получали антибактериальную терапию (2/3 – синтетические пенициллины, 1/3 – цефалоспорины II порядка) для профилактики развития осложнений. После назначения антибактериальной терапии эпизодов эпилептических приступов не регистрировалось. У 3 (17,65%) из наблюдаемых детей изменения частоты и характера приступов на фоне ОРВИ отмечено не было (даже до назначения антибактериальной терапии). У 8 обследованных пациентов имело место сочетанное течение эпилепсии и бронхиальной астмы. В анамнезе у данных пациентов выявлены перинатальные повреждения центральной нервной системы на первом году жизни. Со стороны аллергологического анамнеза: наследственность не отягощена, обструкции манифестировали с 3-летнего возраста, отсутствовали «большие» критерии атопии. У 3 (37,5%) больных с сочетанной патологией первой манифестировала бронхиальная астма в 3–4 года. К 7–8 годам у данной группы обследованных приступы обструкций постепенно нивелировались, выявлено улучшение показателей функции внешнего дыхания. Это совпало с началом приема антиконвульсантов и формированием различных форм фокальной эпилепсии. У 5 (62,5%) пациентов из группы на фоне постоянного приема антиконвульсантов отмечалось легкое интермиттирующее или персистирующее течение бронхиальной астмы, с редкими приступами удушья, показатели рентгенологического исследования и данные функции внешнего дыхания в пределах возрастных норм. Таким образом, обследовав группу детей из 25 человек (68,2% с ОРВИ; 31,8% с бронхиальной астмой), выявлены определенные корреляционные взаимоотношения между заболеваниями дыхательной системы и эпилепсией, а также особенности влияния антибактериальной и противоэпилептической терапии на течение основного заболевания. Выявлено изменение течения эпилепсии на фоне ОРВИ: у 29,41% детей отмечался «светлый промежуток», у 52,94% – выявлено ухудшение основного патологического процесса. Надо отметить, что в случаях, где бронхиальная астма являлась сопутствующим заболеванием (62,5%), она не подходила под параметры атопической (отсутствовали большие критерии атопии, лабораторные и инструментальные показатели были в норме: эозинофилы, IgE общ, функция внешнего дыхания); течение легкое интермиттирующее или персистирующее. Интересен тот факт, что у 37,5% пациентов симптомы астмы постепенно нивелировались и сменились развитием эпилептических приступов. Выявленные результаты дают основания говорить о влиянии вирусной патологии дыхательных путей на течение различных форм эпилеп-

сии, а также позволяют предположить общие механизмы патогенеза между бронхиальной астмой и эпилепсией, следуя теории трансэпигенетической коморбидности, и, как вариант, переход заболевания из одной формы в другую, что можно назвать общим словом «респираторная эпилепсия».

ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА КРОВИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДКИ В ДЕТСКОЙ РЕВМАТОЛОГИИ

И.А. ДРОНОВ, Г.А. ЛЫСКИНА, Е.С. ЖОЛОбОВА,
Т.М. ФОМЕНКО, Г.В. ТУГАРИНОВА

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
Российская Федерация

У детей с ревматическими заболеваниями лихорадка может быть связана как с высокой активностью основного процесса, так и с развитием тяжелой инфекции. Это создает существенные трудности в ранней диагностике инфекционных осложнений и своевременном выборе тактики лечения. Прокальцитонин (ПКТ) – новый маркер для быстрой диагностики лихорадки бактериальной природы. Целью исследования было определение ценности повышения уровня ПКТ крови для ранней диагностики тяжелых инфекций у детей с ревматическими заболеваниями. У 37 детей в возрасте от 1,5 до 17 лет с ревматическими заболеваниями (17 больных системной красной волчанкой, 16 – системной формой ювенильного ревматоидного артрита, 3 – системными васкулитами и 1 – смешанным заболеванием соединительной ткани) и лихорадкой определяли уровень ПКТ полуколичественным методом при помощи экспресс-теста BRAHMS PCT-Q. У 25 больных уровень ПКТ оставался в пределах нормы (ниже 0,5 нг/мл). У 24 из этих больных по результатам динамического клинико-лабораторного обследования инфекционных заболеваний установлено не было, и только у одного больного выявили локализованный очаг бактериальной инфекции. У 13 больных уровень ПКТ был повышен: в 6 случаях он составил 0,5–2 нг/мл, в 4 – 2–10 нг/мл и в 1 случае – более 10 нг/мл. У 12 из этих больных в последующем достоверно установили очаги бактериальной инфекции (у 1 пациента с уровнем более 10 нг/мл был диагностирован сепсис). Только у одного больного с высокой активностью ювенильного ревматоидного артрита без бактериальной инфекции уровень ПКТ был повышен до 0,5–2 нг/мл. Таким образом, чувствительность повышения уровня ПКТ при бактериальных инфекциях у детей с ревматическими заболеваниями составила 91,7%, специфичность – 96%, положительное прогностическое значение – 0,92 и отрицательное прогностическое

значение – 0,87. Повышение уровня ПКТ крови является надежным маркером бактериальной инфекции, в том числе при тяжелых ревматических заболеваниях. Целесообразно определение уровня ПКТ для дифференциальной диагностики лихорадки в детской ревматологии.

ВИВЧЕННЯ АНТИБІОТИКОАСОЦІЙОВАНИХ ПОРУШЕНЬ МІКРОФЛОРИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ ПРИ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ

В.М. ДУДНИК, І.В. СТОРОЖУК, І.І. АНДРІКЕВИЧ,
М.О. ШАЛАМАЙ

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, Україна

Вітчизняні та зарубіжні джерела літератури вказують на те, що антибіотики, крім протимікробної дії, мають цілий ряд негативних ефектів. Однією з важливих проблем антибіотикотерапії є антибіотико-асоційовані ураження кишечника. Дисбаланс мікрофлори кишечника у дітей зустрічається дуже часто і залишається важливою, складною і не до кінця вирішеною проблемою. Тому питання корекції порушень мікробіоценозу кишечника залишається актуальним. Метою роботи було вивчення стану мікрофлори товстої кишки у дітей грудного віку при гострих захворюваннях бронхолегеневої системи залежно від використаної антибіотикотерапії. Відповідно до поставленої мети нами обстежено 140 дітей грудного віку, хворих на гостру пневмонію та гострий обструктивний бронхіт, які отримували антибіотикотерапію без профілактичного призначення пробіотиків. Основну групу дітей було розподілено на підгрупи залежно від того, яку фармакологічну групу антибіотиків отримували діти напередодні вступу до стаціонару. Використовували клінічні, біохімічні, бактеріологічні й статистичні методи дослідження. Встановлено, що у всіх хворих мали місце диспептичний та больовий синдроми при лікуванні цефалоспоринами 3-го покоління, аміноглікозидами та їх комбінацією. Частота виявлення даних синдромів у дітей, які отримували пеніциліни, макроліди та цефалоспорини 1–2-го покоління, була достовірно нижчою ($p < 0,05$). Надалі було проаналізовано результати мікробіологічного дослідження випорожнень у обстежених дітей з урахуванням отриманих антибіотиків або їх комбінацій. Рівень біфідобактерій був достовірно нижчим у дітей, які отримували цефалоспорини 3-го покоління та комбінацію цефалоспоринів та аміноглікозидів, порівняно із підгрупами дітей, у яких етіологічне лікування основного захворювання проводилось пеніцилінами та макролідами ($p < 0,05$). Кількість лактобактерій в товстій кишці була

достовірно зниженою у дітей, які отримували цефалоспорины 2-го та 3-го поколінь й комбіновану антибіотикотерапію, порівняно із хворими, яких лікували пеніцилінами, макролідами та аміноглікозидами ($p < 0,05$). Таким чином, нами встановлено, що антибіотики групи цефалоспоринов 3-го покоління, аміноглікозидів та комбінована антибіотикотерапія, які використовувались у лікуванні гострої пневмонії та гострого обструктивного бронхіту у дітей грудного віку, більшою мірою пригнічують рівень індигенної мікрофлори товстої кишки, порівняно із макролідами, пеніцилінами та цефалоспорином 1–2-го поколінь. Виявлені антибіотикоасоційовані порушення мікрофлори товстої кишки вимагають подальшої корекції сучасними пробіотиками.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ. ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Е. Д. ДУКА

Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина

Увеличение количества детей с рецидивирующими заболеваниями органов дыхания до настоящего времени не имеет тенденции к снижению. Касается ли это повторных ОРЗ или бронхитов, – в 40% случаев к 7–8-летнему возрасту у этих детей формируется хроническая патология. Гетерогенность в этой группе детей обусловлена наличием хронической патологии ЛОР-органов в виде персистирующей вирусно-бактериальной инфекции носоглотки, хронической соматической патологии, аллергических заболеваний дыхательных путей и кожи, хронической патологии желудочно-кишечного тракта, а также наличием транзиторного или первичного иммунодефицита. Особую проблему представляют дети, поступающие в детские коллективы, среди которых число таких больных достигает 40–50%. Исследования последних лет показали, что в основе этих состояний лежит вирусная или вирусно-бактериальная либо хламидийная инфекция в различных сочетаниях. Доказано, что у этих детей изменяется в различной степени клеточный и гуморальный иммунитет, нарушены неспецифические факторы защиты за счет депрессии процессов поглощения и переваривания бактериальных антигенов, снижается интерферонообразование за счет α -ИФН и γ -ИФН. Повышение CD_{95} (индукция апоптоза) регистрируется у 37% детей. Проблема иммуномодуляции у таких детей связана с их целесообразностью. Рекомендуются использовать только те иммуномодуляторы, которые отвечают трем основным критериям: эффективность, безопасность и удобство применения. Превентивная неспецифическая иммунотерапия, приво-

дит к снижению стоимости лечения, улучшению показателей заболеваемости и к непрямо́й экономии (отвлечение родителей от производства в связи с уходом за больными детьми). В этом плане наиболее уместным явилось назначение препарата Деринат, который высокоэффективен благодаря сочетанию иммуномодулирующих, регенераторных и противовоспалительных свойств, за счет стимуляции местного и системного иммунитета, уменьшения образования токсинов и воспаления.

ДО СУЧАСНИХ ПРОБЛЕМ ДИСМЕТАБОЛІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

К. Д. ДУКА, С. Г. ІВАНУСЬ

Дніпропетровська державна медична академія.
Дніпропетровський міський кардіопульмонологічний центр,
Україна

В сучасних умовах структура серцево-судинних захворювань у дітей зазнала значних змін: зменшилась частота уражень серця запального генезу, разом із цим на тлі несприятливої екологічної ситуації відмічається негативна тенденція до зростання метаболічних уражень міокарда в структурі кардіальної патології. За нашими даними в місті Дніпропетровськ поширеність метаболічних захворювань серця склала в 2009 році 11,8% проти 10,9% в 2005 році, захворюваність – 3,1% проти 2,45% відповідно. Зростання поширеності відбулося за рахунок росту в вікових групах 10–14 та 15–18 років. Актуальність проблеми визначається не тільки зростанням поширеності, але й виділенням сприятливого і несприятливого варіантів перебігу вторинних кардіоміопатій, можливістю трансформації в дилатаційну кардіоміопатію, зниженням скоротливої функції серця, розвитком порушень серцевого ритму та кардіосклерозу. З роками зростає кількість дітей з кардіоміопатіями, які мають на ЕКГ ознаки змін «обмінної ділянки», а саме ST-T комплексу до ішемічних, деформації комплексу QRS, зниження його вольтажу, порушень провідності, або комбінації вищезазначених варіантів. Виявлені зміни вимагають виключення органічних захворювань серцевого м'яза (первинних кардіоміопатій, запальних захворювань – міокардитів, перикардитів) та коронарних судин (аномалій розвитку, васкулітів, емболій тощо), супутньої екстракардіальної патології, а також проведення лікувальних заходів, спрямованих на усунення ішемії, оскільки її тривалість передбачає перехід зворотного ураження в незворотне. Таким чином, на сучасному етапі назріла суттєва необхідність розробки єдиного алгоритму діагностики дисметаболічних уражень серця з визначенням комплексу диференційованих профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів.

СУЧАСНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ІЗ ВТОРИННИМИ КАРДІОМІОПАТІЯМИ ПРИ ХРОНІЧНІЙ БРОНХОЛЕГЕНЕВІЙ ПАТОЛОГІЇ

К.Д. ДУКА, С.Г. ІВАНУСЬ

Дніпропетровська державна медична академія.
Дніпропетровський міський кардіопульмонологічний центр,
Україна

Мультифакторіальність порушень серцево-судинної системи у дітей з хронічними бронхолегеневими захворюваннями (ХБЛЗ), залежність її стану від ступеня тяжкості, тривалості хронічного запального процесу і впливу гіпоксії вимагають системного підходу в їх діагностиці та необхідності оптимізації лікувальних програм, спрямованих на відновлення клітинної енергетики міокарда. Для виявлення порушень останньої застосовано метод цитохімічного аналізу лімфоцитів периферичної крові з оцінкою активності мітохондріальних дегідрогеназ (сукцинату, лактату та гліцерофосфату). В результаті досліджень виявлено вагомі зміни активності мітохондріальних ферментів лімфоцитів, які мали індивідуально-варіабельний характер і відповідали різним варіантам мітохондріальної недостатності. Одержані результати стали підставою для включення до комплексної терапії енерготропних препаратів: кардонату, коензиму Q10 та аевіту. Застосування метаболічного комплексу у дітей з ХБЛЗ дозволили зменшити вираженість клінічних проявів хвороби, одержати достовірні позитивні зміни ЕхоКГ у вигляді збільшення фракції викиду на 10–15% від вихідної, нормалізації кінцево-діастолічного розміру правого та лівого шлуночків (ЛШ), зниження швидкісних показників кровоплину та середнього гемодинамічного тиску на легеневої артерії, збільшення кровонаповнення ЛШ. За даними ЕКГ виявлено зменшення ознак електричної нестабільності міокарда, енергетичного дефіциту та порушень реполяризації. Комплексна енерготропна терапія у дітей з ХБЛЗ в 100% випадків здійснює оптимізуючий вплив на мітохондріальну активність, сприяючи нормалізації показників ферментної активності як у разі їх зниження, так і за їх підвищення. В зв'язку з цим показано застосування вищезазнаного метаболічного комплексу для корекції дистрофічних змін міокарда на тлі хронічної гіпоксії та для профілактики їх прогресування.

ДИНАМИКА СПЕКТРА СЕНСИБИЛИЗАЦІЇ І ПРОБЛЕМНІ ВОПРОСИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛЛИНОЗОВ У ДІТЕЙ

Е.Д. ДУКА, В.А. ДИТЯТКОВСКИЙ

Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина

Поллиноз – аллергическое заболевание, которое вызывается пылью растений и характеризуется острыми воспалительными изменениями в слизистых оболочках респираторного тракта, в основном, бронхиальной астмой, аллергическим ринитом и риноконъюнктивитом. На период выполнения нами данной работы отсутствовали ведомости о спектре пыльцевой сенсibilизации у детей г. Днепропетровска, больных поллинозом. Поэтому анализ динамики спектра пыльцевой сенсibilизации был необходим для нашего исследования, которое является частью научно-исследовательской работы по изучению использования метода специфической алерговакцинации – САВ (синонимы: специфическая иммунотерапия, иммунотерапия алергенами) у детей г. Днепропетровска, больных поллинозом. Для изучения динамики спектра пыльцевой сенсibilизации нами были обследованы 760 детей (мальчики и девочки в возрасте от 6 до 18 лет) за период с 2005 по 2007 годы включительно. Для исследования были отобраны дети с сенсibilизацией к пыльце растений, произрастающих в степной климато-географической зоне, к которой относится Днепропетровск: амброзии, полыни, лебеда, райграсса, тимофеевки, пырея, костра, мятлика, лисохвоста, овсяницы, кукурузы, одуванчика, подсолнечника, циклахены, крапивы. Поллиноз этих растений в нашем регионе происходит с начала августа до конца октября. Результаты обследования и их анализ показали, что наиболее распространенной у обследованных детей является сенсibilизация к пыльце 4-х растений: амброзии, полыни, циклахены, подсолнечника. Так, в 2005 году сенсibilизация к пыльце амброзии составила 73,58% обследованных, циклахены – 33,50%, полыни – 18,87%, подсолнечника – 14,30%. В 2006 году: к пыльце амброзии – 80,87%, циклахены – 57,38%, полыни – 43,30%, подсолнечника – 11,41%. В 2007 году: амброзии – 67,33%, циклахены – 64,54%, полыни – 36,26%, подсолнечника – 41,83%. Нами была установлена количественная динамика пыльцевой сенсibilизации у обследованных детей. В 2005 году наиболее часто количество растений в спектре сенсibilизации отдельного ребенка составляло: 2 растения – 31,66% детей, 3 – 31,66%, у остальных детей сенсibilизация была только к пыльце одного растения. В 2006 году: к 2 растениям – 34,30%, 3 – 22,90%, остальные случаи – к одному растению. В 2007 году: к 2 растениям – 40,74%

случаев сенсibiliзації, к 3 – 29,63%, к 4 – 14,82%. Таким образом, наиболее частыми причиннозначимыми аллергенами, вызывающими поллиноз у детей г. Днепропетровска, являются пыльца амброзии, полыни, циклахены и подсолнечника. Сохраняется сенсibiliзация к пыльце сразу 2 или 3 растений, но в последнее время значительно выросла доля детей со спектром сенсibiliзации к пыльце 4 растений. На базе детской аллергологической службы г. Днепропетровска САВ проводится двумя методами: подкожным (инвазивным) и пероральным (неинвазивным) с использованием региональных пыльцевых аллергенов производства НПО «Иммунолог» (г. Винница). За годы использования САВ в г. Днепропетровске были достигнуты определенные успехи: частота побочных эффектов при инвазивном методе СИТ не превышает 3,5%, не зарегистрировано ни одного летального исхода. Тем не менее, в проведении САВ остаются открытыми ряд вопросов. На наш взгляд, это: долгосрочная эффективность и безопасность САВ, профилактический эффект и механизмы САВ у детей младше 5–6 лет. Направленными решениями этих проблем, на наш взгляд, являются: проспективные рандомизированные двойные слепые плацебо-контролируемые мультицентровые исследования, создание национальных баз данных по результатам таких исследований, взаимодействие между национальными базами данных и исследовательскими центрами разных стран, а также изучение качества жизни детей, получающих специфическое лечение (САВ) по поводу поллиноза, в сравнении с традиционной фармакотерапией и в комбинации с ней. Вышеперечисленные мероприятия позволят установить оптимальные показания к САВ, режимы и сроки проведения, а также формы введения в организм препаратов аллергенов, что позволит повысить эффективность, безопасность и профилактический эффект САВ, а также приведет к улучшению качества жизни детей, больных поллинозом.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В НОВОСИБИРСКЕ

Т.Н. ЁЛКИНА, Е.А. СУРОВИКИНА, О.А. ГРИБАНОВА,
Е.Г. КОНДЮРИНА, В.В. ЗЕЛЕНСКАЯ

Новосибирский государственный медицинский
университет. Российская Федерация

Рациональное питание детей играет важную роль в обеспечении гармоничного роста, физического и нервно-психического развития, но в настоящее время «золотой стандарт» питания ребенка первого года жизни в виде грудного молока доступен не всем. С целью выяснения факторов, влияющих на распространенность и про-

должительность грудного вскармливания, при индивидуальной беседе в рамках диспансеризации здорового ребенка было опрошено 50 матерей детей 11–16 месяцев (средний возраст 12 месяцев). В результате исследования показано: большинство детей были рождены в срок (88%), от первой беременности (60%), средняя масса тела при рождении составила 3200(±450) г, длина тела 52(±2) см. На осложнения беременности указали 54% матерей, чаще в виде гестозов (24%) или угрозы прерывания беременности (10%). Сразу после рождения к груди были приложены 42% детей, через несколько часов – 32%, через сутки – 20%, остальные младенцы (6%) в родильном доме к груди не прикладывались. Большинство матерей (62%) находились в одной палате с ребенком и придерживались свободного режима кормлений (74%), частота дневных кормлений составляла 6–8 раз, ночных – 1–2 раза. 92% опрошенных не испытывали затруднений при кормлении, но со слов 30% матерей ребенку в роддоме давался докорм. 92% матерей были информированы о значимости и технике грудного вскармливания в женской консультации (34%), родильном доме (34%), детской поликлинике (30%), средствах массовой информации (3%), 54% опрошенных посещали школу молодых матерей. О потребности в дополнительной информации сообщили 68% матерей. Из всей исследуемой группы только 30% детей находились на грудном вскармливании в течение года, 9 малышей получали исключительно грудное вскармливание только первое полугодие жизни, затем переведены на искусственное. Остальными были введены молочные смеси в виде докорма, 72% из них начали получать смесь еще в родильном доме. 78% матерей детей, находившихся на искусственном вскармливании, не высказали заинтересованности в грудном кормлении. Таким образом, позднее прикладывание к груди, раннее введение докорма, недостаточная информированность матерей о пользе и правильной технике грудных кормлений, низкий уровень заинтересованности матерей в кормлении грудью создают предпосылки к снижению продолжительности лактации и переводу на питание молочными смесями.

ДІАГНОСТИКА ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ФОНОСПІРОГРАФІЇ

Є.О. ЄМЧИНСЬКА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Для діагностики захворювань респіраторної системи на сьогоднішній день найбільш широко використовується метод аускультатії. Залишається актуальним питання об'єктивізації тради-

ційних аускультативних ознак. Враховуючи це, метою даного дослідження було отримання якісно нових об'єктивних даних при проведенні аускультативної легень у дітей з патологією органів дихання, зокрема хворих на пневмонію. Метод фоноспірографії ґрунтується на спектрально-частотно-часовій характеристиці дихальних шумів. Реєстрація проводиться в чотирьох точках на грудній клітці, за допомогою високочувливих п'езокерамічних акселерометрів типу АД-16. Отримані результати обробляються на комп'ютері та візуалізуються на екрані монітора у вигляді фоноспірограми. Було обстежено 26 дітей (15 дівчаток та 11 хлопчиків) віком від 8 до 14 років. З них основну групу склали 16 дітей, хворих на пневмонію. До контрольної групи увійшло 10 здорових дітей. Діагноз «пневмонія» було підтверджено на підставі клініко-лабораторних та рентгенологічних даних. При проведенні оцінки фоноспіограм дітей основної та контрольної груп відмічались значні відмінності як в спектральних, так і в частотно-часових характеристиках дихальних шумів. В основній групі дітей у 100% випадків реєструвалось патологічне (жорстке) дихання та у 98% випадків – додаткові дихальні шуми (крепітація, дрібно- та середньопухирчасті вологі хрипи). Таким чином, висока діагностична точність та неінвазивність методу дають змогу використовувати його для ранньої діагностики пневмоній у дітей.

ВИЯВЛЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ТА ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПІДЛІТКІВ

І.Б. ЄРШОВА, Т.Ф. ОСИПОВА, І.М. ЛАШИНА

Луганський державний медичний університет, Україна

Останнім часом відмічаються негативні тенденції у стані соматичного здоров'я дітей, та особливу тривогу викликає погіршення їх психологічного стану. При цьому йдеться не про серйозні психічні захворювання, якими займаються психіатри, а про граничні стани, які проявляються емоційно-вегетативними дисфункціями. За відсутності своєчасної допомоги таким дітям вказані розлади можуть трансформуватися у більш стійкі порушення. Метою дослідження було виявлення психоемоційних та вегетативних особливостей у 38 дітей віком від 11 до 14 років із патологією шлунково-кишкового тракту (біліарна дискінезія, хронічний гастрит), які перебували на лікуванні у денному відділенні дитячої лікарні № 1, та 35 здорових дітей такого ж віку, які навчались у середній школі № 36 м. Луганська. З методів дослідження використовували клінічний огляд дитини, вивчення історій хвороби та медичних карток, анкетування щодо виявлення стресогенних факторів, кардіоінтервалографію або опитник

за Вейном, тест Люшера, ДОН (дитячий опитник неврозів) та метод мимовільного рисунка. Дані обстеження хворих дітей виявили 11 стресогенних факторів (у більшості дітей) із 16 можливих, а саме: нерегулярне харчування, шкідливі звички батька та матері, часті конфліктні ситуації вдома, куріння та періодичне вживання алкогольних напоїв дітьми тощо. Оцінка психоемоційного стану виявила відчуття безнадійності та неадекватності у 27 дітей, агресивність – у 26, внутрішнє напруження – у 21, нестачу тепла в сім'ї – також у 21 дитини ($p < 0,05$). Практично у всіх дітей виявлено вегетативні порушення. Високі рівні депресії та астенізації спостерігалися у 13 дітей, порушень поведінки – у 11, тривожності – у 10, порушення сну – у 5. При обстеженні дітей з групи контролю виявлено також ознаки вегетативно-емоційних дисфункцій. Майже у всіх дітей ($p < 0,05$) спостерігався дуже високий рівень агресивності, велика кількість стресогенних факторів та вегетативні порушення у вигляді періодичного відчуття нестачі повітря, незначне підвищення артеріального тиску, труднощі зробити вдих, відчуття зябкості у літній період. Дані проведеного обстеження свідчать про те, що діти як з основної групи, так і групи контролю мали виражені порушення психоемоційного та вегетативного стану різного ступеня вираженості, що вимагає диференційованих заходів щодо реабілітації.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ ПУРИНОВЫМ ОБМЕНОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ

И.Б. ЕРШОВА, Т.В. ШИРИНА

Луганский государственный медицинский университет, Украина

Нарушение пуринового обмена достаточно широко распространено и, по данным различных исследователей, регистрируется у 5–12% обследованных лиц. В настоящее время существует определенная тенденция к увеличению этого вида обменных нарушений. Считают, что в основе расстройства пуринового обмена лежит ферментопатия (дисгепатия по Lesage), в частности, дефицит ксантиноксидазы, гипоксантингуанин-фосфорибозил-трансферазы, глюкозо-6-фосфатазы, повышение каталитической активности фосфорибозил-пирофосфат-синтетазы. В этих условиях резко повышается продукция пуриновых оснований. Учитывая, что метаболизм перечисленных ферментов тесно связан с обменом изоферментных форм витаминов группы В, задачей нашего исследования явилось изучение В-витаминного статуса у детей с нарушенным пуриновым обменом, перенесших внутриутроб-

ную гипоксию. Исследование показало, что у обследованных детей снижено содержание витамина В₉ в 1,5 раза и витамина В₅ в 1,8 раза. Причем у детей, проживающих в городе, эти показатели были достоверно ниже (p<0,05). Более низкие показатели зарегистрированы также в семьях с неудовлетворительным материальным уровнем, а также в зимний и весенний периоды года (p<0,05). На наш взгляд, эти данные можно объяснить не только невозможностью обеспечения детей достаточным количеством фруктов и овощей (основных источников фолатов и пириватов), но и ограничениями в диете, связанными с основным заболеванием. Анализ клинических данных выявил изменения как субъективного статуса, так и объективных показателей. Среди них на первом месте были изменения в психовегетативном состоянии, такие как: депрессия, нарушение внимания, эмоциональная неустойчивость, а также дисбаланс вегетативных показателей, включающий как показатели исходного вегетативного статуса, так и вегетативной реактивности (p<0,05). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости включения в реабилитационные мероприятия данной группы детей поливитаминовых комплексов, содержащих витамины группы В.

ПРОФІЛАКТИКА ШКІЛЬНОЇ ДИЗАДАПТАЦІЇ МЕТОДОМ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

І.Б. ЄРШОВА, В.А. РЕЩІКОВ, Л.М. ОСИЧНЮК,
Н.Е. ТИЩЕНКО

Луганський державний медичний університет. Україна

Враховуючи високий відсоток дітей дошкільного віку з гіподинамією та, як наслідок, високий рівень соматичної патології й неврологічних відхилень, ми вирішили вивчити вплив фізичних вправ на організм з метою корекції функціональних відхилень і підвищення адаптаційних резервів організму до майбутніх шкільних навантажень. Тривале виконання оздоровчо-адаптаційного комплексу, який компенсує недостатність рухової активності, позитивно вплинуло на рівень фізичного розвитку і соматичного здоров'я, сприяло, в першу чергу, нормалізації функції серцево-судинної системи поряд зі зміцненням опорно-рухового апарата. При цьому підвищилась кількість дітей з гармонійним типом тілобудови, знизилась захворюваність на ГРВІ у 5,9 разу, частота розладів центральної і вегетативної нервової системи – у 1,8 разу, ортопедичної патології – у 2,1 разу. Поліпшення адаптаційних реакцій вегетативної реактивності підтверджено функціональними методами. Рік додаткових занять фізичними вправами сприяв адекватній реакції вегетативної реактивності у 42 (85,7%) дітей (p<0,001). Асимпатикотонічний варіант вегетативної ре-

активності зустрічався тільки у 3 (6,1%) дітей, тобто знизився в цілому в групі на 27% (p<0,001). Зміни відбулися і в типах адаптації ВНС за даними КІГ у бік підвищення кількості дітей із задовільною адаптацією на 24,3% (p<0,001). Статико-динамічні фізичні вправи позитивно вплинули на нервово-психічний розвиток, через що діти основної групи вигідно відрізнялися від дітей контрольної групи за адекватністю проявів емоційних реакцій та активізацією пізнавальної діяльності. Таким чином, позитивний вплив оздоровчо-адаптаційного комплексу у дітей сприяє гармонійному розвитку, зниженню рівня захворюваності, зміцненню кістково-м'язового апарата, посиленню адаптаційних можливостей організму, фізіологічному функціонуванню ВНС, поліпшенню нервово-психічного статусу.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ВАКЦИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

И.Б. ЕРШОВА, Л.М. ОСИЧНЮК, Т.Ф. ОСИПОВА,
В.С. КОСЕНКО, В.А. РЕЩИКОВ, Е.М. ЛЯЛИНА,
В.А. МАХОНИЧ, Т.В. ДРЮЧИНА, Н.Э. ТИЩЕНКО

Луганский государственный медицинский университет.
Украина

Вакцинопрофилактика – это наиболее мощный метод борьбы с инфекционной патологией. Вакцинопрофилактика как мероприятие оценивается по 3 группам критериев: охват прививками, уровень иммунологической или клинической эффективности (efficacy) и эпидемиологическая или полевая эффективность (effectiveness). Наиболее объективную оценку иммунологической эффективности вакцин можно получить при вакцинации серонегативных к специфическим антигенам детей. Из таких детей формируют основную и контрольную группы. Оценка иммуногенности вакцинного препарата осуществляют на основе определения разницы в числе лиц, имеющих антитела в этих двух группах. Коэффициент иммунологической эффективности определяют по следующей формуле:

$$КЭ = \frac{a \times 100}{A} - \frac{b \times 100}{B} \%$$

где КЭ – коэффициент иммунологической эффективности; А – число привитых испытуемым препаратом, у которых исследовали парные сыворотки крови; В – то же в контрольной группе лиц; а – число привитых с возникшим иммунологическим сдвигом; б – то же в контрольной группе. Иммунологические сдвиги, возникающие при вакцинации, оцениваются также по проценту сероконверсии. Вакцина считается высокоэффективной, если процент сероконверсии составляет 90% и выше. Коэф-

фициент защищенности (Е) определяется по формуле:

$$E = \frac{100 \times (b - a)}{b} \%$$

где а – заболеваемость среди лиц, получивших препарат; б – заболеваемость среди лиц, не получивших препарат. Проведенное нами исследование показало, что трехкратное введение вакцины против гепатита В («Энджерикс В») обеспечивает выработку протективного уровня антител у 95% привитых детей. Защитный уровень антител к поверхностному антигену ГВ сохраняется на протяжении четырехлетнего периода наблюдения.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

И.Б. ЕРШОВА, Е.М. ЛЯЛИНА, Я.А. ВОДОЛАЗСКАЯ

Луганский государственный медицинский университет,
Украина

Интерес врачей разных специальностей к симптомокомплексу, получившему название «метаболический синдром» (МС), все более возрастает по мере изучения этого феномена. Это обусловлено в первую очередь широким распространением метаболического синдрома в популяции. Нарушения, объединенные рамками метаболического синдрома, нередко начинают формироваться в детском возрасте задолго до клинической манифестации основных проявлений. Однако работ по проблеме метаболического синдрома у детей и подростков недостаточно, они единичны и противоречивы. В связи с этим задачей нашего исследования было изучение особенностей состояния здоровья и психовегетативных расстройств у детей с метаболическим синдромом. Было обследовано 38 детей в возрасте от 7 до 18 лет. Диагностика МС осуществлялась согласно диагностическим критериям International Diabetes Federation (2005 г.). Исследование показало более высокую частоту соматической патологии у детей с МС. Были выявлены следующие неврологические проявления метаболического синдрома у обследуемых детей: пациенты предъявляли жалобы на раздражительность, вспыльчивость, колебания настроения, головокружение несистемного характера, или головокружение, возникающее при перемене положения тела. Изучение вегетативного тонуса у детей с МС с помощью таблицы А.М. Вейна выявило преобладание симпатических влияний и усиление парасимпатических влияний ($p < 0,05$). Вегетативный индекс Кердо в группе дебюта МС ($-7,04 \pm 2,13$) был достоверно ниже ($p < 0,001$), чем в группе практически здоровых детей ($31,75 \pm 2,0$), что можно объяснить неудовлетворительной адаптацией детей с МС, снижением резервов приспособления и не-

адекватным реагированием. Сопоставление значений коэффициента Хильдебранта между детьми с МС и практически здоровыми не обнаружило существенных различий. Кроме того, у детей с МС была определена избыточная вегетативная реактивность и зарегистрировано преимущественно избыточное вегетативное обеспечение положительных, отрицательных эмоций и умственной деятельности.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ

И.Б. ЕРШОВА, М.В. РУСЕЛЕВИЧ

Луганский государственный медицинский университет,
Украина

Вазомоторный ринит (ВР) является общим заболеванием с местным преимущественным проявлением патологии в полости носа. В структуре заболеваний полости носа и околоносовых пазух ВР занимает одно из первых мест, причем отмечается тенденция к возрастанию удельного веса этого заболевания. Несмотря на многочисленность публикаций, количество работ, касающихся вегетативного статуса при ВР, ограничено. Представленная работа основана на результатах клинко-инструментального обследования 74 детей с ВР в возрасте от 7 до 18 лет, из них мальчиков – 43 (58%) и девочек – 31 (42%). В условиях стационара проводилось клинко-функциональное обследование, которое включало в себя: сбор анамнеза, объективное и инструментальное исследование: риноскопия, Ро околоносовых пазух, исследование ВНС, оценка состояния мукоцилиарного клиренса слизистой оболочки носа, рН носового секрета, состояние обонятельной функции. У больных ВР была выявлена следующая патология: у 8 (11%) детей – аденоидные вегетации II–III степени, у 4 (5%) – кистозно-гнойный синусит, у 2 (3%) – искривление носовой перегородки, у 2 (3%) детей диагностирована декомпенсированная форма хронического тонзиллита. Через 1–6 месяцев после проведения соответствующих санлирующих операций все 16 (22%) детей повторно поступили на стационарное лечение. В настоящее время в концепции патогенеза ВР ведущей является теория о нарушении регуляции звеньев ВНС. В данной работе одним из приоритетных направлений является исследование состояния ВНС у больных ВР. Анализ показал, что у 12 детей выявлен эйтонический нормотонический тип ИВТ, у 44 – в вегетативном статусе преобладали признаки парасимпатикотонической (ваготонической) направленности и у остальных 18 больных ВР в статусе преобладала симпатикотония. На основании полученных результатов исследования вегетативного гоме-

остаза больных ВР можно сделать вывод о преобладании парасимпатических или симпатических влияний, что необходимо учитывать в лечении заболевания. Помимо препаратов, направленных на коррекцию вегетативных дисфункций, в комплекс медикаментозного лечения входили гипосенсибилизирующие и витаминные средства.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИАРЕЯМИ

Ф.Ф. ЖВАНИЯ¹, Т.С. ЛАЗАРЕВА¹, Е.Ф. ЛУКУШКИНА¹,
В.Ю. АЛЬБИЦКИЙ²

¹ ГОУ ВПО «Нижегородский государственный медицинский университет Росздрава», г. Нижний Новгород. ² ГУНЦЗД РАМН, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность исследования качества жизни (КЖ) у детей раннего возраста с синдромом хронической диареи обусловлена прогрессирующим ростом патологии в России и большой частотой рецидивов. Целью исследования была оценка КЖ детей раннего возраста с синдромом хронической диареи при помощи анкеты QUALIN. Обследовано 118 человек в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, из них 44 здоровых детей, 96 больных с хроническими диареями. Все дети были разделены на две возрастные категории: от 3 месяцев до 1 года и от 1 до 3 лет. Формирование возрастных групп детей проведено согласно возрастным распределениям в опроснике QUALIN. Каждая возрастная категория включала в себя группу детей с хроническими диареями (группа «ХД») и группу сравнения. Респондентами, участвующими в исследовании, являлись родители и врачи. Ими самостоятельно заполнялись формы опросника QUALIN для родителей и педиатров. Сравнительный анализ параметров КЖ детей с синдромом хронической диареи показал, что пациенты основной группы имеют статистически значимо ($p < 0,0001$) низкие показатели качества жизни по всем аспектам жизнедеятельности по сравнению с аналогичными параметрами здоровых детей. Оценка показателей шкал «Психологический статус и физическое здоровье» родителями и врачами достоверно значимо различались в старшей возрастной группе ($p < 0,0001$). Дети основной группы в фазе обострения и неполной клинико-лабораторной ремиссии имеют достоверно ($p = 0,006$) более низкие средние показатели по блоку «Психологический статус и физическое здоровье», чего нельзя сказать о результатах родительской формы. В ремиссию основного заболевания выявлено достоверное повышение значений как в родительской, так и врачебной формах по шкалам: «Поведение и общение», «Способность оставаться одному», «Психологический статус и физическое здоро-

вье» ($p = 0,003$). Лишь, средние результаты по шкале «Семейное окружение» остались неизменными. Корреляционный анализ выявил прямую среднюю корреляцию по Спирмену между значением детрита, уровнем цинка в крови и показателями КЖ по шкале «Психологический статус и физическое здоровье» ($\rho = 0,406$; $\rho = 0,026$ и $\rho = 0,447$; $\rho = 0,01$). Таким образом, исследование КЖ у детей с синдромом хронической диареи с помощью опросника QUALIN является надежным и чувствительным инструментом оценки состояния ребенка в различные периоды заболевания, а также критерием эффективности лечения.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Ю.В. ЗБАРАЖСКИЙ, М.И. КОГУТНИЦКАЯ,
Б.А. БЕЗКАРАВАЙНЫЙ, Т.В. БАУТИНА, Г.И. РЕПИНА

Луганский государственный медицинский университет,
Украина

Диагностика, лечение и прогнозирование перинатальных поражений ЦНС является одной из главных проблем неонатологии на современном этапе. Среди причин перинатального поражения ЦНС у новорожденных особое место занимают внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК), частота которых за последние несколько лет увеличилась, что связано, в том числе, с широким распространением и совершенствованием нейровизуализирующих методов диагностики. За период 2007–2008 гг. в ОИТН Луганского городского родильного дома находились на лечении 29 недоношенных новорожденных с различной тяжестью ВЖК. Всем детям проводилось НСГ-исследование в В-режиме, режиме цветного доплеровского картирования и импульсного доплера. Исследования проводились на сонографах Logic book XP и Logic 5 Pro, мультисекторными датчиками с частотой 5–10 МГц. Нейросоноскопия всем детям осуществлялась при поступлении в отделение, на 3, 5 и 10-й дни пребывания в отделении. При обследовании в первые дни жизни было выявлено повышение скорости кровотока в артериях основания мозга, преимущественно за счет конечно-диастолической скорости, что свидетельствовало о дилатации резистентных сосудов мозга. В качестве прогностического критерия исходов ВЖК была использована динамика показателя индекс резистентности (IR), норма которого лежит в пределах 0,65–0,70. При благоприятном течении процесса к 3–4 суткам жизни отмечалась нормализация показателя. Сохраняющийся после 4 суток жизни $IR < 0,6$ свидетельствовал о неблагоприятном прогнозе ВЖК. Острая гиперемия приводит к вазогенному отеку мозга.

Системная гипотензия на фоне нарушений ауто-регуляции мозгового кровотока, стойкий вазопарез приводят к ишемии и очаговому некрозу преимущественно в перивентрикулярных областях головного мозга у недоношенных детей.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Н.И. ЗРЯЧКИН, Л.В. ВАСИЛЕНКО, Т.Л. ВАСИЛЕНКО

ГОУВПО «Саратовский государственный медицинский университет Росздрава», Российская Федерация

Целью исследования было изучение состояния здоровья перенесших детей и, детей, родившихся своевременно, после вакуум-экстракции плода за головку, акушерских щипцов и кесарева сечения. Ретроспективно изучено состояние здоровья 100 детей, родившихся при перенесенной беременности и запоздалых родах, с момента рождения и до 9-летнего возраста (основная группа). Группу сравнения составили 100 детей, родившихся при своевременных родах. Постнатальная асфиксия наблюдалась после вакуум-экстракции плода у 47 (82,5%) перенесших детей и у 26 (45,6%) доношенных младенцев ($p < 0,001$), после акушерских щипцов – у 8 (53,3%) и 5 (33,3%) соответственно ($p > 0,05$) и после кесарева сечения – у 10 (35,7%) и 8 (28,6%) детей ($p > 0,05$). Частота поражений ЦНС у перенесших детей в первые годы жизни составила 24%, у доношенных сверстников – 12% ($p < 0,03$). После вакуум-экстракции плода поражения ЦНС установлены у 16 (28,1%) перенесших детей и 10 (17,5%) доношенных, после акушерских щипцов – у 3 (20%) и 1 (6,6%), после кесарева сечения – у 5 (17,9%) и 1 (3,6%) соответственно. Органические поражения ЦНС выявлены у 3 (3,0%) перенесших детей. Из них у 2 детей были ДЦП в виде гемипарезов и у одного – олигофрения в степени дебильности. Паралич Эрба отмечен у 2% детей, неврозы – у 19%. Среди доношенных сверстников группы сравнения ДЦП в виде гемипареза был у 1% ребенка, паралич Эрба – у 1% и неврозы – у 10% детей. Органические поражения ЦНС у детей обеих групп имели место только после вакуум-экстракции плода. Таким образом, оперативное родоразрешение травматично для детей. Особенно травматичны родоразрешающие операции для перенесших детей, когда плод страдает от внутриутробной гипоксии. Среди родоразрешающих операций для детей наиболее травматична вакуум-экстракция плода за головку. Менее травматичны акушерские щипцы и еще меньше – кесарево сечение. Органические поражения ЦНС наблюдаются только после вакуум-экстракции плода. Учитывая тот факт, что акушерские щипцы и

вакуум-экстрактор накладываются в идентичных условиях, нужно отдавать предпочтение акушерским щипцам.

ІМУНОЦИТОХІМІЧНА ДІАГНОСТИКА ЛІМФОМ У ДІТЕЙ

Т.С. ІВАНІВСЬКА, Н.І. УКРАЇНСЬКА

Інститут експериментальної патології, онкології та радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, м. Київ, Україна

Метою дослідження було визначення маркерних (морфологічних, цитохімічних, імунофенотипових) ознак злоякісно трансформованих клітин в цитологічних препаратах при неходжкінських злоякісних лімфомах (НЗЛ) та лімфомі Ходжкіна у дітей. З 283 обстежених дітей з онкопатологією (досліджувались препарати периферичної крові, кісткового мозку з трьох точок, тонкогілкові пункти лімфатичних вузлів) у 47 випадках було діагностовано НЗЛ та у 16 – лімфому Ходжкіна. Встановлено, що у дітей переважає лімфома Беркітта спорадичного типу, на другому місці – лімфобластні лімфоми, на третьому – анапластична крупноклітинна лімфома. Виявлено, що клітини при лімфомі Беркітта спорадичного типу мали характерну інтенсивно базофільну і вакуолізовану цитоплазму. На їх поверхневих мембранах визначались антигени CD19, CD20, CD22, CD79a, іноді CD10. При Т-клітинних лімфобластних НЗЛ виявлялись CD7, TdT, суCD3, варіююча експресія CD5 та CD2, часто коекспресія CD1a, CD4 і CD8. При В-клітинних НЗЛ – HLA-DR, TdT, CD19, суCD79a, у більшості випадків CD22, CD20, іноді CD10. Анапластичні крупноклітинні НЗЛ були представлені крупними бластоподібними клітинами. На клітинах виявлялися CD30, здебільшого EMA та ALK. Для Т-клітинного варіанту була характерною експресія CD25 і CD43, при цьому CD5, CD7, CD3 та CD8, як правило, не виявлялись. При О-типі НЗЛ експресія більшості Т-клітинних антигенів була негативною. Лише в ряді випадків клітини були CD2 і CD4 позитивними. На підставі вивчення препаратів лімфатичних вузлів у хворих з лімфомою Ходжкіна було виділено гістологічні варіанти: з переважанням лімфоцитів (3 випадки); змішано-клітинний (9); багатий на лімфоцити варіант класичної лімфоми Ходжкіна (4). При імуноцитохімічному дослідженні на клітинах Березовського-Штернберга і Ходжкіна виявляли експресію CD30, CD15, EMA, іноді CD3, CD19, CD79, CD20, не визначалось CD45. Отже, верифікація форми цитологічних варіантів лімфом на підставі сучасних імуноцитохімічних технологій із застосуванням моноклональних антитіл дає змогу ефективно проводити сучасну протокольну терапію хворим дітям.

КЛИНИЧЕСКАЯ И МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СМЕСЕЙ С ПРЕБИОТИКАМИ В ПИТАНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Т.И. ИВАННИКОВА

ГОУВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко», Российская Федерация

Несмотря на рост в последние годы числа детей, находящихся на естественном вскармливании, процент детей раннего возраста на искусственном и смешанном вскармливании остается еще достаточно высоким, в том числе и среди новорожденных, что заставляет вести поиск смесей, наиболее полно удовлетворяющих потребности ребенка первого года жизни и оказывающих положительный эффект на становление функций органов пищеварения. Целью работы явилась оценка эффективности смеси Нутрилон Комфорт 1 с пребиотиками Immunofortis на становление функций желудочно-кишечного тракта и микробиоты кишечника у новорожденных детей. Под наблюдением находилось 30 детей, которые в течение 10 дней получали указанную смесь. Проведенные исследования показали хорошую переносимость смеси у 82,2% детей. При изучении влияния смеси на динамику гастроинтестинальных нарушений отмечено достоверное уменьшение таких симптомов, как срыгивание, кишечные колики, метеоризм. Определено достоверное увеличение кратности стула у детей с тенденцией к развитию запоров (у 85,8%). После применения смеси уменьшалась частота появления патологических примесей в кале. Вскармливание детей смесью с пребиотиками приводило к достоверному увеличению уровня бифидобактерий с $7,10 \pm 0,05 \log_{10}$ КОЕ/г до $8,60 \pm 0,20 \log_{10}$ КОЕ/г фекалий ($p < 0,05$). Сравнительные исследования у детей, получавших грудное молоко, базовую адаптированную молочную смесь и смесь Нутрилон Комфорт 1 с пребиотиками Immunofortis, показало у последних более выраженное влияние на нормализацию частоты стула, исчезновение патологических примесей в стуле; сопоставимое с детьми на естественном вскармливании купирование срыгиваний и кишечных коликов; более эффективное воздействие на уменьшение метеоризма; эксклюзивный эффект увеличения количества бифидобактерий в бактериальных картах новорожденных детей уже через 10 дней после назначения смеси. Учитывая вышеперечисленные эффекты, можно рекомендовать смесь Нутрилон Комфорт 1 с пребиотиками Immunofortis к широкому применению у детей первого месяца жизни в начале базового питания при невозможности реализации естественного вскармливания.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ БАКТЕРІАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У НЕМОВЛЯТ

Л.А. ІВАНОВА, Н.В. КОРДУНЯН, Н.А. СКРАЩУК

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Україна

Тактика лікування гострих пневмоній у дітей значною мірою залежить від етіології цього захворювання. При бактеріальній пневмонії основне значення надається антибактеріальній терапії, а при вірусній – акцент зсувається в бік симптоматичної терапії. Водночас, використання рутинних клініко-лабораторних критеріїв досить часто не дає можливості на початку захворювання чітко визначити етіологію пневмонії, особливо у немовлят. З метою вивчення діагностичної цінності білків гострої фази запалення у підтвердженні бактеріальної пневмонії у дітей грудного віку було обстежено 177 немовлят з інфекцією нижніх дихальних шляхів. Першу групу складала 100 дітей грудного віку, яких лікували в стаціонарі з приводу бактеріальної пневмонії, до другої групи увійшло 77 хворих із гострою вірусною інфекцією нижніх дихальних шляхів. В роботі показано, що С-реактивний білок (СРБ) при підвищенні його рівня у сироватці крові хворих на інфекцію нижніх дихальних шляхів більше 10 мг/л підтверджував із високою чутливістю (84,4%) та помірною специфічністю (61,4%) наявність бактеріальної пневмонії. Підвищення вмісту в сироватці крові альфа-1-антитрипсину понад 3,7 г/л (чутливість – 76,5%, специфічність – 17,6%) і феритину більше 54,0 нг/мл (специфічність – 83,3%, чутливість – 25,0%) невиправдано розглядати для підтвердження бактеріальної пневмонії. Доведено високу діагностичну цінність у підтвердженні бактеріальної пневмонії у дітей грудного віку одночасного підвищення вмісту у сироватці крові С-реактивного білка більше 10 мг/л та оксидазної мікробіодності нейтрофільних гранулоцитів крові за даними спонтанного НСТ-тесту понад 17%. Так, чутливість цієї діагностичної пари становила 93%, специфічність – 70%, позитивна передбачувана цінність – 90%, негативна – 77%. При цьому абсолютний ризик наявності бактеріальної пневмонії склав 70%, а відношення ризиків – 37,2%. Таким чином, якщо в дитини грудного віку з ознаками інфекції нижніх дихальних шляхів концентрація СРБ в сироватці крові перевищує 10 мг/л і визначається більше 17% формазанпозитивних клітин, приймається рішення про бактеріальну природу захворювання і призначається антибактеріальна терапія.

ДИСБИОЗ И ПРОТОЗООЗЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С МИНИМАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ И СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К АЛЛЕРГЕНАМ

Н.Г. ИВАНОВА

ГОУВПО «Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия», Российская
Федерация

Целью исследования явилась оценка микробиоты кишечника у детей с нефротическим синдромом с минимальными изменениями (НСМИ) и сенсibiliзацией к аллергенам, инвазированным некоторыми патогенными и условно патогенными кишечными простейшими. Обследовано 44 пациента в возрасте от 2 до 18 лет с НСМИ, с повышением специфических IgE антител к аллергенам в 100%, из них: 24 – в активной стадии (дебют и рецидив), получающих глюкокортикоидную терапию (ГКТ), 20 – в ремиссии без ГКТ. Состояние микрофлоры кишечника оценивали согласно рекомендациям ОСТа 91500.11.0004–2003. Паразитарные инвазии исследовали методом прямой микроскопии фекалий. У 27 (61,4%) из 44 пациентов выявлены патогенные и условно патогенные простейшие (*Lambliа intestinalis* – 100%, *Blastocystis hominis* – 21%). Достоверных отличий частоты выявления простейших у детей в активной стадии и в ремиссии не установлено (63 и 55%, $p=0,12$). У инвазированных детей достоверно чаще диагностировали повышение общего IgE, чем у детей без инвазий простейшими – 18 (66,7%) и 3 (17,6%) пациентов ($p=0,0005$). Определено нарушение состава фекальной микрофлоры в 100% у 24 пациентов в активной стадии, а именно: снижение бифидобактерий – в 79%, лактобактерий – в 95%; повышение клостридий – в 67%, энтерококков – в 71%. В 43,8% случаев выделен золотистый стафилококк, в 87,5% – грибы рода кандида. Из 20 пациентов в ремиссии без ГКТ в фекальной микрофлоре выявлено снижение бифидобактерий в 23%, лактобактерий – в 80%, повышение клостридий – в 10%, энтерококков – в 4%, золотистого стафилококка – в 5%, грибов рода кандида – в 20% случаев. Таким образом, выраженные нарушения микробиоты кишечника выявлены у детей с НСМИ в активной стадии (дебют, рецидив), получающих глюкокортикоидную терапию, достоверно чаще, чем у таковых в ремиссии без глюкокортикоидной терапии. Инвазированность *Lambliа intestinalis* составила 61,4%. Частота повышения общего IgE достоверно выше у пациентов с НСМИ, инвазированных *Lambliа intestinalis*.

ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ З ГРУПИ РИЗИКУ

І.С. ІВАНЦІВ–ГРІГА

Національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна

У структурі алергічних захворювань переважну більшість становлять atopічні захворювання. Харчова алергія є одним із найпоширеніших патологічних станів у дітей раннього віку. Ми намагалися оцінити вплив вигодовування на розвиток atopії у немовлят звичайного та високого ступеня ризику розвитку алергії з урахуванням вікових аспектів у віці 12 місяців. Найбільший ризик розвитку алергії у віці 12 місяців у немовлят з обтяженим алергологічним анамнезом та (або) підвищеним вмістом IgE у пуповинній крові становить штучне вигодовування звичайними сумішами, введене в періоді новонародженості. У цих же немовлят введення штучного і змішаного вигодовування у будь-якому віці збільшує ризик виникнення клінічних проявів алергії у 12 місяців. У немовлят з необтяженим алергологічним анамнезом і нормальним вмістом IgE у пуповинній крові введення штучного і змішаного вигодовування в періоді новонародженості збільшує ризик розвитку клінічних проявів алергії в 12 місяців; введення штучного та змішаного вигодовування звичайними сумішами поза періодом новонародженості не збільшує ймовірності появи клінічних проявів алергії. Рекомендовано уникати введення штучного вигодовування як першого вигодовування у будь-якому разі (крім тих, де грудне вигодовування є протипоказане); при введенні штучних сумішей до 6-ти місяців зберігати змішане вигодовування.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

О.Г. ИВАНЬКО, Е.Л. МИХАЛЮК, В.Я. ПИДКОВА,
Ю.В. СЕЛИНА, А.А. ШУЛЬГА, А.С. КРУТЬ, Н.В. КИЗИМА,
И.В. ПАЩЕНКО, О.И. КОШЕВАЯ

Запорожский государственный медицинский университет,
Украина

На основании наблюдения группы подростков в возрасте 17–18 лет (студенты первого курса медицинского университета) разрабатывается метод немедикаментозного лечения первичной артериальной гипертензии и предгипертензионных состояний. Суть работы основывается на клинической гипотезе, что тренировочный процесс в виде циклических динамических упражнений в аэробном режиме (занятия на велотренажере) средней и высокой интенсивности способствует долговременному снижению сис-

темного периферического сопротивления крови в артериях, следовательно, способен снижать артериальное давление. Для отбора подростков в группы наблюдения мы проводим первичный скрининг в виде 3-кратного измерения артериального давления в стандартных условиях с интервалом в 7–10 дней. Лица, имеющие высокие нормальные цифры артериального давления, и с артериальной гипертензией проходят затем клиническое обследование, которое включает суточное мониторирование артериального давления, реографические исследования, эхокардиографию, электрокардиографию, осмотр глазного дна и необходимые исследования, исключая симптоматическую гипертензию. Больные с гипертонической болезнью 2 степени из исследования исключаются, им проводится медикаментозное лечение. Исследования показали высокую степень соответствия результатов скрининга данным суточного мониторирования артериального давления. Вторым этапом исследования является изучение физической работоспособности пациентов и результатов функциональных тестов в процессе назначения пробных физических нагрузок. На этом основании специалистом по лечебной физкультуре и медицинской реабилитологии планируется долговременный (6–9 месяцев) тренировочный процесс (3-й этап). Сравнительные наблюдения подразумевают исследования групп подростков с первичной артериальной гипертензией и условно здоровых лиц, участвующих или не участвовавших в тренировках с максимально полной рандомизацией их по другим признакам. Программа включает динамическое наблюдение и катанез добровольцев через 1,3 и 5 лет.

РАЗВИТИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕЕ У ДЕТЕЙ

О.Г. ИВАНЬКО, М.В. ПАЦЕРА, Е.А. РАДУТНАЯ, М.А. ЯРЦЕВА,
Я.С. СКРИПНИКОВА

Запорожский государственный медицинский университет,
Украина

C. difficile-ассоциированная инфекция вызывает диарею, псевдомембранозный колит, ассоциированные с антибиотикотерапией. Терапия полусинтетическими пенициллинами, аминогликозидами и цефалоспоридами 3-го поколения в условиях отделения интенсивной терапии приводит к тому, что 17% детей (из них 8% с тяжелыми, 67% со среднетяжелыми и 15% с легкими проявлениями) в течение 3 недель наблюдения заболели *C. difficile*-ассоциированной диареей. Свообразную группу представляют дети с длительной терапией рифампицином и другими противотуберкулезными препаратами, осложнения со стороны желудочно-кишечного

тракта у которых регистрируются в 22% случаев. Наконец, *C. difficile*-ассоциированная инфекция может принимать характер рецидивирующей или хронической в условиях амбулаторного наблюдения в результате многократного применения антибиотиков. Сохранение токсинов в стуле свидетельствует о хроническом течении болезни, а появление их после периода клинико-лабораторного благополучия – о рецидиве или суперинфекции. Носительство или субклинические формы инфекции *C. difficile*, которые могут быть определены по обнаружению клостридиальных токсинов в концентрации более 1 нг/мл стула, распространены у новорожденных, детей раннего возраста и даже в более старших детей, которые когда-либо получали антибиотики. Только дети от 1 до 6 лет, находившиеся ранее на грудном вскармливании, не имевшие симптомов диареи и ранее не получавшие антибиотики, в 100% наблюдений были свободны от токсинов. Профилактика *C. difficile*-инфекции должна быть направлена на рационализацию антибиотикотерапии и на деcontаминацию спор в лечебных учреждениях дезинфицирующими агентами на основе гипохлорита. Назначение пробиотического препарата Lacidofil® на основе *Lactobacillus* с первых часов антибактериальной терапии и одновременно с антибиотиком снижает риск развития *C. difficile*-ассоциированной диареи в 6 раз. Заболевают *C. difficile*-ассоциированной диареей пациенты высокого риска, в частности принимающие антибиотики и, вероятно, не имеющие антител к их токсинам. Даже в условиях контакта с большим числом токсин-позитивных больных в условиях противотуберкулезного отделения медицинский персонал (врачи, медсестры, санитарки) остается интактным, и активные либо субклинические формы инфекции не развиваются.

РАННЯЯ ПОСТНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Л.И. ИППОЛИТОВА, С.С. ГОНЧАРОВА, М.В. СУЛИНА

ГОУВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ»,
Российская Федерация

Во всех странах мира, в том числе и в нашей стране, отмечается возрастание частоты кесарева сечения (КС) в интересах здоровья матери и плода. Целью нашего исследования было изучение и сравнение особенностей ранней неонатальной адаптации и вскармливания у 1337 новорожденных после КС, выполненного до и во время родовой деятельности с применением комбинированного эндотрахеального наркоза и

спинальної анестезии с детьми, рожденными через естественные родовые пути (контрольная группа). Достоверных различий по полу, гестационному возрасту (38,7–39,2 недели), параметрам физического развития, оценке новорожденных по шкале Апгар по группам не выявлено. У детей после КС наиболее частой патологией перинатального периода было гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС (до 59,4%), что гораздо чаще ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой (40%). Такие синдромы, как гипертоническая дисфункция, судорожный, вегетативно-висцеральный дисфункциональный синдромы встречались одинаково часто, а вот гипертонический был у большего числа новорожденных после КС ($p < 0,05$). Синдром угнетения ЦНС отмечался в 2 раза чаще после планового оперативного родоразрешения. В группах детей, извлеченных с помощью КС, достоверно чаще (до 14,2%) встречалось преходящее транзиторное тахипноэ, связанное с задержкой реабсорбции легочной жидкости, после плановых операций каждый 9-й ребенок имел данную патологию. К концу первой недели жизни в контрольной группе на естественном вскармливании было 80% новорожденных, на смешанном – 16%, искусственном – 4%. В группах после КС только грудное молоко получали 48% детей, докармливались адаптированными смесями 45% и 7% были на искусственном вскармливании. Проведенные исследования позволяют отнести новорожденных, извлеченных КС, в группу риска по возникновению у них респираторных расстройств, неврологических нарушений в виде синдромов угнетения ЦНС и гипертонического. Раннее прогнозирование недостаточной лактации у женщин после КС поможет в организации мероприятий по профилактике и коррекции гипогалактии и поддержке грудного вскармливания.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Р.Б. ИСАЕВА, Н.А. ДЬЯЧЕНКО, К.А. ПУШКАРЕВ

Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы

В опубликованном докладе ВОЗ «Всемирная статистика здравоохранения 2008» (Женева, 2008) вопросам цереброваскулярных расстройств (ЦВР) среди взрослого и детского населения уделяется самое пристальное внимание в связи с ежегодным ростом инсультов в последние годы. В настоящее время они занимают одно из ведущих мест среди причин смерти и первое место среди причин стойкой утраты трудоспособности, а также инвалидизации населения. Целью настоящего исследования явилось определение ведущих факторов риска формиро-

вания ЦВР у детей, проживающих в г. Алматы. Работа была выполнена на базе ДГКБ № 1 г. Алматы. Проведен ретроспективный экспертный анализ историй болезней 279 детей в возрасте от 0 до 14 лет, с диагнозом ЦВР, которые находились на стационарном лечении в отделениях реанимации, интенсивной терапии и анестезиологии (ОРИТА) и нейрохирургии с 1999 по 2008 год. Изучению подлежали все случаи нетравматического геморрагического инсульта у детей. Всего с 1999 по 2008 гг. в ДГКБ № 1 было госпитализировано 439 детей с ЦВР, в том числе 279 больных с ЦВР нетравматического генеза, удельный вес которых составил 63,6%. Установлено, что рост частоты встречаемости ЦВР и летальности от этой патологии у детей, проживающих в г. Алматы, за последнее десятилетие вырос в 3 раза. Анализ распределения детей с ЦВР, в зависимости от различных видов геморрагических инсультов, показал, что внутримозговые кровоизлияния составляют 35,1% (98 случаев); субарахноидальные кровоизлияния – 31,9% (89); инфаркт, не уточненный как кровоизлияние, или инфаркт – 22,9% (64), другие нетравматические кровоизлияния – 10,0% (28). Количество госпитализированных мальчиков составило 68,8% (192 ребенка) и превысило в 2,2 раза аналогичный показатель в группе девочек – 31,2% (87). Из 279 поступивших в стационар детей 68,5% (191 больной) были дети в возрасте до 1 месяца жизни. Дети с 0(I) и А(II) группой крови – 79,4% (135 детей) – поступали в четыре раза чаще, чем дети с В(III) и АВ(IV) группами – 20,6% (35). У 86,7% детей было выявлено наличие внутриутробной инфекции: ЦМВ, ВПГ, токсоплазмоз и хламидийная инфекция. Таким образом, по данным анамнеза и результатам клинико-лабораторных исследований, ведущими факторами риска формирования ЦВР у детей явились: пол и возраст, группа крови, внутриутробные инфекции.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА, СПОНТАННЫЙ АПОПТОЗ И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ РЕПАРАЦИИ У ДЕТЕЙ

К.С. КАЗНАЧЕЕВ¹, Н.А. СМЕТАННИКОВА²

¹Новосибирский государственный медицинский университет.

²ГУ «Исследовательский центр вирусологии и биотехнологии «Вектор», г. Новосибирск, Российская Федерация

Исследовалось влияние спонтанной апоптотической активности бластных клеток и экспрессии генов репарации ДНК (*CCR5*, *XRCC1*, *XPB*) на течение острого лимфобластного лейкоза у детей (ОЛЛ). Обследовано 72 ребенка от 3 до 14 лет с ОЛЛ, находившихся на лечении по протоколу МВ-2002. По результатам индукци-

онной терапии больные были разделены на две группы – достигшие костномозговой ремиссии на 15-й день от начала лечения (группа 1) и на 36-й день (группа 2). Пациенты группы 2 имели большую устойчивость к химиотерапии (отмечался достоверно более низкий уровень спонтанного апоптоза), по сравнению с группой 1. Бластные клетки больных с рецидивом (4 пациента) подвергались апоптозу в меньшей степени, чем клетки детей с положительной динамикой заболевания ($p < 0,01$). Имелась положительная корреляция между долей апоптотических измененных бластных клеток в костном мозге и сроком наступления ремиссии. Среди всех пациентов выявлено снижение частоты *w/del* варианта гена *CCR5* в 5,7 раза по сравнению со здоровыми подростками ($p = 0,03$). Одновременно среди больных ОЛЛ отмечается преобладание гомозиготного дикого (*w/w*) варианта в 1,2 раза по сравнению с контрольной группой ($p = 0,02$). Наличие мутаций в системе репарации ДНК, с одной стороны, повышает вероятность появления значимых для развития ОЛЛ изменений в геноме, с другой – повышает вероятность индукции апоптоза химиопрепаратами за счет не устранимых повреждений ДНК. В группе ОЛЛ по сравнению с контролем обнаружено достоверное снижение (в 3,4 раза, $p = 0,04$) доли комбинации высокой апоптотической активности + наличие минорного *XRCC1* (Gln399-Gln + Arg399Gln) (наличие мутации определяет снижение активности репарации оснований – ЭРО). Одновременно выявлено достоверное повышение (в 2,5 раза, $p = 0,03$) доли сочетания высокой апоптотической активности + наличие минорного *XPD* (Gln399Gln + Lys399Gln) (наличие мутации определяет снижение активности репарации нуклеотидов – ЭРН). Приведенные результаты могут отражать разнонаправленное влияние ЭРО и ЭРН на апоптоз бластных клеток у детей с ОЛЛ.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н.Н. КАЛАДЗЕ, Н.В. ЛАГУНОВА, И.В. КАРМАЗИНА,
Е.М. МЕЛЬЦЕВА

Крымский государственный медицинский университет им.
С.И. Георгиевского, г. Евпатория, Украина

В настоящее время, по данным ВОЗ, злокачественные новообразования занимают одно из первых мест в структуре смертности детей в экономически развитых странах. Заболеваемость детей злокачественными новообразованиями имеют тенденцию к росту, причем эта тенденция четко прослеживается в регионах с ухудшением экологической ситуации и, особен-

но, после аварии на ЧАЭС. Современные интенсивные лечебные протоколы резко снизили смертность детей с гемобластомами с достижением возможности выживания приблизительно 70% пациентов. Прогноз при РЩЖ у детей, несмотря на частоту запущенных форм с регионарными и отдаленными метастазами, считается благоприятным, и указывается 98% общая 10-летняя выживаемость. Однако параллельно с успехами онкопедиатрии возрастает значимость проблем поздних осложнений лечения, проявляющихся в виде нарушения основных функций организма ребенка – кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ, внутренней секреции, психических и сенсорных функций, иммунитета и др. Проблема медико-социальной реабилитации детей-инвалидов в последнее время находится в центре внимания медицины и встала в ранг актуальных государственных задач. Санаторно-курортное лечение является важным звеном в этапной терапии различных заболеваний у детей. Предлагается комплекс санаторно-курортной реабилитации (СКР) детей с онко-гематологическими заболеваниями, который опробован на Евпаторийском курорте в медицинском центре «Евпатория» (клиническая база кафедры педиатрии с курсом физиотерапии ФПО КГМУ им. С.И. Георгиевского) и республиканском санатории «Чайка». Предложенным способом оздоровлено 110 детей, получивших программную терапию по поводу гемобластозов, и 32 ребенка, оперированных по поводу РЩЖ, и находящихся в ремиссии. Отдаленные (через 1–3 года) результаты предлагаемого комплекса СКР изучены у 42 детей с гемобластомами, причем у 14 из них с 3-кратным ежегодным пребыванием на Евпаторийском курорте, и у 13 детей с РЩЖ. Этап СКР детей с онко-патологией в стадии клинико-лабораторной ремиссии является оправданным, о чем свидетельствует положительная динамика клинических проявлений, показателей иммунитета и биохимических процессов, данных катамнеза.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА БИОРЕЗОНАНСНОЙ ВИБРОСТИМУЛЯЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Н.Н. КАЛАДЗЕ, Е.М. СОБОЛЕВА

Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь, Украина

На этапе санаторно-курортной реабилитации (СКР) в МДСОЦ «Дружба» г. Евпатория нами было обследовано 32 ребенка в возрасте от 7 до 14 лет с БА различной степени тяжести, находящихся в стадии ремиссии. В стандартный комплекс СКР был включен метод биорезонансной вибростимуляции (БРВС) с использованием

аппарата БРС-2, курс составил 8 ежедневных процедур. Всем детям после 3-дневного срока адаптации и за 3–4 дня до окончания санаторно-курортного лечения проводилась оценка состояния ВНС (на компьютерном кардиоанализаторе с использованием программного обеспечения фирмы «Нейро-Софт»). До начала санаторно-курортного лечения (СКЛ) нормализованные величины VLF, LF, HF, выраженные в %, и LF/HF имели следующие значения: VLF – $36,11 \pm 3,02$; LF – $28,84 \pm 1,24$; HF – $35,05 \pm 2,8$. Соотношение LF/HF находилось в пределах $1,16 \pm 0,19$, что соответствовало нормотоническому варианту исходного вегетативного тонуса (ИВТ). Однако, учитывая значительный удельный вес гуморального и симпатического влияния в поддержании эйтонии, можно расценить полученные результаты как дезадаптов. После проведенного СКЛ произошло уменьшение коэффициента вагосимпатического баланса (LF/HF), который достоверно снизился до $0,77 \pm 0,1$ ($p=0,024$), при этом оставаясь в пределах эйтонического варианта ИВТ. Оценивая вклад каждого из спектральных компонентов в формирование сердечного ритма, необходимо отметить достоверное снижение гуморальных влияний VLF – $27,93 \pm 2,59$ ($p=0,017$) и увеличение влияния парасимпатического отдела ВНС: HF – $44,97 \pm 3,73$ ($p=0,005$). Показатель LF, характеризующий вклад симпатического отдела ВНС в формирование сердечного ритма, имел тенденцию к снижению – $27,10 \pm 2,08$. Данные изменения свидетельствуют о повышении адаптационных резервов организма, на фоне проводимой терапии, снижении «цены адаптации», которое выразилось в нарастании вклада парасимпатических влияний и снижении суммарных симпатических и гуморальных влияний, направленных на поддержание нормотонического варианта ИВТ. Это позволяет нам сделать заключение о модулирующем влиянии метода БРВС, которое проявляется в случае значительных отклонений в функционировании систем, осуществляющих адекватную адаптацию.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

М.В. КАЛИЧЕВСКАЯ, Р.В. КОВТУНЕНКО, С.В. ЧУБЕНКО*, Т.В. ЛУЧАНИНОВА*

Днепропетровская государственная медицинская академия.

*Детская городская клиническая больница № 6, г. Днепропетровск, Украина

Дебют бронхиальной астмы (БА) или утяжеление ее течения во многом могут быть обусловлены сопутствующими заболеваниями, в том

числе патологий пищеварительной системы. Целью работы было изучение частоты и структуры заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) у детей с БА, а также особенностей течения БА у детей с сопутствующей гастроэнтерологической патологией. Обследовано 88 детей с БА в возрасте от 4 до 18 лет. На основании клинико-эндоскопического обследования у 57 (65,0%) детей были выявлены признаки поражения ВОПТ, среди которых: рефлюкс-эзофагит (23%), хронический гастрит и гастродуоденит (73%), язвенная болезнь луковицы 12-перстной кишки (6%), функциональная диспепсия (9%). Наличие сочетанной патологии ЖКТ встречалось у 78% детей. В группе детей с сопутствующими заболеваниями ВОПТ (I группа) тяжелая персистирующая астма была диагностирована в 14% случаев, среднетяжелая персистирующая – в 58%, легкая персистирующая – в 16%, интермиттирующая – в 12%. У детей без патологии ЖКТ (II группа) тяжелая персистирующая астма была выявлена в 8% случаев, среднетяжелая персистирующая – в 32%, легкая персистирующая – в 38%, интермиттирующая – в 22%. Кроме того, у детей I группы, не получавших базисную терапию, частота ночных приступов была достоверно большей, чем у детей II группы без базисной терапии ($4,2 \pm 0,3$ приступа/нед./чел. против $2,45 \pm 0,21$ прист./нед./чел., $p < 0,05$). Среди детей, получавших базисную терапию, в I группе средняя потребность в дополнительных ингаляциях β_2 -агонистов короткого действия составила $4,7 \pm 0,5$ раза в неделю, во II – $1,8 \pm 0,12$ раза в неделю ($p < 0,05$). Достоверной разницы в длительности обострений БА между группами выявлено не было. У 62% детей I группы выявлено наличие НР, однако нами не установлено достоверной корреляции между выявлением НР и степенью тяжести БА. Таким образом, БА у детей часто протекает с сопутствующей патологией ВОПТ, которая, в свою очередь, усугубляет течение БА.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

А.И. КАМИЛОВ, Р.С. ДЖУБАТОВА, К.Т. ЯДГАРОВА, А.В. АЛИМОВ

Министерство здравоохранения РУз, НИИ педиатрии, г. Ташкент, Узбекистан

Охрана здоровья детского населения в Республике Узбекистан возведена в ранг Государственной политики и является одним из приоритетных направлений системы здравоохранения. В соответствии с программой реформирования, педиатрическая помощь в стране претерпела изменения – осуществлен переход на двух-

ступенчатый уровень в первичном звене здравоохранения, в отличие от существовавшего пятиступенчатого уровня. В настоящее время медицинская помощь детскому населению в первичном звене оказывается врачами общей практики, работающими в сельских врачебных пунктах и семейных поликлиниках. В целях совершенствования нормативных основ оказания медицинской помощи детскому населению Министерством здравоохранения пересмотрены и издан ряд приказов с учетом рекомендаций ВОЗ (об оказании стационарной помощи детям, оценке роста и развития детей, оказания помощи детям-инвалидам и др.). За последние годы, благодаря внедрению новых технологий достигнуты определенные успехи в снижении заболеваемости и смертности среди детского населения. В структуре причин смертности лидирующие позиции занимают заболевания органов дыхания (более 35%). Внедрение скрининга позволило повысить эффективность мероприятий по выявлению врожденных пороков развития и предупреждению рождения детей с тяжелыми инвалидизирующими пороками развития. Перспективными направлениями развития педиатрической службы в Узбекистане является внедрение программ по эффективному перинатальному уходу, по интегрированному ведению болезней детского возраста в стационарных и амбулаторных условиях, грудному вскармливанию и др. Дальнейшее развитие предусматривается по программам медицинской помощи подросткам, по медицинскому обслуживанию в образовательных учреждениях.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Е.И. КАПРАНОВА, Н.А. БЕЛОУСОВА, О.Г. ШИРИНСКАЯ
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
Российская Федерация

Обследованы 73 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 9 лет, находившиеся ранее на лечении в отделении патологии новорожденных с основным диагнозом: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС I или II степени. Все дети были выписаны домой в удовлетворительном состоянии; им было предложено активное диспансерное наблюдение. На первом году жизни все дети регулярно получали ноотропы, препараты сосудисто-восстановительного ряда, ЛФК и массаж с положительным эффектом, однако в дальнейшем на плановую диспансеризацию приходили нерегулярно. В результате проведенных исследований у 95% пациентов выявлены различные формы гидроцефалии, внутричерепная гипертензия, гипервозбудимость, нарушения сна, метеочувствительность, чрезмерная двигательная

активность на фоне мышечной дистонии; на НСГ отмечались умеренное расширение ликворосодержащих пространств, повышение экзогенности паренхимы, наличие субэпидемальных псевдокист, на ДЭГ – повышение индекса резистентности в передней мозговой артерии. У 91% детей обнаружены вегето-висцеральные нарушения: изменение окраски кожных покровов, дискинезии желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей, лабильность сердечного ритма, признаки ишемической нефропатии (по данным УЗИ). Как правило, имело место сочетание гипертензионно-гидроцефального синдрома с вегето-висцеральными нарушениями. У большинства детей наблюдалась задержка речевого развития; многие пациенты страдали дислалиями. У 30% детей в 5–7 лет сформировался СДВГ в виде гиперактивности, агрессии, импульсивности, когнитивных нарушений. 80% детей часто болели ОРИ, на фоне которых у 42% развивался обструктивный бронхит. Следовательно, дети, перенесшие ППЦНС в виде церебральной ишемии, даже I степени, требуют длительного активного диспансерного наблюдения и реабилитации, так как даже при адекватном лечении на первом году жизни не наблюдается полной компенсации. На этом фоне формируются разного характера и степени выраженности неврологические отклонения, чаще в виде церебрастенического синдрома, и соматические нарушения, в первую очередь, со стороны органов дыхания и желудочно-кишечного тракта.

КОЛОЗЗОФАГАЛЬНЫЙ И КОЛОГАСТРАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗЫ – ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ ФУНКЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА

И.И. КАТЕЛЬНИЦКИЙ, М.Г. ЧЕПУРНОЙ, Н.Ю. ШТЕЙНБЕРГ
Ростовский государственный медицинский университет,
Российская Федерация

В клиниках детской хирургии и хирургических болезней № 1 РостГМУ разработан способ наложения соустья между дистальным концом толстокишечного трансплантата и задней желудочной стенкой на уровне субкардиального отдела. Способ защищен патентом на изобретение № 2344769 от 27.01.09 г. и состоит в том, что после выкраивания трансплантата из поперечно-ободочной кишки на питающей ножке – левых толстокишечных артерии и вены проксимальный конец его пропускают в «окне» малого сальника, размещают оральную половину трансплантата в загрудинном пространстве, а дистальную часть – позади желудка. На границе кардиального отдела и тела желудка накладывают кологастральный анастомоз, используя однорядный непрерывный инвагинационный шов (Prolen 4/0). Этот способ наложения анас-

томоза имеет ряд преимуществ перед традиционными методиками с наложением анастомоза на переднюю желудочную стенку. Основным его достоинством является то, что соустье накладывают на интактную заднюю стенку желудка в зоне отсутствия агрессивной в кислотно-ферментативном отношении слизистой и расположения газового пузыря желудка, обладающего функцией затвора, который предотвращает формирование рефлюкс-колита искусственного пищевода с последующим развитием в нем эрозий, язв и рубцовых стенозов анастомоза. В связи с этим все антирефлюксные пластические операции, разработанные специально для профилактики подобных осложнений и значительно удлиняющие само хирургическое вмешательство, становятся излишними. Кроме того, в этих же клиниках разработан способ наложения пищевода-толстокишечного анастомоза на шее, защищенный патентом на изобретение № 2266716 от 27.12.05 г. Суть его состоит в наложении анастомоза по типу конец пищевода в бок задней стенки толстой кишки с использованием однорядного непрерывного инвагинационного шва проленом (Prolen 4/0) через кишечный просвет временно вскрытого торцевого орального конца трансплантата. Использование разработанных способов наложения соустьев у 29 больных позволило предотвратить воспалительные процессы в дистальном (желудочном) конце искусственного пищевода и снизить процент несостоятельности швов шейного анастомоза с 37 до 0.

ОДНОРЯДНЫЙ ШОВ В АБДОМИНАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗАХ У ДЕТЕЙ

В.Б. КАЦУПЕЕВ

Городская больница № 20, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Проведены сравнительные экспериментальные исследования на кроликах с морфологическим изучением различных вариантов абдоминальных анастомозов при применении одно- и двухрядного непрерывных швов проленом (Prolen 5/0) в сроки от 7 до 28 дней после операции. Гистологическое изучение анастомозов показало, что при наложении однорядного шва по сравнению с двухрядным развивается меньшая выраженность и продолжительность воспалительной реакции в стенках сшиваемых органов, не образуются межшовные гнойники, лучше сохраняется внутривенное кровообращение, репаративная регенерация тканей идет по принципу *prima intentio*. Результаты экспериментов были перенесены в клиническую практику. Оперировано 27 детей в возрасте от 4 мес до 13 лет, у которых было наложено 56 анастомозов с использованием однорядного шва про-

леном (Prolen 5/0; 4/0). При этом накладывали комбинированный инвагинационный шов: заднюю губу соустья формировали непрерывным обвивным швом, а переднюю губу – непрерывной проленовой нитью швами Пирогова-Матешука, с прошиванием не только серозного покрова, мышечной оболочки и подслизистого слоя, но также с обязательным захватом края (в пределах 1 мм) слизистых оболочек сшиваемых органов. Накладывали следующие виды анастомозов: пищевода-толстокишечные на шее (при эзофагопластике), желудочно-толстокишечные (также при эзофагопластике), билиодigestивные, тонко-тонкокишечные, тонко-толстокишечные, толсто-толстокишечные, колоректальные. Непременным условием безосложненного течения репаративной регенерации тканей считаем ненарушенную трофику концов сшиваемых органов, их хорошее кровоснабжение. С помощью такого однорядного шва обеспечиваются не только герметизм и прочность соустья, но за счет незначительной инвагинации краев сшиваемых органов максимально сохраняется просвет анастомоза, что имеет не последнее значение в быстром восстановлении перистальтической активности зоны хирургического вмешательства. Ни у одного больного недостаточности швов анастомоза не было выявлено, что свидетельствует о высокой надежности однорядного непрерывного инвагинационного проленового шва в абдоминальной хирургии детского возраста.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

А.В. КАТИЛОВ, Д.В. ДМИТРИЕВ, А.В. МАЗУЛОВ, В.А. АНТОНЕЦ

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Украина

Пневмонии у детей остаются одной из наиболее сложных проблем клиник всего мира. Деструктивные пневмонии (ДП) в структуре всех пневмоний составляют по данным различных авторов от 10 до 30%. Проведено одностороннее, проспективное, нерандомизированное исследование, типа случай-контроль. Критериями включения в исследование были: оценка по шкале CIPS больше 6 баллов; критериями исключения: тяжелый сепсис, острое повреждение легких. Сроки исследования: 01.01.2006–01.03.2009 годы. Исследования проводили у 348 пациентов с диагнозом пневмонии. Средний возраст составил $12,3 \pm 3,4$ года. Деструктивная пневмония выявлена у 37 (10,6%) детей. Для диагностики и оценки эффективности лечения, которое проводилось больным с ДП, использовали клиническую шкалу инфекционной легочной патологии (Clinical Pulmonary Infection Sco-

re, CPIS). Забор матеріала для виділення причинно-значимих штаммов мікроорганізмів здійснювали з допомогою санаціонного катетера, культури ідентифікували на середі Мюллера-Хінтона. Статистичний аналіз проводили на основі пакета програм «Excel». Всем дітям проводилась антибактеріальна терапія, інфузійна терапія методом Holiday Segar, підтримуюча терапія. Оцінка по шкалі GRIPS в 1-е сутки виявлення ДП складала $6,2 \pm 1,2$ ($p < 0,05$). Трахеобронхіальні смиви брали на дослідження сразу після поступлення, а потім через 3–5 суток. В структурі органних пошкоджень при ДП у дітей ведучими були респіраторна дисфункція. В 42,8% посевів була виділена грамотрицательная флора (*E. coli* – 30%, *P. aurogenosae* – 70%), а в 57,2% посевів – грамположительная (*Staph. aureus* – 58%, *Staph. epidermis* – 22,5%). В 38% випадків ДП була полімікробного характеру. Виявлено відсутність клінічної ефективності у цефтриаксона. Максимально активними в відношенні потенціальних возбудителів ДП були меропенем, максипим. На фоні лікування ДП спостерігалося зниження температури тіла нижче $37,5^\circ\text{C}$ на 3–4 сутки, позитивна клініко-рентгенологічна динаміка, зниження лейкоцитоза. Таким чином, проведення комплексної терапії, включаючої в себе антибактеріальну терапію меропенемом і максипимом, інфузійну терапію методом Holiday Segar, являється основним ланкою в лікуванні ДП у дітей.

ГИПЕРНАТРИЕМИЧЕСКАЯ ДЕГИДРАТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

О.С. КАЧАЛОВА, А.А. ЮЗВА

Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Гипернатриемическая дегидратация новорожденных – патологическое состояние, которое возникает вследствие повышения уровня натрия в плазме крови выше 150 ммоль/л и сопровождается развитием неблагоприятных для ребенка состояний и осложнений, в первую очередь связанных с нарушением водно-электролитного обмена. Цель работы – выделить основные клинико-лабораторные проявления гипернатриемической дегидратации новорожденных и разработать алгоритм диагностики. Исследование проводилось на базе Киевской клинической детской больницы № 6. В ходе исследования было осмотрено 40 детей – 26 мальчиков и 14 девочек. Первыми предвестниками гипернатриемической дегидратации у новорожденных были: потеря массы тела больше 10% (97,5% детей), сонливость или резкая возбудимость (65,0%), сниженная сосательная активность (23,0%); снижение частоты мочеиспусканий

(< 6 раз/сутки) и дефекаций (< 4 раз/сутки) отмечено у 31% детей. Все дети были рождены в срок. У детей была исключена инфекционная патология или врожденные пороки развития. Почти половина (40,0%) детей были приложены к груди в родильном зале, 52,5% – на протяжении первых суток. Вскармливание у 38 случаев было свободное, и только у 2 детей – по часам. При этом 57,5% матерей знали объем молока, что выделяется на одно кормление, но среди них только у 10% он был больше 30 мл/вскармливание. 39 из 40 матерей не допаивали детей. Согласно анамнезу физиологическая потеря массы тела только у 1 (2,5%) ребенка была ниже 10%, тогда как у 65,0% – в пределах 10–20%, у остальных – больше 20%. Показатель гематокрита в 6 (15,0%) детей был ниже 40%, в 24 (60,0%) – в пределах 40–50%, в 10 (25,0%) – 50–60%. Гипернатриемия с уровнем натрия плазмы выше 150 ммоль/л была у 63,6% обследованных. Вопрос о возникновении гипернатриемической дегидратации при грудном вскармливании новорожденных очень важен и требует внимания с целью своевременной диагностики и коррекции.

АНАЛІЗ ВИПАДКІВ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

О.С. КАЧАЛОВА, І. БАРНА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Проведено аналіз 679 історій хвороб новонароджених, яких в зв'язку з наявністю жовтяниці було госпіталізовано до відділення патології новонароджених ДКЛ № 6 м. Києва. Всього за період 2006–2008 років у відділенні було проліковано 1374 дитини, з них діагноз гіпербілірубінемії було встановлено у 679 (49,5%). В 2006 р. гіпербілірубінемія діагностувалась у 189 (44,9%) новонароджених, в 2007 р. – у 201 (50,3%), в 2008 – у 289 (52,3%) дітей. Для соматичного анамнезу матерів було характерно, що вагітність проходила на фоні хронічних захворювань ШКТ (24,1%), нирок та сечовивідних шляхів (19,3%), алергічних захворювань (14,5%). Частою патологією були невиношуваність (22,5%), загроза переривання вагітності (20,9%) та анемія (29,0%). Гіпоксія плоду ускладнювала вагітність у 22,9% жінок. У більшості жінок (70,9%) пологи настали у терміні 38–40 тижнів. У більшості матерів (69,8%) було проведено стимуляцію пологів окситоцином. Епідуральну анестезію застосовано у 14% жінок. В післяпологовому періоді 53% жінок отримували антибіотики. Маса дітей при народженні коливалася від 2200 до 3800 г. Прояви жовтяниці було виявлено у 77,4% протягом 1–3 діб життя. Із пологового будинку дітей було

виписано у такі терміни: на 3 добу – 43,8%, на 4 – 29,3%, решта на – 5–7 добу. Для подальшого спостереження та лікування дітей було госпіталізовано до відділення патології новонароджених ДКЛ № 6 у віці: до 7 діб – 13%, до 14 діб – 15%, до 1 міс – 72%. Серед обстежених дітей діагноз кон'югаційної жовтяниці було верифіковано у 82,2% випадків, гемолітичної хвороби – у 17,8%. Серед супутньої патології заслуговував уваги великий відсоток патології нервової системи. Так, перинатальна гіпоксична енцефалопатія була фоновим станом у 82,3% дітей. На початку лікування рівень непрямого білірубину коливався від 218 до 517 мкмоль/л. Позитивні зміни в рівні загального білірубину спостерігались у 41% дітей вже на 3 добу лікування ($188,6 \pm 17,5$ мкмоль/л), і на 10–14 добу цей показник був значно нижчим ($148,1 \pm 14,1$ мкмоль/л) у 56% дітей. Це дало змогу через 7 діб лікування виписати під спостереження дільничного лікаря 37% дітей, решту дітей було виписано пізніше. Таким чином, спостерігається зростання числа гіпербілірубунемій серед новонароджених за останні роки. Призначення оксидоцину, антибіотикотерапії, епідуральної анестезії жінкам під час пологів та після них повинно бути ретельно обгрунтовано і дозовано. Клініко-лабораторне спостереження за новонародженими з гіпербілірубунемією повинно бути більш динамічним і комплексним.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІОНАЛЬНОГО КОЕФІЦІЄНТА У ПІДЛІТКІВ

Н.В. КИЗИМА, О.С. КРУТЬ, І.В. ПАЩЕНКО, В.Я. ПІДКОВА,
А.О. ШУЛЬГА, Л.О. БОЙКО, А.А. МИРОНЕНКО, М.О. ДУДНИК,
О.А. РАДУТНА

Запорізький державний медичний університет.
Дитяча клінічна лікарня № 2, м. Запоріжжя, Україна

Психічне здоров'я та психологічне благополуччя – фундаментальні складові життя дитини, які забезпечують формування її світогляду, дозволяють їй розкрити особистий потенціал, стати суспільно активним громадянином. Підлітки – особлива група населення, яка має додаткові потреби для розвитку та збереження здоров'я. Організація заходів, які дозволяють контролювати та підтримувати психічне здоров'я і психологічне благополуччя – важливі складові роботи дитячого лікаря. Не припиняючи значення інтелектуального розвитку, слід зазначити, що тільки його оцінка, а на це спрямовані зусилля шкільних психологів у дітей віком понад 6 років, є недостатньою. Давно й успішно вчені досліджують і емоційну сферу, але лише у 80–90-х роках ХХ століття в практику почали запроваджувати поняття «емоціональної компетентності» чи «емоціонального коефіцієнта», за допомогою якого оцінюють не

психічні функції, а результати їх складних взаємодій. Емоціональний коефіцієнт (ЕК) – це здатність аналізувати й управляти своїми емоціями, налагоджувати продуктивний контакт з іншими людьми. Мета нашого дослідження – визначення ЕК і факторів, які на нього впливають, у підлітків. Нами обстежено 69 дітей віком 15–17 років. Групи порівняння рандомізовано за статтю. Діти навчаються в одному навчальному закладі. З них 30 (43,5%) підлітків перебувають на «Д» обліку з хронічною соматичною патологією. Для визначення параметрів ЕК та чинників, які на нього впливають, використували психологічний тест Н. Холла та анкету-опитник. Виконували вимоги до проведення психологічного тестування. В результаті не відмічено залежності величини ЕК від рівня успішності в школі, тільки у 12% обстежених відмічено пропорційно високі показники за всіма шкалами ЕК. У більшості визначено недостатній рівень вміння управляти своїми емоціями. Не виявлено зниження показників ЕК у дітей з хронічною патологією. Вплив стану сімейних взаємовідносин на розвиток ЕК більшою мірою залежить від організації та прийомів виховання в родині. Таким чином, дослідження ЕК поряд з традиційним неврологічним обстеженням, оцінкою здібностей до навчання дозволило б більш повно оцінити психологічні особливості та проблеми підлітків.

ПОСТАСФІКТИЧНИЙ СИНДРОМ: ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ

Л.В. КОЛЮБАКІНА, М.М. СТРИНАДКО, Л.М. КУЗЬМЕНКО,
С.В. БАГРІЙ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Україна

Можливості сучасної інтенсивної терапії новонароджених щодо тривалого штучного заміщення вітальних функцій призвела до формування синдрому поліорганної недостатності з неконтрольованим каскадом цитокіново-медіаторних реакцій з наступною неспроможністю підтримки життєвих функцій внаслідок дії гіпоксії або системної бактеріальної інфекції, що робить пошук маркерів диференціальної діагностики між постасфіктичним синдромом та системною бактеріальною інфекцією актуальною. Метою дослідження було вивчення діагностичної цінності клініко-лабораторних показників у верифікації постасфіктичного синдрому. Проведено комплексне обстеження 33 новонароджених з постасфіктичним синдромом та 36 немовлят з генералізованим інфекційно-запальним процесом (сепсис, менінгіт, остеомієліт). За основними характеристиками групи порівняння були порівнюваними. Аналіз діа-

гностичної цінності перинатальних чинників ризику з вказівками на хронічну фетоплацентарну недостатність, анемію, прееклампсію, інфекційну патологію показав, що жоден із них не володіє високою чутливістю (39,3–42,4%) та передбачуваною цінністю негативного результату (58,6–59,1%) щодо прогнозування розвитку постасфіктичного синдрому в новонароджених дітей. У пацієнтів груп спостереження вихідна тяжкість стану при вступі до стаціонару була дещо вищою у I групі, внаслідок чого 100% дітей з постасфіктичним синдромом знаходилися у відділенні інтенсивної терапії новонароджених та кожна друга дитина з системною бактеріальною інфекцією. Всі діти груп спостереження мали вигляд «хворобливої» дитини та поганий апетит. До найбільш вагомих клінічних критеріїв розвитку постасфіктичного синдрому з формуванням поліорганної недостатності слід віднести вказівки на проведення штучної вентиляції легень вже на 5-й хвилині життя (пропорційність шансів 95% ДІ: 9,5 (4,7–19,1) наявність в клінічній картині порушень гемодинаміки з олігоанурією (пропорційність шансів 95% ДІ: 6,3 (2,9–14,0)), респіраторний дистрес (пропорційність шансів 95% ДІ: 5,1 (2,6–10,0)), які зберігалися при вступі до стаціонару. Оцінка діагностичної цінності рівня С-реактивного білка >6 мг/мл виявила наступні показники: чутливість – 65,5%, специфічність – 75%, позитивна передбачувана цінність – 82,6%, негативна передбачувана цінність – 54,5%, що вказує на перспективність використання цього показника для верифікації системної бактеріальної інфекції у дітей з органною дисфункцією.

КОМПЬЮТЕРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МИОКАРДИТА У ДЕТЕЙ

В.А. КОНДРАТЬЕВ, М.Д. КАЦ, А.М. ДАВИДЕНКО,
А.В. ОСТРАСЬ

Днепропетровская государственная медицинская
академия.

Рубежанский филиал Восточнoукраинского Национального
университета им. В. Даля, г. Северодонецк, Украина

Одним из перспективных инновационных направлений развития современной медицины является создание прикладных программ на основании искусственного интеллекта, позволяющих с высокой точностью решать вопросы диагностики, дифференциальной диагностики, прогнозирования и оптимизации лечения больных. Течение инфекционного миокардита (ИМ) в детском возрасте характеризуется широким спектром клинических проявлений и исходов: от минимальных и неспецифических до фатальных. ИМ у детей, особенно в раннем возрасте, встречается чаще, чем у взрослых, а неспеци-

фичность клинической картины значительно усложняет необходимое раннее прогнозирование исхода заболевания. Хронизация ИМ или его разрешение с формированием морфологического дефекта в сердце приводит к сердечной недостаточности и инвалидизации. При этом отсутствуют четкие критерии риска трансформации острого течения миокардита в хроническое.

Нами был разработан способ прогнозирования течения ИМ по данным стандартных исследований, проводимых при диагностике ИМ у детей в начале заболевания. Метод решения задачи основан на нахождении множества сочетаний признаков, присущих в начале заболевания только больным ИМ с последующей хронизацией патологического процесса. Верификация прогноза производилась путем катamnестического наблюдения за больными. Особенностью реализации способа, представленного в виде интеллектуального программного пакета, явилась способность к самообучению модели посредством введения новых клинико-эхокардиографических и катamnестических данных о наблюдаемых пациентах. База данных включила результаты клинико-эхокардиографического мониторинга детей с ИМ, наблюдавшихся в областном детском кардиоревматологическом центре г. Днепропетровска в период с 2004 по 2008 год. При тестировании модели путем прогнозирования течения ИМ у детей, не включенных в базу данных, верный прогноз был получен в 96,7% случаев. Чувствительность способа прогнозирования составила 100%, специфичность – 93,8%. Прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов составила 94,1 и 100% соответственно.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНАФЕРОНОМ ОРВИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Е.Г. КОНДЮРИНА, М.В. ШТЕЙНБЕРГ, Т.Н. ЕЛКИНА, И.С. ЗАК,
М.В. ШЕВЧЕНКО

Новосибирский государственный медицинский
университет, Российская Федерация

ОРВИ являются самой частой причиной обострения бронхиальной астмы (БА) у детей, особенно младшего возраста. Известно, что примерно у 30% детей с аллергией и повторными ОРВИ в анамнезе отмечается низкая выработка интерферонов. С целью изучения эффективности индуктора интерферона анаферона детского (АнД) при профилактике и лечении ОРВИ у детей с БА было проведено двойное слепое плацебо-контролируемое исследование. Из 59 детей (возраст 2–7 лет) с легким или среднетяжелым течением БА, не получавших противовирусные и (или) иммуномодулирующие препараты в течение 30 дней, были сформированы две рандомизированные группы: основная (n=28; 5±0,3

года) и сравнения ($n=31$; $5,3\pm 0,2$ года). Группы значимо не различались по основным характеристикам. Дети основной группы получали АнД по 1 таблетке в сутки в течение 3 месяцев. Дети группы сравнения получали в том же режиме плацебо. В случае развития ОРВИ препараты принимались по лечебной схеме: 1 таблетка – 3 раза в сутки, а в первые сутки – 8 раз. Дети из обеих групп для лечения ОРВИ получали стандартную симптоматическую терапию. Основными контрольными точками являлись среднегрупповые показатели: число и длительность ОРВИ, число и длительность обострений БА, длительность гипертермической реакции; дополнительными контрольными точками являлись среднегрупповые показатели: доли детей, перенесших ОРВИ 1–3 раза, число ОРВИ с гипертермией, частота применения антибиотиков (АВ). Число ОРВИ составило $0,7\pm 0,14$ и $1,3\pm 0,18$ ($p=0,005$); длительность ОРВИ – $4,4\pm 0,4$ и $5,0\pm 0,4$ сут. ($p>0,05$); число обострений БА – $0,2\pm 0,07$ и $0,5\pm 0,11$ ($p=0,03$); длительность обострения БА – $4,9\pm 2,0$ и $5,2\pm 1,2$ сут. ($p>0,05$); гипертермия продолжалась $1,5\pm 0,4$ и $3,1\pm 0,3$ сут. ($p=0,001$) в основной группе и группе сравнения, соответственно. Доли детей, болевших ОРВИ с разной кратностью, составили: 1 раз – 73,3 и 34,8% ($p=0,03$); 2 раза – 26,7 и 52,2% ($p>0,05$); 3 раза – 0 и 13% ($p>0,05$) в основной группе и группе сравнения, соответственно. Число ОРВИ с гипертермией в основной и группе сравнения составили $0,7\pm 0,11$ и $1,0\pm 0,03$, соответственно ($p=0,03$), а частота применения АВ – 5 и 27% ($p=0,02$). В обеих группах не было зафиксировано развития нежелательных явлений. Переносимость АнД была хорошей и отличная. Применение АнД для профилактики и лечения ОРВИ у детей с бронхиальной астмой безопасно сокращает частоту, уменьшает кратность и продолжительность ОРВИ, сокращает частоту обострений БА, связанных с ОРВИ.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОТОМКАМ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Н.М. КОРЕНЕВ, Г.А. БОРИСКО

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков, Украина

Состояние здоровья подростков из семей ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС по отношению к сверстникам из семей без радиационного анамнеза характеризуется высоким уровнем патологической пораженности с превалированием хронических заболеваний, сниженной толерантностью к физическим нагрузкам, особенностями психического статуса и психологи-

ческой сферы. Все вышеуказанное может негативно отразиться на качестве их интеграции в общество и требует научного обоснования дальнейших реабилитационных мероприятий, адекватной профориентации и трудоустройства. Одной из причин, ведущей к снижению общих адаптационных возможностей данного контингента, может рассматриваться сохранение повышенной частоты хромосомных aberrаций и наличие скрытой нестабильности генома к мутагенной нагрузке, в связи с чем рекомендуется назначение профилактических курсов антимутагенов, проведение цитогенетического мониторинга, ограничение контакта с вредными факторами окружающей среды. В лечении хронических воспалительных заболеваний необходимо обеспечивать дифференцированный подход с учетом характера и длительности иммунного дисбаланса и состояния про- и антиоксидантных систем защиты. Наличие предикторов сердечной недостаточности (ремоделирование сердца за счет дилатации левого желудочка, снижение фракции выброса, неадекватная реакция на физическую нагрузку) требует дополнительных консультаций кардиолога, проведения доплерэхокардиоскопии с физической нагрузкой для регламентирования допустимых нагрузок, назначения патогенетической терапии. Формирующиеся у данного контингента дислипотеинемии атерогенной направленности предусматривают мониторинг уровня липопротеинов и их коррекцию. Проявления вегетативной дисфункции соматоформного генеза со склонностью к обострениям, более высокая степень эмоционального стресса определяют необходимость использования элементов поддерживающей терапии с расширением значимых межличностных связей, приемов саморегуляции. Предлагаемый алгоритм наблюдения за потомками ликвидаторов аварии на ЧАЭС в условиях терапевтической сети будет способствовать сохранению их здоровья и адекватной социализации.

ОСОБЛИВОСТІ ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

М.М. КОРЕНЕВ, Л.В. КАМАРЧУК, Є.Г. КУЩ, І.М. СОРОКІНА

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків, Україна

Незважаючи на рекомендації Маастрихтського консенсусу III щодо діагностики та контролю ерадикації *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), в Україні залишається велика кількість *H. pylori*-позитивних пацієнтів із хронічними захворюваннями шлунка та дванадцятипалої кишки. Це призводить до розвитку частих загострень хвороби, затяжного її перебігу та зумовлює актуальність проблеми вивчення чинників, які

впливають на ці процеси. Нами проаналізовано показники поширеності інфекції *H. pylori* у 118 хворих 10–18 років із хронічними захворюваннями гастродуоденальної зони (ГДЗ) в період загострення. *H. pylori* діагностували імуноферментним методом та методом полімеразної ланцюгової реакції (Stool-test). Встановлено, що у більшості випадків (58,8%) хронічні гастродуоденальні захворювання були асоційовані з цим збудником. Рівень інфікування відрізнявся за різних форм ураження слизової оболонки ГДЗ. Найменшим (57,6%) він був при мінімальному ураженні слизової оболонки (запальні форми захворювань), більшим – при ерозивних (66,7%) та максимальним – при виразкових змінах (75,0%). На частоту контамінації *H. pylori* впливав також фактор тривалості захворювання. Так, найвищий рівень інфікування (75,8%) спостерігався у підлітків зі стажем захворювання, що не перевищував 1-го року. При довшому перебігу хвороби поширеність хелікобактерної інфекції хоча й зменшувалася, проте залишалася досить високою (52,2%). Крім того, у цих хворих майже вдвічі рідше, ніж у групі підлітків із нетривалим анамнезом, зустрічалися деструктивні зміни слизової оболонки ГДЗ (9,1 та 21,3%). Клінічні прояви при загостренні захворювання у них були виражені помірно, тому частина пацієнтів не завжди зверталась за медичною допомогою. Та навіть при стаціонарному лікуванні частина хворих з різних причин не була обстежена на *H. pylori*, особливо, якщо при попередньому обстеженні результати були негативними. Контроль ерадикації у переважній більшості підлітків взагалі не проводився. Таким чином, наші спостереження свідчать про необхідність більш активного впровадження в клінічну практику лікарів сучасних підходів щодо ведення хворих із диспепсією (як методів первинного виявлення *H. pylori*, так і контролю ерадикації). Особливо це стосується підлітків із тривалим анамнезом хвороби.

КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ

М.М. КОРЕНЄВ, Л.Ф. БОГМАТ, О.М. НОСОВА, І.Д. САВВО,
В.В. НІКОНОВА, І.М. ЯКОВЛЕВА, Е.Л. АХНАЗАРЯНЦ

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН
України», м. Харків, Україна

Метою дослідження було визначення прогностичної значущості окремих факторів прогресування артеріальної гіпертензії у підлітків із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) щодо формування серцево-судинних ускладнень. Обстежено 100 юнаків віком 14–17 років із ПАГ. Проводили ехокардіографію в «В» режимі, на апараті «Sonoline-SL1» фірми «Sie-

mens», добове моніторування АТ з використанням апарата «Cardiospy» фірми «Labtech LTD» (Угорщина). Визначали ліпідний спектр крові за рівнем загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ) й холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Оцінку стану симпатoadреналової системи (САС) проводили за вмістом у добовій сечі вільних катехоламінів – адреналіну (А) та норадреналіну (НА). Стан РААС визначали за вмістом у крові активності реніну плазми крові, рівня ангіотензину-II та альдостерону в сироватці крові. З метою визначення прогностичної значущості окремих факторів щодо формування серцево-судинних ускладнень використовували методику регресійного аналізу з визначенням коефіцієнта детермінації (Кд). У групі «dipper» (51,02±4,5%) найбільше значення відіграє морфо-функціональна перебудова серця за рахунок розширення порожнин лівого шлуночка (Кд=19,0%), потовщення міокарда задньої стінки ЛШ (Кд=18,0%) та міжшлуночкової перегородки (Кд=24,6%). Також критеріями збільшення ІММЛШ є активація САС за рахунок норадреналіну (Кд=13,7%) та РААС за рахунок ангіотензину-II (Кд=18,04%). Також, у цих хворих формуються дисліпопротеїдемії атерогенної спрямованості, а саме: гіпертригліцеридемія (Кд=11,36%). У групі «non-dipper» (31,64±4,4%) превалюючими факторами зростання ММЛШ були гемодинамічні показники – УО (Кд=9,48%), ХО (Кд=15,01%), ЗПСО (Кд=14,85%) та активація ангіотензину-II (Кд=75,62%) й альдостерону (Кд=75,62%). У хворих з групи «over-dipper» (15,30±6,1%) критеріями прогресування АГ є як геометричні зміни порожнини лівого шлуночка – ДЛШ (Кд=20,85%) та ТМзслш (Кд=35,21%), так і показники центральної гемодинаміки – УО (Кд=18,70%). Характерним для цієї групи у процесі формування гіпертензивного серця була участь пульсового тиску у нічний час (Кд=13,40%), добової середньої ЧСС (Кд=14,60%), а також маркера розвитку атеросклерозу – зниження ЛПВЩ (Кд=18,70%). Таким чином, у підлітків із ПАГ встановлено певні відмінності в критеріях прогресування АГ залежно від різних добових профілів АТ.

ОСОБЕННОСТИ МИКРООКРУЖЕНИЯ ДЕТЕЙ, НАХОДИВШИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Н.В. КОРОТАЕВА, И.И. ЛОГВИНОВА, Е.Л. КРУТСКИХ

ГОУВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Росздрава, Российская Федерация

С целью выявления степени социального взаимодействия между ребенком и близкими взрослыми был использован вопросник оценки ми-

кросоціального оточення – Pediatric Review of Children’s Environmental Support and Stimulation (PROCESS). Опросник призначений для використання медичними працівниками в ході візитів в сім’ю і складається з двох розділів. Перший розділ призначений для батьків дитини і передбачає письмові відповіді на 24 запитання, які дозволяють оцінити організацію життя і рівень стимуляції розвитку. Другий розділ заповнюється медичним працівником і складається з 20 запитань, які дозволяють оцінити соціоемоціональну підтримку, доступну дитині в ході його контакту з батьками. Для оцінки референтних нормативних величин використовувалися центильні таблиці. За умовну популяційну норму конкретної характеристики середовища і опросника в цілому приймалися значення в діапазоні 25–75 центилей розподілу. Опитувано 92 сім’ї, в яких діти перебували на ІВЛ в період новонародженості, і 50 сімей з дітьми контрольної групи. В результаті оцінки мікросоціального оточення дітей в першій групі умовна «норма» – діапазон значень від 25 до 75 центилей розподілу – відзначалася у 53 (57,5%) дітей, у 11 (12,0%) дітей були високі показники, а у 5 (5,5%) – дуже високі. Низькі і дуже низькі показники були у 23 (25,0%) дітей. В контрольній групі «нормальні» показники відзначалися лише у 41% дітей, тоді як більшість показників знаходилася в області низьких і дуже низьких величин (52% дітей). При порівнянні результатів оцінки кожної з груп по організації життя, рівню стимуляції розвитку і соціоемоціональній підтримці, доступній дитині в ході його контакту з батьками, встановлено, що низькі показники відзначалися переважно у більш здорових дітей. Імало місце обернена залежність між стимуляцією розвитку дітей і тяжкістю їх здоров’я: чим соматически і неврологічески «тяжелее» дитина, тим вище стимуляція її розвитку у батьків.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ДИХАННЯ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Н.І. КОСТИРКО, О.Б. СИНОВЕРСЬКА, І.С. ЛЕМБРИК

Івано-Франківський національний медичний університет,
Україна

Дослідженнями останніх років доведено, що наявність недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) зумовлює поліорганність порушень організму і визначає тенденцію до переважання затяжного перебігу та хронізації захворювань різних органів і систем, в тому

числі й бронхолегеневої патології. Підвищений розпад колагену, притаманний пацієнтам із НДСТ, сприяє формуванню у дітей вторинних імунодефіцитів і підвищенню частоти респіраторних захворювань. Часті респіраторні захворювання призводять до потенціювання запалення, виникнення атрофії та дегенерації м’язових і еластичних елементів мембранозної частини трахеї і головних бронхів, посилення трахеобронхіальної дискінезії. Метою роботи було вивчення особливостей імунного статусу дітей із НДСТ та патологією органів дихання. Обстежено 52 дитини віком від 1 до 6 років із проявами НДСТ, в тому числі 31 дитину із гострою пневмонією та 21 – із рецидивуючим бронхітом. Групу порівняння склали 15 дітей аналогічного віку та патології без ознак НДСТ. Проводили вивчення клінічних особливостей перебігу захворювання, метаболічного статусу, особливостей клітинної та гуморальної ланок імунітету. В ході дослідження встановлено, що пацієнтам із патологією бронхолегеневої системи на тлі НДСТ властивим було достовірне зростання рівня в крові молочної та піровиноградної кислот ($p < 0,05$). Це, відповідно, призводить до зниження рН крові (лактатацидоз) та посилення диспластичних змін в організмі. Серед особливостей імунного статусу відмічали супресорну спрямованість імунних реакцій, підвищення рівнів IgM і IgA, при одночасному зниженні вмісту IgG, зниження синтезу інтерферону, абсолютного числа клітин моноцитарно-фагоцитарної ланки, Т-лімфоцитів, переважно за рахунок рівня CD4 ($p < 0,05$), зростання рівня циркулюючих імунних комплексів та титру комплексу. Такі зміни, на нашу думку, зумовлюють високу чутливість до респіраторних вірусних інфекцій, розвиток недостатньо повноцінної репаративної фази запалення, яку можна розглядати як один із чинників хронізації процесу і розвитку фіброзу легеневої тканини.

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Ю.В. КОТЛОВА, Т.И. КУРОЧКИНА, Е.В. ПЕЧЕРСКАЯ

Запорожский государственный медицинский университет,
Украина

Улучшение показателей выживаемости новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ) определяет необходимость разработки оптимальных методов их вскармливания с учетом функциональной незрелости адаптационных механизмов к внеутробному развитию. Установлено, что недостаточное поступление энергии в первые 3 недели жизни у таких детей приводит к снижению темпов роста организма, определяя дальнейшие изменения соматического разви-

тия, формують задержку дальшого їх нервно-психического розвитку. Оцінювали динаміку нутритивного статусу дітей, народжених с ОНМТ, в залежності від методу поступлення нутриєнтів і виду ентерального харчування. Статистическое сравнение – критерий Манна-Уитни, Спирмана, описательная статистика – медиана (Me (min, max)); (!- статистически значимые отличия). В течение месяца наблюдали 12 детей, народжених с гестационным возрастом (ГВ) 30–33 недели с МТ – 1375 г (980–1490), длиной тела (ДТ) 41,5 см (34,0–45,0), окружностью головы (ОГол.) – 28,8 см (26,0–30,0), что соответствовало физическому развитию (ФР) к данному ГВ. Организовано ЧПП растворами аминокислот (АМК), жировых эмульсий, глюкозы, энтеральное вскармливание – грудным молоком и стандартными молочными смесями для недоношенных детей. Обеспечивали энергетические потребности детей – 124 (110–128) кал/кг, АМК – 1,3 г/кг (1,0–1,75), количество суммарно получаемого белка – 3,3–3,9 г/кг. Восстановление массы тела до соответствующей при рождении наблюдали к 11,5 (7,0–20,0) дню жизни. Ежедневные темпы набора массы тела составили: первая-вторая недели жизни – «-110» («-240,0» – «+20,0») г, в последующие третью-пятую недели – 22,0 (12,0–46,0), 29,7 ! (-20,0–49,0), 30,5 (21,0–50,0) г/кг*сут., соответственно, еженедельное увеличение ДТ – на 1,0 (0–2,0), 1,5 ! (0–2,5), 1,25 (0–3,0) см, ОГол. – на 1,0 (0–2,0), 1,5 ! (1–2,5), 1,0 (0–2,0) см. Статистически значимое улучшение нутритивного статуса (МТ, ДТ, ОГр., одновременно) установили у детей на 4-й неделе внеутробного развития. Несмотря на ожидаемый высокий уровень усвоения азота и достаточную расчетную энергетическую обеспеченность организма, у 33% детей наблюдалась непостоянная нестабильность азотистого баланса в виде нарушения усвоения энтерально поступающего белка. Не установлено зависимости ФР от метода поступления нутриєнтів і виду ентерального харчування.

ИНТЕГРИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА КАК СТРАТЕГИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

С.П. КРИВОПУСТОВ, И.О. ЛОГИНОВА, Е.Ф. ЧЕРНЕЙ,
Ю.О. МАРЦЕНЮК

Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

В клинической педиатрии Украины золотым стандартом традиционно является полное обследование ребенка по органам и системам с установлением предварительного клинического диагноза, последующим лабораторно-инструментальным обследованием пациента с проведе-

нием дифференциальной диагностики и затем установлением клинического диагноза. Лишь после этого возможна разработка стратегии лечения, выполнение соответствующих терапевтических мероприятий, динамическое наблюдение за состоянием ребенка. Однако в середине 1990-х годов ВОЗ в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и другими организациями для решения этой задачи была разработана стратегия, названная «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИВБДВ). Целью стратегии ИВБДВ является снижение частоты и тяжести заболеваний, инвалидности и смертности, а также вклад в улучшение роста и развития детей. При ИВБДВ анализ клинического состояния ребенка начинается с целевой оценки, включающей определение признаков опасности, затем проводится оценка основных клинических симптомов, обязательный анализ статуса питания, прививочного статуса. После этого проводится классификация: нужна ли немедленная госпитализация, необходимо ли срочное оказание неотложной помощи или же возможна организация лечения на дому. После госпитализации ребенка будут проведены дифференциальная диагностика и соответствующее лечение. В любом случае крайне важно консультирование и наблюдение в динамике. Считаем, что стратегию интегрированного ведения болезней детского возраста в первичной медико-санитарной помощи детям целесообразно внедрять в преподавание педиатрии на до- и последипломном этапе и широко использовать в практике педиатрии и семейной медицины Украины.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

М.А. КУЗНЕЦОВА¹, А.Е. СИГАРЕВА²

¹ГОУВПО «Саратовский ГМУ Росздрава».

²МУЗ «Городская детская больница», г. Энгельс, Российская Федерация

Врожденные пороки сердца (ВПС) остаются одной из значимых медико-социальных проблем, обуславливая высокий уровень младенческой смертности и детской инвалидности. Согласно данным литературы в последние годы практически во всех субъектах Российской Федерации отмечается рост указанной патологии, что побуждает к анализу причин тератогенеза. Обследовано 50 детей первого года жизни с ВПС, поступивших на лечение в детскую больницу по разным причинам в 2007–2009 гг. В ходе исследования установлено, что больше половины детей родилось от внебрачной (57%) и нежеланной (62%) беременности у женщин, находившихся в благоприятном репродуктивном возрасте (70%). Каждая третья из числа опро-

шенных матерей не состояла на учете в женской консультации, имела вредные привычки (курение – 20%, алкоголизм – 15%) и отягощенный акушерский анамнез (аборты – 50%, недоношенность – 16%), мертворождения, врожденные уродства, ранняя младенческая смертность (соответственно 10%), внематочная беременность (6%). Каждая вторая – страдала сочетанными экстрагенитальными заболеваниями. Наиболее значимыми для тератогенеза были сахарный диабет, бронхиальная астма, синдром склеротичных яичников, гиперандрогенемия (соответственно 3%), ожирение (5%), хронический пиелонефрит (10%). Подавляющее большинство матерей (80%) указали, что во время беременности имели неблагоприятные условия труда, при этом около 20% – не смогли воспользоваться декретным отпуском ввиду отсутствия постоянной работы, частной предпринимательской деятельности. Перечисленные факторы существенно модифицировали течение настоящей беременности (угроза невынашивания – 50%, ОРИ в первой половине беременности – 40%, высокая медикаментозная нагрузка, включая гормональную терапию – 24%, преждевременные роды – 35%). По данным антенатального УЗ-скрининга ВПС были диагностированы только в 16% случаев, в 57% – диагноз был поставлен в раннем неонатальном периоде, в 38% – в первые три месяца жизни и в 5% – в конце первого полугодия. Примечательно, что в 11% случаев ВПС являлись результатом хромосомных мутаций – синдромы Дауна (5%), Патау (3%), Пьера-Робена (3%). Таким образом, современные ВПС являются результатом ассоциаций целого комплекса неблагоприятных факторов социального и медико-биологического характера.

ОЦЕНКА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А.В. КУКУРУЗА

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков, Украина

В настоящее время значимость ранних детско-родительских отношений для гармоничного развития ребенка подтверждена многочисленными исследованиями. Этот факт нашел отражение в утвержденном Министерством здравоохранения Украины клиническом протоколе медицинского наблюдения за здоровым ребенком в возрасте до 3 лет, который ориентирует врача-педиатра не только на оценку состояния здоровья ребенка, но и обращает внимание на поведение матери. В ситуации, когда ребенок имеет нарушения здоровья, оптимизация дет-

ско-родительских отношений является важным фактором, обеспечивающим развивающие условия для ребенка. Однако вопрос оценки содержания и качества детско-родительских отношений требует разработки в связи с отсутствием удобных и простых методов такой оценки. В результате проведенных исследований была разработана технология экспертной оценки детско-родительских отношений в контексте междисциплинарной комплексной оценки развития ребенка. В апробации данной технологии приняли участие 350 семей, воспитывающих детей раннего возраста с нарушениями здоровья и развития. В результате были уточнены основные параметры, характеризующие детско-родительские отношения. Это информированность об особенностях здоровья и развития ребенка, взаимность ребенка и взрослого при общении, стимуляция развития ребенка, соответствующая уровню ребенка и его возможностям, развитие автономности ребенка и эмоциональный тон отношений. В ходе апробации были выделены показатели, сочетание которых позволяет оценить каждый из вышеуказанных параметров, разработан алгоритм определения типа детско-родительских отношений. Анализ полученных результатов показал, что экспертная оценка специалистов, которые работают с семьей и ребенком, является информативным инструментом оценки детско-родительских отношений. Разработанная процедура позволяет проводить индивидуальный анализ содержания детско-родительских отношений и может быть использована медицинским психологом в педиатрической практике в работе с семьями, воспитывающими детей с нарушениями здоровья.

ОЦЕНКА КОЛИЧЕСТВА ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ПО ДАННЫМ НЕФРОСЦИНТИГРАФИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

В.Ю. КУНДИН

Киевская городская клиническая больница «Киевский городской центр сердца», Украина

Оценить количество функционирующей почечной паренхимы (ФПП) возможно только при использовании радионуклидного метода с использованием радиофармпрепарата (РФП) ^{99m}Tc-ДМСА (диметилсукцинатацетила), который фиксируется в жизнеспособных, хорошо функционирующих нефронах. У детей с артериальной гипертензией (АГ) вопросы оценки количества ФПП до настоящего времени изучены недостаточно. Нефросцинтиграфия с ^{99m}Tc-ДМСА была проведена 28 детям в возрасте от 12 до 17 лет. Из них 11 детей с лабильной АГ (ЛАГ)

и 17 детей со стабильной АГ (САГ). ^{99m}Tc -ДМСА вводили внутривенно активностью 2 МБк/кг, лучевые нагрузки не превышали допустимые для этой категории больных. Количество ФПП оценивали по проценту включения РФП в почки через 3 часа после введения и по распределению РФП в паренхиме. В норме фиксация РФП в почки составляет от 8 до 12% (в среднем $10,1 \pm 1,7\%$). Уменьшение количества ФПП зафиксировано у 8 (72,7%) детей с ЛАГ и у 6 (35,3%) детей с САГ. При этом фиксация РФП в среднем по группам не отличалась и составляла $7,0 \pm 1,4\%$ при ЛАГ и $6,9 \pm 2,2\%$ при САГ. У половины детей с АГ отмечалось равномерное распределение РФП в обеих почках, в то время как у 25% – диффузно-неравномерное, что напрямую связано с уменьшением количества ФПП. Очаговые поражения почечной паренхимы зарегистрированы у 3 (27,2%) больных с ЛАГ и у 4 (23,5%) детей с САГ. У 3 больных со САГ отмечалась значительная асимметрия включения РФП, составляющая от 50 до 100%, что напрямую было связано с односторонним поражением почек. Полученные данные позволяют сделать вывод о вовлечении почек в патологический процесс у большинства детей с АГ. При этом более значительное уменьшение количества ФПП наблюдается у больных с ЛАГ, что требует более детального изучения. Очаговые поражения почечной паренхимы, которые напрямую связаны с наличием хронического пиелонефрита у детей, встречаются у каждого четвертого пациента с АГ, что свидетельствует о латентном течении воспалительного процесса в почках.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, РОДИТЕЛИ КОТОРЫХ ПОСТРАДАЛИ ОТ РАДИАЦИОННОЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

М.Е. КУТЬКИН

Крымское республиканское учреждение «Детский
клинический санаторий «Чайка», г. Евпатория, Украина

На этапе медицинской реабилитации были обследованы 68 крымских детей, родители которых пострадали от радиационной аварии на ЧАЭС. Анализ состояния здоровья показал, что 48,5% поступивших детей относятся к IV группе диспансерного наблюдения. В структуре заболеваемости преобладает сочетанная патология верхних дыхательных путей (83,8%), костно-мышечной (69,1%) и эндокринной систем (57,4%), вегетативные дисфункции (42,7%). Наличие астено-невротической симптоматики (23,5%) можно объяснить проживанием в семьях повышенной социальной напряженности, где здоровье родителей заметно ухудшилось по-

сле радиационной аварии, а семейный анамнезотягощен инвалидностью (26,4%) и преждевременной смертью (4,4%) пострадавшего в аварии на ЧАЭС родителя. Антропометрические исследования показали, что 16,2% детей имеют резко дисгармоничное физическое развитие, а среди девочек чаще встречается микросоматический и астенический типы строения тела. Сравнительный анализ с обследованием условно здоровых детей ($n=20$) показал, что для данной группы характерны дисиммуноглобулинемические состояния, снижение показателей клеточного звена иммунитета, особенно выраженные у детей, которые проживают в условиях городской экологии, и детей, в радиационной аварии у которых пострадали оба родителя. Исследование ВСР с КОП выявило симпатикотоническое (25,0%) и гиперсимпатикотоническое (35,4%) напряжение вегетативной адаптации. Курс санаторно-курортного лечения (24 дня) включал: климатолечение по 1–2 режиму, диетотерапию, ЛФК, массаж, методы аппаратной физиотерапии, бальнеолечение хлоридными натриевыми ваннами термального источника «Чайка №10» как отдельно, так и в комплексе с ароматическими бальнеоэкстрактами из розы или лаванды. В результате реабилитации произошло достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей адаптационного напряжения и вегетативной гиперсимпатикотонии. Со стороны иммунной системы улучшились показатели гуморального и клеточного иммунитета, но восстановления до показателей здоровых детей удалось достичь только у 7 (11,29%) детей. Таким образом, состояние здоровья детей, родители которых пострадали в радиационной аварии на ЧАЭС, требует дальнейшего изучения. Санаторно-курортная реабилитация в условиях благоприятной экологии курортов Крыма сохраняет свою актуальность для детей из групп «экологического риска».

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ЮНЫХ МАТЕРЕЙ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Т.Ю. ЛЕБЕДЕВА

ГОУВПО «Тверская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и
социальному развитию», Российская Федерация

В последние годы имеется отчетливая тенденция к увеличению числа беременностей и родов среди подростков. Цель исследования – изучение особенностей течения беременности, родов и оценка физического развития новорожденных от юных матерей. Проведен анализ 80 историй болезни новорожденных: 39 детей родились от женщин 14–18 лет (основная группа) и 41 ребенок – от женщин 19–25 лет (контрольная груп-

па). Зареєстрований брак мали тільки 37,9% жінок основної групи. Шкідливі звички у жінок даної групи зустрічались значно частіше порівняно з контрольною (47,6 і 21,7% відповідно). 7 юних матерів відмовились від своїх дітей (в групі контролю не зафіксовано ні одного випадку відмови від дитини). Спостережувалися по приводу даної вагітності в жіночій консультації 87,2% дівчаток-підлітків. В основній групі переобладали первобеременні жінки (81,6%). У 7 повторнобеременних акушерський анамнез уже був тягаром медичним аборт. Осложненне перебіг вагітності і пологів частіше спостережувалося у жінок основної групи. У 18 дітей основної групи і 11 контрольної стан при народженні було розцінено як середньої тяжкості або важке. У 92,3% (60,98% в групі контролю) новонароджених від юних матерів відзначалась різноманітна патологія при народженні. Ведучий діагноз – перинатальне ураження центральної нервової системи різної ступеня тяжкості. Прослідковується прямо пропорційна залежність маси і довжини тіла новонароджених від віку матері. Середнє значення маси тіла при народженні становило $2989,8 \pm 665,70$ г у дітей основної і $3630,2 \pm 404,43$ г у дітей групи контролю ($p < 0,001$). Затримка внутрішнього розвитку виявлена у 7 новонароджених від юних матерів. В контрольній групі зареєстрований єдиний випадок внутрішньої гіпотрофії. Середнє значення довжини тіла при народженні становило $49,6 \pm 4,17$ см у дітей від юних матерів і $52,7 \pm 1,78$ см у дітей групи контролю ($p < 0,001$). Довжина тіла до 50 см зустрічалась в 6,5 рази частіше в досліджуваній групі, ніж в контрольній. Достовірні відмінності були отримані також по окружності голови і грудної клітки дітей основної і контрольної груп. Таким чином, результати нашого дослідження виявили пряму залежність між віком матері, перебігом вагітності і фізичним розвитком її дитини.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ВТОРИННОГО ОСТЕОАРТРОЗУ В ПІДЛІТКІВ

І.С. ЛЕБЕЦЬ, Н.С. ШЕВЧЕНКО, О.В. МАТВІЄНКО,
І.М. НЕЛІНА, Д.А. КАШКАЛДА

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
АМН України», м. Харків, Україна

Остеоартроз (ОА) – важлива медико-соціальна проблема, яка зумовлена значною поширеністю захворювання, його хронічним прогресуючим перебігом, суттєвими економічними збитками хворих у зв'язку з багаторічними витратами на лікування, інвалідизацією пацієнтів. ОА нерідко має дебют вже у підлітків на тлі

особливостей становлення метаболізму сполучнотканинних структур, перебудови у нейрогуморальній регуляції, що може впливати як на прояви хвороби, так і її формування. Разом із тим, саме у даній віковій групі ОА найменш вивчено. Мета даного дослідження – удосконалення діагностики ОА у підлітків на підставі вивчення клінічних проявів хвороби та механізмів її формування. Поряд із оцінкою клінічних, рентгенологічних, ультразвукових ознак проаналізовано показники обміну сполучної тканини (глікозаміноглікани, хондроїтинсульфати, оксипролін, кислота, лужна фосфатаза, колагеназа, еластаза, інгібітори еластази), імунного гомеостазу (клітинної, гуморальної ланки, моноцитарно-фагоцитарної системи). Встановлено, що ОА у підлітків є вторинним, частіше зустрічається в осіб жіночої статі і розвивається на тлі системної дисплазії сполучної тканини, гіпермобільності суглобів, плоскостопості, сколіозу, перевищення маси тіла, після запальних уражень суглобів. Клінічні прояви включають артралгії переважно механічного характеру, мало виражений ексудативний компонент у суглобах, чітку метеозалежність, відсутність порушень функціональної здатності суглобів. Найчастішими рентгенологічними ознаками є звуження суглобових щілин, загостреність міжвиросткових підвищень, нерівномірність суглобових поверхонь; ультразвуковими – зниження товщини суглобового хряща, порушення його структури, синовіт, зміни у субхондральному шарі кісток. Порушення у метаболізмі сполучнотканинних структур характеризуються нерозподілом фракційного складу глікозаміногліканів, з підвищенням І фракції, збільшенням хондроїтинсульфатів, екскреції оксипроліну, активацією кислотної, лужної фосфатази, колагенази та зменшенням кількості її інгібіторів. Виявлено, що у механізмах розвитку хвороби має значення запалення, що супроводжується гіперпродукцією прозапальних цитокінів, активацією β -ланки імунітету на тлі депресії моноцитарно-фагоцитарної системи та Т-ланки імунітету. В осіб чоловічої статі порушення в метаболізмі сполучнотканинних структур відбуваються більш активно.

ТЕЧЕННЯ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕНИХ С ЦЕРЕБРАЛЬНИМИ ІШЕМІЯМИ

Л.В. ЛЕДЯЙКИНА, А.П. ВЛАСОВ, А.В. ГЕРАСИМЕНКО,
С.В. КНЯЗЕВА, Н.Р. БЕЛКИНА, С.В. ФИРСОВА, С.В. ГАРИНА

ГОУВПО «Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарева», г. Саранск, Российская Федерация

Для виявлення особливостей перебігу антенатального періода проводилось анкетування 50 жінок, у дітей яких були діагностиро-

ваны церебральные ишемии. Группу контроля составили 50 женщин, дети которых не имели какой-либо патологии ЦНС. Наиболее часто встречающимися факторами риска у новорожденных с перинатальной патологией ЦНС являлись эмоциональные стрессы у женщин во время беременности (54%, $p < 0,05$); перенесенные заболевания во время беременности, из них анемия – у 25 (50,0%, $p < 0,05$) исследуемых; заболевания почек выявлялись в 14 (28,0%, $p < 0,05$) случаях. Простудные заболевания во время антенатального периода перенесли 24% женщин ($p < 0,05$); гипертоническая болезнь и обострение хронических заболеваний констатировались у 18% беременных ($p < 0,317$). При обследовании во время беременности женщин на TORCH-синдром к наиболее часто встречающимся инфекциям можно отнести токсоплазмоз – у 28% ($p < 0,01$), хламидиоз выявлен у 22% пациентов ($p < 0,01$), вирус простого герпеса диагностирован во время беременности у 20% женщин ($p < 0,05$). Также с достаточно большой частотой выявлялись носители цитомегаловирусной инфекции – в 14% случаях ($p < 0,05$) и уреоплазмоз – в 16% ($p < 0,05$). Прием во время беременности лекарственных препаратов был обнаружен у 20% анкетированных женщин ($p < 0,05$). Из вредных привычек встретилось курение в 18% случаев ($p < 0,01$), реже – употребление алкоголя у 10% обследуемых ($p < 0,05$). Нами не отмечено случаев употребления наркотиков во время беременности. Отмечался гестоз I половины у 52% женщин ($p < 0,001$), угроза прерывания – у 46% ($p < 0,001$), дрожжевой кольпит – у 42% пациентов ($p < 0,003$). Медицинские аборт в анамнезе выявлены у 38% обследуемых, значительно реже по нашим данным выявлялась хроническая маточно-плацентарная недостаточность – в 22% случаях ($p < 0,05$). Выкидыши и мертворождения в анамнезе присутствовали у 16% женщин ($p < 0,05$), гестоз II половины – у 30% ($p < 0,01$).

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Е.С. ЛИПАТОВА, Д.В. ПЕЧКУРОВ

ГОУВПО «Самарский государственный медицинский университет», Российская Федерация

Дефицит массы тела (ДМТ) встречается у 3–7% детей в промышленно развитых странах. Недостаточность питания сопровождается нарушением всех видов обмена веществ, в том числе липидов, которые играют важную роль в созревании нервной системы, функционировании клеточных мембран, синтезе стероидов. Липидный обмен регулируется гормонами щитовидной и поджелудочной желез, надпочечниками, что обуславливает важность изучения их уров-

ня у детей с нарушениями питания. Целью исследования было изучение регуляции липидного обмена у детей с ДМТ. Обследовано 292 ребенка в возрасте от 1 до 35 месяцев, из них 120 детей с ДМТ и 172 ребенка с нормальной массой тела. Оценку состояния питания проводили непараметрическим центильным методом распределения массы тела по отношению к росту. Определение концентрации гормонов: ТТГ, тироксина, кортизола проводили методом ИФА, а содержание холестерина и липопротеидов ферментативным колориметрическим методом. Нами установлено, что у детей с ДМТ показатели тиреоидного статуса были (ТТГ, тироксин) в пределах нормы. Содержание кортизола в исследуемой группе оказалось в 2 раза выше, чем в контрольной (594,1±397,0 и 381,4±210,0 нмоль/л), что подтверждает взгляд на гипотрофию как на хроническую стрессовую реакцию. Также в группе детей с ДМТ достоверно ($p < 0,05$) снижена концентрация холестерина (3,2±0,9 и 3,9±0,8 ммоль/л), что объясняется липолитическим действием кортизола. Таким образом, у детей младшего возраста с ДМТ имеется снижение содержания холестерина, которое развивается в рамках хронической стрессовой реакции и требует не только нутритивной коррекции, но и соответствующей метаболической регуляции.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СУМІШЕЙ NESTLE У ВИГОДОВУВАННІ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ДІТЕЙ

А.Є. ЛІСНИЙ, Ю.С. КОРЖИНСЬКИЙ, Т.С. ЗАЗУЛЯК

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Цинкова недостатність – поширений стан при імунodefіцитах, що призводить до порушення процесів фагоцитозу, гіпогаммаглобулінемії та індукуює розвиток апоптозу тимоцитів. Метою дослідження була оцінка ефективності застосування сумішей Nestle у вигодовуванні дітей з ВІЛ. Обстежено 32 малюки, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. 10 дітей були ВІЛ-інфікованими, 22 – здоровими. Рівень цинку визначали методом атомно-абсорбційної спектроскопії. Концентрація цинку у ВІЛ-інфікованих дітей складала 1,01±0,46 мг/кг та ВІЛ-негативних дітей, які народились у ВІЛ-інфікованих матерів, – 2,04±0,47 мг/кг ($p < 0,01$). Протягом півроку діти віком до 6 місяців вигодовувалися сумішшю NAN-1, з вмістом цинку 3,9 мг/100 г порошку, діти віком 6 міс – сумішшю Nestogen-2, з вмістом цинку 8,5 мг, старші 1 року – Клінутрен Юніор, з вмістом цинку 4,7 мг. Після проведення контрольних вимірів рівня Zn у крові отримано наступні результати: у ВІЛ-інфікованих дітей концентрація цинку

зросла до $1,48 \pm 0,36$ мг/кг; у ВІЛ-негативних – $2,25 \pm 0,39$ мг/кг. Отже, дослідження доводить існування певного зв'язку між вигодовуванням ВІЛ-позитивних дітей сумішами Nestle із високим рівнем цинку та його концентрацією в крові немовлят.

НОРМАЛІЗАЦІЯ NO-ЗАЛЕЖНИХ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ

Б.С. ЛИТВИН

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Відома роль оксиду азоту та азотних радикалів у розвитку вільнорадикальних реакцій окиснення та порушення судинного тонуусу. Активно вивчається індукція ліпопероксидації у біологічних мембранах під впливом пероксинітритру, що є похідним оксиду азоту. Метою дослідження була оцінка впливу медикаментозної терапії, що включала інозин, пірацетам та Церебралізін, на NO-залежні процеси ліпопероксидації у дітей з вегетативними дисфункціями (ВД). З цією метою було обстежено 41 дитину віком від 9 до 17 років, з них 23 хлопчики та 18 дівчат з вегето-судинною дисфункцією (ВСД) та пароксизмальною вегетативною недостатністю (ПВН). Дослідження, крім загальноклінічного, включало визначення продукту обміну NO, що утворюється за участю вільнорадикальних реакцій – нітрозогемоглобіну (NO-Hb) в плазмі крові за допомогою ЕПР-спектроскопії в умовах низькотемпературної стабілізації (77К). Зміни вмісту NO-Hb у плазмі хворих з ВСД та ПВН після проведеної терапії характеризуються достовірним зниженням показників цієї сполуки, порівняно з аналогічними до лікування. Так, у хворих з ПВН після лікування цей показник складав $0,58 \pm 0,1$ ум. од. порівняно з $5,16 \pm 0,03$ ум. од. до лікування ($p < 0,01$). У хворих з ВСД – відповідно $0,55 \pm 0,1$ та $4,41 \pm 0,04$ ум. од. ($p < 0,01$). Така яскрава від'ємна динаміка показників продукту обміну NO з одночасним поліпшенням загального стану хворих в результаті лікування засобами, яким властива антиоксидантна дія, дозволяє зробити припущення щодо важливої ролі NO-залежних вільнорадикальних реакцій у розвитку ВД та необхідності їх корекції у лікувальних схемах.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ВЕДЕННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

І.О. ЛОГІНОВА, Т.І. ШЕВЦОВА, Ю.В. ТКАЧЕНКО,
О.В. БЕРДНІКОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ.
Київський пологовий будинок № 6, Україна

Одним з проявів синдрому поліорганної недостатності у немовлят є ниркова недостатність, яка частіше зумовлена преренальними чинниками. Метою роботи були проведення аналізу деяких інформативних показників функцій нирок при критичних станах новонароджених дітей та розробка оптимальної терапії ниркової недостатності. Під спостереженням знаходилося 42 новонароджені дитини (термін гестації 28–35 тижнів) у критичному стані. Критичні стани були зумовлені дихальною недостатністю III ступеня внаслідок незапальних (респіраторний дистрес-синдром) та запальних (природжена пневмонія) уражень легень. Всі діти знаходились на штучній вентиляції легень. За ступенем ішемічної нефропатії (ІН) – згідно з класифікацією О.М. Байбаріної (2000) – дітей було розподілено на три групи (за даними діурезу, показниками креатиніну та сечовини плазми крові на 1 та 4–5 доби життя). Відмічено, що ступінь зниження діурезу не завжди відображав зростання тяжкості нефропатії. Так, у дітей з ІН_{II} діурез часто вищий, ніж при ІН_I, що можна пояснити дисфункцією каналців – зниженням каналцевої реабсорбції натрію і води. Класичними клінічними проявами ІН_{III} ступеня були тривала олігоанурія (більше однієї доби), виражений набряковий синдром. У 50% дітей з ІН_{III} діагностовано анасарку. Звертає увагу прямий взаємозв'язок ступеня тяжкості ІН з частотою внутрішньошлуночкових крововиливів (ВШК). Так, у дітей з ІН_I ВШК виявлено у 14%, з ІН_{II} – у 44%, з ІН_{III} – у 68%. Серед новонароджених з ІН_I летальних випадків не зареєстровано. При ІН_{II} летальність склала 25%, при ІН_{III} – 75%. Тактика ведення дітей передбачала створення з моменту народження температурного комфорту, профілактику рабдоміолізу. Лікування було спрямовано на корекцію об'єму циркулюючої крові із застосуванням рефортану, поліпшення внутрішньониркової гемодинаміки із використанням допаміну, нормалізацію мікроциркуляції із застосуванням глюкозо-новокаїнової суміші, утримання від застосування препаратів з можливою нефротоксичною дією, а також ретельний контроль рідинного балансу. Таким чином, у новонароджених, які знаходяться в критичному стані, завжди існує загроза розвитку ішемічної нефропатії. Для запобігання прогресуванню ішемічної нефропатії необхідно контролювати показники функції нирок та своєчасно починати комплексну терапію.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ МОДИФИКАТОРОВ ИММУННОГО ОТВЕТА НА ТЕЧЕНИЕ ЦЕЛИАКИИ

Е.В. ЛОШКОВА², Е.И. КОНДРАТЬЕВА², Г.Н. ЯНКИНА²,
А.А. РУДКО¹

¹ГУ «НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН», г. Томск.

²Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск, Российская Федерация

В исследование были включены дети и подростки, больные целиакией ($n = 50$) в возрасте от 9 месяцев до 19 лет, а также родственники 1-ой степени родства ($n = 86$) из 35 семей. Контрольную группу составили 123 человека, представителей русского населения г. Томска. В перечисленных выборках проведено генотипирование по семи полиморфным вариантам генов модификаторов иммунного ответа: *IL1B* (+3953A1/A2), *IL1RN* (VNTR), *IL12B* (1188A/C), *IL4* (3'-UTR G/C), *IL4RA* (I50V), *VDR* (F/f, B/b). При изучении полиморфизма генов *VDR*, *IL1B*, *IL1RN*, *IL4*, *IL4RA* и *IL12B* в контрольной выборке русских жителей г. Томска распределение генотипов практически всех изученных полиморфных вариантов соответствовало ожидаемому при равновесии Харди-Вайнберга (PXB), отклонение было выявлено лишь для VNTR полиморфизма гена *IL1RN* ($\chi^2=13,84$, $p=0,00$). На семейном материале больных целиакией выявлена ассоциация с заболеванием полиморфизма 3'-UTR G/C гена *IL4* (TDT=3,849; $p=0,024$). При поиске связи с клиническими формами заболевания на семейном материале ассоциация была выявлена и для полиморфизма *I50V* гена *IL4RA* с типичной формой заболевания (TDT=6,250; $p=0,001$), а также статистически значимые отличия частот генотипов ($p=0,016$) для полиморфного варианта *I50V* гена *IL4RA* при помощи TDT теста. Для полиморфизма 3'-UTR G/C гена *IL4* получена связь с развитием остеопенического синдрома (OR=12,0; 95% CI: 1,08–309,68; $p=0,039$) и тиреопатий у больных целиакией. Патологические HLA-маркеры обнаружены у всех больных целиакией. Наиболее часто регистрировались специфичности: DQA1*501 (45%), DQA1*102 (31%), DQB1*201 (25%). Пациенты с генотипами HLA DQA1*501*501 и HLA – DQA1*0501 B1*0201 имеют тяжелое течение заболевания с развитием дефицитных состояний, а также отсутствием полной компенсации заболевания на фоне безглютеновой диеты. Компенсация заболевания регистрируется среди детей с генотипом HLA DQB1*201*201, в этой же группе отмечается статистически значимое снижение антител к глютену на фоне проводимой терапии. Таким образом, гены модификаторы иммунного ответа определяют тип целиакии, развитие осложнений и ассоциированных заболеваний и требуют дальнейшего изучения.

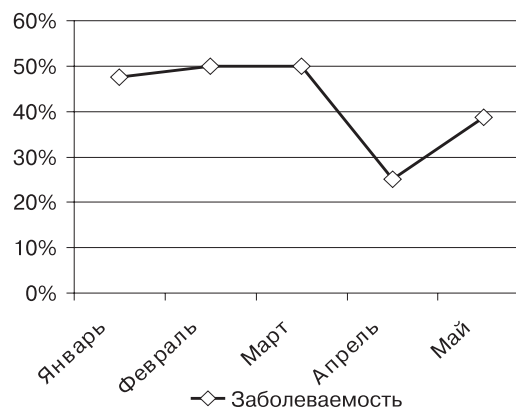
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИПФЕРОНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В СОМАТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Е.Ф. ЛУКУШКИНА², Л.А. ЩЕПЛЯГИНА¹, Т.С. ЛАЗАРЕВА²,
М.Г. АФРАЙМОВИЧ², А.А. ШЕВЧЕНКО², И.А. АЗОВЦЕВА³

¹ФГУ «ФНКЦ ДГОИ» Росздрава, г. Москва. ²ГОУ ВПО «НижГМА Росздрава». ³ГУ «НОДКБ», г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Цель исследования: провести анализ заболеваемости ОРИ в соматическом отделении для детей раннего возраста (от 1 мес до 3-х лет) на протяжении 2-х месяцев до назначения Кипферона с профилактической целью; в период назначения препарата и в течение месяца после окончания его применения.

Обследовано 57 детей в возрасте от 1 до 35 месяцев (2 года 11 мес), средний возраст – $9,64 \pm 1,19$ мес. Мальчиков было 35 (61,0%), девочек – 22 (39,0%). Заболевания, с которыми находились дети в отделении раннего возраста, были весьма разнообразны – анемии, пиелонефриты, пневмонии, гепатиты, сепсис, внутриутробные инфекции и др. Практически у всех детей имела место сочетанная патология различных органов и систем. Срок госпитализации в среднем составил $18,5 \pm 2,1$ дня. Дети получали препарат Кипферон суппозитории с профилактической целью. Исследование проводилось с 31 марта по 16 мая. Курс лечения составил от 5 до 10 дней, в среднем – $6,2 \pm 0,33$ дня. Препарат вводился в прямую кишку по 1–2 свече в сутки в зависимости от возраста (детям до 2-х лет по 1 свече, старше 2-х лет по 2 свече 2 раза в день). Анализ заболеваемости вирусными инфекциями в отделении по месяцам представлен на графике.



($p_1=0,001$; $p_2=0,024$; $p_3=0,005$; $p_4=0,037$ – сравнение заболеваемости ОРИ в апреле месяце по отношению к январю, февралю, марту и маю)

Таким образом, назначение Кипферона суппозитории с профилактической целью позволяет существенно снизить заболеваемость ОРИ в соматическом отделении многопрофильной больницы для детей раннего возраста.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Н.Ю. ЛУЧИШИН, О.Є. ФЕДОРЦІВ

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського, Україна

За останні десятиліття змінилась структура серцево-судинної патології в дитячому віці: значно зменшилась частота ревматичних уражень серця, бактеріальних ендокардитів, збільшилась питома вага порушення серцевого ритму, артеріальної гіпертензії, кардіоміопатій, вегето-судинних дисфункцій. Поряд із зниженням смертності від всіх причин у дітей до 14 років, смертність від захворювань системи кровообігу залишається практично на попередньому рівні. Нами обстежено 72 клінічно здорові дитини 4–5-річного віку, які відвідують дошкільні навчальні заклади. У значній частині дітей (40,2%) було виявлено функціональний систолічний шум, причиною якого в 27,5% була додаткова хорда лівого шлуночка, в 37,9% – пролапс мітрального клапана легкого ступеня, діагностовані вперше. У 2 (2,7%) дітей із числа обстежених виявлено природжені пороки серця. Прицільне дослідження функціонального стану кардіоваскулярної системи та рівня її пристосувальних можливостей виявило наступні характеристики. У більшості дітей групи спостереження частота серцевих скорочень відповідала середнім віковим значенням ($96,5 \pm 0,2$ уд./хв), однак у 10,8% дітей спостерігалась синусова аритмія, у 9,5% – синусова тахікардія. Підвищення систолічного артеріального тиску вище середніх значень (вище 75 центильного кордору) діагностовано у 10,8% дітей, в той час як рівень діастолічного тиску у всіх обстежених дітей відповідав віковим середнім значенням ($57,6 \pm 0,2$ мм рт. ст.). Аналізуючи систолічний і хвилинний об'єми крові, які характеризують рівень кровопостачання організму, встановлено, що в третини обстежених (30,5%) значення цих показників вищі за середні, що має несприятливий прогноз щодо адекватної реакції на фізичне навантаження. Майже у половині дітей (45,6%) виявлено зниження потенціальних можливостей системи кровообігу, розрахованих за коефіцієнтом її економічності та індексом функціональних змін, порівняно із середнім віковим значенням, що становлять $4204,0 \pm 1,3$ та $1,9 \pm 0,03$ ум. од. відповідно. Визначення показника якості реакції системи кровообігу дитячого організму на фізичне навантаження, розрахований при проведенні проби Мартіне, виявило значну частку дітей (41,3%) із несприятливим її значенням. З огляду на це, важливим вбачається дослідження функціонального стану серцево-судинної системи дитини в період першого півростового стрибка з метою запобігання негативних наслідків під час стандартних фізичних навантажень.

ЮВЕНИЛЬНЫЕ ФОРМЫ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ

Г.А. ЛЫСКИНА, О.И. ВИНОГРАДОВА, О.Г. ШИРИНСКАЯ,
Е.В. УСПЕНСКАЯ

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
Российская Федерация

В клинике детских болезней на протяжении многих лет наблюдаются больные с различными формами системных васкулитов (СВ). Целью исследования было изучение особенностей ювенильных форм СВ. Наблюдали более 500 больных в возрасте от нескольких месяцев до 17 лет с различными формами и течением СВ. Определено, что в детском возрасте развиваются или имеют отличительные от взрослых больных особенности 4 заболевания, которые можно отнести к ювенильным СВ: неспецифический аортит (НАА), болезнь Шенлейна-Геноха (БШГ), синдром Кавасаки (СК), ювенильный полиартериит (ЮП). При БШГ прогностически неблагоприятным является вовлечение в патологический процесс почек. Проблемы в лечении возникают в случае наличия сопутствующего инфекционного фактора, торпидном гломерулонефрите и непрерывно-рецидивирующем каждом синдроме. СК – заболевание, протекающее клинически с чертами острого инфекционного, а морфологически представляет собой СВ. Проблемой является стремление к сокращению риска поражения коронарных артерий, что возможно при назначении внутривенного иммуноглобулина в первые 10 дней. В связи с этим у упорно лихорадящего ребенка в возрасте до 1 года и далее до 5 лет необходимо проводить дифференциальный диагноз с СК и обязательно включать в обследование Эхо-КГ. НАА начинается чаще в пре- и пубертатном возрасте. У детей отмечается острое или подострое течение, распространенное поражение аорты или ее ветвей с сочетанной деформацией (возможны как стеноз, так и аневризма), поэтому требует ранней диагностики и патогенетической терапии. ЮП – редкая современная патология, однако при поздней диагностике характеризуется риском развития гангренозных осложнений, что также требует своевременной диагностики и назначения адекватной терапии. Несмотря на общность клинических симптомов, системные сосудистые изменения для ювенильных СВ характерны более частое, чем у взрослых пациентов, острое начало и течение, склонность к генерализации патологического процесса, гиперергический компонент сосудистых реакций. Однако анализ собственного опыта показывает, что в случае своевременной диагностики и адекватной базисной терапии возможно говорить о более оптимистичном прогнозе.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ СУБЭПЕНДИМАЛЬНЫХ ПСЕВДОКИСТ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Т.К. МАВРОПУЛО, Ю.С. МОНАСТЫРЁВА

Днепропетровская Государственная Медицинская
Академия, специализированная медико-санитарная часть
№6, г. Днепропетровск

Согласно литературным данным, частота выявления субэпендимальных псевдокист (СЭК) при проведении нейросонографического обследования детей разного гестационного возраста составляет 2,5% - 15,4%. Возникновение СЭК связано с процессом трансформации субэпендимальных кровоизлияний (герминолизисом). Существуют различные, зачастую диаметрально противоположные, мнения о диагностической и прогностической роли данных эхообразований. Обнаружение однокамерных СЭК является клинически незначимым. Субэпендимальные псевдокисты являются фактором риска замедленно-моторного развития у детей.

Целью нашего исследования было изучение частоты обнаружения СЭК в раннем неонатальном периоде у доношенных новорожденных низкого перинатального риска, а также установление возможной статистической зависимости между фактом обнаружения псевдокист и особенностями течения перинатального периода.

Были обследованы 1240 доношенных новорожденных ребенка низкого перинатального риска, родившихся в родильном доме СМСЧ-6. Ультразвуковое обследование проводилось на 3 сутки жизни. СЭК были выявлены у 69 доношенных детей (5,6%). 13 новорожденных (18,8%) имели благополучный перинатальный анамнез, у них не было клинических проявлений соматической и неврологической дисфункции в ранний неонатальный период. Характер течения перинатального периода остальных 81,2% детей соответствовал категории низкого перинатального риска (Kainer F., 1998). Дети этой группы в раннем неонатальном периоде имели клинические признаки легкой стадии неонатальной энцефалопатии и транзиторные проявления соматической дисфункции. При статистическом анализе была выявлена достоверная прямая корреляционная зависимость умеренной силы между частотой выявления СЭК и носительством TORCH-инфекции у матери, между частотой выявления псевдокист и наличием дистресса плода ($p < 0,05$). Кроме того, СЭК чаще выявлялись у новорожденных с проявлениями кожно-геморрагического синдрома в раннем неонатальном периоде.

Таким образом, выявление СЭК может служить маркером внутриутробного неблагополучия и требует дальнейшего обследования и наблюдения детей данной категории.

ДІАГНОСТИКА ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ФОНОСПІРОГРАФІЇ

В.Г. МАЙДАННИК, Л.П. ГЛБОВА, Є.О. ЄМЧИНСЬКА,
А.А. МАКАРЕНКОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Залишається актуальним питання об'єктивізації традиційних аускультативних ознак. Враховуючи це, метою даного дослідження було отримання якісно нових об'єктивних даних при проведенні аускультативної легень у дітей з патологією органів дихання, зокрема хворих на пневмонію. Метод фоноспірографії ґрунтується на спектрально-частотно-часовій характеристиці дихальних шумів. Реєстрація проводиться в чотирьох точках на грудній клітці за допомогою високочутливих п'єзокерамічних акселерометрів типу АД-16. Отримані результати обробляються на комп'ютері та візуалізуються на екрані монітора у вигляді фоноспірограми. Було обстежено 26 дітей (15 дівчаток та 11 хлопчиків) віком від 8 до 14 років. З них основну групу складала 16 дітей, хворих на пневмонію середнього ступеня тяжкості з явищами дихальної недостатності 0–I ступеня. До контрольної групи увійшло 10 здорових дітей. Діагноз було верифіковано на підставі рентгенологічних даних. При проведенні оцінки фоноспірограм дітей основної та контрольної груп відмічались значні відмінності в часовій та частотній характеристиках зовнішнього дихання. У 63% дітей, хворих на пневмонію, тривалість дихального циклу (с) була в середньому на 18,8% меншою, порівняно із здоровими дітьми (прояв дихальної недостатності). Також у хворих частотна характеристика (Гц) дихальних шумів була вищою в середньому на 57% на вдиху та на 40% на видиху (жорстке дихання) порівняно із контрольною групою (везикулярне дихання). Спектральна характеристика інтенсивності (дБ) основних дихальних шумів в основній та контрольній групах не відрізнялась і знаходилась в діапазоні 39–57 дБ. У 98% дітей основної групи реєструвались додаткові дихальні шуми у вигляді коротких непостійних трісків у фазу вдиху та видиху в частотному діапазоні 355–710 Гц з інтенсивністю 37–43 дБ (дрібно- та середньопухирчасті хрипи). Крім того, у 75% хворих реєструвались короткі постійні тріски на висоті вдиху в частотному діапазоні 770–1200 Гц з інтенсивністю 37–43 дБ (крепітація). У дітей контрольної групи подібних звукових феноменів не виявлено. Таким чином, висока діагностична інформативність та неінвазивність методу фоноспірографії є основою для його застосування з метою ранньої діагностики пневмоній у дітей.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ: ПРОГРЕСС ИЛИ РЕГРЕСС?

В.Г. МАЙДАННИК

Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца

В последнее время в нефрологии наблюдается широкое использование понятия «хроническая болезнь почек» (chronic kidney disease). При этом введением в нефрологическую практику понятия «хронической болезни почек» (ХБП) преследовали цель определения связи между степенью нарушения функции почек и возникающими различными осложнениями, прежде всего со стороны сердечно-сосудистой системы, а также стратификации факторов риска прогрессирования ХБП. С 2003 г. понятие «хронической болезни почек» (ХБП) также используется в нефрологии детского возраста (Hogg et al., 2003). К сожалению, некоторые публикации и дискуссии на страницах периодических изданий как в Украине, так и в России свидетельствуют о неправильном толковании этого понятия. Причем, это проникло даже в классификации заболеваний органов мочевой системы. В частности, складывается абсолютно неправильное представление о ХБП как о новой патологии почек, которая во многом подменяет существующие нозологические формы, как бы являясь обобщающим термином.

На самом деле эксперты рабочей группы (Levey et al., 2003) Национального почечного фонда США (National Kidney Foundation of the United States) разработали концепцию ХБП для замены понятия хронической почечной недостаточности (ХПН). Как известно, понятием ХПН обозначали необратимую утрату функций почек. При этом в МКБ-10 ХПН обозначали шифрами: N18 (хроническая почечная недостаточность), N18.0 (терминальная стадия поражения почек), N18.8 (другие проявления почечной недостаточности), N18.9 (хроническая почечная недостаточность, неуточненная), N19 (почечная недостаточность неуточненная).

В США, как известно, используют Международную классификацию болезней 9-го пересмотра (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM), которая является официальной системой применения шифров к диагнозам и процедурам, которая используется в больницах в США, а также является основой МКБ-10, используемой ВОЗ. Согласно ICD-9-CM ХПН обозначали одним шифром 585 (хроническая почечная недостаточность), что, по мнению экспертов, не раскрывает механизмов прогрессирования патологии почек и не дает возможности проводить профилактику терминальной стадии заболевания почек (end stage renal disease). Поэтому эксперты, используя клинические и лабораторные показатели функционального состояния почек,

выделили 5 стадий ХБП, включая обратимые стадии. В частности,

С 1 октября 2005 года в ICD-9-CM вместо шифра 585 «ХПН» было введено 7 новых кодов, представленные в таблице, которыми обозначают различные стадии ХБП (585.1-585.6; 585.9) (Jeffrey, 2005). В МКБ-10 ХБП в настоящее время не классифицируется.

Таблица 1

Шифры хронической болезни почек по ICD-9-CM

Код	Шифр	Определение	
Старый	585	Chronic renal failure	Хроническая почечная недостаточность
Новый	585.1	Chronic kidney disease, Stage I	Хроническая болезнь почек, I стадия
Новый	585.2	Chronic kidney disease, Stage II (mild)	Хроническая болезнь почек, II стадия (легкая)
Новый	585.3	Chronic kidney disease, Stage III (moderate)	Хроническая болезнь почек, III стадия (средняя)
Новый	585.4	Chronic kidney disease, Stage IV (severe)	Хроническая болезнь почек, IV стадия (тяжелая)
Новый	585.5	Chronic kidney disease, Stage V	Хроническая болезнь почек, V стадия
Новый	585.6	End stage renal disease	Терминальная стадия болезни почек
Новый	585.9	Chronic kidney disease, unspecified	Хроническая болезнь почек, неспецифическая

Таким образом, термином ХБП обозначают не новую болезнь почек, а только их функциональное состояние и рекомендуют его использовать вместо понятия ХПН. При этом представление о стадийности развития ХПН, как известно, всегда было присуще классификациям этого патологического состояния, которые использовались в наших странах ранее. Поэтому, с этой точки зрения использование понятия ХБП безусловно является прогрессом в развитии нефрологии детского возраста. Однако, использование понятия ХБП в качестве обобщающего термина, подменяющего нозологические формы хронических болезней почек является регрессом. Считаем, что широкое использование понятия ХБП позволит улучшить оказание медицинской помощи больным при наличии нарушения функции почек и снизит риск прогрессирования почечной недостаточности.

СОЦИАЛЬНЫЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ

О.А. МАКАРОВА, Н.И. ЗРЯЧКИН, К.А. ПОЛЯКОВ,
Г.В. ЗАЙЦЕВА, Ж.Ж. КАРАЛЬСКАЯ

ГОУВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»,
Российская Федерация

Проведен анализ 82 случаев смерти детей в возрасте до одного года за 5-летний период (2003–2007 гг.). Группу сравнения составили

82 ребенка, благополучно проживших первый год жизни, не имеющих врожденных пороков развития и хронических заболеваний. Выявлено, что ведущими причинами смерти детей были врожденные пороки развития и болезни нервной системы. Замечена отчетливая тенденция увеличения смертности от врожденных пороков развития с 19,2% в 2003 году до 46,6% в 2007 году. Среди врожденных аномалий развития 1/3 составили не совместимые с жизнью пороки сердца. Болезни нервной системы в подавляющем большинстве случаев были представлены обструктивной гидроцефалией и кистозной дегенерацией вещества головного мозга вследствие лейкомаляции. У каждого четвертого умершего ребенка родители относились в группу высокого социального риска (алкоголики, наркоманы, безработные). В 77% случаев матери умерших детей затруднялись определить статус мужчины, ставшего отцом их ребенка. В группе сравнения неполных семей было 10,9%. Мать каждого четвертого умершего ребенка имела в анамнезе один или несколько медицинских абортов (в группе сравнения это показатель составил 12,2%). Угроза прерывания беременности регистрировалась несколько чаще у матерей группы сравнения (53,7% против 46% соответственно). Несмотря на это, все дети группы сравнения родились доношенными. Среди умерших детей более половины (52,4%) были недоношенными, из них 48% – глубоко недоношенными. Среди факторов риска невынашивания в группе умерших детей в 25,6% случаев зарегистрирован поздний гестоз (в группе сравнения 14,6%), хроническая урогенитальная инфекция – соответственно у 46,0 и 34,1% матерей. Таким образом, дети, умершие в младенчестве, по сравнению с детьми, благополучно прожившими первый год жизни, имели высокую степень отягощенности социального и биологического анамнеза, что могло явиться причиной высокой распространенности врожденных пороков развития и недоношенности.

ПОДРОСТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК И ОБЩЕСТВО: ВОПРОСЫ ОБЩЕНИЯ, КОММУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ

Г.А. МАКОВЕЦКАЯ, Ю.Ю. БАЗРАНОВА, Ю.Б. ТРИФОНОВА

Самарский государственный медицинский университет.
Самарская областная клиническая больница
им. М.И. Калинина, Российская Федерация

Коммуникативная компетентность – определенный уровень сформированного межличностного и профессионального опыта взаимодействия с окружающими, который необходим для успешного функционирования в профессиональной сфере и обществе. В настоящее время

каждый третий подросток имеет хроническое соматическое заболевание на фоне высокой социальной активности. Цель работы – определение коммуникативных умений и уровня общительности у здоровых и имеющих хроническое заболевание почек (ХБП) подростков 15–18 лет. Объект исследования: 40 человек, по социальному положению – учащиеся и студенты. Две группы наблюдения: I группа – 20 человек, все здоровые, II – 20 человек с ХБП (хронические гломерулонефрит, пиелонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит). Исключены больные с ХПН. Использованы общеклинические, психологические (оценка уровня общительности (тест В.Ф. Ряховского), тест коммуникативных умений Л. Михельсона), математические методы. В обеих группах компетентный тип реагирования одинаковый и составляет 64–62%. В то же время определены достоверные различия в типах реагирования на конкретные коммуникативные ситуации. У подростков с ХБП в 2 раза чаще выявляется агрессивный тип реагирования, в меньшей степени – зависимый. Здоровые лица обладают более адекватным восприятием коммуникативной ситуации и более выраженной альтруистической установкой во взаимодействии. В группе с ХБП лучше сформировано умение реагировать на нестандартные ситуации в общении, сильно выражена установка на принятие помощи со стороны. Уровень общительности у подростков обеих групп не различается. Специфика выраженности уровня общительности не является психосоматическим фактором больных с ХБП. Более значимыми являются качественные характеристики в общении, тип реагирования в ситуации. Агрессивность объясняется защитной реакцией подростка, не желающего отличаться от здоровых людей. Общение с медицинским персоналом, некоторые ограничения в свободе способствуют формированию не только агрессивности, но и лучшей реакции на нестандартные ситуации в общении. Этим подросткам необходима психологическая поддержка. Полученные данные можно применять при подготовке психологов, учителей, врачей.

РОЛЬ МИКРОФЛОРЫ РОДИТЕЛЕЙ ПРИ ПАРТНЕРСКИХ РОДАХ В ПЕРВИЧНОЙ КОЛОНИЗАЦИИ ОРГАНИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО

Г.Б. МАЛЬГИНА, И.Ф. ЖУКОВА

ФГУ «Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Росмедтехнологий»,
г. Екатеринбург, Российская Федерация

Введение в широкую практику семейно-ориентированных технологий является частью национальной политики государства. В связи с

этим появляется еще один участник родового процесса и последующей за ним первичной колонизации организма новорожденного – отец ребенка, который должен являться носителем нормальных биотопов. Для подтверждения этого нами проведено микробиологическое исследование 192 супружеских пар и их новорожденных и 30 женщин и их новорожденных, рожденных без участия партнера (контроль). Исследовалась микрофлора верхних дыхательных путей будущих родителей, флоры родовых путей. На 4–5-е сутки жизни проводилось бактериологическое исследование фекалий новорожденного. У 106 (55,2%) пар выявлен нормобиоценоз верхних дыхательных путей, у 86 (44,8% родителей) был диагностирован дисбактериоз верхних дыхательных путей. В большинстве случаев флора представлена *St. aureus* из бактериальных посевов из носа, зева родителей, при этом всем супругам с выявленным стафилококконосительством назначалась санация, при этом полный курс санации успели провести 40,7% супружеских пар. Флора цервикального канала в большинстве случаев представлена лактобактериями и только в 6,3% выявлена *Candida*. При анализе микробиоценоза кишечника на 4–5-е сутки жизни у 56 новорожденных при партнерских родах постнатальная патологическая колонизация наблюдалась у санированных родителей в 29,4%, у несанированных родителей – в 60%. Спектр патологической микрофлоры, колонизировавшей кишечник новорожденных, следующий: *St. aureus*, *Klebsiella*, *Klebsiella* в ассоциации со *St. aureus*, полимикробные ассоциации. Своевременное выявление носительства условно-патогенной микрофлоры и санация семейной пары до родоразрешения, а также широкое внедрение партнерских родов в повседневную практику в два раза снижает частоту неадекватной колонизации кишечника новорожденных, в том числе и внутрибольничной микрофлорой.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

У.С. МАЛЯВИНА, Н.А. ГЕППЕ, О.В. БАТЫРЕВА

Клиника детских болезней Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, Российская Федерация

Целью исследования было установить эффективность и безопасность применения ингаляций через небулайзер ПАРИ СИНУС у больных детей с риносинуситами. Основное лечение всех синуситов главным образом сводится к обеспечению хорошего оттока содержимого пораженных пазух. Это одно из условий успешной терапии при воспалительных процессах замкнутых полостей, также назначение антибактериального лечения, а в некоторых случаях и дрениро-

вание полостей. Специальная конструкция небулайзера с пульсирующей подачей мелкодисперсного аэрозоля позволяет осуществлять подачу медикаментов непосредственно в придаточные пазухи носа и увлажняя слизистую оболочку носа. В исследование были выделены две группы детей с синуситами: I группа – пациенты, получавшие ингаляционную терапию (антибактериальную, муколитическую, противовоспалительную (пульмикорт)) с помощью прибора ПАРИ СИНУС; II группа – дети, получавшие лечение согласно медицинским стандартам. С первого дня лечения гнойных синуситов в I группе были назначены ингаляции через ПАРИ СИНУС антибиотика (клафоран), противовоспалительного препарата (пульмикорт-суспензия), муколитика (амброксол). В первые дни лечения использовался оксиметазолин по 2 капли с физиологическим раствором. Учитывая совместимость, препараты использовались в одной ингаляции 2 раза в день. Эффективность проводимой терапии оценивалась динамикой субъективных и объективных данных исследования, анализом транспортной функции циллярного эпителия (сахарный тест), эндоскопических исследований носовых полостей, рентгенологическими исследованиями пазух носа, компьютерной бронхофонографии. Улучшение носового дыхания отмечалось на 3- и 7-й день в I и II группах, снижение слизистых выделений в I группе отмечалось на 3- и 5-й день, соответственно, проявление клинических симптомов синуситов в виде головных болей, слизистых выделений, эндоскопическая картина слизистой и рентгенологические проявления синуситов купировались раньше в I группе, также быстрее улучшались показатели КБФГ. Таким образом, ингаляционная терапия через прибор ПАРИ СИНУС является неинвазивным, безболезненным, непродолжительным, эффективным методом лечения острых и хронических синуситов у детей и значительно снижает период лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

А.К. МАМЕДБЕЙЛИ, Н.Д. РАГИМОВА

Научно-исследовательский институт педиатрии им. К.Я. Фараджевой, г. Баку, Азербайджан

Было обследовано 132 новорожденных с различными внутриутробными инфекциями. Факторами риска развития у новорожденных с внутриутробной инфекции с преимущественным поражением ЦНС являются возраст матери старше 30 лет, хронические соматические, гинекологические заболевания матери, отягощен-

ный акушерский анамнез, патологическое течение беременности и родов. Клинические варианты поражения ЦНС у новорожденных с внутриутробной инфекцией варьируют от транзиторных неврологических нарушений до тяжелого поражения головного мозга (энцефалиты, пороки развития). Наиболее тяжелые формы церебральной патологии встречаются при внутриутробных инфекциях цитомегаловирусной, герпесвирусной и смешанной этиологии. Наиболее характерными эхографическими признаками поражения головного мозга у новорожденных при цитомегаловирусной инфекции являются билатеральные кисты в области каудоталамической вырезки и хвостатого ядра таламуса (20%), кальцификаты (10%), кисты с преимущественной локализацией в теменных и затылочных областях (13,3%); при герпесвирусной инфекции – наличие отека и набухание мозга (34,3%), стойкое снижение мозгового кровотока, кистозные полости в области лобных, височных и теменных долях (14%) и изменение желудочковой системы головного мозга (20%). У новорожденных с инфекцией хламидийной этиологии чаще наблюдаются гемодинамические изменения геморрагического характера (47,1%), а также паренхиматозные кисты (11,8%). Смешанные внутриутробные инфекции сопровождаются развитием тяжелых гемодинамических нарушений (64%) и полиморфных структурных изменений. У новорожденных с ЦМВИ и смешанной инфекцией выявлены значительное угнетение клеточного и гуморального звеньев иммунитета, повышенный уровень в сыворотке крови ИЛ-1 β и ФНО α , характеризующие тяжесть поражения ЦНС у новорожденных с ВУИ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПУРИНОВЫХ И ПИРИМИДИНОВЫХ ОСНОВАНИЙ В МОЧЕ

И.С. МАМЕДОВ, И.В. ЗОЛКИНА, М.И. ЯБЛОНСКАЯ,
В.С. СУХОРИКОВ

ФГУ «Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологии»,
Российская Федерация

Среди новых высокотехнологических методов лабораторной медицины особое место занимает метод тандемной масс-спектрометрии (ВЭЖХ-МС-МС). В ведущих медицинских центрах развитых стран метод используется для диагностики наследственных нарушений обмена пуриновых и пиримидиновых оснований. В Московском НИИ педиатрии и детской хирургии метод ВЭЖХ-МС-МС используется для быстрой диагностики 7 болезней по пуриновым и 9 болезней по пиримидиновым основаниям. Исследование состоит из следующих этапов: 1) отбор проб суточной или утренней мочи от паци-

ентов в возрасте от 2 до 15 лет; 2) в лаборатории пробы мочи разбавляются и фильтруются; 3) производится анализ проб на хромато-масс-спектрометре «Agilent 6410 QQQ». Разделение веществ производилось градиентным элюированием, использовалась обращеннофазная хроматографическая колонка Zorbax Eclipse XDB8-C18, 5 μ m, 4,0 \times 150 мм («Agilent», США). Для расчета концентраций пуринов и пиримидинов в единицах ммоль/моль креатинина также определялась концентрация креатинина в моче каждого пациента. Разработанная методика позволяет определять 21 вещество: аденин, аденозин, β -аланин, цитидин, дезоксиаденозин, дезоксигуанозин, дезоксиуридин, дигидроурацил, гуанин, гуанозин, гидроксиметилурацил, инозин, оротовая кислота, тимидин, тимин, урацил, уреидопропионовая кислота, мочевиная кислота, уридин, ксантин, дезоксиинозин. Учитывая важнейшее биологическое значение нуклеотидных оснований, в настоящее время работа ведется по другим нозологическим формам и разделам медицины.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОЙ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ С ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

Н.А. МАНЫЛОВА, И.И. ЛОГВИНОВА, С.Г. РЕЗВАН*

Воронежская государственная медицинская академия.
*Воронежский государственный университет,
Российская Федерация

В результате комплексного исследования структурно-функциональных свойств эритроцитов у детей с анемией, сочетанной с различными проявлениями гипоксии, методом регистрации кислотных и гипоосмотических эритрограмм установлено снижение на 2–6% осмотической резистентности эритроцитов, помещенных в 0,55% раствор NaCl. Это указывает на накопление в мембранах эритроцитов скрытых структурных дефектов, формирующихся в результате интоксикации организма недоокисленными продуктами гликолитического обмена и других патологических процессов, которые индуцируют увеличение в циркулирующей крови доли сверхвысокостойких эритроцитов на 5–25%. Это может быть обусловлено как доминированием процессов модификации мембран высокостойких эритроцитов интоксикантами, так и вкладом эритрона в виде выброса незрелых сверхстойких эритроцитов. Установлено, что у большинства детей с анемией значение величины константы максимальной скорости гемолиза (K_{max}) изменяется в интервале 0,13–0,53 отн. ед. (в контроле 0,6), т. е. у этих новорожденных выявлена пониженная чувствительность среднестойких эритроцитов к действию

гемолитических агентов. Это указывает на преобладание в организме обследованных детей процессов химической модификации мембран над реакциями деструктивного характера. Выявлено варьирование в широких пределах длительности латентной фазы кислотного гемолиза, t_{lat} от 0 до 255 с. Следовательно, у одних новорожденных H^+ -резистентность эритроцитов была повышена, а у других – понижена относительно контроля ($t_{lat}=180$ с). Таким образом, в условиях анемии у новорожденного доминируют процессы интоксикации организма недоокисленными продуктами гликолитического метаболизма. Зарегистрированный нами лишь пониженный до 2–6% уровень гипосмотической резистентности эритроцитов указывает на то, что при постгеморрагической анемии в мембранах эритроцитов развиваются реакции модифицирующего характера, а деструктивные процессы, сопряженные с развитием оксидативного стресса, не являются доминирующим звеном в развитии изменений структурно-функциональных свойств эритроцитов. У всех детей анемия сочеталась с последствиями перенесенной внутриутробной гипоксии, вклад которых требует дополнительного более детального исследования.

СУБПОПУЛЯЦИОННЫЙ СОСТАВ ЛИМФОЦИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Т.Г. МОРДОВИНА

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Беларусь

Проведено иммунологическое обследование 101 ребенка (3–24 месяцев) с патологией нервной системы вследствие перинатальной гипоксии-ишемии: тяжелая форма нарушения моторного развития (формирующиеся и сформированные ДЦП) – 15 (14,8%), задержка моторного развития различной степени тяжести – 70 (69,3%), двигательные нарушения (парезы, параличи) – 10 (9,9%), гидроцефалия – 6 (5,9%). В результате иммунологического обследования методом проточной цитометрии у детей изучен субпопуляционный состав лимфоцитов в венозной крови. Определен уровень идиотипических аутоантител (АТ1) и их функциональных противовесов – антиидиотипических антител (АТ2) к белкам нервной ткани S-100, GFAP, ОБМ, ФРН в сыворотке крови методом ИФА с применением тест-системы ИФА-НЕЙРО-АТ (ООО «Биофармтест», Россия). С помощью иерархического кластерного анализа по методу Уорда полученные значения уровней аутоантител (у 101 ребенка) были разделены на 3 кластера (ко-

эффициент достоверности $p=0,0000001$). В первый кластер вошли высокие значения показателей уровня антител, во второй – средние, в третий – низкие (табл. 1).

Таблица 1
Значения уровня АТ1 и АТ2 к белкам нервной ткани в кластерах

АТ1 и АТ2	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3
АТ1 к S100	166,7	107,9	64,2
АТ2 к S100	172,1	106,5	62,4
АТ1 к GFAP	166,3	102,3	61,0
АТ2 к GFAP	181,5	114,6	60,1
АТ1 к ОБМ	188,5	107,6	61,4
АТ2 к ОБМ	200,0	114,2	62,3
АТ1 ФРН	216,4	138,3	77,8
АТ2 ФРН	200,2	140,3	75,0

С применением теста Фишера оценивали степень разброса значений показателей АТ между кластерами. Результат теста показал высокий разброс указанных показателей. За норму иммунореактивности были приняты значения (для всех исследуемых белков), находящиеся в диапазоне от 80 до 140 У.Е. (Poletaev A.V. et al., 2004). Согласно классификации (Poletaev A. V. et al., 2004), значения показателей 1-го кластера отнесли к гиперреактивным, значения 2-го – к нормореактивным, значения 3-го – к гипореактивным.

Проанализировали субпопуляционный состав лимфоцитов у детей в зависимости от типа иммунореактивности сыворотки. Результаты отражены в таблице 2.

Таблица 2
Субпопуляционный состав лимфоцитов при различных типах иммунореактивности

CD-маркеры лимфоцитов	1 тип	2 тип	3 тип	Значение р
	n=42	n=30	n=29	
CD3+ (%)	62,0±1,7	62,1±1,9	66,0±1,4	0,217
CD4+ (%)	37,3±1,8	37,3±2,5	36,0±3,1	0,416
CD3+CD8+ (%)	18,4±0,7	19,4±1,0	19,5±0,8	0,463
CD3-CD8+ (%)	3,0±0,5*	2,2±0,3*	1,8±0,3*	<0,001
CD19+ (%)	29,4±1,4	29,7±1,8	26,2±1,2	0,471
CD3+CD56+ (%)	1,3±0,7*	0,4±0,2*	0,2±0,1*	<0,001
CD3-CD56+ (%)	4,8±0,8*	4,0±0,6*	3,6±0,5*	<0,001
CD3+HLADR+ (%)	2,4±0,3*	1,5±0,2*	1,5±0,3*	<0,001
CD19+ HLADR+ (%)	32,0±1,4*	30,0±1,7*	27,3±1,2*	<0,001
CD3+CD25+ (%)	3,0±0,3*	2,8±0,7*	2,5±0,4*	<0,001
CD8+/CD56+				
CD25+ (%)	0,2±0,06*	0,2±0,02*	0,1±0,02*	<0,001
CD4/CD8	1,9±0,17	1,9±0,16	2,0±0,22	0,926

Примечание: * – различия в группах статистически значимы

Сравнительный анализ субпопуляционного состава лимфоцитов нормо-, гипо- и гиперреактивного типов иммунореактивности показал статистически значимые ($p<0,001$) различия по следующим показателям: CD3-CD8+, CD3+CD56+, CD3-CD56+, CD3+HLADR+, CD19+HLADR+, CD3+CD25+, CD8+/CD56+CD25+. Установлено, что гиперреактивному типу соответствовали наиболее высокие значения указанных показателей, нормореактивному типу – средние значения (между гипер- и гипореак-

тивним типами), а гипореактивному – самые низкие значения показателей. По содержанию аутореактивных лимфоцитов CD3+HLADR+, CD19+HLADR+ нормо- и гипореактивные типы иммунореактивности не имели статистически значимых различий. Проведенный корреляционный анализ состава лимфоцитов и уровня аутоантител к белкам нервной ткани показал, что у детей с неврологической патологией имеется умеренная прямая корреляция между уровнем CD3+HLADR+ и содержанием AT1 и AT2 к белкам S100 ($r > 0,245$, $p = 0,013$ и $r > 0,255$, $p = 0,009$); GFAP ($r > 0,264$, $p = 0,007$ и $r > 0,229$, $p = 0,020$); ОБМ ($r > 0,227$, $p = 0,022$ и $r > 0,252$, $p = 0,010$); ФРН ($r > 0,300$, $p = 0,002$ и $r > 0,298$, $p = 0,002$). Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что высокий уровень аутоантител сопровождается повышенным содержанием аутореактивных Т-лимфоцитов. По нашим данным, гиперреактивному типу иммунореактивности – с высоким уровнем аутоантител к белкам нервной ткани – соответствовал самый высокий уровень клеток CD3+HLADR+. Также выявлена слабая прямая корреляция между уровнем CD3-CD8+ и содержанием AT к белкам S100 ($r > 0,192$, $p < 0,03$); ОБМ ($r > 0,200$, $p = 0,04$) и ФРН ($r > 0,192$, $p < 0,04$). У детей с гиперреактивным типом иммунореактивности были выявлены самые высокие значения CD3-CD8+. Выявленная нами прямая корреляционная связь указывает на то, что высокая цитотоксическая активность у детей с неврологической патологией связана с повышенным уровнем нейроспецифических аутоантител в сыворотке крови. Следует отметить, что у детей с высоким уровнем аутоантител (гиперреактивный тип иммунореактивности) наблюдался статистически значимый высокий уровень НК-клеток, Т-клеток киллеров и цитотоксических клеток CD3-CD8+ относительно детей с нормо- и гипореактивным типом реактивности, однако взаимосвязь с уровнем аутоантител была найдена только по показателю CD3-CD8+. Наличие корреляции между двумя признаками вовсе не означает обязательного наличия прямой причинно-следственной связи между ними. Вполне возможно, что согласованные изменения обоих признаков есть следствие вариации некоторого третьего признака. Если учесть, что показатели CD3+CD56+, CD3-CD56+, CD3-CD8+ имели прямую корреляционную связь, то можно предположить, что изменение одного из них вполне могло повлиять на изменение других. Таким образом, у детей с неврологической патологией вследствие перинатальной гипоксии-ишемии имеется значительный разброс показателей уровня нейротропных аутоантител, что свидетельствует о неоднородности данной группы с точки зрения молекулярных механизмов развития имеющейся патологии. При этом выявленный соответствующий разброс показателей клеточного звена иммунитета говорит о комплексной пере-

стройке нейроиммунных взаимоотношений. Найденные корреляционные взаимосвязи между уровнем аутоантител и показателями клеточного иммунитета еще раз доказывают, что высокоспецифичные иммуноглобулины класса G активно участвуют в иммунном ответе и одновременно регулируют его, влияя на активность других механизмов иммунного ответа – клеточных и гуморальных.

МІКРОЕЛЕМЕНТНІ ПРОФІЛІ ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ВЕЛИКОГО МІСТА

Ю.В. МАРУШКО, О.Л. ТАРИНСЬКА, Т.І. ОЛЕФІР,
О.А. ЛІСОЧЕНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

На елементний склад людини суттєвий вплив мають природні фактори, антропогенне навантаження, незбалансоване надходження нутрієнтів, зумовлюючи дефіцит чи надлишок в організмі хімічних елементів. Відхилення елементного складу, порушення співвідношень макрота мікроелементів ускладнюють обмінні процеси, погіршують адаптивні можливості, особливо дитячого організму. Вивчення елементного складу волосся відбиває вміст хімічних елементів в організмі в цілому. Проведений аналіз волосся на вміст 12 хімічних елементів (Zn, Cu, Se, Fe, Ni, Co, Cr, Mn, Pb, Hg, Cd, Sr) рентгено-флуоресцентним методом у 179 дітей практично здорових дітей віком 11–15 років, котрі мешкають у місті Києві. Роль вивчених есенціальних (заліза, міді, цинку, кобальту, хрому, марганцю, селену) та умовно необхідних (нікелю) мікроелементів у життєдіяльності клітини й підтримці її гомеостазу надзвичайно важлива і різноманітна. Встановлено, що переважна більшість дітей має відхилення їх вмісту, в середньому по 4 на кожну дитину. Зниження вмісту есенціальних мікроелементів встановлено в 52,7% показників, підвищення порівняно з фізіологічно необхідним рівнем мали 3,1% показників. Дисбаланс есенціальних мікроелементів призводить до несприятливих внутрішньоклітинних змін, спектр яких надзвичайно широкий. Звертає увагу виявлення підвищеного вмісту токсичних (кадмій, свинець, ртуть) та потенціально-токсичних (стронцій) мікроелементів у 11% обстежених. Токсичні елементи навіть у найнікчемніших дозах значно пригнічують ферментативну активність, іноді шляхом витиснення есенціальних мікроелементів з активних центрів ферментів. Аналіз вмісту хімічних елементів у волоссі дітей дозволяє формувати групи ризику з розвитку захворювань, пов'язаних з їх дефіцитом чи надлишком, проводити своєчасну корекцію мікроелементозів дієтичними рекомендаціями чи застосуванням збалансованих за

складом комплексних препаратів мікроелементів. Можливість вивчення одночасно значної кількості мікроелементів дозволяє врахувати синергічні та антагоністичні відношення між ними і відкриває більш широкі можливості корекції мікроелементного дисбалансу.

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ХЛАМІДІЙНИХ РЕСПІРАТОРНИХ УРАЖЕННЯХ У ДІТЕЙ

Ю.В. МАРУШКО, Т.В. МАРУШКО, О.В. ЛИСОВЕЦЬ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Серед збудників інфекційних хвороб людини значна роль належить внутрішньоклітинним патогенам. Хламідійній інфекції належить значне місце в структурі інфекційної патології людини. Щорічно у світі реєструється більше 90 млн. нових випадків хламідійної інфекції. Метою нашої роботи було висвітлення особливостей діагностики та терапевтичної тактики при хламідійному ураженні дихальних шляхів у дітей різного віку. Діагностика хламідійних інфекцій у дітей спирається на комплекс анамнестичних, клініко-лабораторних і параклінічних даних, результати мікробіологічного обстеження. Проте особливості патогенезу, складний життєвий цикл хламідій, їх внутрішньоклітинне розташування спричиняють іноді досить важку складність в діагностиці та розробці лікувально-діагностичних заходів, особливо при інфекції, що спричинена *Chlamydia pneumoniae* (*Chl. pn.*). Визначення антитіл (серологічна діагностика) вимагає дослідження сироватки крові в динаміці захворювання. Реакція мікроімунофлюоресценції (МІФ) є стандартом серологічної діагностики, передусім для *Chl. pn.*, але в Україні не набула практичного розповсюдження в зв'язку з появою ІФА. Отримання клітинної культури *Chl. pn.* не має клінічного значення. Морфологічні (цитологічні) методи є простими, але недостатньо специфічними, особливо для *Chlamydia spp.* Молекулярно-біологічна діагностика в переважній більшості випадків базується на застосуванні полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Дослідженню може підлягати будь-який матеріал, що може містити хламідії або їх фрагменти. ПЛР виявляє наявність специфічних ланцюгів нуклеїнових кислот (частіше ДНК) хламідій незалежно від життєздатності збудника. Видо-, родо-, родиноспецифічність дослідження залежить від вибору діагностичного (праймерів). В лікуванні інфекцій, що спричинені хламідіями, застосовують три основні групи антибактеріальних препаратів: тетрацикліни, фторхінолони, макроліди. Макроліди та азаліди (15-членні макроліди) є найбільш

перспективною групою антибактеріальних препаратів в лікуванні хламідійних інфекцій у дітей. Препаратами вибору є «нові» макроліди. Серед них – спіраміцин (роваміцин). Певне значення мають питання імунореабілітації.

ДО ПИТАННЯ БІЛІАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ

Т.З. МАРЧЕНКО, Я.В. ТОМКІВ, Д.І. КВІТ, О.О. СЕМЕНЮК, Г.З. ВІВЧАРІВСЬКА

Національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів.

Міська дитяча клінічна лікарня. Міський дитячий гастроентерологічний центр, м. Львів, Україна

Біліарна дисфункція у вигляді дискінезії жовчовидільних шляхів (ДЖВШ) за гіпотонічно-гіпокінетичним типом займає за частотою друге місце серед хвороб органів травлення у дітей Миського дитячого гастроентерологічного центру. Під спостереженням були 30 дітей віком від 6 до 11 років. Серед пацієнтів переважали дівчата (73%). Діагноз встановлювали шляхом динамічного УЗ-обстеження. У 87% випадків ДЖВШ була вторинною на фоні захворювань гастродуоденальної зони, з них 62% склали хворі з хронічним гастродуоденітом, у поєднанні із СПК – 32%, гельмінтозом – 18%, хронічним холециститом – 8%. Генетичний анамнез був ускладнений за біліарною патологією у 76% дітей, у 215 – за патологією гастродуоденальної зони. Тривалість хвороби – від 3 до 6 місяців. В клініці переважав постійний больовий абдомінальний синдром в правому підребер'ї у вигляді тяжкості й тиску (за шкалою болю 4 бали). Мали місце і диспептичні прояви (зниження апетиту, нудота, періодично блювота із домішкою жовчі, 3 бали за шкалою нудоти і блювоти). До плану обстеження входили: ендоскопія з інтрагастральною рН-метрією, дихальний тест на визначення Нр, загальноклінічні, біохімічні, копроскопічні, бактеріологічні, серологічні (маркери гепатитів В, С, антитіла до лямблій) дослідження. Визначення метгемоглобіну в крові виявило його підвищення вдвічі у 47% дітей віком 6–11 років з явищами інтоксикації, в анамнезі у яких виявлялося харчування із високим вмістом нітратовмісних продуктів. До лікувального комплексу (дієта, фізіо- і психотерапія, дезінтоксикаційна терапія у хворих із метгемоглобінемією, лікування основного захворювання) було включено Артїхол виробництва ВАТ «Київський вітамінний завод» – рослинний препарат із листя артишоку польового, який має жовчогінну, дезінтоксикаційну і гепатопротекторну дію; до 14 років – 1 таб. тричі, після 14 років – 2 таб. тричі до їди. Позитивною була динаміка хвороби у всіх дітей: больовий абдомінальний синдром вже на

3-тю добу було оцінено в 1 бал, і повністю він зник на 5-ту добу лікування. Блювота припинилася на 2-гу добу, а нудота в цей час була оцінена в 1 бал і повністю зникла на 4-ту добу. Метгемоглобінемія ліквідувалася у всіх пацієнтів на 6-ту добу лікування. Тривалість лікування в стаціонарі – 6 днів, в денному стаціонарі – 6 днів. Отже, застосування Артіхолу в лікувальному комплексі гіпотонічно-гіпокінетичної ДЖВШ сприяє підвищенню якості лікування.

ЗАКРЕПИ У ПІДЛІТКІВ

Т.З. МАРЧЕНКО, Ю.С. КОРЖИНСЬКИЙ, Я.В. ТОМКІВ,
Д.І. КВІТ, В.Д. ШАЙДИЧ

Національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів.

Міська дитяча клінічна лікарня. Міський дитячий
гастроентерологічний центр, м. Львів, Україна

Однією з найчастіших причин звернення до лікаря є порушення дефекації у вигляді закрепи на фоні синдрому абдомінального болю, що може бути і як прояв синдрому подразненої кишки (СПК), і як прояв органічної патології. Виключення органічної патології із залученням сучасних діагностичних методів є основою діагностики функціональних захворювань травного каналу. Під спостереженням було 30 підлітків (12–18 років) із закрепами на фоні больового абдомінального синдрому (дефекація <3 р/тиждень, бобовидний кал). Тривалість хвороби – 3–10 міс. Попереднє амбулаторне лікування із застосуванням різних проносних засобів без ефекту або з короткочасним ефектом мало місце у 11% дітей. Обтяжений генетичний анамнез за хворобами органів травлення мали 68% підлітків. Переважали дівчата (71%). У 12% дітей захворювання почалося після перенесеної гострої кишкової інфекції. У більшості дітей (74%) харчування було нераціональним і нерегулярним, із переважанням фаст-фудів, кави (72%), тютюнопалінням (61%). Гіподинамія, стресові агенти мали місце у 74% підлітків. Діагностичний оптимізм (загальноклінічні, біохімічні, копроскопічні, бактеріологічні, сонографічні обстеження, іригографія, ректосигмоскопія, фіброколоноскопія) не виявив органічної патології і підтвердив діагноз СПК із закрепами. У 3 дітей було взято біопсію товстої кишки, у яких було діагностовано гістологічно постінфекційний коліт. Паралельно було виявлено супутні функціональні захворювання органів травлення, серед яких домінувала біліарна дисфункція у вигляді дискінезії жовчовивідних шляхів за гіпотонічно-гіпокінетичним типом у 42% дітей. Лікувальний комплекс (нормалізація харчування і психоемоційного стану, ЛФК, відмова від шкідливих звичок, терапія біліарної дисфункції, у 12% дітей – очисні клізми)

включав Дефенорм виробництва ВАТ «Київський вітамінний завод» – послаблюючий препарат рослинного походження по 1 капсулі 4 рази на добу на фоні об'єму рідини в раціоні до 1,5 л на добу. Цей препарат механічно подразнює рецептори кишечника набряклими після зіткнення із рідиною гідрофільними слизовмісними волокнами, що полегшує пасаж кишкового вмісту. Позитивний вплив лікувального комплексу з Дефенормом виявлявся вже на 3-тю добу: ліквідація больового абдомінального синдрому, початок регулярної дефекації. Стаціонарне лікування та лікування в денному стаціонарі тривали по 7 днів, що виявилось достатнім і ефективним.

КОРЕКЦІЯ БІЛІАРНОГО СЛАДЖУ У ДІТЕЙ

Т.З. МАРЧЕНКО, Ю.С. КОРЖИНСЬКИЙ, Я.В. ТОМКІВ,
О.О. СЕМЕНЮК, Л.В. ЗАСТАВНА

Національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів.

Міська дитяча клінічна лікарня. Міський дитячий
гастроентерологічний центр, м. Львів, Україна

Зростання частоти жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ) у дітей різного віку тепер розглядається як фінал прогресування біліарної дисфункції, особливо на фоні природжених аномалій жовчного міхура, дискінезій, холециститу. Тому актуальним стає своєчасне виявлення і лікування зворотних змін в жовчі, одним із яких є біліарний сладж на фоні згущення й осаду жовчі. Сонографічне виявлення біліарного сладжу на фоні густої жовчі мало місце у 19%, помірне потовщення стінки жовчного міхура – у 8% дітей різного віку, які лікувалися в міському дитячому гастроентерологічному центрі з приводу різних захворювань: дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) – 64% (із них 72% з гіпотонічно-гіпокінетичною формою), хронічного холециститу – 8%, в поєднанні з хронічним гастродуоденітом – 46%, гельмінтозом – 12%, синдромом подразненої кишки – 21%, природженими аномаліями жовчного міхура (перегин шийки) – 6%, хронічним гепатитом В і С – 3%. Генетична обтяженість за біліарною патологією мала місце у 42% дітей зі сладжем жовчі (ЖКХ, холестаз). Верифікацію основного діагнозу проводили із виконанням обов'язкових обстежень згідно з протоколами МОЗ України. В клінічній картині жовчної кольки не було. Переважав тупий біль біля пупка і в правому підребер'ї (у 61% дітей), який посилювався після фізичного навантаження, нераціонального харчування. У всіх хворих з біліарним сладжем мав місце і диспептичний синдром (нудота, зниження апетиту, періодично блювота з домішкою жовчі). Змін в ліпідогамі у дітей із жовчним сладжем ми не знайшли. Надлишкову масу мали 32%

дітей з біліарним сладжем. Реакція підшлункової залози на біліарний сладж мала місце у 32% хворих (розширення області больового синдрому на точки проєкції підшлункової залози, сонографічно – її набряк, стеаторея). До лікувального комплексу основного захворювання ми включили єдину на ринку суспензію урсофальку фірми «Фальк» (Німеччина) із розрахунку 10 мг/кг/добу. Клініко-сонографічний контроль через місяць виявив зникнення больового абдоминального і диспептичного синдромів, ліквідацію сладжу і осадку жовчі у 82% пацієнтів. У 18% дітей ми продовжили терапію урсофальком ще протягом одного місяця, що сприяло ліквідації сладжу жовчі у всіх пацієнтів. Отже, включення до лікувального комплексу суспензії урсофальку є ефективним в ліквідації сладжу жовчі і може бути одним із методів профілактики ЖКХ у дітей і дорослих.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Я.К. МАСТАЛИЕВ, А.А. МЕХТИЕВА, А.Г. ПАШАЕВ,
А.А. БАБАЕВА

Научно-исследовательский институт педиатрии
им. К.Я. Фараджевой, г. Баку, Азербайджан

Целью работы было изучение динамики показателей энергетической системы крови АТФ и активности АТФ-азы при острых пневмониях. Под наблюдением находились 22 больных с острой пневмонией в возрасте от 6 месяцев до 2-х лет. Заболели впервые 16 детей, у 6 пневмония развилась на фоне перенесенных ранее воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и легких в сроки от 7 дней до 2 месяцев. Уровень АТФ у детей при пневмонии снижен – $11,02 \pm 0,5$ мг%, особенно в разгар заболевания – $9,9 \pm 0,25$ мг% (норма $15,4 \pm 0,6$ мг%). В периоде реконвалесценции содержание ее повышается но не достигает нормы ($10,9 \pm 0,32$ мг%). Отмечено также снижение АТФ-азной активности эритроцитов – 158 ± 13 мкгР, более выраженное в разгар заболевания – $92 \pm 15,1$ мкгР (норма $178,13 \pm 11$ мкгР), с тенденцией к нормализации во время выздоровления – $167,5 \pm 12$ мкгР. При изучении уровня АТФ и АТФ-азной активности эритроцитов выявлено параллельное изменение их в динамике пневмонии. Низкому содержанию АТФ крови соответствует снижение показателей АТФ-азы. Это явление, по-видимому, связано с нарушением синтеза ферментов и макроэргов в условиях гипоксемии, интоксикации и лихорадки. Снижение обеих показателей в периферической крови можно рассматривать как отрицательный сдвиг в энергетических ресурсах организма. Динамическое наблюдение за изменением уровня АТФ

и активностью АТФ-азы крови в комплексе с другими клиническими и лабораторными данными могут иметь прогностическое значение и использоваться для суждения об эффективности лечения.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОСТРОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Я.К. МАСТАЛИЕВ, Т.Н. ДЖАФАРОВА, А.А. МЕХТИЕВА,
А.А. БАБАЕВА

Научно-исследовательский институт педиатрии
им. К.Я. Фараджевой, г. Баку, Азербайджан

Целью работы послужило изучение функции внешнего дыхания (ФДВ) у больных детей с острой пневмонией для ранней диагностики дыхательных расстройств, своевременной их коррекции, оценки эффективности проводимого лечения и степени выздоровления. Проведены исследования функции внешнего дыхания у 20 детей, больных острой осложненной пневмонией, в возрасте от 7 лет до 12 лет. Запись дыхания мы проводили с помощью прибора «Мижроспино ШИ-298». В разгар заболевания у всех больных выявлено снижение вентиляционной способности легких различной степени выраженности. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) у всех детей в среднем составляла $103,8 \pm 12,7\%$, форсированная ЖЕЛ – $116 \pm 14,3\%$, объем форсированного выдоха в 1-ю секунду выражался уменьшением показателей и составлял $107,9 \pm 13\%$. Относительная секундная емкость, т.е. тест Тиффно, в начальном периоде варьировалась в пределах $90,7 \pm 11,1\%$, что обусловлено значительным преобладанием продолжительности выдоха над вдохом. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) была заниженной и составляла $87,7 \pm 17\%$. Максимальная объемная скорость (сила дыхания): при 25% выдохе составляла $37,2 \pm 5,9$; при 50% – $49,7 \pm 3,7\%$; при 75% – $82,7 \pm 16,8\%$. При этом ММФ находилась в пределах $55,9 \pm 14,7\%$ от должной величины. В период реконвалесценции отмечалась тенденция к нормализации пневмографических показателей. Она четко выражалась в полученных данных: ЖЕЛ – $112,3 \pm 9,6\%$; ФЖЕЛ – $128,5 \pm 13,4$; ОФВ – $123,8 \pm 8,2\%$; ТТ – $121,5 \pm 12,5\%$, ПСВ – $123,1 \pm 28,7\%$; МЕФ-25% – $65,2 \pm 5,75\%$, МЕФ-50% – $56,5 \pm 6,1\%$; МЕФ-75% имел все еще заниженную цифру – $76,5 \pm 2,04\%$; ММФ – $68,9 \pm 18,6\%$. Таким образом, полученные результаты указывают на снижение жизненной емкости легких и форсированной ЖЕЛ, свидетельствующие о рестриктивных нарушениях в легких при острой пневмонии.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДЕМИИ ПРИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Я.К. МАСТАЛИЕВ, И.Ш. МАХМУДОВ, А.Г. ПАШАЕВ,
Т.Н. ДЖАФАРОВА

Научно-исследовательский институт педиатрии
им. К.Я. Фараджевой, г. Баку, Азербайджан

Целью настоящей работы было изучение некоторых показателей липидного состава сыворотки крови при пневмонии у детей раннего возраста. Под наблюдением находились 20 детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. Исследования проводили в разгаре болезни и клиническом выздоровлении. В разгаре пневмонии несущественно повышается уровень содержания общих липидов и НЭЖК ($M=523,9\pm 30,1$ мг%, $p>0,05$ и $0,57\pm 0,06$ мк-экв/мл, $p<0,05$). Отмечается тенденция к снижению уровня холестерина, лецитина и липазы ($M=135\pm 6,8$ мг%, $p<0,01$; $167\pm 10,4\%$, $p>0,05$; $0,26\pm 0,025$ ед./мл, $p<0,05$). В периоде клинического улучшения уровень НЭЖК и общих липидов снизился по сравнению с таковым в разгаре заболевания ($M=445\pm 23,4$, $p<0,05$ и $0,39\pm 0,03$, $p<0,01$). Имеет тенденцию к снижению и уровень липазы ($0,22\pm 0,02$ ед./мл, $p>0,05$). Отмечается увеличенное содержание холестерина и лецитина ($141\pm 7,2$ мг%, $p>0,05$ и $195\pm 11,2$ мг%, $p>0,05$), но полной нормализации этих параметров не происходит. В заключение можно отметить, что острая пневмония у детей раннего возраста сопровождается нарушением липидного обмена. Возможно, обнаруженные сдвиги в липидном спектре крови у этих детей являются отражением участия липидов в адаптационно-компенсаторных механизмах организма ребенка при патологии легких. Под влиянием проводимой комплексной терапии не всегда наступает нормализация параметров липидного обмена при улучшении клинического состояния детей, что свидетельствует о торпидном характере течения заболеваний.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Е.П. МАЦЕХА, Г.И. БИШАРОВА, О.И. КРЯЖЕВА

ГУЗ «Краевой детский консультативно-диагностический центр», г. Чита, Российская Федерация

Исследование проведено для объективной оценки эпидемиологических характеристик злокачественных опухолей у детей Забайкальского края. Цель исследования: изучить заболеваемость и структуру злокачественных опухолей у детей Забайкальского края. Были изучены эпидемиологические данные о 333 случаях (187 мальчиков и 146 девочек) злокачественных новообразований, которые были зарегистрированы

в региональном регистре злокачественных опухолей среди детей и подростков в возрасте 0–14 лет с 1 января 1997 года по 31 декабря 2008 года. В возрасте 0–4 лет было 147 детей, 5–9 лет – 96, 10–14 лет – 90. Стандартизированный по возрасту показатель заболеваемости (европейский стандарт) составил 13,9 и 11,2 на 100 тыс. детского населения среди мальчиков и девочек соответственно. Средний возраст заболевших 6,2 года (95% ДИ 5,77–6,97) и 5,7 (95% ДИ 5,27–6,03). Кривая заболеваемости показывает увеличение риска в первые годы жизни у обоих полов, с наиболее высоким пиком заболеваемости в возрасте 2,8 лет у девочек и 3,8 лет у мальчиков. В структуре заболеваемости наиболее часто отмечается острый лейкоз – 30,6%. На втором месте находятся опухоли центральной нервной системы (ЦНС) – 21,3%. Среди солидных опухолей гистологические подтипы опухолей отличались в разные возрастные периоды. Герминогенные опухоли, нейробластома, ретинобластома и опухоль Вильмса наиболее часто встречались в возрастной группе 0–4 года, в то время как остеогенная саркома, саркома Юинга, саркомы мягких тканей и рак щитовидной железы встречались у подростков. Средний стандартизированный по возрасту (европейский стандарт) уровень заболеваемости составил 12,3 на 100 тыс. детского населения. Это достаточно высокий уровень среди других регионов РФ. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается в наиболее младшей возрастной группе, среди заболевших преобладают мальчики. В структуре заболеваемости преобладают острые лейкозы и опухоли центральной нервной системы.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНАЛЬНОМ АСПЕКТЕ

А.К. МАШКЕЕВ, М.Н. ШАРИПОВА, Л.М. КАРСЫБЕКОВА,
Т.К. ИСАБЕКОВА

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК,
г. Алматы, Казахстан

В Казахстане эпидемиологические исследования по целиакии ранее не проводились. В работе использован метод трехэтапного исследования с применением унифицированных критериев диагностики. Выборку составили 17 800 детей из 25 547 обслуживаемых двумя городскими детскими поликлиниками г. Алматы. На первом этапе изучались данные ф.112-у. На втором этапе, путем исключения возможности целиакии по клиническим критериям, отобрана группа риска – 1200 детей, из которых выделены 86 детей с повышенными титрами агглюниновых антител (IgG, IgA). Третий этап обследования проведен в условиях стационара. Кроме общеклинических анализов, для верификации диаг-

ноза целиакии проводилась энтеробиопсия (из 3 точек) слизистой тонкой кишки. Результаты гистоморфологических изменений оценивались по классификации М. Marsh. Диагноз целиакии морфологически верифицирован у 68 из 86 детей с положительными результатами на АГА. Таким образом, распространенность целиакии у детей в Казахстане, на примере г. Алматы, составляет 1 случай на 262 детской популяции. В отношении генной предрасположенности к развитию целиакии в этническом аспекте среди обследованных детей казахов была выявлена достоверная взаимосвязь заболевания с экспрессией гетеродимера DQ2 (DQ A1*0501 и DQB1*0201), что согласуется с соответствующими данными литературы. Кроме того, установлена достоверная связь заболевания с экспрессией гена DRB1*10, что можно рассматриваться как проявление этнической особенности казахов.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЛИКСИМАБОМ (РЕМИКЕЙДОМ)

А.В. МЕЛЕШКИНА, С.Н. ЧЕБЫШЕВА, О.С. РОЗВАДОВСКАЯ

Клиника детских болезней Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, Российская Федерация

Целью исследования было выявить влияние Ремикейда на качество жизни больных с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА). Обследовано 20 детей с ЮРА в возрасте от 4 до 17 лет, получающих Ремикейд. Все дети до назначения Ремикейда получали НПВП и глюкокортикостероиды (ГКС) внутрисуставно, ГКС *per os* – 7 пациентов. Все больные получали стандартные базисные препараты или их комбинацию. Длительность лечения Ремикейдом у 4 детей была год и более, у 7 – 6 месяцев и у 9 – 2–4 месяца. У 2 пациентов после 4-х введений Ремикейда лечение было прекращено вследствие неэффективности препарата. Качество жизни больных оценивалось по анкете HAQ: до начала лечения, после 6 и после 12 месяцев. Анкета оценки здоровья (HAQ) заполняется больными, и отмечается возможность одевания, вставания, приема пищи, использование специальных приспособлений и необходимость посторонней помощи. Оценка проводится по 4-балльной системе (0–3). Максимальное число баллов 27. Результаты опроса 20 больных до лечения: средний балл 19,7 (от 11 до 25). Через 6 месяцев у 7 детей средний балл составил 1,7 (от 0 до 8), причем у 5 пациентов – 0. Через 12 месяцев у 4 больных средний балл был равен 1,7 (от 0 до 4), у 2 – 0. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности Ремикейда и достоверном улучшении качества жизни у больных ЮРА.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Н.Г. МЭТРЕГУНЭ, Т.Л. ГУЦУЛ, Л.И. БИКИР, С.В. КОЖОКАРЬ, М.А. РАЙНОВА

НИИ кардиологии, г. Кишинев, Молдова

В настоящее время все чаще рассматривается большинство заболеваний как следствие патологического воздействия внутриутробной TORCH-инфекции, клинические проявления которой в разной возрастной категории разнообразны, что диктует необходимость в обследовании и лечении у разнопрофильных специалистов. Целью исследования было изучение жалоб со стороны матерей, у детей которых была диагностирована внутриутробная инфекция. Обследовано 69 ребенка в возрасте от 2 недель до 12 месяцев, у которых были диагностированы *Citomegalovirus* (ЦМВ), *Chlamydia trachomatis* (X), *Mycoplasma Pneumoniae* (M), *Toxoplasma gondii* (T), *Herpes Simplex virus* (ВПГ1/2 типа), *Estein Bar Virus* (ВЭБ). Идентификация вирусных агентов проводилась методом ИФА с учетом четырехкратного увеличения по сравнению с *cuff of*. Анамнестические данные были собраны при непосредственной беседе с мамой и родственниками второго поколения. ЦМВ (30,43%) выявлен у 21 ребенка, у 5 (7,25%) детей установлен ВЭБ, в 4 (5,8%) – X и у 8 (11,6%) детей M. Однако в процессе обследования установлена смешанная инфекция в 50% случаев: ЦМВ + T – в 1,45%; M + X – в 8,57%; ЦМВ + ВПГ – в 17,1%; ЦМВ + X – в 17,1%; ЦМВ + ВЭБ – в 20%; ЦМВ + M – в 22,85%; ЦМВ + ВПГ1/2 – в 2,85%; ЦМВ + M + X – в 8,57%. Анализ жалоб со стороны родителей показал одышку в 5,8%, акроцианоз – в 10,14%, нарушение сна – в 14,5%, нарушение функции ЖКТ (вздутие живота, жидкий стул, запоры, срыгивание, рвота) – в 26%, субфебрилитет – в 4,35%, частые респираторные вирусные инфекции – в 21,7%, аллергию – в 5,8%, отставание в психомоторном развитии – в 7,24%. Многочисленные жалобы, отражают клинические проявления как в моно-, так и в смешанных инфекциях и являются важным компонентом комплексной диагностики внутриутробных инфекций.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ «VERSAJET» В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РАН У ДЕТЕЙ

В.А. МИТИШ, П.В. МЕДИНСКИЙ

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, г. Москва, Российская Федерация

В случаях гнойно-некротических осложненных тяжелых травм и анаэробной неклострициальной инфекции отмечается удлинение фазы

воспаления и регенерации и переход раневого процесса в извращенное течение. Для нормализации течения этих фаз выполняется хирургическая обработка раневого ложа с перевязками, включающими современные материалы, обладающие аутолитическим, энзиматическим, осмотическим и другими эффектами, направленными на размягчение и лизирование некротических тканей. Однако у детей, особенно младшего возраста, огромное значение имеют сроки госпитализации и качество хирургической обработки. Эффект гидрохирургической системы «Versajet» основан на использовании водной струи высокой скорости, которая проходя через операционное окно манипулятора прецизионно удаляет нежизнеспособные ткани и, попадая в отводную трубку, создает местный вакуум, позволяя удерживать и одновременно эвакуировать удаляемые ткани, что намного ускоряет время оперативного вмешательства. Обработка ран проводилась нами у 15 детей. Лишь в одном случае понадобилась повторная хирургическая обработка. В 8 случаях обработкой проводилась с одномоментной пластикой раны (3 – аутодермопластика, 5 – местными тканями). У 7 детей проводилась отсроченная пластика ран. Нами отмечена прецизионность обработки раны, с сохранением нервов, сосудов и сухожилий в зоне действия. Длительность манипуляции составила в среднем 7–8 минут, что в 1,5–2 раза быстрее обычной методики. Однако нельзя не отметить высокую стоимость расходных материалов, сменных рукояток, которая, в свою очередь, купируется сокращением сроков лечения в 1,5–2 раза. Таким образом, гидрохирургическая система «Versajet» является перспективным методом обработки ран у детей, что доказывают полученные результаты лечения.

СПЕЦИФІКА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ФОРМ ЕНУРЕЗУ У ДІТЕЙ

І.О. МІТЮРЯЄВА, А.В. ГНИЛОСКУРЕНКО, І.О. АФАНАСЬЄВА,
Н.М. КУХТА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Обстежено 485 хворих на енурез дітей віком від 5 до 16 років. Спостереження проводились у Київському міському центрі вегетативних дисфункцій у дітей та у відділенні старшого дитинства Дитячої клінічної лікарні № 6 м. Києва. Критеріями для встановлення діагнозу «енурез» були показники, прийняті за міжнародними стандартами. Клінічні прояви, особливості перебігу та результати комплексного клінічно-інструментального обстеження дітей, хворих на енурез, показали, що у 338 з них була первинна форма, у 147 – вторинна. Аналіз у порівняльному аспекті дозволив встановити специфіку клі-

нічної картини різних форм енурезу. Отже, у дітей з первинною формою енурезу превалюють психоемоційна та гіподинамічна спрямованість психоемоційних розладів (43,5%), скарги вегетативних дисфункцій (53,2%) та змін характеру сну (83,9%) з патологією вагітності в анамнезі (81,6%), схильність до монотонного перебігу (36,09%) з ознаками гіпоректорних порушень сечових шляхів (38,1%), резидуально-органічної недостатності (77,3%), гіпоталамо-гіпофізарних розладів (19,7%) та затримкою урологічного розвитку (2,9%). Більшість дітей з первинним енурезом мали прояви слабого кістково-зв'язкового апарата (26,2%), обмінно-гіпоксичних порушень (49,1%), хронічних вогнищ інфекції латентного перебігу (59,4%), алергічного налагодження організму (36,05%). У дітей з вторинною формою енурезу клінічна характеристика відрізняється гіпердинамічною та астенодепресивною спрямованістю психоемоційних розладів (38,1%), скаргами на больовий синдром (63,3%) з патологією пологів (81,3%) та високим травматизмом в анамнезі (30,6%), схильністю до перманентного перебігу (52,7%) з ознаками гіперрефлекторних порушень сечових шляхів (34,02%), невротичного стану (53,1%) та затримкою психічного розвитку (9,5%). Діти з вторинною формою нічного нетримання сечі мали прояви ендокринних розладів щитовидної та підшлункової залоз (31,1%), гострих або рецидивних вогнищ інфекції (29,7%), порушення обміну пуринів (32,9%), кальцію (23,5%) та магнію (62,06%). Таким чином, особливості клінічної характеристики хворих на енурез дозволяють удосконалити диференційований підхід до лікування різних клінічних форм.

МЕЛАТОНІН ЯК МАРКЕР КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ДІТЕЙ

Н.В. МОВЛЯНОВА

Одеський державний медичний університет, Україна

Хронічні гастродуоденіти (ХГД) складають більше 60% від загальної кількості випадків гастроентерологічної патології у дитячому віці. У зв'язку з цим пошук критеріїв прогнозу та ефективності лікування ХГД є однією з найбільш нагальних проблем сучасної педіатрії. Останнім часом у фаховій літературі з'явилися повідомлення про зв'язок вираженості патологічних змін при хронічній патології гастродуоденальної зони із рівнем секреції мелатоніну – одного з найбільш потужних антиоксидантів та регуляторів імунної відповіді. Метою роботи була оцінка діагностичної цінності визначення рівня мелатоніну у якості критерію прогнозу та

ефективності лікування ХГД у дітей. Було обстежено 46 дітей шкільного віку, які страждали на ХГД. З них 20 підлягали стандартному медикаментозному лікуванню відповідно до чинних клінічних протоколів, в 26, крім медикаментозної терапії, одержували курс МРТ (по 10 хвилин на процедуру, не менше 10 процедур). Поряд із стандартним набором методів обстеження визначали рівень мелатоніну методом ІФА (ферментний набір ЕІА-1431). Результати досліджень вказують на те, що вміст мелатоніну у пацієнтів знижується до $6,7 \pm 0,3$ ммоль/л, причому ступінь зниження корелював із ступенем вираженості клінічних симптомів та ураження слизової оболонки ($r_s = -0,52$ $p < 0,05$). Після проведеної терапії вміст мелатоніну у сироватці зріс до $8,2 \pm 0,2$ ммоль/л у дітей, які отримували поряд з медикаментозним лікуванням курс МРТ, й відповідав віковій нормі – $11,1 \pm 0,2$ ммоль/л. Наведені дані дають підстави вважати, що явище біорезонансу, яке має місце при МРТ, впливає сприятливо на функціональний стан регуляторних систем організму, у тому числі на синтез мелатоніну пінеальними клітинами. Динаміка показника протягом лікувального процесу та тісний зв'язок між рівнем мелатоніну й ступенем тяжкості захворювання дозволяє рекомендувати визначення сироваткового мелатоніну у якості маркера клінічної ефективності комплексного лікування ХГД у дітей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У ДЕТЕЙ СО СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В САНАТОРИИ

Н.А. МОКИНА¹, Н.А. ГЕППЕ²

¹ГУВПО «Самарский государственный медицинский университет».

²ГУВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова», Российская Федерация

Целью исследования была оценка эффективности комплексной медицинской реабилитации у детей со среднетяжелой бронхиальной астмой. Нами было проведено сравнительное клиническое наблюдение детей со среднетяжелой бронхиальной астмой, получавших только базисную терапию (I группа, n=117) в постоянном режиме (амбулаторные пациенты), и детей, получавших наряду с базисной терапией комплексную медицинскую реабилитацию (21 день в санатории) в Самарском областном детском санатории «Юность» (II группа, n=294). Наблюдение проводилось в течение 30 ± 3 дня. Пациенты обеих групп получали равнозначную базисную терапию, эквивалентную в среднем дозе 225 ± 25 мкг флутиказона в сутки, средний возраст составил $9,4 \pm 0,4$ года. Комплексный курс медицинской

реабилитации включал климатолечение (спелеотерапия, мини-сауна «Кедровая бочка»), хвойные ванны, массаж, углекислые суховоздушные ванны, грязелечение. Проводился мониторинг пиковой скорости выдоха утром и вечером в обеих группах, мониторинг симптомов, количества ежедневных ингаляций β_2 -агонистов короткого действия по требованию (был разрешен сальбутамол в разовой дозе 200 мкг), – по дневникам пациентов. По краткому вопроснику, по 10-балльной шкале, оценивался такой важный параметр качества жизни ребенка, как эмоциональное состояние, – в обеих группах исходно, и на 3 неделе терапии. Нами было выявлено, что хотя симптомы и число β_2 -агонистов короткого действия по требованию достоверно не отличались в I и II группах наблюдения, ПСВ достигла максимального увеличения во II группе детей, получавших дополнительно комплексную медицинскую реабилитацию: I группа ПСВ (утро) – исходно 283 ± 7 мл, на 3 неделе наблюдения – 336 ± 10 мл; ПСВ (вечер) – исходно 290 ± 4 мл, на 3 неделе наблюдения – 342 ± 10 мл; II группа ПСВ (утро) – исходно 280 ± 3 мл, на 3 неделе наблюдения – 362 ± 7 мл; ПСВ (вечер) – исходно 279 ± 8 мл, на 3 неделе наблюдения – 377 ± 5 мл ($p < 0,05$). Исходно показатели эмоционального фона не различались в I и II группах детей: 6,3 балла в I группе и 5,8 – во II группе. На 3 неделе терапии у детей эмоциональный фон в I группе составлял 6,4 балла, во II группе – 9,3 балла. Таким образом, комплексная медицинская реабилитация показала свою эффективность у детей со среднетяжелой бронхиальной астмой, получающих регулярную базисную терапию, что подтверждалось улучшением функциональных показателей, значительным улучшением важного показателя качества жизни – эмоционального фона – у детей в санатории.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ И НИЗКИХ ДОЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ СТЕРОИДОВ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Н.А. МОКИНА¹, Н.А. ГЕППЕ²

¹ГУВПО «Самарский государственный медицинский университет».

²ГУВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова», Российская Федерация

Целью исследования была оценка сравнительной эффективности зафирлукаста и бекламетазона у детей с легкой персистирующей бронхиальной астмой (БА). В данном клиническом наблюдении, которое состояло из вводного (1 нед.), лечебного (12 нед.) и заключительного периода наблюдения (4 нед.) участвовали 38 па-

циентов старше 12 лет с диагнозом легкой персистирующей БА. До даного клинического наблюдения пациенты не получали регулярной базисной терапии. После рандомизации 22 пациента в возрасте $12,6 \pm 0,4$ года получали ингаляционный кортикостероид (иГКС) бекламетазон в дозе в день (I группа), 16 пациентов в возрасте $13,1 \pm 0,7$ года получали зафирлукаст в дозе 20 мг 2 раза в день (II группа) в течение 12 недель. Проводился мониторинг симптомов, количества ежедневных ингаляций β_2 -агонистов короткого действия (КД) по требованию (был разрешен сальбутамол в разовой дозе 200 мкг), пикфлоуметрии по дневникам пациентов. Симптомы БА, пиковая скорость выдоха (ПСВ) и число ингаляций β_2 -агонистов КД в сутки были сходными в наблюдаемых группах в течение вводного периода. В лечебном периоде наблюдаемые показатели были следующими: симптомы БА в I группе составили $0,05 \pm 0,01$ (дневные) и $0,3 \pm 0,01$ (ночные), во II группе – $0,08 \pm 0,01$ (дневные) и $0,05 \pm 0,01$ (ночные); ПСВ в I группе – $319 \pm 2,4$ мл (утро) и $325 \pm 2,3$ мл (вечер), во II группе – 414 ± 4 мл (утро) и 419 ± 3 мл (вечер); число ингаляций β_2 -агониста КД в сутки в I группе – $0,02 \pm 0,003$ и во II группе – $0,03 \pm 0,001$. Мы отметили значительное улучшение наблюдаемых показателей в лечебном периоде ($p \leq 0,05$) в обеих группах при отсутствии достоверности различий между группами по наблюдаемым признакам ($p > 0,05$). 94% пациентов I группы и 96% пациентов II группы охарактеризовали лечение как эффективное с их точки зрения, 80% в I группе и 98% во II группе считали схему лечения удобной, что в большей степени связывалось с «чувством независимости от ингалятора». Следовательно, терапия как зафирлукастом, так и бекламетазоном показала свою эффективность в наблюдаемых группах детей по объективным признакам (симптомы БА, число ингаляций β_2 -агониста в течение суток, ПСВ утром и вечером). В то же время, больше приверженности в плане удобства применения у пациентов было по отношению к зафирлукасту, по сравнению с бекламетазоном.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОСТЕОСИНТЕЗА В ДЕТСКОЙ ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ

П.Ф. МОРОЗ, А.П. САНДРОСЯН, Ю.А. САНДРОСЯН

Кишиневский государственный медицинский и фармацевтический университет им. «Н. Тестемичану», Молдова

За последние 40–50 лет металлоостеосинтез стал применяться шире в детской ортопедии и травматологии, постепенно вытесняя доминирующее ранее консервативное лечение и остеосинтез шовным материалом. И если консервативное лечение сохраняет свое значение при

определенных переломах в ранних возрастных периодах, то остеосинтез шовным материалом может быть применен только в редких исключительных случаях. Вопросы остеосинтеза остаются актуальными для детского возраста, потому что нельзя безоглядно использовать ряд методов и фиксаторов весьма массивных и чрезвычайно травмирующими, которые применяются у взрослых. Наш клинический опыт на протяжении более 45 лет включает наблюдения более 12 тыс. детей, в возрасте от 1 года до 18 лет, оперированных с применением остеосинтеза. При переломах эпифизарных, метаэпифизарных, метафизо-диафизарных длинных трубчатых костей, при переломах коротких костей со смещением и неэффективности консервативных мер мы используем открытую репозицию отломков и фиксацию их перекрещивающимся спицами, проведенных под углом $45-90^\circ$ к зоне перелома, избегая непосредственного контакта между спицами. При диафизарных переломах костей предплечья и бедра, требующих хирургического лечения, применяем внутрикостный остеосинтез тонкими стержнями по длине от метафиза до метафиза. Диафизарные переломы плеча и голени при необходимости были остеосинтезированы аппаратом внешней фиксации типа Илизарова. Стержневые аппараты были использованы при последствиях травм диафиза бедра. В ряде случаев при переломах бедра и голени использован остеосинтез шурупами. У детей послеоперационная краткосрочная иммобилизация гипсовыми изделиями не оказывала отрицательного влияния на восстановление функции суставов, поэтому увлечение остеосинтезом массивными металлическими пластинами необоснованно.

ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ: ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ, СТРАТЕГІЇ СКОРОЧЕННЯ

В.Ф. МОСКАЛЕНКО, Т.С. ГРУЗЄВА, Г.В. ІНШАКОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Однією з найсерйозніших проблем громадського здоров'я ХХІ ст. є ожиріння, що пов'язано зі значним поширенням цього чинника ризику для здоров'я серед населення, несприятливими тенденціями до збільшення та вагомою роллю у формуванні загального тягаря хвороб. Ожиріння є одним із проявів хвороб цивілізації, зумовлених надмірним, нераціональним, незбалансованим харчуванням, з одного боку, і низькими енергозатратами внаслідок широкого впровадження механізації, автоматизації, зменшенням фізичного навантаження, зміною способу життя на менш рухливий – з іншого. Численними дослідженнями доведено причинно-наслідковий зв'язок між ожирінням і захворю-

ваністю на діабет другого типу, серцево-судинними захворюваннями. Інші медичні наслідки ожиріння включають захворювання на злоякісні новоутворення різної локалізації, формування жовчних каменів, нарколепсію, збільшення використання ліків, розлади репродуктивної функції, астму, катаракту тощо. В Європейському регіоні середнє значення індексу маси тіла є одним з найвищих серед інших регіонів ВООЗ і становить 26,5. Протягом 1980–2005 рр. в багатьох країнах Європи поширеність ожиріння збільшилася втричі. Поширеність надлишкової маси тіла коливається в європейських країнах від 32 до 79% у чоловіків і від 28 до 78% у жінок, поширеність ожиріння – від 5 до 23% серед чоловіків і від 7 до 30% серед жінок. Викликають обґрунтовану тривогу прояви та темпи зростання надмірної маси тіла і ожиріння у дітей. Серед дитячого населення поширеність ожиріння у молодшому шкільному віці досягає 32% у Португалії, 31% – в Іспанії, 27% – в Італії. У більш старшому віці надлишкову масу тіла мають 24% 13-річних дівчат і 34% – 13-річних хлопчиків. За науковими прогнозами в 2015 р. у світі 2,3 млрд. дорослих матимуть надлишкову масу тіла, 700 млн. – ожиріння. В Європі до 2010 року чисельність дорослих, які страждають на ожиріння, досягне 150 млн., а дітей – 15 млн. Тобто, число людей з ожирінням збільшиться в країнах Європейського регіону ВООЗ на 20 млн., щорічно зростатиме на 4 млн. Поширення епідемії з особливо високою швидкістю відбувається саме серед дітей. Зокрема, у Франції число випадків надлишкової маси тіла і ожиріння у дітей виросло з 3% у 1960 р. до 16% у 2000 р. В Польщі цей показник з 1994 р. до 2000 р. збільшився з 8 до 18%. Проблема надмірної маси тіла та ожиріння є надзвичайно актуальною для країн СНД, у т.ч. України. В цілому в українській популяції ожиріння реєструється у 20,4% жінок та в 11% чоловіків. Як і в інших країнах Європейського регіону, в Україні особливу тривогу викликає зростання поширеності ожиріння серед дитячого населення. У 1995 р. частота ожиріння становила 7,1 на 1000 дітей віком до 14 років, у 2005 р. – 8,7 відповідно. У 2007 р. в країні нараховувалося 94,4 тис. дітей з ожирінням. Щорічно з приводу ожиріння до лікувально-профілактичних закладів здійснюється 11 звернень на 1000 дитячого населення. Зважаючи на медико-соціальну значущість проблеми ожиріння в Європі, у 2006 р. затверджено Європейську хартію боротьби з ожирінням. Вона передбачає вплив на спосіб життя людей, насамперед, дітей і молоді, формування у них здорових звичок харчування й адекватної фізичної активності. Важливу роль в цій діяльності поряд зі сферою охорони здоров'я відведено іншим секторам, зокрема сільському господарству, харчовій промисловості, фінансовим структурам, торгівлі, транспорту, міському плануванню, освіті, науці, соціальному забезпе-

ченню, праці, спорту тощо. Питання боротьби з ожирінням вимагають комплексного міжсекторального підходу та активних профілактичних стратегій, спрямованих на забезпечення здорових умов життя для підростаючого покоління.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

О.Г. МОХОВА, О.С. ПОЗДЕЕВА, А.В. ЧУРАКОВА,
М.Н. КАНКАСОВА, К.Р. ДАВЛЯТШИНА, У.А. ЮРПАЛОВА,
Е.В. БУРОВА

ГОУВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Российская Федерация

Территория Удмуртской Республики (УР) является активным природным очагом геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), клещевого вирусного энцефалита и иксодового клещевого боррелиоза, что связано с особенностями территориального расположения – в зоне оптимума распространения переносчиков инфекций рыжей полевки (*Clethrionomys glareolus*) и таежного клеща (*Ix. Persulcatus*). Заболеваемость природно-очаговыми инфекциями в УР значительно превышает уровень по РФ (в 4–17 раз) и по Приволжскому федеральному округу (ПФО) в 3–7 раз. Показатели заболеваемости ГЛПС в УР в межэпидемический период уступают только заболеваемости в Башкортостане. В годы эпидемического подъема показатели заболеваемости в УР превышают заболеваемость в Башкортостане почти в 2 раза, выходя, таким образом, на первые позиции по ПФО. Общая заболеваемость в 1997, 2001 и 2004 гг. в УР была рекордно высокой, составляя 112,0, 114,2 и 123,8 на 100 тыс. населения, соответственно в детской популяции – 30,0; 27,1 и 26,9 на 100 тыс. детского населения. В 2008 году в сравнении с предыдущими эпидемическими подъемами ГЛПС наблюдалось снижение показателей общей заболеваемости в 1,5 раза и у детей в 2 раза, составил 84,9 и 13,1 на 100 тыс. населения соответственно. Удельный вес детей в структуре заболевших ГЛПС составляет примерно 2–5%. У детей выявлена летне-осенняя сезонность с максимальным подъемом заболеваемости с июля по октябрь (89,9%). Большинство заболевших детей являются жителями сельской местности – 58,7%, остальные проживают в различных городах УР. В структуре детей с ГЛПС преобладают мальчики (81%). Заболевание почти в 2 раза чаще регистрируется в подростковом возрасте, дети в возрасте 11–14 лет составляют 65,8%. В 63,3% случаев ГЛПС протекает в среднетяжелой форме, в 19,8% – в легкой и в 17,7% – в тяжелой форме. Летальность от ГЛПС у взрослых в УР составляет 0,9%, у детей не наблюдается.

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ПУТИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ИХ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ

В.П. НЕДЕЛЬКО, Т.Н. КАМИНСКАЯ, С.А. РУДЕНКО

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии
АМН Украины», г. Киев, Украина

Углубленный осмотр 1645 школьников с участием узких специалистов показал, что к группе здоровых можно было отнести только 23,3% детей, у 29,2% выявлены различные функциональные отклонения, а у 47,1% детей имели место хронические заболевания. Первые места среди нарушений здоровья занимали болезни органов дыхания, пищеварения, костно-мышечного аппарата, нервной и эндокринной систем. Сравнительный анализ показателей здоровья детей младших, средних и старших классов свидетельствует о возрастании с возрастом детей болезней носоглотки, органов пищеварения, нервной системы, эндокринной системы, нарушения со стороны костно-мышечной системы и органов зрения. Выявлены также изменения в физическом развитии детей – если в младших классах гармонично развитых было 53,8% детей, то в старших их было только 44,4%, особенно низкие показатели имели девочки. Наряду с изучением соматического здоровья детей было обращено внимание на их адаптационные возможности, физическое здоровье и психологическое состояние. Удовлетворительную оценку адаптационных возможностей имели лишь 10,4% девочек и 13,6% мальчиков, остальные дети имели неудовлетворительную или напряженную адаптацию. Что касается физических возможностей школьников, то наши данные свидетельствуют о довольно низких их показателях – низкий уровень выявлен у 30,5% детей младших классов, у 56,3% – средних классов и у 60,3% – старших классов. Оценка психического состояния школьников позволяет констатировать выраженную утомляемость их, нарастание тревожности и стрессовых состояний. Изучение условий жизни и воспитания детей в семье выявило целый ряд факторов, которые негативно влияют на показатели здоровья детей – 27% детей спят меньше нормы, до 45% детей недостаточно бьют на открытом воздухе и только около 25% занимаются физкультурой. Привлечение к проблемам здоровья детей педагогов и родителей дало возможность создать условия для оздоровления их в школе, не отрывая от учебы и в условиях семьи. Заслуживает одобрения организация в школах оздоровительных центров, оснащенных физиотерапевтической аппаратурой.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

М.В. НЕЖДАНОВА, Т.И. РАЗДОЛЬКИНА, Г.П. ЕРМОЛАЕВА,
Ю.А. ПОПКОВА

ГОУВПО «Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарева». РДКБ № 2, г. Саранск, Российская
Федерация

С целью изучения клинико-лабораторных показателей пиелонефрита у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проведено обследование 30 больных в возрасте от 2 до 17 лет, поступивших в стационар по поводу обострения заболевания желудочно-кишечного тракта. При их комплексном обследовании на почечную патологию был диагностирован пиелонефрит в стадии обострения. Контрольную группу, сопоставимую с основной по полу и возрасту, составили 22 ребенка в активную фазу пиелонефрита, не имеющие заболеваний ЖКТ. В основной группе на боли в животе жаловались 83,3% детей, однако локализация болей позволяет думать, что данный симптом обусловлен заболеванием ЖКТ, а не почечной патологией. 24% больных отмечали боли в правом подреберье, 56% – в эпигастральной и 20% – в околопупочной области. В контрольной группе боль в животе, причем без четкой локализации, отмечали лишь 27,3% детей. Боли в поясничной области отмечали 53,3% детей основной и 31,8% детей контрольной группы. Примерно с одинаковой частотой в основной и контрольной группах выявлялись повышение температуры тела (46,7 и 40,9%) и энурез (10,0 и 9,1%). Учащенные мочеиспускания (30,0 и 18,2%, $p < 0,05$) и болезненные мочеиспускания (20,0 и 9,1%, $p < 0,05$) отмечались достоверно чаще в основной группе по сравнению с контрольной. Протеинурия выявлялась с одинаковой частотой у детей основной и контрольной групп (40,0 и 40,9%), причем у всех детей основной группы уровень ее не превышал 33 мг/л, в контрольной группе треть детей (33,3%) имели протеинурию 100–200 мг/л. В обеих группах эритроцитурия была выявлена более чем у половины детей (у 57,7% основной и у 59,1% контрольной группы). Однако степень эритроцитурии была выше в контрольной группе детей по сравнению с основной ($10165,4 \pm 6228,0$ и 3750 ± 775 соответственно, $p < 0,05$). Выраженность лейкоцитурии была примерно одинаковой в обеих группах (28327 ± 7810 в основной и 29198 ± 3714 в контрольной группе, $p > 0,05$). Таким образом, в клинических проявлениях пиелонефрита у детей с патологией ЖКТ преобладают болевой синдром и дизурические расстройства, выявляющиеся в данной группе чаще, чем у детей контрольной группы. Особенностью мочевого синдрома является более выраженная эритроцитурия.

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ И ДИСПАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

З.В. НЕСТЕРЕНКО, Г.И. НАТАЛЬЧЕНКО, В.Е. СОЛДАТЕНКОВА

Луганский государственный медицинский университет,
Украина

Возникновение существенных изменений в клинике соматических заболеваний у детей с проявлениями дисплазии соединительной ткани (ДСТ) вызвало необходимость исследовать этот феномен. Целью работы было изучение связи степени выраженности проявлений ДСТ и особенностей соматических заболеваний диспластикозависимых органов у детей. Под наблюдением в течение 3-х мес находилось 136 детей в возрасте от 3 до 18 лет, получавших лечение в областной детской больнице по поводу болезней сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, гастроэнтерологической и нефрологической патологии. Диагностика ДСТ проводилась согласно принятым критериям с использованием анкеты, предложенной Т.И. Кадуриной, и включением теста Бейтона. Незначительные проявления ДСТ (поражение менее трех органов) отмечены у 5,9% детей. Получена сильная корреляционная связь между степенью выраженности гипермобильности суставов (тест Бейтона) и количеством органов и систем с проявлениями ДСТ ($r=0,8$). Поражение опорно-двигательного аппарата отмечено у всех пациентов, сердечно-сосудистой системы – у 97,6% больных; желудочно-кишечного тракта – у 95,2%; зрения – у 41,7%; мочевыделительной системы – у 33,3%; органов дыхания – у 27,4%. При вовлечении 4–6 диспластикозависимых органов течение основного заболевания было тяжелым с частыми рецидивами и формированием осложнений. Таким образом, отмечена тесная связь между степенью выраженности ДСТ и проявлениями синдрома гипермобильности суставов. Наиболее часто проявления ДСТ имели точкой приложения опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт. Проявления ДСТ в 4-х и более органах приводило к тяжелому течению основного заболевания, рецидивам, осложнениям. Удельный вес пациентов с незначительными признаками ДСТ (вовлечение 1–2-х органов) был очень низким (5,9%).

СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

О.В. НИКОЛАЕВА, ФЕРАС АБУ ХАЛИЛ, Е.В. ОСИПЕНКО,
М.Н. ЕРМОЛАЕВ*

Харьковский национальный медицинский университет.
*Харьковская областная детская клиническая больница,
Украина

Между эндо- и экзокринной функциями поджелудочной железы (ПЖ) существует тесная взаимосвязь: трипсин влияет на синтез инсулина и глюкагона; на внешнюю секрецию влияют уровень глюкозы в крови, инсулин, глюкагон, соматостатин и др. Проведено исследование функционального состояния ПЖ у 70 детей 6–17 лет (из них 54,3±6,0% составили мальчики и 45,7±6,0% девочки, $p>0,05$). У 56 (80,0%) больных диагностирован хронический гастродуоденит, у 10 (14,3%) – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 4 (5,7%) – хронический гастрит. Из сопутствующей патологии наиболее часто отмечались хронический холецистохолангит (27,1±5,4%), дискинезия желчевыводящих путей (24,3±5,2%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (11,4±3,8%). Нарушение экзокринной функции ПЖ (изменение уровня в сыворотке крови липазы, трипсина, амилазы) установлено у 81,4±4,7% больных. У 63,2% из них наблюдались явления гиперпанкреатизма, у 22,8% – гипопанкреатизма, у 14% – диспанкреатизма. Нарушение эндокринной функции ПЖ имело место у 71,4±2,5% детей. Содержание инсулина в сыворотке крови отличалось от норматива у 66,6±7,4% больных: умеренное повышение – у 59,5±7,7% и незначительное снижение – у 7,1±4,0%. Изменение уровня глюкагона наблюдалось достоверно ($p<0,01$) реже – у 26,8±6,9% детей: умеренное повышение – у 12,5±5,3 и снижение – у 14,3±5,5%. Наиболее часто (56,7%) у наблюдаемых больных имелось сочетание умеренной гиперинсулинемии с нормальным содержанием глюкагона; у 13,3% детей выявлены повышенные уровни обоих гормонов, у 13,3% – сочетание гиперинсулинемии с гипоглюкагонемией, у 5% – нормальное содержание инсулина с гипоглюкагонемией, у 7,5% – умеренная гипоинсулинемия с нормальным уровнем глюкагона. Таким образом, у большинства детей с хронической патологией пищеварительной системы имеют место нарушения эндокринной функции ПЖ, влияющие на продукцию панкреатических ферментов ацинарными клетками. Поэтому исследование содержания в крови инсулина и глюкагона имеет важное значение для диагностики дисфункции ПЖ и выяснения механизмов, обуславливающих ее возникновение.

ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

О.В. НИКОЛАЕВА, ФЕРАС АБУ ХАЛИЛ

Харьковский национальный медицинский университет,
Украина

Заболевания органов пищеварения занимают значительное место в структуре детской соматической заболеваемости, причем в настоящее время во всем мире, в том числе в высокоразвитых странах, их число растет. Одной из актуальных проблем современной детской гастроэнтерологии является патология поджелудочной железы (ПЖ). Особого внимания заслуживает сочетанная патология ПЖ, желчного пузыря, желудка и двенадцатиперстной кишки, так как болезнь одного из этих органов может явиться толчком возникновения в другом сначала функциональных, а потом и органических изменений. Целью нашего исследования явилось изучение функции ПЖ у детей с хронической патологией органов пищеварения. Под наблюдением находилось 70 детей 6–17 лет. Функциональное состояние ПЖ оценивалось на основании изучения содержания липазы в сыворотке крови, α -амилазы в сыворотке крови и моче (биохимическим методом), α_1 -антитрипсина (методом ИФА), копрологического исследования, УЗИ органов брюшной полости. В группе обследованных больных количество мальчиков и девочек было примерно одинаковым (соответственно $54,3 \pm 6,0$ и $45,7 \pm 6,0\%$, $p > 0,05$). Наибольший удельный вес составили дети старше 11 лет ($77,1 \pm 5,1\%$, $p < 0,001$). У 56 (80,0%) больных диагностирован хронический гастродуоденит, у 10 (14,3%) – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 4 (5,7%) – хронический гастрит. Из сопутствующей патологии наиболее часто отмечались хронический холецистохолангит ($27,1 \pm 5,4\%$), дискинезия желчевыводящих путей ($24,3 \pm 5,2\%$), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь ($11,4 \pm 3,8\%$). Изменения в копрограмме выявлены у 30 (42,9%) больных в виде умеренно выраженных амило-, стеато- и креатореи. Отклонения от норматива содержания α -амилазы в сыворотке крови установлены у 15 (21,4%) детей (незначительное повышение у 10 и снижение у 5), в моче – у 16 (22,9%) (умеренное повышение у 10 и снижение у 6). Уровень липазы был изменен у 41 (58,6%, $p < 0,05$) больного: повышен у 26 из них (63,4%, $p < 0,05$) в среднем до $0,534 \pm 0,02$ ммоль/ч·л ($p < 0,001$), снижен у 15 (36,6%) в среднем до $0,254 \pm 0,008$ ммоль/ч·л ($p < 0,001$). Содержание в сыворотке крови α_1 -антитрипсина, косвенно отражающее уровень трипсина, выходило за границы нормативных значений у 47 (67,1%, $p < 0,05$) больных: у 42 (89,4%, $p < 0,001$) из них имело место повышение его уровня в среднем до $2,55 \pm 0,14$ г/л ($p < 0,001$), у 5 (10,6%) – снижение в среднем до $0,66 \pm 0,04$ г/л ($p < 0,001$). В целом

результаты исследования уровня ферментемии показали, что явления гиперпанкреатизма наблюдаются у 43 (61,4%, $p < 0,05$) больных (преимущественно сочетанное повышение протеолитической и липолитической активности ПЖ (у 13 (30,2%) из них) или повышение ее липолитической активности (у 18 (41,7%) больных); умеренная степень гипопанкреатизма отмечается у 14 (20,0%) детей (в основном снижение липолитической активности ПЖ (у 13 (92,9%) из них); диспанкреатизм – у 7 (10,0%) больных (чаще повышение липолитической активности ПЖ при сохранной или умеренно сниженной протеолитической и амилолитической (у 5 (71,4%) детей). При УЗИ ПЖ умеренное повышение ее эхогенности отмечено у 27 (38,6%) больных, зернистость паренхимы – у 29 (41,4%), уплотнение стенок протоков – у 25 (35,7%), умеренная дилатация протоков – у 25 (35,7%), утолщение хвоста – у 10 (14,3%). Таким образом, у большинства детей с хронической патологией органов пищеварения имеют место нарушения функционального состояния ПЖ. Наибольшее значение в их диагностике имеет исследование содержания ферментов ПЖ в крови, позволившее выявить различную степень ее дисфункции у 91,4% больных (результаты копрологического исследования дают основания для диагностики панкреатической дисфункции у 42,9% больных, результаты УЗИ – у 38,6%). Гиперпанкреатизм наблюдается у 61,4% детей, гипопанкреатизм – у 20,0% и диспанкреатизм – у 10,0%. Самым частым отклонением уровня ферментемии у больных является нарушение содержания α_1 -антитрипсина (у 67,1% детей), свидетельствующее о мобилизации плазменной ингибиторной системы или активном потреблении плазменных ингибиторов вследствие гипертрипсинемии; несколько реже отмечается изменение содержания в крови липазы (у 58,6% больных) и втрое реже (у 21,4% больных) – α -амилазы. Результаты исследования обосновывают необходимость изучения уровня панкреатических ферментов и плазменных ингибиторов у детей с хронической патологией органов пищеварительной системы для повышения эффективности их терапии.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВОГО ЦЕНТРА РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ В УКРАИНЕ: ЗАДАЧИ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

Т.А. ОРЛОВА, О.Э. ЧАЙКОВСКАЯ, Ю.В. БАРИНОВ,
Ю.И. ГЛАДУШ, Т.П. ИВАНОВА

Национальная детская специализированная больница
«ОХМАТДЕТ», г. Киев, Украина

На первое место среди заболеваний, приводящих к инвалидности по зрению, выходит ретинопатия недоношенных (РН), которая в структуре детской инвалидности по зрению составляет 17–

18%. В июле 2008 года в Национальной детской специализированной больнице «ОХМАТДЕТ» создан научно-практический Центр диагностики и лечения ретинопатии недоношенных на базе двух отделений: офтальмологического и I отделения выхаживания недоношенных детей. Госпитализация недоношенных детей с РН проводится в специализированное отделение, что соответствует принципу преемственности оказания медицинской помощи недоношенным детям, имеющим тяжелую сочетанную сопутствующую перинатальную патологию. В Центре осуществляется диагностика и верификация РН на разных стадиях заболевания, лазерная коагуляция аваскулярных зон сетчатки, витреоретинальные операции, проводятся тренинги врачей-офтальмологов Украины. Совместно врачами неонатологами и офтальмологами разработан и внедрен в практику клинко-офтальмологический мониторинг недоношенных детей для своевременной диагностики РН. Центр оснащен оборудованием, позволяющим исключить субъективизм в диагностике заболевания (RetCam II), создать базу данных для клинко-диагностического анализа и катамнеза. Диспансерное наблюдение осуществляется в кабинете диспансерного наблюдения консультативной поликлиники НДСБ «ОХМАТДЕТ». За 8 месяцев работы Центра проведено 36 лазерных коагуляций сетчатки, 61 витреоретинальную операцию. В результате проводимой сотрудниками Центра работы увеличились потоки больных РН с регионов Украины. Следует отметить работу врачей-офтальмологов городов Харькова, Херсона, Чернигова, Луцка, Симферополя, диагностирующих РН на ранних стадиях заболевания. Создание Центра РН дает возможность получить доступную высококвалифицированную клинко-диагностическую офтальмологическую помощь детям Украины, снизить риск развития тяжелых исходов заболевания и инвалидизации по зрению у недоношенных детей, осуществлять научно-методическую работу по дальнейшему обучению врачей-офтальмологов, изучению эпидемиологии и созданию базы данных украинского реестра больных РН.

ПОКАЗНИКИ ЭФЕКТИВНОСТИ ОКРЕМИХ ВАРИАНТІВ ПРОТИРЕЦИДИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА РІЗНІ ЗАПАЛЬНІ ФЕНОТИПИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Є.П. ОРТЕМЕНКА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Наразі основним напрямом лікувальної стратегії бронхіальної астми (БА) вважається протизапальна терапія, метою якої є контроль захворювання. Однак у досить значної частки пацієнтів навіть тривале протирецидивне лікування вияв-

ляється неефективним, що пов'язують з існуванням різних типів запалення дихальних шляхів (ДШ), зокрема із так званим неозинофільним (нейтрофільним) фенотипом астми, що зустрічається у 30–50% пацієнтів. Метою роботи була оцінка ефективності базисної терапії БА в дітей шкільного віку за еозинофільного та нейтрофільного типів запалення ДШ для оптимізації індивідуалізованого диференційованого лікування захворювання. На базі ОДКЛІ № 1 м. Чернівці обстежено 116 дітей шкільного віку, хворих на БА. Еозинофільний тип (ЕТ) запалення ДШ діагностували за наявності в мокротинні $\geq 3\%$ еозинофілів, а нейтрофільний тип запалення бронхів – за відносного вмісту у цитограмі менше 3% еозинофілів, або за їх відсутності. Оцінено клінічну ефективність наступних варіантів протирецидивної терапії, що тривала щонайменше три місяці: монотерапія інгаляційними глюкокортикостероїдами (ІГКС) чи інгаляційними кромонами (ІК), а також базисне лікування ІГКС у комбінації з пролонгованими теофілінами (ПТ), або з блокаторами H_1 -гістамінових рецепторів (БГР) нового покоління. Ефективність контролю над перебігом БА оцінювали шляхом анкетування і бальної оцінки клінічних симптомів захворювання до та після призначеного курсу протизапальної терапії. При цьому вважали, що зниження суми балів у процесі лікування свідчило про ефективність останнього, а підвищення, навпаки, – про погіршення контролю захворювання. Отримані дані аналізували методами біостатистики та клінічної епідеміології з визначенням зростання абсолютного (ЗАР) та відносного (ЗВР) ризику досягнення ефективного контролю БА. Ефективним вважали такий контроль, завдяки якому досягалося зростання частки хворих із загальною кількістю балів <12 , із урахуванням мінімальної кількості хворих (МКХ), котрих слід пролікувати для отримання хоча б одного позитивного результату. Першу клінічну групу (I) склали 66 (56,9%) дітей із еозинофільним типом запалення ДШ. До другої (II) групи увійшло 50 (43,1%) пацієнтів із нейтрофільним типом запалення бронхів. У таблиці наведено показники ефективності базисного протирецидивного лікування БА з використанням зазначених комплексів у дітей груп порівняння.

Таблиця 1
Показники ефективності різних варіантів протирецидивного лікування бронхіальної астми у хворих груп порівняння

Варіант базисної терапії	Групи	Сума балів < 12				
		частка пацієнтів, %		показники ефективності терапії		
		до лікування	після лікування	ЗВР, %	ЗАР, %	МКХ, абс.
ІГКС	I	25,0	81,3	69,3	56,3	2
	II	30,8	50	38,4	19,2	6
ІК	I	60,0	80,0	25,0	20,0	5
	II	25,0	91,7	72,0	66,7	2
ПП+ПТ	I	36,4	54,5	33,2	18,1	6
	II	30,8	84,6	63,8	53,8	2
ІГКС+БГР	I	42,1	79,0	46,7	36,9	3
	II	18,2	63,6	71,2	45,4	3

Оцінена таким чином ефективність монотерапії ІГКС і кромонами дає підстави вважати, що результативність перших була виразнішою у дітей із еозинофільним типом запалення ДШ, а інгаляційних кромонів – у хворих на нейтрофільний варіант БА, на що вказувало зростання відносного й атрибутивного ризику контрольованості захворювання. При комбінації інгаляційних кортикостероїдів із пролонгованими теофілінами або із антигістамінами III покоління відмічено, що перша із наведених комбінацій була найбільш ефективною у дітей із нейтрофільним типом запальної відповіді бронхів, у той час як комбінація із антигістаміновими препаратами нового покоління сприяла значному поліпшенню контрольованості у всіх пацієнтів, а особливо – за нейтрофільного фенотипу астми, що підтверджується аналізом з позицій клінічної епідеміології з урахуванням зростання відносного і атрибутивного ризику контрольованості захворювання.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ РИЗИКУ НЕЙТРОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Є.П. ОРТЕМЕНКА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Україна

Неефективність базисної протирецидивної терапії бронхіальної астми (БА) пов'язують із гетерогенністю даного захворювання, а саме з існуванням нееозинофільного (нейтрофільного) типу запалення дихальних шляхів (ДШ) у 30–50% пацієнтів. Це визначає актуальність виявлення його клінічних ознак для оптимізації результатів лікування. Метою дослідження було визначення клініко-анамнестичних показників ризику нейтрофільної бронхіальної астми у дітей шкільного віку. На базі ОДКЛ № 1 м. Чернівці обстежено 116 дітей шкільного віку, хворих на БА. Еозинофільний тип (ЕТ) запалення ДШ діагностували за наявності в мокротинні $\geq 3\%$ еозинофілів, а нейтрофільний тип запалення бронхів – за відносного вмісту у цитограммі менше 3% еозинофілів, або за їх відсутності. При клінічному обстеженні хворих визначали індекс маси тіла (ІМТ) та генеалогічний індекс (ГІ) обтяженості сімейного анамнезу на БА. Отримані дані аналізували методами біостатистики та клінічної епідеміології з визначенням відношення шансів (ВШ) та їх 95% довірчого інтервалу (95% ДІ). Першу клінічну групу (I) склали 66 (56,9%) дітей із еозинофільним типом запалення ДШ. До другої (II) групи увійшло 50 (43,1%) пацієнтів із нейтрофільним типом запалення бронхів. Про ризик нейтрофільного типу запалення дихальних шляхів свідчили наступні ознаки: 1) низька

маса тіла (ІМТ < 16,5 кг/м²) при актуальному обстеженні (СШ=3,41; 95% ДІ 1,3–7,3); 2) дебют захворювання у перші три роки життя (СШ=1,5; 95% ДІ 0,7–3,1); 3) сімейна схильність до atopічних захворювань за батьківським (СШ=1,4; 95% ДІ 0,6–3,4) та материнсько-батьківським (СШ=8,9; 95% ДІ 1,03–76,2) родоводами; 4) значуща обтяженість (ГІ > 0,09 ум. од.) сімейного анамнезу на БА (СШ=2,5; 95% ДІ 1,1–5,4); 5) необхідність у частішій госпіталізації (СШ=1,6; 95% ДІ 0,8–3,4) та переважання нічних епізодів бронхообструкції (СШ=2,1; 95% ДІ 1,0–4,5); 6) епізодичний характер бронхообструктивного синдрому після фізичного навантаження (СШ=3,3; 95% ДІ 1,4–7,6); 7) переважання тригерної ролі гострих респіраторних вірусних захворювань (СШ=2,3; 95% ДІ 1,1–4,9).

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

О.М. ОХОТНІКОВА, О.І. УСОВА, Н.Ю. ЯКОВЛЕВА,
О.В. ШАРИКАДЗЕ, Г.А. ГАЙДУЧЕК, Т.П. ІВАНОВА,
О.Ф. ЗАРУДНЯЯ

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Поширеність бронхіальної астми (БА) в грудному віці, за нашим даними, становить 14,3%, однак діагноз астми у дітей на першому році життя виставляється вкрай рідко. Метою роботи було вивчення клінічних особливостей початку та перебігу БА у дітей першого року життя. Обстежено 45 хворих віком від 1 міс до 1 року (хлопчиків – 35, дівчаток – 10). Діагноз БА встановлювали тільки в стаціонарі та верифікували згідно з критеріями GINA (перегляд 2002 р.). Тяжкий перебіг БА відмічався у 62,5% дітей, а середньотяжкий – у 37,5%. Випадків легкого перебігу процесу не спостерігалось. У більшості (71,1%) хворих перший епізод хвороби мав риси обструктивного бронхіту (ОБ). У 28,9% дітей після епізоду помірного ОБ розвивалися надалі рецидиви сухого кашлю або wheezing. Початок БА із синдромом псевдокрупу спостерігався у 3 дітей, а 2 хворих продемонстрували типовий напад ядухи. Тригерами БА у 88,9% дітей були інфекції, однак уже в цьому віці у 10 хворих відмічався чіткий зв'язок розвитку бронхообструктивного синдрому (БОС) із неінфекційними антигенами. БОС характеризувався дихальною недостатністю II–III ступ. вже в перші 3 доби. У 10 дітей він мав бурхливий розвиток уже в першу добу хвороби з госпіталізацією відразу до реанімаційного відділення. Спостерігалися психомоторні порушення і зміни з боку серцево-судинної системи, найбільш виражені при тяжкому епізоді БОС. На підставі клінічного спостереження та інструментального обстеження виключено природжені пороки

серця і судин, трахеї, бронхів, легенів, тимомегалію, патологію гастроєзофагеальної зони та інші захворювання, подібні до проявів з БОС. У гемограммі: на піку БОС – помірний, частіше нейтрофільний лейкоцитоз, еозинофілія в межах 10–20% в 51,1% хворих, анеозинофілія – у 26,7%. Рівень загального імуноглобуліну у крові був підвищений в 85,2% дітей. 56,6% дітей мали обтяжений за алергією сімейний анамнез, 62,2% дитини народилися від патологічної вагітності й пологів, а 51,1% – діти, які народилися з масою тіла вище за норму. Відмічено високу частоту перинатальної енцефалопатії (56,5%), причому 22,2% дітей перші тижні життя знаходились на ШВЛ. БА у цих хворих протікала особливо тяжко, з розвитком енцефалічних реакцій і судомного синдрому. 66,7% дітей знаходились на ранньому штучному вигодовуванні. БА у дітей грудного віку дебютує найчастіше у вигляді тяжкого БОС, рідше у вигляді wheezing, що за наявності обтяженого за атопією анамнезу та проявів атопії слід розглядати як потенціально БА. Вважаємо за доцільне вже перший ОБ з тяжким перебігом у дітей грудного віку розцінювати як дебют БА та проводити превентивну протизапальну терапію.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАТУСУ У ШКОЛЯРІВ В УМОВАХ ПОМІРНОГО ЙОДОДЕФІЦИТУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Б.М. ПАВЛИКІВСЬКА, Л.А. ВІТОВСЬКА, Б.Н. ТКАЧ,
В.Б. ТЕСЛЮК, Н.С. КОСТИШИН

Івано-Франківський національний медичний університет,
Україна

Діти і підлітки складають групу ризику з розвитку йододефіциту у зв'язку з їх підвищеною потребою у йоді. В умовах дефіциту йоду порушується функція щитовидної залози (ЩЗ), роль якої для гармонійного фізичного й інтелектуального розвитку є надзвичайно важливою. Особливо це стосується дітей і підлітків із соціопатичних сімей та дітей, які проживають в ендемічних за дефіцитом йоду регіонах. Проведено дослідження соціально-гігієнічних факторів, фізичного та інтелектуального розвитку, тироїдного статусу у 128 школярів, позбавлених батьківської опіки, які навчаються і проживають у школі-інтернаті. Вивчено ефективність корекції виявленого латентного йододефіциту препаратом Йодомарин-100 («Berlin-Chemie»). Встановлено, що 75,8% обстежених дітей були з неповних сімей, у 59,4% – батьки не мали постійного місця роботи або не працювали. У 82,2% дітей був несприятливий морально-психологічний клімат в сім'ї (часті сварки, зловживання алкогольними напоями, відсутність уваги до дітей), в 21% сімей відмічалось

жорстоке поводження з дітьми. Дисгармонійність фізичного розвитку дітей у всіх вікових групах зумовлена переважно дефіцитом маси тіла, а в молодшій віковій групі – і дефіцитом показника зросту. При визначенні реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності за Спілбергером встановлено, що у 96,6% дітей ОТ була помірно підвищеною та високою, а РТ, навпаки, у більшості дітей виявилась зниженою. Відмічено зниження когнітивної здатності у значної кількості дітей, IQ коливався в межах від 45 до 89 ум. од. і тільки у 6,86% школярів досягав рівня 90–110 ум. од. У 49,2% дітей при УЗ-скенуванні виявлено збільшення розмірів ЩЗ ІА ступеня. У 45 дітей встановлено підвищення вмісту тиротропного гормону (ТТГ) в крові, у 49 – зниження вмісту тироксину (T_4). За рівнем екскреції йоду з сечею (медіана йоду-рії) легкий ступінь йододефіциту встановлено у 39,5% школярів, помірний – у 42,1%, тяжкий – у 18,4%. З метою корекції йододефіциту всі діти з латентним гіпотирозом одержували Йодомарин-100 по 1 таблетці 1 раз на день протягом 3 місяців. Регулярність прийому препарату забезпечувалась медичним персоналом школи-інтернату. У дітей, які одержували Йодомарин-100, відмічено достовірне зниження вмісту ТТГ аденгогіпофізу ($p < 0,05$), тенденцію до нормалізації рівня йодовмісних гормонів ЩЗ, поліпшення показників психосоматичного статусу. Щодо динаміки фізичного розвитку, то його оцінка потребує більш тривалого часу. Отримані нами дані свідчать про необхідність поглибленого вивчення функції ЩЗ у школярів і своєчасної корекції виявленого латентного гіпотирозу.

ПЕРИНАТАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ У ФОРМУВАННІ ІНФЕКЦІЙНОЇ ПАТОЛОГІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Г.А. ПАВЛИШИН, Н.Є. САРАХМАН, В.В. СТЕЦЕНКО,
О.І. ПАНЧЕНКО, Р.О. КАПУСТИНСЬКА

Тернопільський державний медичний університет
м. І.Я. Горбачевського.

Обласна дитяча комунальна клінічна лікарня, м. Тернопіль,
Україна

Перинатальні інфекції залишаються основною причиною смерті новонароджених, утримуючи свої позиції і на сьогодні. У Тернопільській області інфекційна патологія, як причина смерті новонароджених, посіла перше місце, складаючи у 1998 р. 39,3%, у 2000 – 62,1%, у 2008 – 70%. Низький рівень здоров'я населення, наслідки неналежної репродуктивної культури, соціально-економічні та екологічні умови є чинниками ризику ймовірних ускладнень в анте- та інтранатальному періодах. Нами було проведено аналіз медичних карт новонародже-

них, які перебували у відділенні інтенсивної терапії новонароджених ОДККЛ і померли за період 2007–2008 рр. Так, у 2007 році у відділенні померло 28 дітей, причиною смерті у 74% новонароджених була внутрішньоутробна інфекція, відповідно, за період 2008 року – померло 40 немовлят, з яких 70% – від інфекційної патології. В ранньому неонатальному періоді померли 25 (55,5%) новонароджених. За даними анамнестичного аналізу в усіх новонароджених виявлялися несприятливі чинники в антенатальному та інтранатальному періодах. Особливістю антенатального періоду була висока частота поєднання соматичної та гінекологічної патології у 62% жінок; соматичної та інфекційної – у 48%, інфекційної та гінекологічної – у 34%. Близько половини дітей (49%) народились від передчасних пологів, з терміном гестації до 28 тижнів у 24,5% випадків. В ранньому неонатальному періоді адаптації у всіх дітей спостерігалися прояви дизадаптації у вигляді дихальних розладів та неврологічної симптоматики, причому 53,3% немовлят переведено на апаратне дихання вже з першої доби життя. При патологоанатомічному дослідженні у всіх померлих немовлят виявлено міх-інфекцію – поєднання бактеріальної (грамнегативної) та інфекції групи TORCH (герпетичної, цитомегаловірусної, токсоплазменої, хламідійно-мікоплазменої). Проведений аналіз вказує на необхідність обстеження та при потребі лікування подружжя перед плануванням вагітності, скринінгове обстеження та лікування вагітних жінок у разі виявлення антитіл до TORCH-інфекцій, обов'язкове обстеження при позитивних результатах в динаміці, використання сучасних методів діагностики – ПЛР, при несприятливому анамнезі скринінгове обстеження новонароджених, щоб якнайшвидше провести лікування та уникнути несприятливих наслідків.

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ФОРМУВАННІ ТЯЖКИХ УРАЖЕНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Г.А. ПАВЛИШИН, А.О. СКОВРОНСЬКА, Н.М. СВІРСЬКА,
Л.В. БУГЕЛЬ

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського.

Обласна дитяча комунальна клінічна лікарня, м. Тернопіль,
Україна

Проблема погіршення здоров'я дітей та пов'язане з ним зростання інвалідизації, особливо, внаслідок ураження нервової системи, з кожним роком стає все актуальнішою та привертає увагу дослідників з проблем неонатології, акушерства та неврології. Збільшення кількості дітей із органічним ураженням ЦНС, ймовірно, пов'язане із поліпшенням рівня неонатальної

допомоги у світі, а саме із вдосконаленням виходжування дітей з низькою масою тіла. Нами проведено катамнестичне спостереження дітей із встановленим діагнозом ДЦП, які пройшли курс відновного лікування на базі обласного центру реабілітації дітей-інвалідів. Дослідження виявило, що основну частку (63%) становлять діти, народжені від передчасних пологів. Дітей, катамнез яких ми вивчали, умовно було розподілено на 4 групи: доношені новонародженні, котрі знаходилися на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії, та ті, які перебували у відділенні патології новонароджених, а також недоношені новонароджені згруповані у дві підгрупи за тим же принципом. Цікавим фактом виявилось переважання хлопчиків (56%) серед обох підгруп, особливо чітко ця тенденція простежується серед дітей, які знаходилися на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії. Оцінюючи перинатальні фактори ризику, найбільш значущими виявились загроза переривання вагітності у першій та другій половині (більше 60%), особливо у групі недоношених. Аналізуючи особливості раннього неонатального періоду, встановлено, що у 59% дітей спостерігалась тяжка форма ураження нервової системи у вигляді синдрому пригнічення з розвитком неонатальної коми (25%), судомного синдрому (85%), і при нейросонографії практично у всіх дітей відмічалися ознаки набряку. Надалі саме серед цих дітей виявлено найбільшу кількість однієї з форм ДЦП – подвійної геміплегії (64% недоношених, 53% доношених, які перебували у відділенні інтенсивної терапії). Зважаючи на це, необхідно долучати інші методи нейрофункціональної діагностики (МРТ головного мозку, ЕЕГ, викликані зорові та слухові потенціали) в обстеженні дітей гострого періоду з метою прогнозування наслідків перинатальних уражень нервової системи та поліпшення виходжування цієї категорії дітей.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Л.К. ПАРХОМЕНКО, Л.А. СТРАШОК, Э.М. ЗАВЕЛЯ,
М.Ю. ИСАКОВА, А.В. ЕЩЕНКО, Л.П. ЛЕВЧУК*

Харьковская медицинская академия последипломного
образования.

*ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН
Украины», г. Харьков, Украина

Гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП) – одна из частых форм патологии, возникающая в период гормональной перестройки организма, распространенность которой за последние 20 лет возросла в 2 раза. Прогрессирование этой патологии может привести к формированию гипертонической болезни, ги-

перхолестеринемии, изменению инсулинорезистентности. Это позволяет рассматривать больных с ГСПП как группу риска по развитию метаболического синдрома, желчнокаменной болезни и неалкогольного стеатогепатоза. Целью исследования было изучение нарушений со стороны органов пищеварения при гипоталамическом синдроме пубертатного периода. Проведено обследование 94 подростков 14–18 лет с ГСПП, находившихся на лечении в отделении эндокринологии ГП «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины». Жалобы на патологию органов пищеварения предъявляли лишь 18 (20±5%) пациентов. При углубленном обследовании (УЗИ, исследование липидного и углеводного обмена, копрограмма) изменения со стороны органов пищеварения определялись у 79 (84±4%) больных. Были выявлены нарушения гепатобилиарной системы в виде: дисфункции желчного пузыря по гипотоническому типу у 52±6% больных, «сладж-синдром» и пристеночный осадок – у 46±6%, повышение экзогенности печеночной паренхимы с увеличением органа – у 44±6% пациентов. При исследовании липидного обмена чаще всего выявлялось повышение уровня триглицеридов и ХСЛПНП, индекс атерогенности был выше нормы у 2/3 пациентов, а содержание ХСЛПВП выявлялось сниженным уже у 1/3 больных. Нарушение толерантности к глюкозе определялось у 80±4% пациентов. Признаки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы имели место у 60±6% больных. Вышеописанные данные следует рассматривать как ранние признаки поражения органов пищеварения. Это требует особого внимания при наблюдении за этими детьми.

ПЕРИНАТАЛЬНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ ПЕРИ- ТА ІНТРАВЕНТРИКУЛЯРНИХ КРОВОВИЛИВІВ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Н.С. ПЕЧУРА, І.О. ЛОГІНОВА, Т.І. ШЕВЦОВА, Ю.В. ТКАЧЕНКО, О.Р. БУРЛОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ.

Київський пологовий будинок № 6, Україна

Проведено аналіз клінічних даних та анамнезу у 34 недоношених дітей: основна група – 18 дітей з пери- та інтравентрикулярними крововиливами (ПВК) 3–4 ступеня, контрольна – 16 дітей без ПВК або з ПВК 1–2 ступеня (УЗ дослідження проводилось у перші три доби життя дитини). Середня маса тіла дітей основної та контрольної груп не мала достовірної різниці (1376±45,2 і 1408±67,1 г відповідно). Діти основної групи за гестаційним віком були майже на два тижні молодші (29,8±1,6 і 31,6±2,2 відповідно). Загроза переривання вагітності відміча-

лась у 58% матерів дітей основної групи і лише у 14% матерів контрольної групи. Виявлено, що в основній групі у жінок середня тривалість першого періоду пологів складала 6 год 40 хв, другого – 20 хв, в контрольній групі – відповідно 15 год 20 хв та 30 хв. У 48% випадків в основній групі ведення пологів супроводжувалось введенням окситоцину дозою більше 5 ОД (при аномаліях пологової діяльності). В контрольній групі випадків застосування окситоцину не було. Допологова профілактика РДС із застосуванням дексаметазону в основній групі проводилось у 16,7% жінок. В контрольній групі профілактику одержали 87,5% матерів. 66,7% жінок контрольної групи було призначено гініпрал з метою зменшення частоти та інтенсивності скорочень матки, нормалізації вкрай сильних або нерегулярних перейм. В основній групі жодна жінка не отримувала гініпралу. 44,4% дітей основної групи були народжені в сідничному передлежанні, 33,4% дітей – в головному, 22,2% – шляхом кесарева розтину; в контрольній групі 50,0% дітей народжені шляхом кесарева розтину, решта – через природні пологові шляхи у головному передлежанні. Таким чином, однією з причин розвитку ПВК 3–4 ступеня у недоношених дітей можна вважати антенатальну внутрішньоутробну гіпоксію внаслідок загрози переривання вагітності. До чинників, які посилюють гіпоксію під час пологів та сприяють розвитку ПВК, можна віднести застосування окситоцину, швидкий перебіг пологів, пологи в тазовому передлежанні через природні пологові шляхи. Застосування засобів, що спрямовані на зменшення ступеня внутрішньоутробної та інтранатальної гіпоксії, поліпшує прогноз щодо розвитку та прогресування ПВК (профілактика РДС, токолітична терапія, кесарів розтин як метод бережливого розродження).

НАЗНАЧЕНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Н.Н. ПЕШИЙ, С.М. ТАНЯНСКАЯ, О.Е. ХОРОШ, В.Ф. БОЙКО, Ю.А. КОСТЕНКО

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

На современном этапе наиболее распространенной и социально значимой патологией детского возраста являются болезни суставов. Среди них по тяжести течения и неблагоприятным последствиям, приводящим к ранней инвалидизации больных, выделяют ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Как известно, традиционно терапия данной патологии включает первоочередное назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Однако

известно, что как селективные, так и неселективные препараты этой группы приводят к высокому риску развития побочных эффектов и, прежде всего, со стороны желудочно-кишечного тракта. Поэтому актуальным сегодня является использование фитопрепаратов с низким профилем токсичности и частотой развития побочных реакций. Одним из этих препаратов является Ассаликс производства компании «Бионорика» (Германия), в состав которого входит стандартизованный экстракт коры ивы. Целью данного исследования было изучение сравнительной эффективности и безопасности препарата Ассаликс в комплексной терапии суставной формы ЮРА у детей. Нами обследовано 25 детей, больных ЮРА, в возрасте 10–14 лет (13 девочек и 12 мальчиков), которым в комплекс лечения включался Ассаликс в дозе 1–2 драже 2 раза в день перед едой на протяжении 2 месяцев. Группу контроля составили 10 детей аналогичного возраста, которые не получали Ассаликса и находились на общепринятых лечебно-реабилитационных комплексах. Полученные результаты обследования свидетельствуют о положительном влиянии Ассаликса на динамику воспалительного и болевого синдромов. Так, у большей половины больных основной группы уже на 2-ой неделе от начала лечения отмечен анальгезирующий, а через 2–3 недели – стойкий противовоспалительный эффект, что проявлялось уменьшением клинических симптомов артрита и нормализацией лабораторных показателей у 18 (72,0%) детей. Отмечено уменьшение или исчезновение болевого синдрома и уменьшение продолжительности утренней скованности у 14 (56,0%) больных. Через 2 месяца положительная динамика клинико-параклинических показателей в виде регресса суставного синдрома ЮРА отмечена у 19 детей, что составило 76%. Таким образом, назначение Ассаликса дает возможность уменьшить кратность приема и дозу НПВП, позволяет избежать побочных эффектов, которые они вызывают, и достигнуть стойкой ремиссии воспалительного процесса.

ЛІКУВАННЯ НЕЗАПАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

М.М. ПЕШИЙ, С.М. ТАНЯНСЬКА, В.П. БОЙКО, Ю.А. КОСТЕНКО, О.Є. ХОРОШ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Як відомо, на сучасному етапі в структурі патології серцево-судинної системи перше місце належить неревматичним ураженням міокарда, а саме: метаболічним кардіоміопатіям різного генезу. Враховуючи патогенез метаболічних розладів міокарда, в основі яких лежить пору-

шення обміну речовин і процесів енергоутворення та перетворення енергії в кардіоміоцитах, терапія метаболічних кардіоміопатій у дітей повинна бути комплексною з призначенням засобів кардіотрофічної дії. На фармацевтичному ринку існує велика кількість препаратів метаболічної дії, які мають різні точки впливу на функції кардіоміоцитів. Одним із таких препаратів є Метамакс (фармацевтичної фірми «Дарниця»), який має кардіо-цитопротекторну дію, поліпшує регіонарний кровообіг, оптимізує метаболічні та енергетичні процеси в клітинах міокарда. Метою нашої роботи було вивчення порівняльної ефективності препарату Метамакс у 42 дітей віком 12–15 років. Групу контролю склали 20 дітей аналогічного віку, яким препарат до комплексу терапії не включали. Метамакс призначали дозою 1 капсула (250 мг) 2–3 рази на добу залежно від віку перед їдою протягом 2–3 тижнів. Використовували загальноклінічні методи обстеження, електрокардіографію (ЕКГ за загальнопринятою методикою), ехокардіографію (ЕХОКС) апаратом «Алока 33В – 1700» з подальшою оцінкою морфофункціональних та гемодинамічних показників (КДР, КСР, КДО, КСО, УО, ХО, ФВ). Аналіз результатів дослідження переконливо свідчив про позитивний вплив Метамаксу не тільки на динаміку клінічних ознак захворювання (поліпшення самопочуття, загального стану, зникнення серцебиття, кардіалгій), але й на поліпшення показників ЕКГ (функцій автоматизму, збудливості, фаз де- і реполяризації) та ЕХОКС (нормалізація показників скоротливої і насосної функції серцевого м'яза) у 68,3% обстежених ($p < 0,05$). Таким чином, Метамакс є ефективним кардіопротекторним препаратом, який в вищезазначеній дозі доцільно використовувати в комплексній терапії незапальних уражень серця у дітей та підлітків.

ГІПЕРМОБІЛЬНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ РЕГІОНАХ

В.В. ПОВОРІЗНИК¹, О.І. ПОДЛІАНОВА²

¹Інститут геронтології АМН України, м. Київ.

²Запорізький державний медичний університет, Україна

Дисплазія сполучної тканини у вигляді гіпермобільного синдрому (ГС), як одним із типологічних варіантів дизморфогенетичного неблагополуччя, пов'язаного із спадковими факторами та впливом навколишнього середовища, відіграє важливу роль у формуванні функціональної та органічної патології у дітей. Проблема сполучнотканинної дисплазії (СД) є особливо актуальною для регіонів із несприятливою екологічною ситуацією. Несприятливі фактори, нашаровуючись в певний період життя дитини

один на одного, з віком можуть відігравати роль стимулюючого механізму в розвитку серйозних ускладнень СД. Метою роботи було дослідження частоти виявлення ГС та стану кісткової тканини при ГС у дітей віком 8–17 років, які мешкають у екологічно несприятливих районах України та Білорусі. Обстежено 187 школярів смт. Машевка Полтавської області (1-й регіон, фторзалежний), 240 школярів з м. Мерефа Харківської обл. (2-й регіон, екологічно безпечний), 207 школярів зі смт. Лельчиці Республіки Білорусь (3-й регіон, радіаційно забруднений в результаті аварії на ЧАЕС). Обстеження включало загальний огляд, виявлення соматичної патології, дослідження щільності кісткової тканини методом ультразвукової денситометрії. Поширеність ГС серед обстежених складала 10,5–12,5%, при цьому достовірно більше (66,7±1,9%, $p < 0,05$) дітей із ГС були дівчата. Порівняно із школярами без СД, у дітей із ГС були нижчими темпи приросту кісткової маси у віці від 10 до 14 років, та частіше реєструвалось зниження щільності кісткової тканини, особливо у мешканців з екологічно несприятливих регіонів (23,0±6,1 проти 5,3±1,1% у дітей без СД, $p < 0,05$). У дітей із ГС, які мешкали у фторзалежному регіоні, частіше реєстрували переломи кісток (62,9±9,3 проти 30,0±10,2% у дітей 1-го та 34,6±9,3% у дітей 3-го регіону, $p < 0,05$). Отже, ГС – досить поширений стан серед дитячого контингенту, який слід розглядати як один із факторів ризику щодо порушення формування піку кісткової маси та розвитку остеопенічного синдрому, що треба мати на увазі при проведенні профілактичних оглядів цих дітей. Основні профілактичні заходи, що спрямовані на запобігання розвитку остеопенії у дітей із гіпермобільним синдромом слід проводити у віці 10–14 років.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИГЕНОВ HLA II КЛАССА У ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

О.С. ПОЗДЕЕВА, М.Н. БОЛДЫРЕВА

ГОУВПО «Ижевская государственная медицинская академия». Институт иммунологии ФМБА, г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования: изучить распределение HLA специфичностей генов DRB₁, DQA₁ и DQB₁ в двух этнических группах детей: русские (n=58), удмурты (n=101) в третьем поколении, проживающих в Удмуртской республике. Генетическое типирование генов HLA II класса проводилось в лаборатории иммуногенетики Института иммунологии ФМБА (г. Москва) методом сиквенса-специфических праймеров. При типировании выявлены 17 специфичностей HLA-DRB₁-гена, 8 – DQA₁ и 10 – DQB₁. Было

установлено, что специфичность DRB₁ *07 являлась наиболее частотной для удмуртов (32,17%), часто она определялась у русских (12,07%). DRB₁ *01 был характерен для русских (21,55%), достаточно часто встречался у удмуртов (12,38%). Специфичность DRB₁ *15 часто встречалась у удмуртов (15,84%) и русских (14,66%). Аллель *13 был частотным у русских (10,34%) и удмуртов (8,91%). Наиболее редкими для русских оказались специфичности *10 (1,72%), для удмуртов – *14 (0,99%), а *10 и *16 не определялись. Аллели DQA₁ *0101 (22,41 и 13,86%), *0102 (19,87 и 15,84%), *0201 (12,07 и 32,67%), *0501 (22,41 и 17,33%) являются частотными для обеих популяций (русские и удмурты соответственно). Аллель *0301 является частотной для русских (13,79%), у удмуртов встречалась реже (8,42%). В обеих популяциях редко встречались специфичности *0401 (2,59 и 1,49%) и *0601 (0% и 41,98%). Специфичности DQB₁ *0301 (20,69 и 17,33%), *0501 (24,14 и 12,38%), *0602/8 (20,69 и 24,26%) достаточно часто встречались в исследованных популяциях русских и удмуртов. Аллель *0201 был высоко частотным у удмуртов (32,67%), у русских – 8,62%, специфичность *0302 была частотной у русских – 9,48% (у удмуртов – 2,48%). Наиболее редкими для русских и удмуртов оказались специфичности *0401/02 (2,58 и 1,49%), *0502/04 (3,45 и 0%), а также *0503 (0% и 0,99%), *0601 (0,86% и 0,49%). Таким образом, проведенное исследование показало различие в HLA профиле у исследованных этнических групп. Полученные данные могут быть использованы в качестве контроля при проведении анализа иммуногенетической предрасположенности.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ МЕНИНГИТОМ

С.В. ПОПОВ, С.Н. КАСЯН

Медицинский институт Сумского государственного университета, Украина

Бактериальный менингит является одним из тяжелых заболеваний детского возраста, которое может приводить к летальному исходу в 5–10% случаев, в то время как развитие неврологических осложнений может наблюдаться у половины больных. Наиболее часто данная патология встречается у детей раннего возраста, что в определенной степени может затруднять раннюю диагностику заболевания. Относительно высокие частота и летальность менингита требуют дальнейшего изучения особенностей его течения с целью последующего повышения эффективности лечебных мероприятий. Было обследовано 50 детей в возрасте от 1 месяца до

18 лет с диагнозом бактериального менингита. Всем пациентам проводился комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований, включая выделение стандартных признаков системно-воспалительной реакции. Адаптивные возможности больных оценивались с помощью кардиоинтервалографии. Полученные данные позволили выделить две отдельные группы пациентов. Для детей первой группы было характерно выраженное напряжение адаптивных процессов в острой фазе заболевания с постепенным снижением к периоду реконвалесценции. У больных второй группы, наоборот, степень напряжения адаптационных процессов оказалась изначально низкой и оставалась таковой в течение последующего наблюдения. Выраженность признаков системно-воспалительного ответа преобладала в первой группе пациентов. Для них же была характерной более яркая клиническая картина, в частности судорожного синдрома, а также и инструментальных данных, проявляющихся в значительной степени цитоза. Таким образом, среди детей с бактериальным менингитом можно выделить две группы пациентов с различной степенью напряженности адаптационных процессов, характеризующиеся разной степенью выраженности клинико-инструментальных данных.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

С.В. ПОПОВ, А.В. КУЛИЗНЕВА

Сумский государственный университет, Украина

Одним из наиболее распространенных заболеваний мочевыделительной системы в детском возрасте является пиелонефрит (ПН). Частота последнего имеет тенденцию к возрастанию и может составлять от 24,0 до 32,0 случаев на 1000 обследованных детей. Кроме того, для современной картины ПН характерно его «омоложение» – нередко это заболевание встречается у детей в возрасте до 1 года. Причинами, предрасполагающими к появлению пиелонефрита в столь раннем возрасте, могут быть особенности фетального здоровья, определяющиеся, в свою очередь, уровнем генетического здоровья родителей, а также особенностями течения беременности и родов. Высокая частота заболеваемости новорожденных указывает на соответствующий низкий уровень фетального здоровья. Воздействие группы неблагоприятных факторов может приводить к формированию на ante- и постнатальном этапе состояний, приводящих к нарушению уродинамики, что способствует как развитию инфекционных поражений, так и затрудняет эффективность лечебных мероприятий. Для выявления особенностей течения и эффективности лечебных мероприятий ПН были об-

следованы 102 ребенка, находящихся на стационарном лечении. Возраст детей составлял от 1 месяца до 17 лет. Всем больным проводился комплекс клинико-инструментальных диагностических мероприятий, оценка анамнестических данных. Кроме того, оценивалось наличие системной воспалительной реакции на основе соответствующих критериев. Полученные данные показали наличие факторов, способствующих нарушению уродинамики у четверти больных с острым ПН и у половины – с хроническим. В то же время признаки выраженности воспалительного ответа отмечались у четверти больных как с острым, так и с хроническим ПН. Сравнение анамнестических данных показало, что осложненное течение беременности, но не родов, чаще встречалось у детей с отсутствием признаков SIRS. При оценке проводимой терапии выявлена низкая эффективность фитотерапии как в виде монотерапии, так и в комплексе с другими препаратами.

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС КАК МАРКЕР СИНДРОМА ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ НАРУШЕНИИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ-НЕНЦЕВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Т.Н. ПОПОВА

ФГУ «Научный центр профилактического и лечебного питания СО РАМН», Тюмень, Российская Федерация

Для растущего организма выполнение условий сбалансированного питания особенно важно. Для детей-ненцев из семей оленеводов-кочевников особенно актуальным является то, что признаки адаптированности к специфике климатических условий закрепились генетически, поэтому для них характерен качественно особый белково-жировой тип питания. Вывоз детей на обучение в интернаты со сменой привычного пищевого рациона на европейский тип питания ведет к развитию синдрома дезадаптации, что неизбежно сказывается на состоянии здоровья, отражением чего является состояние тиреоидного статуса. Целью исследования было изучение взаимосвязи нутриметабограммы и тиреоидного статуса у детей-ненцев при смене традиционного типа питания. Обследовано 42 ребенка в возрасте 9–14 лет. I группу составили дети, проживающие зимние месяцы в интернате; II группу – те же дети, проживающие летние месяцы в тундре. Всем обследованным выполнено общеклиническое и лабораторное обследование. Для оценки тиреоидного статуса оценивали содержание в сыворотке крови концентрации ТТГ, T_{4cv} и T_3 . Оценку фактического питания проводили с использованием компьютерной программы «Анализ состояния питания человека», ГУ НИИ Питания РАМН, 2003–2005, вер-

сия 1,2. Состав тела оценивали с помощью биоимпедансометрии (ABC «Медасс», Россия, 2005). При обследовании у большинства детей (43%), проживающих в интернате, обнаружены изменения тиреоидного статуса в виде гипofункции щитовидной железы. Одна из причин данных нарушений была выявлена при оценке пищевого статуса. Обнаружено, что в условиях интерната значимо падает потребление главного поставщика белка – оленины. Так, содержание в пище последней составило соответственно группам 15,7 и 47,8% ($p < 0,01$). Дефицит в рационе оленины, характеризующейся сбалансированным аминокислотным и минеральным составом, на фоне недостаточного употребления и усвоения витаминов из фруктов и овощей ввиду неадаптированности ферментных систем к данным продуктам, ведет к слому и в функционировании щитовидной железы. Для ее полноценной работы необходимо достаточное потребление белков с пищей, так как основная часть йода запасается и высвобождается в кровь посредством катализа белка тиреоглобулина. Кроме того, расщепление последнего протекает в результате воздействия коферментной формы витамина B_5 НАДФ-зависимой дейодиназы. Им наиболее богаты мясные продукты. При анализе пищевого рациона выявлено снижение потребления витамина B_5 в I группе на 27,5% относительно II. В ходе факторного анализа установлено, что выраженный дефицит белка, наблюдающийся в I группе, ведет к развитию гипотиреоза у более чем 40% детей-ненцев ($F = 7,2$, $kK = 0,756$). Также при переезде из тундры на обучение в интернат значимо снижается потребление рыбы, богатой как ПНЖК, в целом, так и ω -6-ПНЖК, и ω -3-ПНЖК. Содержание их в рационе соответственно группам составило 11,8 и 24,3% ($p < 0,5$), 9,8 и 17,9% ($p < 0,5$), 2,0 и 6,4% ($p < 0,01$). Учитывая то, что потребность аборигенов в жирорастворимых витаминах несколько выше, чем у жителей умеренного климата, у детей-ненцев при смене традиционного типа питания на европейский наблюдается колоссальный недостаток данных нутриентов. Дефицит пластического материала: белков и жиров на фоне гипотиреоза обуславливает достоверный рост заболеваемости у детей I группы по сравнению со II: ОРВИ – на 37,7%, тонзиллитами – на 15,4%, гайморитами – на 17,2%. Рост заболеваемости обусловлен и снижением содержания в рационе важнейшего антиоксиданта – витамина С на 45,3% у детей I группы относительно II. Данный витамин необходим и для органификации йода в щитовидной железе. Кроме того, в I группе относительно II соотношение основных макронутриентов смещалось от генетически детерминированного преобладания белково-жирового компонента в сторону увеличения углеводистой пищи, приближаясь к показателям 1:1:3,7. Эти нарушения в совокупности со снижением скорости основного обмена у детей I

группы (1050 ± 157 ккал/сут. против 1375 ± 197 ккал/сут.; $p < 0,5$), а также развитием гипотиреоза привели и к значимому дисбалансу в составе тела. По данным биоимпедансометрии у детей I группы выявлен рост жирового компонента тела на 34,7% на фоне снижения активной клеточной массы на 15,3% относительно детей II группы, что отражает катаболизм функционально активных тканей, обусловленный дефицитом поступления пластического материала в организм. Таким образом, при переходе с традиционного типа питания на европейский у детей-ненцев развивается выраженный синдром дезадаптации, отражением чего служит состояние тиреоидного статуса.

ПРОБЛЕМА ПАПИЛЛОМАТОЗА ТРАХЕИ И БРОНХОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Л.Ю. ПОСЛОВА, В.Е. ПИВИКОВ, Т.Ю. КОСТАРЕВА,
Н.Б. ТУМАКОВА, В.Г. ИГУМНОВА, А.Р. КАТМАРЧИЕВ

ГУ «Нижегородская областная детская клиническая больница», г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Заболевания дыхательных путей у новорожденных относятся к трудному и постоянно изучаемому разделу неонатологии. Особое место занимают респираторные расстройства, требующие проведения искусственной вентиляции легких. Тяжелым осложнением этой терапии является бронхолегочная дисплазия. Не менее актуальную медицинскую проблему представляет ювенильный респираторный папилломатоз. Достоверных данных о взаимосвязи вируса папилломы человека и папилломатоза бронхов у новорожденных в литературе нет. Целью настоящего исследования явилось выяснение генеза папилломатоза трахеобронхиального дерева у новорожденных. За период с 2003 г. по январь 2009 г. в отделении анестезиологии и реанимации новорожденных ГУ «НОДКБ» зарегистрировано 25 новорожденных с диагнозом папилломатоза трахеи и бронхов. 40% новорожденных были недоношенными. Диагноз папилломатоза был установлен у 21 ребенка в возрасте от 7–13 до 30 дней жизни и у 4 детей в возрасте от 40 до 50 дней жизни на основании данных анамнеза, клиники, результатов инструментальных (включая бронхоскопию с биопсией), лабораторных (в том числе ПЦР) и морфологических исследований. Все новорожденные имели развившийся с рождения синдром дыхательных расстройств при критических состояниях, требующий длительной ИВЛ и в дальнейшем бронхоскопических обследований. Бронхоскопии проводились через 10–50 дней от начала ИВЛ. Были обнаружены папилломатозные образования ранее не описанной в литературе локализации – в области трахеи и бронхов. С целью установления генеза папилло-

матозных образований трахеи и бронхов был разработан алгоритм лабораторных обследований новорожденных, матерей, объектов окружающей среды (в том числе бронхоскопов, аппаратов ИВЛ). Анализируя полученные разными методами данные, обнаруженные патологические изменения слизистой трахеи и бронхов можно расценить как проявление метаплазии эпителия бронхов вследствие длительной ИВЛ (бронхолегочная дисплазия), или они могут быть связаны с врожденной или приобретенной инфекцией вирусной этиологии, вызванной вирусом папилломы человека или другими вирусами.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Ю.В. ПОШЕХОНОВА, С.И. ТАКТАШОВ, Н.С. ХАНКЕВИЧ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Для уточнения клиничко-патогенетических особенностей функциональной диспепсии (ФД) у 134 детей с данной патологией и 30 здоровых детей в возрасте от 5 до 15 лет исследовались психологические особенности личности с использованием опросников Х.Д. Айзенка и Ч.Д. Спилбергера, исходный вегетативный тонус (ИВТ), определение в сыворотке крови уровня гистамина и серотонина по методу Л.Я. Прошиной, а также содержание в сыворотке крови кортизола и инсулина методом ИФА. Психологические особенности детей с ФД характеризовались низкой эмоциональной устойчивостью, высокой степенью личностной тревожности, а также интровертированным типом личности у 33,6±4,1% больных. Наиболее данные отклонения в психологическом статусе были выражены у больных язвенноподобным вариантом. ИВТ у всех больных ФД характеризовался гиперреактивностью как симпатического, так и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы с доминированием ваготонии, особенно при язвенноподобном варианте. Данные изменения ИВТ сопровождалась гипергистаминемией (100,2±8,4 нг/мл, здоровые дети – 79,3±6,1 нг/мл, p<0,05) и гиперсеротонинемией (88,8±7,8 нг/мл, здоровые дети – 70,8±5,6 нг/мл, p<0,05). При этом значительная гипергистаминемия (105,2±10,5 нг/мл, p<0,05) при самом низком содержании серотонина выявлена при язвенноподобном варианте, а преобладание гиперсеротонинемии – при неспецифическом (96,7±8,8 нг/мл, p<0,02). У всех детей с ФД выявлена гиперинсулинемия (16,4±1,6 мМЕ/л, здоровые дети – 7,8±1,7 мМЕ/л, p<0,02), наиболее значительная у больных язвенноподобным и дискинетическим вариантами. Уровень кортизола в крови детей с ФД был в пределах нижней гра-

ницы нормы. Повышенное содержание кортизола выявлено только у больных язвенноподобным вариантом (510,3±42,8 мМоль/л, здоровые дети – 420,5±40,5 мМоль/л, p<0,05). Таким образом, в реализации ФД у всех детей играют роль вегетативная дисфункция, сдвиги в психоэмоциональном статусе и гиперинсулинемия, которые у 63,4±4,2% сочетаются с гипергистаминемией и гиперсеротонинемией. Наличие вегетативной дисфункции, психоэмоциональных нарушений, гиперинсулинемии и гиперсеротонинемии обуславливает формирование неспецифического и дискинетического вариантов ФД, а гиперкортизолемию – только язвенноподобного варианта заболевания.

ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ НЕФРОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Н.Б. ПРАНИК¹, В.Є. ДОСЕНКО², М.В. ХАЙТОВИЧ¹

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
²Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, м. Київ, Україна

Діабетична нефропатія являє собою тяжке ускладнення цукрового діабету (ЦД) 1 типу, прогресування якого призводить до швидкого порушення функції нирок із розвитком хронічної ниркової недостатності й позитивного гемодіалізу. Основними факторами ризику діабетичної нефропатії є незадовільний глікемічний контроль і тривалість захворювання. Вплив спадковості на розвиток ускладнень цукрового діабету 1 типу у дітей активно вивчається, ступінь прогресування ускладнення відрізняється у різних пацієнтів, що пов'язується із генетичними факторами. Останні дослідження вказують на роль insertion/deletion (I/D) поліморфізму інтрону 16 гена ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), зокрема DD генотипу, у швидкому прогресуванні діабетичної нефропатії. Також мікроальбумінурія у дітей з ЦД 1 типу асоціюється з TT-поліморфізмом гена ангіотензиногену M235T. Виділено в 3 хромосомі ділянку 3q22, відповідальну за розвиток діабетичної нефропатії у жителів Фінляндії, Ісландії і Великої Британії. Дані щодо участі у формуванні нефропатії поліморфізмів інших генів значно різняться серед представників різних популяцій та в дослідженнях різних авторів серед пацієнтів однієї етнічної групи. Це вимагає подальших досліджень в даному напрямку із застосуванням єдиних науково обґрунтованих підходів до збору та аналізу інформації, що допоможе розкрити молекулярно-генетичні механізми розвитку ускладнень ЦД 1 типу. Результати наших досліджень вказали на роль поліморфізмів генів ендотеліальної NO-синтази (більшою мірою промотора), ангіотензиногену (Thr174Met; Met235-Thr) та рецептора ангіотензину II типу 1

(A1166C) у зниженні показників ендотеліази- залежної вазодилатації та порушенні судинної реактивності. Генетичні поліморфізми генів, що кодують фактори РААС (ангіотензиноген і АПФ), визначають ранній розвиток нефропатії у дітей з ЦД 1 типу. Отже, виходячи з аналізу літератури, діти з ЦД 1 типу, які мають DD- поліморфізм гена АПФ, повинні належати до групи підвищеного ризику і потребують більш агресивної терапії, крім того, потрібно провести дослідження значущості вказаних генетичних маркерів в українській популяції.

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В.С. ПРИХОДЬКО, А.С. СЕНАТОРОВА, Е.В. СЕРГИЕНКО, Х.Н. КАКАБАДЗЕ

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Обследовано 375 больных, среди которых преобладали дети до 3-х лет (97,8%). Срок катamnестического наблюдения – от 1 года до 20 лет. В дебюте заболевания в раннем возрасте по данным медицинской документации были установлены следующие диагнозы: 23 детям – дилатационная кардиомиопатия (ДКМП); 17 – фиброэластоз эндомиокарда (ФЭ); 22 – неревматический миокардит (НРМ); вторичная кардиомиопатия (ВтКМП) – 255 детям (постгипоксические, инфекционно-токсические и дисметаболические). Из 20 детей с ДКМП, наблюдавшихся в катamnезе, с внедрением новых технологий последний диагноз был пересмотрен у 12 детей на хронический кардит, 5 больных умерли. Трое детей наблюдаются до настоящего времени с диагнозом ДКМП. Группу катamnеза с первичным диагнозом ФЭ составили 9 больных. Пять детей умерли. Четверым больным углубленное клинико-инструментальное, иммунологическое и биохимическое исследование подтвердило диагноз хронического миокардита. Из 22 детей, которым в раннем возрасте был установлен НРМ, в катamnезе наблюдались 19 больных. Летальный исход наступил у 2 детей раннего возраста. Хроническое течение кардита отмечено у 4 детей. Остаточные изменения – у 6 обследованных. Полное обратное развитие патологического процесса констатировано у 7 детей. В катamnезе обследованы 176 детей с ВтКМП. Полное выздоровление наступило у 70,5% детей с гипоксической кардиомиопатией. Медленное восстановление функций сердца (3–5 лет) было зарегистрировано у 85,2% детей с дисметаболической ВтКМП. Более быстрая динамика восстановления наблюдалась у детей, которые перенесли инфекционно-токсическую ВтКМП. Отдельную группу составили дети с нарушением

сердечного ритма (НРС) – 58 больных. У 30,1% детей установлено повышение уровня кардиоспецифического белка повреждения миокарда – тропонина I независимо от вида аритмий. У 77,7% детей установлено повышение ИЛ-1 β , у 47,6% – повышение ФНО- α . Полученные данные позволяют думать о повреждении миокарда при аритмиях у детей.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.В. ПРОМЕТНОЙ

Областная детская больница, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Целью исследования явилось изучение продолжительности догоспитального этапа оказания медицинской помощи детям, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) и в результате других причин, на территории Ростовской области. Ретроспективно изучены истории болезни 101 ребенка от 0 до 18 лет, находившихся на лечении в центральных районных (ЦРБ), центральных городских (ЦГБ), городских (ГБ), детских городских (ДГБ) больницах, а также больницах скорой медицинской помощи (БСМП) городов и районов Ростовской области. Группу пострадавших в результате ДТП (первая группа) составили 49 (48,51%) детей, группу получивших травмы в результате причин, не связанных с ДТП (вторая группа) – 52 (51,49%) ребенка. В результате проведенного анализа установлено, что с места происшествия в вышеуказанные лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) бригадами скорой медицинской помощи (СМП) эвакуированы 28 (57,14%) детей первой группы и 35 (67,31%) – второй. Остальные пострадавшие в эти стационары поступали самотеком: 21 (42,86%) человек из первой группы и 17 (32,69%) из второй.

Временной интервал с момента возникновения травмы до госпитализации в ЦРБ, ЦГБ, ГБ, ДГБ или БСМП в обеих группах был примерно одинаков и составил ($X \pm sX$) у детей, пострадавших в результате ДТП, 50 ± 23 минуты, у детей, получивших травмы в результате других причин, – 49 ± 23 минуты. Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы: 1) средняя продолжительность догоспитального этапа независимо от этиологии травмы составила около 50 минут; 2) бригадами СМП с места происшествия госпитализировано 57,14% детей, пострадавших от ДТП, и 67,31% – получивших тяжелые травматические повреждения в результате других причин.

СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЗДОРОВЬЯ В ПЕРВЫЕ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ ЛАКТАЦИИ

Н.В. ПРОТАСОВА, Н.А. БАРАБАШ, Т.В. ПЕРЕВОЗЧИКОВА,
Е.А. ФАЙТ, С.С. СТАНКЕВИЧ, Т.В. КОПЫРИНА,
Е.Г. БИБЧЕНКО

ГОУВПО «Сибирский государственный медицинский университет», г. Томск, Российская Федерация

Целью исследования было изучение содержания цитокинов грудного молока у женщин с различным уровнем здоровья в течение первых шести месяцев лактации. Метод основан на определении ИЛ-1 β , ИЛ-10 и ИЛ-1РА в грудном молоке, в супернатанте макрофагов (Мф) до и после стимуляции ЛПС иммуноферментным методом. Изучали состав грудного молока у 36 женщин в возрасте от 19 до 35 лет. I группу составили 22 практически здоровые лактирующие женщины; II группу – 14 женщин, перенесших во время беременности и лактации острые заболевания или обострение хронических. Забор молока проводился на 3–5-е сутки, на 1, 3, 6 месяце лактации. В молоке здоровых и больных женщин уровень исследуемых цитокинов в динамике лактации достоверно не изменялся. На 3 месяце лактации у женщин II группы в молоке концентрация ИЛ-1РА была выше, чем в I группе (127,03 и 463,10 пкг/мл, $p=0,03$). В супернатанте грудного молока у здоровых женщин уровень ИЛ-1 β снижался в динамике лактации к 3 мес (30,31 и 5,61 пкг/мл, $p=0,04$), содержание ИЛ-10 снижалось к 3 мес (54,08 и 26,98 пкг/мл, $p=0,03$) и 6 мес (54,08 и 26,29 пкг/мл, $p=0,04$) по сравнению с 3–5 днем лактации. Уровень ИЛ-1РА в супернатанте Мф у женщин I группы повышался к 6 мес по сравнению с 3–5 днем, 1 мес, 3 мес лактации ($p=0,03$, $p=0,01$, $p=0,02$). В супернатанте грудного молока у женщин с низким уровнем здоровья ИЛ-10 был выше на 6 мес лактации (26,29 и 61,66 пкг/мл, $p=0,03$) по сравнению со здоровыми женщинами. Уровень исследуемых цитокинов, продуцируемых стимулированными Мф, между группами достоверно не отличался. В динамике лактации у женщин II группы концентрация ИЛ-1 β снижалась на протяжении лактации в 1 мес, 3 мес и 6 мес (36,35 и 5,24 пкг/мл, $p=0,01$; 5,06 пкг/мл, $p=0,05$; 3,39 пкг/мл, $p=0,01$) по сравнению с 3–5 днем лактации. Аналогично изменялось содержание противовоспалительного ИЛ-10 (115,7 и 34,37 пкг/мл $p=0,01$, 38,25 пкг/мл $p=0,01$, 39,05 пкг/мл, $p=0,01$). Таким образом, состояние здоровья кормящей женщины влияет на уровень провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в грудном молоке в первые шесть месяцев лактации, что, по-видимому, отражает характер воспалительного процесса в организме женщины.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ ТРАНСФЕР ФАКТОР У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

М.П. ПРОХОРОВА, Н.Г. БИЧКОВА

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця.
м.Київ

Відмічений за останні роки ріст алергічних захворювань, значна питома вага клінічних форм алергії з тяжким перебігом, відсутність тенденції до зниження летальності від гострих алергічних реакцій і загострення ряду алергічних захворювань виставляють проблему алергічної патології на одне з перших місць в сучасній клінічній медицині. Алергічні захворювання належать до числа найбільш розповсюджених захворювань дитячого віку.

Відомо, що патогенетичні механізми розвитку алергії лежать, насамперед, в порушенні направленості диференціації Т-лімфоцитів, зниження активності Т-супресорних клітин і в надлишковому утворенні Ig E. Активація тучних клітин і їх дегрануляція є кінцевим етапом цієї цілі.

Під нашим спостереженням знаходилося 30 дітей з алергічним бронхітом (АБ), 34 – з бронхіальною астмою легкого перебігу, 35 – з бронхіальною астмою середньо-тяжкого перебігу, 30 – з дерматореспіраторним синдромом (ДРС) у віці від 2 до 14 років. Нами визначались показники клітинної та гуморальної ланки імунітету CD3, CD4, CD8, CD4⁺/CD8⁺, CD16⁺, CD22⁺, IgG, IgA, IgM методом непрямой імунофлюоресцентної реакції з моноклональними антитілами виробництва ЗАТ «Сорбент-сервіс» (м. Москва) та чутливість лімфоцитів до імуномодуляторів У всіх групах хворих характерною була висока чутливість до трансфер фактору у 87,5% хворих.

Трансфер фактор (ТФ) призначався хворим від 2 до 5 років по 1капс.1 раз на добу на протязі 15 днів, 5-10 років по 1 капс. 2 рази на добу, 10-14 років по 1 капс. 3 рази на добу, з профілактичною ціллю по 1 капс. 1 раз на добу на протязі 7-15 днів. Трансфер фактор є гіпоалергенним, очищений від казеїну, лактоглобулінів і інших великих білкових молекул і збережені цитокинові фракції, ідентичні лейкоцитарним цитокинам.

Після прийому препарату у хворих з ДРС на 7 добу зменшувався свербіж, злущення і скоротилась кількість висипань на шкірі та наступала ремісія. Характерним було вірогідне підвищення вмісту CD3⁺лімфоцитів з 35,27 \pm 3,88 до 58,65 \pm 1,32%, CD4 - клітин – з 18,77 \pm 1,83 до 41,60 \pm 1,01%, CD8⁻супресорів-цитотоксичних – з 18,85 \pm 2,29 до 29,10 \pm 0,63 %, CD4⁺/CD8⁺ 1,38 \pm 0,01 до 1,42 \pm 0,02, CD16⁺клітин – з 17,39 \pm 1,15 до 11,9 \pm 0,24%, CD22⁻лімфоцитів – з 26,05 \pm 1,55 до 28,15 \pm 0,86%, фагоцитарного індексу з 50,14 \pm 0,40 до 58,65 \pm 0,44% та концен-

трації Ig G $7,13 \pm 0,31$ до $12,11 \pm 0,39$ г/л, Ig A $1,14 \pm 0,11$ до $1,61 \pm 0,05$ г/л, Ig M $0,77 \pm 0,04$ до $1,29 \pm 0,03$ г/л ($p < 0,001$). У дітей з БА спостерігалось вірогідне підвищення вмісту CD3⁺лімфоцитів з $29,45 \pm 1,65$ до $57,80 \pm 1,32\%$, CD4 - клітин – з $18,05 \pm 1253$ до $40,35 \pm 060\%$, CD8⁺супресорів-цитотоксичних – з $15,00 \pm 0,88$ до $28,55 \pm 0,48\%$, CD4⁺/CD8⁺ $1,48 \pm 0,16$ до $1,41 \pm 0,02$, CD16⁺клітин – з $20,55 \pm 0,45$ до $11,65 \pm 0,17\%$, CD22⁺ лімфоцитів – з $26,29 \pm 0,67$ до $28,75 \pm 0,81\%$, фагоцитарного індексу з $49,10 \pm 0,36$ до $58,05 \pm 1,03\%$ та концентрації Ig G $8,07 \pm 0,31$ до $12,91 \pm 0,29$ г/л, Ig A $1,29 \pm 0,05$ до $1,92 \pm 0,06$ г/л, Ig M $0,87 \pm 0,03$ до $1,34 \pm 0,05$ г/л ($p < 0,001$).

Таким чином, препарат Трансфер фактор є достатньо ефективним і може бути рекомендований для лікування і профілактики алергічних захворювань.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ ФЛАВОЗІД У ДІТЕЙ З ГРВІ, УСКЛАДНЕНОЮ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

М.П. ПРОХОРОВА, О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, С.П. КРИВОПУСТОВ, Н.Г. БИЧКОВА

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця.
м.Київ

Респіраторні інфекції є самою частою причиною розвитку розвитку бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей раннього віку. Практично у кожній другій дитині з ГРВІ в клінічній картині має місце та або інша ступінь вираженості бронхіальної обструкції. В загальній популяції дітей з використанням міжнародної методики дослідження ISAAC бронхіальна обструкція зустрічається майже у 30 % дітей на фоні ГРВІ.

Під нашим спостереженням знаходилось 35 дітей у віці від 2 до 7 років, які перехворіли

ГРВІ з розвитком БОС. Нами визначались показники клітинної та гуморальної ланки імунітету CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺, CD16⁺, CD22⁺, Ig G, Ig A, Ig M методом непрямой імунофлюоресцентної реакції з моноклональними антитілами виробництва ЗАТ «Сорбент-сервіс (м. Москва)», чутливість лімфоцитів до імуномодулятора «Флавозід» та виявлення в крові анти-ВПГ-Ig M і анти- ВПГ-IgG 1-го та 2-го типу. До комплексної терапії був включений препарат «Флавозід» («Екофарм»), в 100мл якого міститься 2 мл протейфлазиду. Режим прийому – перорально за 20-30 хв до вживання їжі протягом 4-х тижнів з урахуванням віку дитини: 31-го по 3-й день-по 1,5мл 2 рази на добу, з 4-го дня терапії по 3 мл 2 рази на день у дітей віком від 2 до 4 років, від 4 до 6 років – з 1-го по 3-й день-по 3мл 2 рази на добу, з 4-го дня терапії по 4 мл 2 рази на день. При виявленні герпес-вірусів

курс лікування складав 3 місяці. Після лікування спостерігалось достовірне збільшення вмісту в крові CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, зменшення CD22⁺ і концентрації Ig G, Ig M та діагностичні титри анти- ВПГ-Ig M і анти- ВПГ-IgG 1-го та 2-го типу збереглися тільки у 2 пацієнтів. При прийомі препарату лихоманка була менш тривалою і вираженою, БОС купувався на 2-3 добу і одужання наступало на 5-й день терапії. При прийомі профілактичної дози препарату діти не хворіли на ГРВІ і не спостерігалось БОС.

Таким чином, ефект «Флавозіду» проявлявся у ліквідації активної вірусної інфекції, ерадикації герпес-вірусів і може бути рекомендованим в комплексному лікуванні та профілактики дітей з ГРВІ, ускладненою БОС.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ГРУПАМИ КРОВІ

С.І. ПРУНЧАК, Л.Ю. ЛИПКО, І.І. КОРКОШ, Я.М. КУРИК

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вивчення прогностичних маркерів тяжкого перебігу бронхіальної астми (БА) в дітей є одним з актуальних завдань алергології. За різними даними, визначення взаємозв'язків груп крові, як одного з найбільш доступних генетичних маркерів тяжкості перебігу бронхіальної астми, є перспективним напрямом досліджень. Метою роботи було вивчення асоціації груп крові та особливостей перебігу бронхіальної астми в дітей шкільного віку. Проведено клініко-імунологічне обстеження I-II рівня 56 дітей, хворих на БА. Всім пацієнтам визначено групу крові за системами АВ0, резус, MN. Відмічено, що частота виявлення 0(I), A(II), B(III), AB(IV) груп крові у дітей, хворих на БА, становила 33,9%, 42,9%, 16,1% та 7,1% випадків відповідно. При дослідженні резус-належності відмічено, що фенотип Rh(+) зустрічався у 89,3% спостережень, а Rh(-) – у 10,7% випадків. Аналіз фенотипів груп крові за системою MN показав, що частота M-антигена серед обстежених дітей становила 23,6%, фенотип N зустрічався у 14,5% хворих та фенотип MN – у 61,8% пацієнтів, хворих на БА. Подальший аналіз показав, що відносний ризик (ВР) розвитку БА в ранньому віці за наявності N-антигена становив 2,7 [95% ДІ: 0,9–8,1] при відношенні шансів (ВШ) – 8,3 [95% ДІ: 1,2–55,5]. Водночас, наявність B-антигена також пов'язана зі зростанням показників ризику початку астми в дітей переважно до трирічного віку, проте його значення дещо менше, ніж N-антигена: ВР=1,7 [95% ДІ: 0,5–5,6], ВШ=1,4 [95% ДІ: 0,6–10,5]. При дослідженні початку розвитку симптомів астми за системою АВ0 відмічено, що дебют захворювання після 3-річного віку пов'язаний із

наявністю 0(I), A(II), Rh(-) та M антигенів крові. Так, проведений корелятивний аналіз показав наявність прямого достовірного взаємозв'язку між M-антигеном та розвитком астми в дорослішому віці ($r=0,3$, $p<0,05$). Таким чином, найчастіше серед дітей, хворих на БА, зустрічалися наступні фенотипи: A(II), Rh(+), MN, дебют в ранньому віці асоціював з наявністю B (III), N антигенів, а пізній початок, що вказує на вірогідність її персистування в старшому віці, пов'язаний з наявністю A (II), Rh(-), M антигенів крові.

ПЕРИНАТАЛЬНА ПСИХОСОМАТИКА, МИКРОПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ В ПЕДИАТРИИ

Т.Н. ПУШКАРЕВА, В.В. ЗАВГОРОДНЯЯ

ГУ „Институт педиатрии, акушерства и гинекологии
АМН Украины», г. Киев, Украина

Здоровье детей непосредственно связано с состоянием физического и психического здоровья родителей, системой отношений и социальным благополучием в семьях. Постоянный рост психосоматических и пограничных психических расстройств у детей обуславливает актуальность профилактики нарушений и коррекцию развития детей. Исследование ИПАГ выявило депрессивные и тревожные расстройства у 20–27% женщин во II триместре беременности, послеродовую депрессию – у 18,9%. Установлены связи между эмоциональными расстройствами у женщин во время беременности и в постнатальном периоде, течением беременности, родов и состоянием новорожденных, а также нарушениями психосоциального развития младенцев. Полученные данные показали, что у 27% младенцев выражен риск ранних нарушений психосоциального развития и формирования пограничной психической патологии, которая манифестирует эмоциональными и поведенческими расстройствами, приводя к социальной дезадаптации. Существует высокая степень коморбидности расстройств сна с пограничными психическими заболеваниями раннего возраста, прежде всего, резидуально-органическими церебральными расстройствами перинатального генеза и психосоматическими расстройствами пищевого поведения. Необходимо повышение внимания к душевному состоянию женщин, психологическая подготовка к осознанному родительству, охрана психического здоровья, раннее распознавание и коррекция нарушений ранних отношений мать–дитя, психосоциального развития и пограничных психических расстройств у детей раннего возраста. В ИПАГ создан первый в Украине Центр перинатальной психосоматики и психотерапии для беременных женщин и матерей с детьми. раннего возраста, в котором раз-

вивается перинатальная психиатрия и психосоматика, микропсихиатрия и психотерапия. Разработана модель лечебно – профилактических и организационных мероприятий, направленных на раннее выявление психической патологии у женщин во время беременности и после родов, также нарушений развития и психосоматической патологии у их младенцев, которая может применяться в учреждениях здравоохранения, специализированных лечебно-реабилитационных центрах и комплексах. Внедрение данной модели послужит созданию системы медико-психологической и психотерапевтической помощи женщинам и семьям на этапе планирования, во время беременности и в процессе воспитания ребенка, от 0 до 3 лет на основе мультидисциплинарного подхода и создаст условия для улучшения состояния здоровья детей.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Т.И. РАЗДОЛЬКИНА, М.В. НЕЖДАНОВА, Л.И. ДЗЮБИЧ,
А.Н. ЖАРОВ

ГОУВПО «Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарева». Детская республиканская клиническая
больница № 2, г. Саранск, Российская Федерация

Проблема пиелонефрита у детей привлекает внимание исследователей не только в связи с его большим удельным весом в структуре болезней почек, но и потому, что, начавшись в детском возрасте, он нередко становится одной из причин инвалидности взрослых. Кроме того, в последние годы отмечается увеличение случаев маломанифестного и латентного течения болезни, что затрудняет ее своевременную диагностику и, следовательно, отдалает начало адекватных терапевтических, реабилитационных и профилактических мероприятий. В результате ретроспективного анализа 96 историй болезни детей с вторичным обструктивным пиелонефритом установлено, что в 60,4% случаев заболевание диагностировано по обращаемости, в 39,6% – случайно. В дебюте у 31,3% детей отмечалась гипертермия, у 30,5% – беспокойство и боли в животе, у 16,7% – дизурия, у 4,2% – рвота. В анализах мочи у всех больных диагностирована лейкоцитурия, в 37,6% случаев – незначительная протеинурия, в 27,5% – гематурия. У 20,7% пациентов выявлено снижение клубочковой фильтрации до $60,02 \pm 6,12$ мл/мин. По результатам инструментальных (цистография, экскреторная урография) обследований в 57,3% случаев диагностирован пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), в 22,9% – гидронефроз, причем более чем у трети больных (36,4%) гидронефроз сочетался с ПМР. У 12 (12,5%) пациен-

тов было обнаружено удвоение почек, у 4,2% выявлена дистопия почек, у 3,1% – агенезия почки. В группе детей с нарушением функции почек по клубочковой фильтрации в 61,1% случаев установлен двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс III–IV ст., в 16,7% случаев – двусторонний гидронефроз, в 22,2% – пузырно-мочеточниковый рефлюкс III–IV ст. со сморщенной почкой. Сморщенная почка диагностирована у 11 (11,5%) из 96 больных. Причем в 54,5% случаев на фоне гидронефроза, в 45,5% – на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса. Необходимо отметить, что 6 (54,5%) детей из 11 были в возрасте 1–1,5 года, 4 (36,4%) – в возрасте 2-х лет и 1 (0,9%) ребенок – 3-х лет. Таким образом, вторичный обструктивный пиелонефрит у детей раннего возраста диагностируется чаще на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса и гидронефроза, протекает достаточно часто с нарушением функций почек и, нередко, приводит к сморщиванию.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

З.Ж. РАХМАНКУЛОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Узбекистан

Внутриутробные инфекции в структуре перинатальной заболеваемости и смертности занимают одно из ведущих мест. Длительная персистенция вируса в организме матери и плода вызывает у новорожденных множественные поражения различных органов и систем, в том числе бронхолегочной и иммунной, что обуславливает актуальность данной проблемы. Целью исследования было изучение состояния клеточного иммунитета при пневмонии у новорожденных детей, родившихся от матерей с герпесвирусной инфекцией (ЦМВИ и ВПГ1/2). Обследовано 15 здоровых новорожденных (I группа) и 9 новорожденных детей, родившихся со сроком гестации 30–37 нед, у матерей с наличием герпесвируса (II группа). Проведены общеклинические и иммунологические исследования. Оценка клеточного звена иммунитета проводилась с изучением субпопуляционного состава лимфоцитов с помощью моноклональных антител CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD19+, CD25+, CD95+ (производство ООО Сорбент, РФ, Москва). Подтверждение диагноза проведено ИФА и ПЦР методами. Установлено, что у новорожденных II группы происходит достоверное повышение общего числа лимфоцитов, как относительного, так и абсолютного. Однако отмечено, что у детей данной группы на фоне тенденции повышения абсолютных чисел общей популяции Т-лимфоцитов (CD3), Т-хелперов (CD4),

Т-супрессоров/цитотоксических клеток (CD8), естественных киллеров (CD16) происходило их достоверное снижение относительных значений. Также установлено достоверное повышение относительных и абсолютных значений CD19, CD25 и CD95. Таким образом, у новорожденных детей, родившихся от матерей с герпесвирусными инфекциями, развитие пневмонии происходит на фоне угнетения Т-клеточного звена иммунитета при повышении В-лимфоцитов, ответственных за выработку антител, увеличении числа CD25 клеток, с рецепторами к ИЛ-2 и CD95 клеток, несущих маркер FAS-апоптоза.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ МИКСТ-ИНФЕКЦИЙ НА ИММУННЫЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННОГО

З.Ж. РАХМАНКУЛОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Узбекистан

На современном этапе внутриутробные инфекции все чаще обуславливаются вирусно-микробными ассоциациями. Сочетание перинатальных герпесвирусных инфекций (ВПГ1/2 и ЦМВИ) с бактериальными, возможно, в значительной мере вызывает нарушения иммунного реагирования. Цель исследования: изучить состояние иммунитета у новорожденных с сочетанной цитомегаловирусной, герпетической и бактериальной инфекциями. Обследовано 15 здоровых (I группа) и 12 новорожденных детей с сочетанной ЦМВИ, ВПГ1/2 и бактериальной инфекциями (II группа). Исследование клеточного звена иммунитета включало определение CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD25, CD95. Оценка гуморального иммунитета проводилась с учетом уровней IgA, IgM и IgG. Подтверждение диагноза проведено ИФА и ПЦР методами. Установлено, что у новорожденных II группы существенно возрастает абсолютное число циркулирующих лимфоцитов CD3, CD4, CD8, CD16 соответственно в 1,7; 1,6; 1,5 и 1,5 раза по сравнению с контролем. Однако также выявлено значительное снижение относительных значений CD3, CD4, CD8, CD16, что указывает на недостаточность пулов зрелых лимфоцитов с вышеуказанными маркерами. Отмечалось значительное увеличение числа клеток с маркерами активации CD25 и CD95, что связано с повышением интенсивности клеточных реакций. Уровни IgA, IgM и IgG у детей основной группы были достоверно выше, чем в группе контроля и превышали таковые соответственно в 1,5; 2,2 и 1,7 раза. Таким образом, у новорожденных детей с сочетанными формами перинатальных вирусно-бактериальных инфекций происходит значительное напряжение иммунных механизмов.

АНАЛІЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТІ ДІТЕЙ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

О.О. РЕЧКІНА

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського АМН України», м. Київ, Україна

Для встановлення причин смерті хворих із діагнозом туберкульозу проаналізовано дані 46 історій хвороб дітей, які померли від туберкульозу під час епідемії (за 1995–2006 рр., 2-й період) та 28 історій хвороб померлих у періоді стабільної ситуації з туберкульозу (1980–1989 рр., 1-й період). Вивчення тенденцій патоморфозу туберкульозу за протоколами патологоанатомічних досліджень порівняно з прижиттєвою діагностикою показало зростання генералізованих та гостропрогресуючих форм туберкульозу у дітей зі збільшенням частоти позалегенових уражень в 2-му періоді, поліорганне ураження (7–12 органів) спостерігалось у 40,7% померлих. Відмічається реверсія більш тяжких форм перебігу туберкульозу, що проявляється збільшенням питомої ваги міліарного туберкульозу, менінгіту, сепсису та казеозної пневмонії. При цьому за життя частіше діагностується туберкульоз легень та не діагностуються позалегенові локалізації специфічного процесу (міліарний туберкульоз діагностується в 3,6 рази частіше після смерті). В сучасних умовах провідною причиною смерті хворих на туберкульоз залишається швидке прогресування специфічного процесу з виникненням генералізованих його форм і тяжкої туберкульозної інтоксикації. Безпосередньою причиною смерті дітей найчастіше був набряк головного мозку (43,5%) та поліорганна недостатність (21,7%). У 32,6% хворих була посмертна діагностика захворювання на туберкульоз, а у решти він був пізно діагностований при розвитку тяжких туберкульозних уражень, 39,1% хворих померли в медичних закладах загального профілю. Основними причинами несприятливого завершення туберкульозу у дітей в сучасних умовах є недостатня настороженість педіатрів щодо туберкульозу, відсутність контролю за якісним застосуванням профілактичних заходів, вкрай незадовільне виконання комплексу діагностичних тестів. До чинників, що сприяють летальному завершенню туберкульозу у дітей, належать: прогресуючий перебіг хвороби, асоціальний стан родини та незадовільні побутові умови (63,0%), супутня патологія, в тому числі природжені вади розвитку (60,7%), хіміорезистентність до МБТ (30,0%) та ВІЛ-інфікування (13,0%). Причинами розбіжностей клінічного та патоморфологічного діагнозів у померлих від туберкульозу дітей в сучасних умовах найчастіше є: недоліки діагностики та лікування на попередніх етапах (стаціонар або поліклініка загально-лікувальної мережі) та складні для діагностики випадки захворювання (атиповий перебіг, поєднання ін-

фекцій, ВІЛ-інфікування та природжена патологія легень, а також приєднання неспецифічних ускладнень легень). Отже, важливими резервами зниження смертності дітей від туберкульозу є удосконалення роботи щодо раннього виявлення недуги, підвищення знань основ фтизіатрії лікарями загально-лікувальної мережі та настороженості педіатрів відносно туберкульозу в сучасних умовах епідемії захворювання, підвищення якості спільної роботи фтизіатричної служби та загальної лікувальної педіатричної мережі.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО БОЛЮСНОГО ВВЕДЕНИЯ СУРФАКТАНТА-БЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РДС НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛЕГОЧНОГО СУРФАКТАНТА

О.А. РОЗЕНБЕРГ¹, В.Д. НЕМЕЦ², Л.Ф. КРИВЧАНСКАЯ³,
Н.Н. СЕМОЧКИН⁴, О.А. ТИМОФЕЕВА², Д.И. РОТАРУ³,
А.А. КОПЦЕВА², В.И. ИЕШАНУ³

¹Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, г. Санкт-Петербург. ²МУЗ «Южно-Сахалинская детская городская больница», г. Южно-Сахалинск. ³НИИ охраны матери и ребенка, г. Кишинев, Молдова. МУЗ «Детская городская больница», г. Армавир

Предпринято многоцентровое исследование безопасности и эффективности болюсного введения Сурфактанта-БЛ при профилактике и лечении респираторного дистресс-синдрома новорожденных (РДСН). Препарат получили 129 новорожденных основной группы (ОГ) и 130 детей контрольной группы (КГ). Пациентам ОГ препарат вводили в дозе 50 мг/кг болюсно в объеме 1,5 мл в два приема на открытом контуре, а КГ в соответствии с инструкцией для применения микроструйно в дозе 75 мг/кг в объеме 2,5 мл, не прерывая ИВЛ. В обеих группах дети были массой тела (МТ) при рождении от 780 г до 4000 г, из них до 1000 г – 7 и 8% в ОГ и КГ, соответственно, МТ 1200–1500 г – 50 и 52%, 1500–2000 г – 21 и 24% и более 3000 г – 22 и 16% в ОГ и КГ, соответственно. РДСН был обусловлен как первичной, так и вторичной недостаточностью сурфактанта (аспирация мекония, врожденная пневмония, диафрагмальная грыжа). При стандартном течении РДСН в большинстве случаев достаточным было однократное введение препарата. В 31% СТ-БЛ вводили дважды и в 5% – трижды. При болюсном введении ни явлений регургитации, ни обтурации интубационной трубки не наблюдали. В процессе введения у 1/3 новорожденных ОГ наблюдали кратковременное падение сатурации, быстро преодолеваемое кратковременным увеличением пикового давления. Позитивная ди-

намика (нарастание SpO₂ и комплайенса) проявлялись в течение 5–15 минут после болюсного введения, а максимальные эффекты наступали в течение 4–6 часов, тогда как при микроструйном введении быстрые эффекты наблюдались редко, а стойкое улучшение наблюдали через 8–10 часов. При РДСН первого типа продолжительность ИВЛ составила 11,2 ч в ОГ и 18,4 ч в КГ, а при вторичной недостаточности СТ – 119,3 и 144,5 ч, соответственно. Летальность детей в ОГ составила 4,7%, а в КГ – 6,2% и была обусловлена, в основном, сепсисом, доказанным микробиологическими и гистологическими исследованиями при аутопсии. По нашему мнению, болюсный способ введения Сурфактанта-БЛ безопасен и эффективен и лишен недостатков микроструйного введения.

ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА РИТМ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Л.В. РОМАНЧУК, Н.Е. РЕВЕНКО, А.Н. ХОЛБАН

НИИ Охраны здоровья матери и ребенка. Государственный медицинский университет «Н. Тестемичану», г. Кишинев, Молдова

Ритм сердца является индикатором измененной вегетативной нервной системы. Вегетативная нервная система играет важную роль в возникновении аритмий, в том числе злокачественных, где роль триггера предоставлена симпатической нервной системе, а защитная роль – парасимпатической нервной системе. Целью исследования было изучение особенностей вегетативного обеспечения у пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК). В группу исследования был включен 61 пациент с ПМК в возрасте от 7 до 17 лет, средний возраст 12,5±0,44 года. Были проанализированы клинические признаки, результаты инструментального обследования (ЭКГ, кардиоинтервалография, эхокардиография с цветным Допплером, клиноортостатическая проба). Преобладающими клиническими симптомами при госпитализации были: боли в сердце (95,0%), сердцебиение (82,0%), нерегулярность ритма сердца (67,2%). По результатам ЭКГ, синдром ранней реполяризации в миокарде левого желудочка преобладал в 80,3%, нарушения ритма – в 73,9% случаях. По заключению КИГ у 45,9% пациентов была выявлена симпатикотония. Вегетативная реактивность у 46,0% детей отличалась гиперсимпатикотонией. Клиноортостатическая проба выявила преобладание в 64,7% случаев симпатикоастенотического варианта заключения. Результаты эхокардиографического исследования показали: ПМК I степени (96,7%), дополнительную хорду в полости левого желудочка (49,0%), утолщение створок митрального кла-

пана (23,0%), регургитацию митрального клапана I степени (26,0%), регургитацию трехстворчатого клапана I степени (9,8%), ПМК II степени (3,3%). Результаты исследования выявили активность симпатической нервной системы и снижение контроля парасимпатической нервной системы у пациентов с ПМК. Кардиоинтервалография может быть рекомендована как *test screening* для характеристики и определения исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и активности у пациентов с ПМК.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕАКТИВНИХ АРТРИТІВ, АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ НОСОГЛОТКОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ, У ДІТЕЙ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

Т.А. РИЧКОВА

Луганський державний медичний університет, Україна

Патологія кістково-м'язової системи суттєво впливає на стан захворюваності й особливо небезпечна своїми наслідками. «Декада кісток та суглобів», об'явлена ВООЗ з 2000 по 2010 рік, щоб привернути увагу суспільства до цього важливого питання сучасності, завершується. Але питання діагностики та лікування реактивних артритів (РеА) залишаються вельми актуальними в зв'язку з багатоваріантністю перебігу цієї патології. Метою даної роботи був аналіз особливостей перебігу РеА, асоційованих із носоглотковою інфекцією, у дітей промислового регіону. Під нашим спостереженням перебувало 53 дитини віком від 2 до 16 років – 35 (66,1%) дівчаток та 18 (33,9%) хлопчиків із РеА, що виникли протягом 3–4 тижнів після перенесеної носоглоткової інфекції. Середній вік дітей склав 9±0,7 року. Поряд із класичними клініко-лабораторними дослідженнями всім дітям проведено визначення кількості білків гострої фази (серомукоїду – СМ, гаптоглобіну – ГГ, церулоплазміну – ЦП), рівня кальцію та фосфору, лужної фосфатази, маркера кісткового метаболізму остеокальцину (ОК), титр ревматоїдного фактора (РФ) і антитіл до циклічного цитрулінового пептиду (анти-ЦЦП) у перші 3 доби після вступу дитини до ревмокардіологічного відділення міської дитячої лікарні № 1 м. Луганська. Отримані дані свідчили, що тільки в 17 (32,1%) дітей досліджуваної групи спостерігалися клінічні ознаки гострого перебігу захворювання, підвищення рівня гострофазових показників: СМ, ГГ, ЦП, а також ШОЕ на тлі помірного лейкоцитозу. Результати спостереження свідчили про класичний гострий перебіг захворювання та одужання протягом 3–4 тижнів. У 23 (43,4%) пацієнтів клінічна картина супроводжувалась мінімальною лабораторною активністю, регресія клінічних симптомів розвивалась повільно, одужання наставало не раніше 6–8

тижнів, у решти – 13 (24,5%) дітей захворювання відзначалось торпідним перебігом, протягом року спостерігались повторні епізоди загострення процесу, як правило, із попередньою локалізацією. У 69,8% дітей відмічалось підвищення ОЖ, у 60,3% – зниження сироваткового кальцію. Тільки 2 (3,8%) пацієнти були серопозитивними за РФ, а 11,3% дітей – за рівнем анти-ЦЦП. Особливу увагу привертала діти, у яких було виявлено підвищений рівень анти-ЦЦП, що свідчило про високу вірогідність розвитку ЮРА, що зумовило необхідність розробки індивідуальних схем профілактичного лікування.

METABOLIC TREATMENT OF OF VIRUS HEPATITIS WITH PROLONGED COURSE IN CHILDREN

YE.YE. SABADASH, B.O. BEZKARAVAINIY, N.V. GRISHCHENKO,
YE.V. SABADASH, V.N. ZENCHENKO

Lugansk State Medical University, Ukraine

We investigated clinical and biochemical effectiveness of medicine «Antral» in children who suffered from virus hepatitis A and B with prolonged course. Children were divided into three age groups: 3–6, 7–11 and 12–14 years old, according to the recommendations of WHO. Each group in its turn was divided into two groups, one of them was under usual treatment, another one was treated with medicine «Antral» in addition. The diagnosis was confirmed by detection of specific IgM antibodies in the blood serum after admission to infectious department. Investigations of the routine biochemical analyses and lipid peroxidation, and trace elements were conducted after establishing the diagnosis of virus hepatitis with prolonged course, 14–16 days later prescription of medication «Antral», in the dynamics of the treatment and before discharging from the hospital. At the height of the disease the most intense clinical picture was observed in the group of the children of 12–14 years old. In the same group the most significant biochemical disorders were observed – the increased level of general bilirubin and thymol test, enhancement of activity of alanine and asparagine transaminase, dysproteinemia, the increased level of final and intermediate compounds of lipid peroxidation and increased level of iron in the serum. After the secondary biochemical investigation 14–16 days later after the beginning of treatment with «Antral» we found the improvement of all biochemical indexes. The most noticeable improvement took place in the group of children of 3–6 years old and the less in the group of 12–14. During the evaluation of efficiency of treatment it was established that the reliable improvement of general condition of patients, as well as biochemical analyses occurred in the groups of patients who were treated with «Antral».

On discharge from the inpatient department all patients under our supervision had biochemical indexes in norm. Shortening of hospital stay was insignificant in all groups who were treated with «Antral». Besides, during the supervision after discharging from the hospital the amount of residual phenomena after carried virus hepatitis was exactly less in these groups.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ БРОНХОФОНОГРАФИИ У ПОДРОСТКОВ

Н.В. САВВИНА, С.Ю. АРТАМОНОВА, В.Б. ЕГОРОВА

Медицинский институт Якутского государственного университета, г. Якутск, Российская Федерация

В связи с широкой распространенностью девиаций в поведении подростков, высоким уровнем особо негативных форм особую актуальность приобретает изучение вредных привычек у подростков. Цель исследования: изучить распространенность табакокурения среди подростков Республики Саха (Якутия) и определить показатели акустической работы дыхания и его относительных показателей у курящих и некурящих подростков. Наше исследование проводилось на базе средних общеобразовательных школ Республики Саха (Якутия). Проводилось анкетирование и бронхофонография 60 подростков 15 лет. Из них юношей было 34, девушек – 26. Основную группу составили 30 подростков с поведенческими расстройствами и со стажем курения 5 и более лет, контрольную группу – 30 некурящих подростков. Распространение курения выявлено как в городской, так и сельской популяции подростков: среди юношей – $34,2 \pm 1,6$ и $49,2 \pm 1,8\%$ и девушек – $26,4 \pm 1,4$ и $34,2 \pm 1,6\%$ соответственно. В 11–12 лет знакомятся с курением 16,9% юношей и 13,0% девушек, а в 15–16 лет – соответственно 7,4 и 8,1%. Оценивая интенсивность курения, нами установлено, что интенсивное курение (более 5 сигарет в сутки) характерно для каждого четвертого – девушек из полных и подростков обоого пола из неполных семей. Ведущей причиной первой пробы почти половина юношей из полных семей выделяют компанию друзей (48%) и «от нечего делать» (18%), 46% юношей и девушек из неполных и девушек из полных семей приобретают первый опыт курения из любопытства. Неприятности служат причиной курения у 7,3% подростков независимо от пола. Показатель акустической работы дыхания в низкочастотном диапазоне (1,2–5 кГц) достоверно выше у подростков-девиантов – $95,78 \pm 72,01$ нДж, у подростков из контрольной группы – $17,83 \pm 12,84$ нДж, в высокочастотном спектре (5–12,6 кГц) также достоверно выше у подростков-девиантов – $3,03 \pm 1,40$ нДж, у подростков из контр-

ольной группы – $0,41 \pm 0,38$ нДж. Таким образом, анализируя полученные результаты акустической работы дыхания курящих и некурящих подростков, мы пришли к выводу, что у курящих табак подростков нарушение бронхиальной проходимости сопровождаются отчетливыми изменениями паттернов дыхания.

ДО ПИТАННЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

В.М. САВВО, Т.О. ФІЛОНОВА

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Висока поширеність мікроструктурних змін серця у дітей зумовлює актуальність вивчення проблеми формування різних патологічних станів серцево-судинної системи на тлі сполучнотканинних аномалій та уточнення факторів підвищеної діагностичної уваги щодо ранньої маніфестації кардіоваскулярної патології. Проведений комплексний аналіз клініко-лабораторних даних та результатів інструментального й ультразвукового дослідження серця у 240 дітей 3–17 років з синдромом дисплазії сполучної тканини серця дозволив уточнити особливості структури та проявів різних клінічних варіантів і перебігу диспластичної кардіоміопатії. Однією з важливих характеристик, що визначають загальну ефективність роботи серцево-судинної системи, є стан систолічної функції серця, зокрема фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка. Тому було проаналізовано та зіставлено дві групи хворих: з нормальною та погранично низкою ФВ, що може свідчити про схильність дітей з малими аномаліями розвитку серця до ранньої маніфестації серцево-судинних захворювань у подальші роки. За результатами аналізу клінічних та параклінічних показників відповідно до методики неоднорідної послідовної процедури Вальда-Генкіна визначено основні характеристики, притаманні ранній маніфестації серцево-судинної патології: множинні сполучнотканинні стигми дизембріогенезу, жіноча стать, ранній вік клінічної маніфестації – до 6 років, обтяженість перинатального анамнезу (хронічна фетоплацентарна недостатність, гостра гіпоксія в пологах, ураження нервової системи, мала маса при народженні), наявність хронічних вогнищ носоглоткової інфекції, результати дослідження обміну сполучної тканини (підвищення рівня оксипроліну сечі, зниження рівня загальної та III фракції глікозаміногліканів крові), ехокардіографічні ознаки (множинні аномальні хорди лівого шлуночка, дилатація порожнини лівого передсердя, дилатація аорти на рівні синусів Вальсальви, дилатація лівого шлуночка, пролапс та асиметричність аортальних стулук). Одержані результати дослідження у вигляді

прогностично значущих маркерів ранньої реалізації серцево-судинних захворювань дозволяють здійснювати диференційований моніторинг за станом здоров'я дітей для запобігання ускладненому перебігу та ранній реалізації диспластично-залежних захворювань серця.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ МІТРАЛЬНОЇ РЕГУРГІТАЦІЇ НА ВИНИКНЕННЯ АРИТМІЙ У ДІТЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

В.М. САВВО, О.М. АПАНАСЕНКО

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мітральна регургітація (МР), яка ускладнює перебіг пролапсу мітрального клапана (ПМК), може бути складовою частиною аритмогенезу через «механічну стимуляцію» активності тригера. Метою нашого дослідження було вивчення впливу МР у дітей з ПМК на формування порушень серцевого ритму та провідності. Під спостереженням знаходилися 107 дітей з ПМК. Програма обстеження, крім загальноприйнятих методів, включала добове моніторування ЕКГ і доплерохокардіографію. У 77 дітей було виявлено ПМК I ступеня (72,0%). ПМК II ступ. діагностовано лише у 28 (26,2%) пацієнтів, III ступ. – у 2 (1,9%). При проведенні доплерохокардіографії у 30 (28,0%) пацієнтів виявлено ознаки регургітації на стулках мітрального клапана, при цьому регургітація I ступ. була зареєстрована у 28 (26,2%) дітей, II ступ. – у 2 (1,9%). У цій групі дітей можна було припустити можливість підвищеної частоти реєстрації аритмій. Порівняння частоти аритмій у дітей з ПМК I–II ступ. за наявності чи відсутності регургітації встановило, що міграція водія ритму визначалася достовірно частіше у дітей з ПМК I ступ. без наявності регургітації, ніж у дітей з МР (37,3 та 5,6%, $p = 0,05$). Навпаки, синдром WPW частіше виявлявся у дітей з регургітацією (11,9 та 27,8%, $p = 0,05$). У дітей з ПМК II ступ. жодної статистичної відмінності у частоті аритмій не було ($p = 0,05$). Випадки синоатріальної блокади II ступ. спостерігалися тільки у дітей з ПМК без мітральної регургітації. Інші порушення серцевого ритму та провідності зафіксовано в поодиноких випадках, що не дозволяє робити коректні висновки щодо їх частоти. Також був утрудненим аналіз при ПМК III ступ. з ознаками мітральної регургітації через малу кількість спостережень, але суправентрикулярна екстрасистоля в одному з цих двох випадків була у патологічній кількості, шлуночкова екстрасистоля належала до IIIb та IVa класів, було зафіксовано нестійкий пароксизм суправентрикулярної тахікардії. Таким чином, встановлено, що мітральна регургітація мінімального ступеня у дітей із ПМК не впливає на виникнення серцевих аритмій.

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНО-СУДИННИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

Н.О. САВЕЛЬЄВА-КУЛИК, О.І. СМІЯН

Медичний інститут Сумського державного університету,
м. Суми, Україна

Вегетативні дисфункції (ВД) визначають більшість захворювань неінфекційного походження у дітей та підлітків. Враховуючи те, що психоемоційні чинники відіграють одну з вирішальних ролей у провокуванні стресового стану і наступному порушенні психосоматичної рівноваги, залишається актуальним вивчення можливих предикторів формування психосоматичних розладів в цілому і ВД зокрема. Метою дослідження було вивчення патопсихологічних особливостей вегетативно-судинних дисфункцій (ВСД) у дітей, застосовуючи психодіагностичні методики – «Самопочуття, активність, настрої» (САН), «Шкала самооцінки Спілберґера», Торонтська шкала алекситимії (TAS) та опитник Айзенка (інтроверсія, екстраверсія, нейротизм). Під спостереженням знаходилось 33 дитини з ВСД (I група), а також 30 дітей з ВСД та обтяженим радіаційним анамнезом (II група). Контрольну групу склали 27 практично здорових дітей відповідного віку (13–17 років). За результатами дослідження виявлено, що психоемоційне реагування дітей з ВСД має суттєві відмінності. Так, за методикою САН у дітей з ВСД I та II груп всі показники були достовірно зниженими порівняно з контролем ($p < 0,01$). З іншого боку, тестування пацієнтів I та II груп за «Шкалою самооцінки Спілберґера» виявило підвищений рівень ситуативної та особистої тривожності, а за опитником Айзенка – більш високий показник нейротизму та екстраверсії порівняно з такими в контрольній групі ($p < 0,01$). Різниця між I та II групами за всіма вищезазначеними параметрами не була достовірною ($p > 0,05$). За шкалою TAS найвищий рівень алекситимії визначено у дітей II групи порівняно з пацієнтами I групи та контролем ($p < 0,01$). Прямий зв'язок в I та II групах виявлено між показниками алекситимії та особистої тривожності ($r = 0,34$), алекситимії та нейротизму ($r = 0,53$). При цьому зворотний зв'язок виявлено в I та II групах між показниками алекситимії та «Самопочуття» ($r = -0,35$), алекситимії та інтроверсії/екстраверсії ($r = -0,34$). Таким чином, за результатами досліджень можна припустити, що виявлені особливості є факторами, які пролонгують вегетативний дисбаланс та соматичні клінічні прояви. Отже, виявлення маркерів психосоматичних порушень може бути використано для формування груп ризику, а вчасна корекція змін сприятиме запобіганню трансформації функціональних транзиторних розладів в органічні патологічні зміни.

ПОПУЛЯЦИОННО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС, И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

А.А. САВИСЬКО, В.Н. ЧЕРНЫШОВ, М.М. БАТЮШИН

Ростовский государственный медицинский университет,
Российская Федерация

Определение значимости радиации среди комплекса факторов радиационной и нерадиационной природы является весьма актуальным при прогнозировании возникновения мультифакториальных заболеваний (МФЗ) и разработки целенаправленных профилактических мероприятий у детей, рожденных от ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (ДЛ). Целью исследования было определение значения лучевого воздействия на генотипический риск (ГР) развития МФЗ на примере артериальной гипертензии (АГ) у ДЛ. Прогнозирование развития МФЗ осуществляли популяционно-генетическим методом, а также при помощи корреляционно-регрессионного анализа в группе, состоящей из 196 обследованных, являвшихся членами семей ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Из них было 74 ребенка (36 мальчиков, 38 девочек). Группа родителей включала 122 обследованных (60 мужчин, 68 женщин). Средний возраст ДЛ на момент обследования составил $13,2 \pm 0,6$ года, их родителей – $38,3 \pm 1,6$ года. В ходе исследования были разработаны поправочные возрастно-половые коэффициенты, позволяющие проводить широкомасштабные семейные медико-генетические исследования в педиатрии. Для оценки прогнозирования МФЗ на примере АГ у ДЛ в будущем нами был использован алгоритм определения генотипических значений систолического артериального давления (Г-САД) и диастолического артериального давления (Г-ДАД) с применением компьютерной программы «ПРОКАРД-ГБ», что, в свою очередь, позволило определить ГР развития АГ у этой когорты детей. Установлено, что у 37,8% детей при достижении ими зрелого возраста имеется высокая вероятность развития АГ. В группе сравнения отмечались достоверно более низкие значения Г-САД и Г-ДАД, чем у ДЛ. Высокий сердечно-сосудистый ГР у ДЛ составил 13,5%, а в контрольной группе – 4,2% ($p < 0,05$). Таким образом, более высокие генотипические значения в когорте ДЛ могут свидетельствовать о влиянии лучевого воздействия на ГР развития МФЗ. Предложенный алгоритм оценки ГР позволит в дальнейшем заблаговременно сформировать систему профилактики МФЗ на популяционном уровне.

ПРИМЕНЕНИЕ ω -3 ПНЖК ПРИ НР-АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Е.В. САВИЦКАЯ, И.Г. СОЛОДОВНИЧЕНКО, Л.И. ЛИМАНСКАЯ

Харьковская медицинская академия последипломного
образования.

Мерефянская центральная районная больница, Украина

Достаточно много проблем возникает при выборе тактики лечения детей дошкольного и младшего школьного возраста с патологией гастродуоденальной зоны (ГДЗ). Во-первых, это связано с решением вопроса о необходимости проведения эрадикационной терапии у хеликобактер-позитивных детей. Если при эрозивном хроническом гастродуодените (ХГД) вопрос о целесообразности такой терапии не стоит, ее схемы определены в «Консенсусе Маастрихт-3», то необходимость противохеликобактерной терапии при функциональной диспепсии (ФД) активно дискутируется. Согласно Римскому Консенсусу III, при ФД неинвазивное определение *Helicobacter pylori* (*Hp*) с последующей эрадикацией («test and treat») является экономически целесообразной стратегией и позволяет уменьшить количество ФЭГДС, предотвращает развитие гастродуоденальных заболеваний в будущем, особенно в странах с высокой распространенностью *Hp*. Эрадикационная терапия была проведена с использованием схемы висмута трикалия динитрат + амоксициллин + фузазолидон 86 детям. Контроль эрадикационной терапии, выполненный при помощи уреазного дыхательного теста, выявлял эффективность лечения. Проведение эрадикационной терапии при ФД у детей имеет достаточную клиническую эффективность, а с учетом того, что у *Hp*-позитивных пациентов с ФД в странах с высокой инфицированностью населения *Hp* должна проводиться стратегия «test and treat» согласно рекомендациям Маастрихт-3, первым шагом при сочетании ФД и хеликобактерным гастритом должна быть эрадикация *Hp*. С учетом современных знаний и имеющегося весьма успешного опыта применения ω -3 ПНЖК в лечении пептической язвы у взрослых и атопического гастроинтестинального синдрома и хеликобактер-ассоциированного аллергического гастрита у детей, мы сочли патогенетически обоснованным включение в комплекс терапии хеликобактер-ассоциированных ФД и ХГД у детей дошкольного и младшего школьного возраста отечественного препарата ω -3 ПНЖК эпалола. Включение в терапию препарата ω -3 ПНЖК эпалола больным с *Hp*-ассоциированными ФД и ХГД приводило к достаточно значимому клиническому эффекту. Это выразилось в том, что на фоне приема ω -3 ПНЖК уже в первую неделю лечения (на 7-е сутки наблюдения) отмечалась выраженная позитивная динамика наблюдае-

мых показателей: частота патологического прикуса во рту снизилась с 36,4 до 27,3%, отрыжки – с 69,7 до 45,5%, тошноты – с 63,6 до 39,4%, рвоты – с 30,3 до 6,1%. Частота обложенности языка снизилась с 90,9 до 63,6%, симптома Менделя – с 81,8 до 33,3%, а также болезненности в эпигастральной области – с 39,4 до 15,2%. Аналогичная динамика сохранялась и в последующие сроки наблюдения: удельный вес больных основной группы с наличием патологической симптоматики был ниже, чем удельный вес больных с патологической симптоматикой в контрольной группе. Следует отметить, что на 14-е сутки статистически достоверно ($p < 0,05$ в соответствии с точным критерием Фишера) по сравнению с контрольной группой в основной группе определялось снижение частоты выявления симптома Менделя и болезненности в эпигастральной области (26,4 и 9,1%, а также 41,5 и 6,1% соответственно). При индикации *Hp* при помощи уреазного дыхательного ХЕЛИК-теста на 7-е сутки в основной группе в сравнении с контрольной статистически достоверной динамики не наблюдалось ($p < 0,05$), тем не менее в группе, где был добавлен препарат ω -3 ПНЖК, отмечалась тенденция к повышению частоты случаев элиминации *Hp* (94,0 и 92,4% соответственно). Через 4 недели лечения (на 28-е сутки) у 45 детей (из 64 больных) была выполнена контрольная ФЭГДС: через 4 недели лечения в основной группе частота выявляемой гиперемии слизистой оболочки желудка и/или ДПК наблюдалась у 6,1% больных, что достоверно ниже частоты гиперемии в контрольной группе ($p < 0,05$), а эрозии не выявлялись. В контрольной группе у одного больного (3,8%) была выявлена эрозия слизистой оболочки (на стадии репарации) в луковице ДПК. Включение в комплекс лечения *Hp*-ассоциированной патологии ГДЗ у детей дошкольного и младшего школьного возраста препарата ω -3 ПНЖК эпалола в значительной степени нивелирует повреждающее действие *Hp*, результатом чего является более быстрый регресс клинической симптоматики и нормализация состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при повторном эндоскопическом исследовании.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

М.И. САМСОНОВА, Т.Е. БУРЦЕВА, Т.Е. УВАРОВА,
Л.Е. НИКОЛАЕВА, Н.А. ЕГОРОВА

Якутский научный центр СО РАМН, г. Якутск,
Российская Федерация

Нами проведено обследование состояния здоровья 100 подростков в возрасте от 10 до 17 лет, проживающих в селе Сайылык Усть-Янского

улуса, из них девочек – 54, мальчиков – 46. По национальности: саха – 56, эвенков – 44. Анкетированием выявлено, что 29% детей проживают в неполных семьях. Большая часть семей относится к малообеспеченным категориям. Среди 100 анкетированных высшее образование имеют 15 родителей, среднее специальное образование – 38 человек. По данным участкового врача матери здоровы в 38%, отцы – в 66% семей. При этом, курят 58% матерей и 84% отцов. Не употребляют алкоголь 50% матерей и только 18% отцов. При анализе физического развития выявлено, что с повышением стадии полового созревания отмечается дисгармоничность физического развития. У 6 подростков отмечено отставание в росте, у 14 – дефицит массы. Ожирение выявлено у 11 детей. При осмотре специалистов наиболее часто выявлялась патология ЛОР-органов (у 37% осмотренных) и эндокринная патология (эндемический зоб I–II степени, низкорослость, экзогенно-конституциональное

ожирение). Так, у 33% осмотренных обнаружено увеличение щитовидной железы. Гинекологическая патология (нарушения менструального цикла, вульвиты) выявлена у 26% осмотренных девочек. У 5% осмотренных подростков обнаружена патология кардиологом, по 3% – урологом и неврологом. После проведенного врачебного осмотра к первой группе отнесено 18% обследованных подростков, к третьей группе – 17, остальные относились ко второй группе здоровья. Таким образом, проведенное обследование в селе Сайылык Усть-Янского улуса выявило, что дети в большинстве своем проживают в семьях с низким уровнем дохода и образования, 29% – в неполных семьях, среди родителей значительно распространены вредные привычки (курение, алкоголизм). У 31% обследованных обнаружено дисгармоничное физическое развитие, что может быть расценено как вариант скрытого неблагополучия. У 33% обнаружен эндемический зоб, у 37% подростков – патология ЛОР-органов, у каждой четвертой девочки – гинекологические заболевания. Семья определяет условия жизни ребенка, в ней закладывается общее благополучие ребенка, в связи с чем важное значение приобретает система социальной защиты детей и подростков.

РОЛЬ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Н.А. СЕЛИВЕРСТОВА, М.Г. УТЮШЕВА, И.В. РАКОВСКАЯ,
Л.Г. ГОРИНА

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
Российская Федерация

В работе изучалась роль микоплазменной инфекции в течении бронхиальной астмы у детей. В течение 7 лет под наблюдением в клинике

детских болезней ММА им. И.М. Сеченова находилось 420 детей с бронхиальной астмой. 172 ребенка (41,0%) имели легкое течение бронхиальной астмы, 181 (43,0%) – среднетяжелое и 67 (16,0%) – тяжелое течение заболевания. Дети были в возрасте от 1 года до 4 лет (средний возраст – $2,9 \pm 0,7$ года). Диагноз бронхиальной астмы устанавливался на основании анамнестических, клинических данных, результатов рентгенологического исследования легких и аллергологического обследования. Обследование больных на микоплазменную инфекцию проводилось в лаборатории микоплазм и Л-форм ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалея. В сыворотке крови больных определялись *M. pneumoniae*, *M. hominis*, *M. arthritidis*, *M. fermentans*, *Ureaplasma urealyticum*. Для определения антигенов микоплазмы использовалась реакция агрегат-гемагглютинации (РАГА). При обследовании на микоплазменную инфекцию антигены микоплазмы были обнаружены у 84% больных бронхиальной астмой. У 27% больных определялась 1 микоплазма, у 73% – 2 и более микоплазм (2 микоплазмы – у 25% детей, 3 микоплазмы – у 15%, 4 микоплазмы – у 14%, 5 микоплазм – у 3% детей). При сравнении количества выявленных антигенов микоплазм у детей при разной степени тяжести бронхиальной астмы достоверной разницы в показателях выявлено не было: при легком течении бронхиальной астмы этот показатель в среднем составил на одного ребенка 2,27, при среднетяжелом – 2,49, а при тяжелом – 2,27. *M. pneumoniae* была выявлена у 51% больных, *M. hominis* – у 49%, *Mycoplasma arthritidis* – у 21%, *Mycoplasma fermentans* – у 39%, *Ureaplasma urealyticum* – у 36%. Таким образом, детям с бронхиальной астмой показано проведение обследования на микоплазменную инфекцию. При выявлении микоплазменной инфекции рекомендуется проведение курсов лечения макролидами. Добавление в комплекс лечения бронхиальной астмы, ассоциированной с микоплазменной инфекцией, наряду с базисной, бронхолитической терапией, курса лечения микоплазменной инфекции значительно улучшает течение заболевания.

МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Я.В. СЕМКОВИЧ, М.Я. СЕМКОВИЧ, А.Б. ВОЛОСЯНКО

Івано-Франківський національний медичний університет,
Україна

Спільними ознаками більшості захворювань дихальної системи є зміни бронхіального секрету, що призводять до мукостазу, гіперсекреції, зміна фізико-хімічних властивостей секрету (збільшення в'язкості, посилення адгезивності,

зниження вмісту інтерферону, лізоциму, sIg A), що призводять до персистування мікроорганізмів, виникнення вентиляційних порушень і не ефективного кашлю, збільшення тиску в а. pulmonalis, що погіршує перебіг захворювань респіраторного тракту. На сьогодні найбільш ефективним способом застосування лікарських препаратів при бронхолегеневих захворюваннях є інгаляційний, перевагою якого є висока локальна концентрація медикаментів у дихальних шляхах, при мінімізації системної дії. Метою роботи була оцінка ефективності застосування небулайзерної терапії для лікування бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей раннього віку. Об'єктом дослідження стали 55 дітей віком від 3-х місяців до 3-х років, що знаходились на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії з приводу вогнищевої пневмонії, ускладненої БОС та дихальною недостатністю (ДН) II–III ступеня. З них 45 пацієнтам до комплексу лікування було включено небулайзерну терапію Вентоліном, Пульмікортом, Лазолваном віковими дозами, з корекцією парентеральних введень муколітиків. Контрольну групу складала 10 дітей, яким проводилась стандартна базова терапія даного захворювання. Дітям, які знаходились на штучній вентиляції легень (ШВЛ), для запобігання транзиторній гіпоксемії небулайзер приєднували за допомогою конектора до контура респіратора. В ході дослідження встановлено, що застосування небулайзерної терапії сприяє клінічно підтверженому регресу симптомів ДН, що корелює з частотою проведених інгаляцій та санацією верхніх дихальних шляхів. Позитивний місцевий терапевтичний ефект у дітей, котрі знаходились на ШВЛ, було підтверджено діагностичною бронхоскопією (зменшення набряку та гіперкринії) вже на 2-й день порівняно з контрольною групою, де вказані ознаки зберігались до 4–6-го дня. Таким чином, позитивними моментами небулайзерної терапії є малоінвазивність методу, безпосередній вплив лікарських засобів на патогенетичні ланки даного захворювання, відсутність системного впливу інгаляційних глюкокортикоїдів (ГКС), зменшення потреби у використанні системних ГКС, що дозволяє використовувати її як пріоритетну для лікування БОС у дітей раннього віку.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

А.С. СЕНАТОРОВА, Е.А. РИГА, А.Д. БОЙЧЕНКО,
Н.В. МЕРКУЛОВ*, Н.Н. ФЕДОРЕНКО*, А.В. СЕНАТОРОВА

Харьковский национальный медицинский университет.

*Областная клиническая больница, г. Харьков, Украина

Целью работы было совершенствование диагностики функции почек у недоношенных новорожденных детей в раннем неонатальном пери-

оде. Проводились клиническая оценка с использованием шкалы острой физиологии новорожденных TOPS, исследование суточного диуреза, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), биохимическое исследование крови, исследование почечного кровотока проводилось на аппарате (LOGIQ Book XR, Германия). Обследовано 20 недоношенных новорожденных с гестационным возрастом $31,15 \pm 2,29$ недели и массой при рождении $1579,33 \pm 464,71$ г. Особенности акушерского анамнеза: угроза преждевременных родов (45%), многоплодная беременность (45%), отслойка плаценты (30%), микст-инфицирование (15%), преэклампсия (30%), роды путем операции кесарева сечения (15%). Оценка по Апгар – $4,9 \pm 1,6$ балла. Среднее артериальное давление (диастолическое АД + пульсовое АД/3) было от 30 до 50 мм рт. ст. При оценке по шкале TOPS 60% детей имели продолжительность симптома «белого пятна» более 3 секунд. Натрий сыворотки – $130,6 \pm 3,86$ ммоль/л, калий сыворотки – $5,42 \pm 0,095$ ммоль/л, мочевины крови – $3,64 \pm 0,26$ ммоль/л, общий белок – $51,76 \pm 2,86$ г/л, СКФ составила $23,44 \pm 3,78$ мл/мин/1,73м². Скоростные показатели почечного кровотока у 90% обследуемых пациентов были снижены. У двух детей на фоне ИВЛ индекс резистентности (IR) равнялся 0,99 и 1,02, с регистрацией феномена «диастолического обкрадывания». У 35% больных отмечалось снижение индекса резистентности до $0,35 \pm 0,059$. Таким образом, у недоношенных детей имеется склонность к гипонатриемии; у 90% недоношенных детей отмечается снижение скоростных показателей почечного кровотока, повышение IR является маркером развития почечной недостаточности; продолжительность симптома «белого пятна» более 3 с, снижение среднего артериального давления и уровня общего белка в сыворотке крови в совокупности с показателями почечного кровотока отражают нарушение функции почек у недоношенных детей.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

А.С. СЕНАТОРОВА, М.А. ГОНЧАРЬ, А.Д. БОЙЧЕНКО,
А.И. СТРАШОК

Национальный медицинский университет.

Областной детский кардиологический центр, г. Харьков,
Украина

Целью исследования было изучение состояния здоровья детей с врожденными пороками сердца (ВПС) в отдаленном катамнезе после оперативного лечения. Проводились такие методы исследования, как ЭКГ, ДЭХОКГ, определение уровня тропонина I и мозгового натрийурети-

ческого пептида (pre-BNP), оценка качества жизни. Изучено состояние здоровья 206 детей (110 мальчиков и 96 девочек) в возрасте от 3 мес до 17 лет в сроки от 3 мес до 16 лет после кардиохирургической коррекции ВПС. Улучшение состояния и самочувствия детей после хирургического лечения пороков сердца не всегда коррелировало с нормализацией морфофункционального состояния сердечно-сосудистой системы. 44,2% обследованных предъявляли разнообразные жалобы. Задержка физического развития выявлена у 28,1%. Недостаточность кровообращения (НК) обнаружена у 67 (32,5%): I ст. – у 47 (22,7%), II ст. – у 17 (8,3%) и III ст. – у 3 (1,5%). Хронические очаги инфекции выявлены у 41 (19,9%) ребенка (тонзиллит, системный кариес, пиелонефрит). Нарушения сердечного ритма и проводимости были у 61,6% (номотопные нарушения ритма – у 70 (33,9%), гетеротопные – у 12 (5,8%), блокады ПНПГ – у 33 (16,1%), пароксизмальная тахикардия – у 3 (1,5%), синдром Фредерика – у 1 (0,48%), СССУ – у 2 (0,96%), АВ-блокада – у 5 (2,42%), экстрасистолия – у 4 (1,94%), мерцательная аритмия – у 2 (1,0%), синдром удлиненного Q-T – у 50 (24,3%) детей). У 16 детей с исходно высокой легочной гипертензией систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) составило $68 \pm 9,2$ мм рт. ст., через 6 мес после коррекции – $36,3 \pm 9,3$ мм рт. ст., через 12 мес нормализовалось у 13 (81,2%), сохранялось умеренно повышенным у 3 (18,8%) детей. При исследовании уровня TnI у 56 пациентов выявлено его повышение до $2,83 \pm 0,93$ нг/мл у 13 (23,2%). Средний уровень pre-BNP составил $0,67 \pm 0,046$ пмоль/мл. Изменения качества жизни у прооперированных детей школьного возраста определялись по шкале SF-36 в виде снижения физического функционирования (39,1%), ограничения ролевой деятельности (32,8%), снижения жизненной активности (54,2%). Таким образом, прооперированные по поводу ВПС пациенты нуждаются в длительном наблюдении и индивидуальной реабилитации с целью нормализации состояния их сердечно-сосудистой системы и качества жизни.

МАРКЕРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.С. СЕНАТОРОВА, И.Ю. КОНДРАТОВА, О.Л. ЛОГВИНОВА,
С.С. УЛЬКО

Национальный медицинский университет, г. Харьков,
Украина

Обследовано 55 детей первого года жизни, больных острой пневмонией, из них 40 детей с острой осложненной пневмонией (I группа) и 15 детей с острой неосложненной пневмонией (II группа), 12 «условно здоровых» детей первого

года жизни. Оценивали состояние клеточного энергетического обмена по цитохимической активности митохондриальных ферментов лимфоцитов, уровню молочной и пировиноградной кислот, общего карнитина в сыворотке крови. У всех больных I группы при поступлении в стационар ведущим синдромом, определяющим тяжесть состояния, являлась дыхательная недостаточность. У 24 (60,0%) детей на основании клинико-рентгенологических данных диагностирован двусторонний процесс в легких, у 40% – односторонний. Все больные I группы в качестве сопутствующей патологии имели перинатальное поражение ЦНС, 8 (20,0%) детей – в сочетании с бронхолегочной дисплазией, 20,0% – с гипотрофией. Патологическое течение беременности имело место у матерей всех детей, патологическое течение родов – у 16 (40,0%). Развитие двусторонней осложненной пневмонии сопровождается выраженным лактатацидозом на фоне гипоксемии, нарушением биоэнергетических процессов на уровне клетки в виде снижения активности сукцинатдегидрогеназы, α -глицерофосфатдегидрогеназы, глутаматдегидрогеназы, лактатдегидрогеназы в первые сутки после поступления и компенсаторным увеличением α -глицерофосфатдегидрогеназы на 3–5-е сутки терапии. Развитие односторонней пневмонии с обструктивным синдромом и дыхательной недостаточностью вентиляционного типа сопровождается умеренным снижением активности митохондриальных ферментов и повышением активности лактатдегидрогеназы. Наиболее высокие показатели лактатдегидрогеназы характерны для волнообразного и резистентного к терапии обструктивного синдрома. Периоду выздоровления свойственна диссоциация показателей активности клеточных дегидрогеназ во всех группах. При всех формах пневмоний отмечается недостаточная обеспеченность карнитином, зависящая от степени поражения легочной паренхимы, тяжести заболевания и наличия осложнений, объема парентерального питания. Таким образом, при осложненных пневмониях у детей первого года жизни отмечаются нарушения клеточного энергетического обмена, степень выраженности которых зависит от неблагоприятного перинатального анамнеза, длительности заболевания, наличия осложнений и распространенности воспалительного процесса в легких.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РОЖДАЕМОСТИ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЗА ПЕРИОД 2000–2007 ГГ. В Г. МОСКВЕ

И.А. СЕРГЕЕВА

Российский государственный медицинский университет,
г. Москва

Демографический кризис в России на рубеже XX–XI вв. характеризуется устойчивой депопуляцией в результате низкой рождаемости при высоком уровне смертности населения. Переход родовспомогательных учреждений нашей страны на новые критерии живорождения привел к увеличению показателя рождаемости и выживаемости недоношенных детей с очень низкой (от 1000 г до 1500 г) и экстремально низкой (от 500 до 999 г) массой тела. Целью исследования были анализ и оценка динамики рождаемости глубоконедоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела в г. Москве за период 2000–2007 гг., а также обоснование необходимости разработки усиленных мер профилактики заболеваемости и инвалидности с детства глубоконедоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ. С 2000 по 2007 гг. проводился мониторинг новорожденных детей родовспомогательных учреждений государственных форм собственности г. Москвы. В г. Москве за период с 2000 по 2007 гг. родилось живыми с экстремально низкой массой тела (масса тела при рождении до 1000 г) – 558 глубоко недоношенных новорожденных, умершие в первые 168 ч – 51 ребенок; с очень низкой массой тела (масса тела при рождении до 1500 г) – 2600 глубоконедоношенных новорожденных, умершие в первые 168 ч – 578 детей. Таким образом, за период 2000–2007 гг. отмечается увеличение рождаемости глубоконедоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела в г. Москве, которая связана с интенсивным развитием высокотехнологичной помощи в перинатальной медицине и является обоснованием для разработки усиленных мер профилактики заболеваемости и инвалидности с детства данной категории детей.

ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Д.П. СЕРГЕТА

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, Україна

Здоров'я дітей характеризується не лише наявністю або відсутністю захворювань, але й гармонійним розвитком організму, що відповідає

вікові, адекватним рівнем розвитку основних життєво-важливих функцій, гармонійним фізичним розвитком тощо. Фізичний розвиток є одним із об'єктивних показників стану здоров'я новонароджених немовлят, що залежить як від індивідуальних особливостей, так і від особливостей впливу соціальних та екологічних чинників. Диспропорція у фізичному розвитку має пряме відношення до захворюваності. Затримка внутрішньоутробного розвитку плода чітко пов'язана з високою перинатальною захворюваністю і смертністю, ураженнями центральної нервової системи, а також труднощами в лікуванні. Протягом першого року життя діти із відхиленнями з боку основних показників фізичного розвитку суттєво відстають у психомоторному розвитку та мають значно вищий інфекційний індекс порівняно із здоровими дітьми. Так, зокрема, рівень захворюваності на пневмонію серед новонароджених з розладами трофіки є вищим в 2–3 рази, захворюваність на рахіт реєструється серед них в 1,8 разу частіше. Отже, визначення прогностичних критеріїв оцінки особливостей формування показників стану здоров'я та фізичного розвитку сприяє адекватному вирішенню численних діагностичних і терапевтичних проблем хворої дитини, вже починаючи з періоду новонародженості. В ході проведених досліджень визначено закономірності формування критеріальних показників фізичного і нервово-психічного розвитку новонароджених, які народились у Вінницькій області, встановлено регіональні нормативні показники фізичного розвитку доношених і недоношених новонароджених дітей, а також на підставі застосування регресійного, кластерного і факторного аналізу розроблено статистичні моделі прогностичної оцінки основних тенденцій розвитку критеріальних показників фізичного і нервово-психічного розвитку організму новонароджених дітей, які ураховують особливості взаємозв'язку умов проживання, показники стану здоров'я і особливостей особистості їх матерів та характеристики морфофункціонального стану дитячого організму, виявлено провідні чинники ризику щодо формування негативних тенденцій розвитку організму новонароджених в онтогенезі тощо.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ З ПОЗИЦІЙ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

І.В. СЕРГЕТА, О.Ю. БРАТКОВА, О.Є. АЛЕКСАНДРОВА,
Б.Р. БОРОВСЬКИЙ

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, Україна

В роботі науково обґрунтовано підходи до здійснення комплексної оцінки стану здоров'я дітей і підлітків в сучасних умовах, розроблено

адекватні вимогам сьогодення профілактичні здоров'язберігаючі технології, що зумовлюють поліпшення функціонального стану організму та підвищення рівня соціальної і навчальної дієздатності школярів. Виявлено, що проблеми адекватної оцінки стану здоров'я організму, котрий росте, мають міждисциплінарний характер і, отже, передбачають визначення показників як суто педіатричного змісту, так і таких, що пов'язані з виявленням особливостей психічної, психофізіологічної та соціально-психологічної адаптації індивідуума до звичних та незвичних умов перебування. У зв'язку з цим системний підхід до розв'язання означеної проблеми вимагає урахування таких положень проблемного змісту, як проблеми категорійно-понятійного змісту (визначення здоров'я як медичної категорії), якісної (урахування не лише показників захворюваності, але й даних щодо рівня фізичного розвитку, фізичної працездатності, індивідуальних особливостей реагування організму у відповідь на вплив чинників довкілля і соціальних умов життя, віддалених результатів соціальної та професійної адаптації учнів, а також даних суб'єктивного скринінг-дослідження наявності ознак неблагополуччя) та кількісної (застосування адаптаційного, адаптаційно-енергетичного і психофізіологічного підходів) оцінки стану здоров'я, нормування провідних показників стану здоров'я (урахування характеристик функціонального стану організму дітей і підлітків в умовах дії різних за ступенем інтенсивності впливів, на різних етапах формування хвороби тощо), визначення та оцінки змін у стані здоров'я, які відбуваються на сучасному етапі (урахування основних закономірностей поширення хвороб в дитячій і підліткових популяціях та їх структурних особливостей), прогнозування (застосування комплексного підходу до прогностичної оцінки стану здоров'я дітей і підлітків, що урахує як показники функціональних можливостей і адаптаційних ресурсів організму, так і особливості середовища постійного перебування індивідуума та зумовлює вибір найбільш доцільних засобів прогнозування, багатофакторну статистичну обробку даних і надійну практичну інтерпретацію отриманих результатів) та формування (використання комплексної системи оптимізації навчальної та позанавчальної діяльності, інших профілактичних здоров'язберігаючих технологій тощо) здоров'я.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЫБОРА ПРОФИЛЯ ОБУЧЕНИЯ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ

А.Ю. СЕРДЮКОВ, Ю.В. ЧЕРНЕНКОВ

ГОУВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»,
Российская Федерация

В связи с модернизацией образования, введением профильного обучения неготовность подростков к самоопределению является одним из факторов риска развития психосоматической патологии. Целью исследования было изучение готовности старшеклассников к выбору профиля обучения. Обследовано 145 учащихся 10 классов из учебных заведений с различной формой обучения: 72 подростка обучались в лицее, 73 – в средней школе. Все учащиеся по профилю обучения (ПО) были распределены на 3 группы: 71 подросток обучался в классах социально-гуманитарного профиля (СГК), 37 – в универсальных классах (УК), 37 – в классах физико-математического профиля (ФМК). Самостоятельно выбрали ПО 78,5%, по совету родителей – 17,2%, по совету друзей – 4,3% подростков. Совет родителей при выборе ПО был решающим для трети лицеистов. Среди учащихся УК не было ни одного случая выбора ПО согласно совету родителей. Ни в одном случае выбор профиля обучения не зависел от состояния здоровья школьников. К концу учебного года 16,3% подростков хотели бы изменить ПО, большинство их обучалось в УК (67,2%). В этой группе были подростки, выбравшие ПО по совету друзей, или самостоятельно. В 11 классе почти в одной трети случаев выбранный профиль обучения не соответствовал будущей профессии. Это привело к значительной перегрузке во внеучебное время, так как, кроме выполнения домашних заданий, эти учащиеся тратили на подготовку к ЕГЭ и поступлению в ВУЗы дополнительно до 18 часов в неделю. Это привело к повышению уровня школьной (ШТ) и общей тревожности (ОТ) по шкале Спилбергера (ОТ $19,2 \pm 2,1$, ШТ $23,6 \pm 1,8$), снижению вегетативной устойчивости ($4,9 \pm 0,6$) и социальной адаптированности ($5,6 \pm 1,2$). Полученные данные свидетельствуют о неготовности учащихся к самостоятельному выбору профессии. Это приводит к повышению психоэмоционального напряжения и может служить основой развития психосоматических заболеваний. Поэтому необходим мониторинг состояния здоровья старшеклассников во время перехода к профильному обучению, активное участие во время профессиональной ориентации школьников.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МАЛИМИ СЕРЦЕВИМИ АНОМАЛІЯМИ

О.Б. СИНОВЕРСЬКА, Л.Я. ІВАНИШИН, І.В. ШЛІМКЕВИЧ,
О.О. ЦИЦЮРА

Івано-Франківський національний медичний університет,
Україна

При синдромі дисплазії сполучної тканини, локальним проявом якого є малі серцеві аномалії (МАРС), має місце наявність єдиного дефекту на рівні будови біологічних мембран, що реалізується в особливостях морфології, метаболізму, а також реагуванні центральних та периферичних нервових рецепторів, що значною мірою детермінує клінічний перебіг нозології та діапазон адаптації серцево-судинної системи. Метою роботи було вивчення клінічних особливостей перебігу вегетативного та психопатичного синдромів у дітей із МАРС залежно від морфологічного варіанту. Об'єктом дослідження стали 69 дітей віком 12–18 років із МАРС, в тому числі 38 – із пролапсом мітрального клапана (ПМК) та 31 – із аномально розміщеними хордами лівого шлуночка (АРХ). Комплексне обстеження дітей включало клінічні, функціональні та лабораторні методи дослідження. Оцінку вихідного тону вегетативної нервової системи проводили за опитником А.М. Вейна, шляхом розрахунку індексів внутрішньо- та міжсистемних співвідношень (Жердо і Хільдебрандта) та шляхом аналізу варіабельності серцевого ритму (ВСР). Визначення психологічного стану дітей проводили за методикою САН (самопочуття, активність, настрій). Оцінку рівня реактивної та особистісної тривожності проводили за шкалою самооцінки Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна. Встановлено, що клінічний синдромокомплекс, притаманний пацієнтам із МАРС, включає в себе вегетативний та психопатичний синдроми. Типовим є переважання тону симпатичної ланки вегетативної нервової системи, відносна збалансованість міжсистемних взаємодій, зниження загальної ВСР та зменшення частки високочастотної компоненти серцевого ритму. Особливості психологічного статусу таких пацієнтів характеризуються негативним спрямуванням змін щодо самопочуття, активності та настрою, високим рівнем особистісної та реактивної тривожності. Таким чином, у дітей із МАРС виділено психовегетативний синдром, за якого емоційні порушення не залежать від клінічних проявів захворювання, а вегетативні зрушення значно виражені. Такі результати дозволяють передбачити два варіанти етіопатогенетичного механізму розвитку та прогресування клінічної симптоматики у дітей із МАРС: психосоматичний та соматопсихічний. В процесі адаптації до захворювання та за умов адекватного психокоригуючого впливу може відбуватися вироблення механізмів психологічного захисту і компенсації з переносом

акценту способу реагування з психічного на соматичний рівень.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ РАЗВИТИЯ, РОДИВШИХСЯ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ И ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.В. СИТАЕВА, И.И. ЛОГВИНОВА, И.Н. ПОПОВА

ГОУВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Росздрава. ГУЗ «Воронежская областная детская клиническая больница № 1»,
Российская Федерация

В последние годы имеет место рост частоты как задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода, так и частоты многоплодной беременности, поэтому выявление особенностей развития детей с ЗВУР от многоплодной беременности является весьма актуальной задачей. Цель исследования: провести сравнительную характеристику антропометрических данных и особенностей течения раннего неонатального периода у новорожденных с ЗВУР, рожденных от многоплодной и одноплодной беременности. Проведен анализ историй развития 1306 новорожденных. ЗВУР выявлено у 134 ребенка. Из 380 новорожденных, родившихся от многоплодной беременности, ЗВУР имели 90 (23,7%) детей (1-я группа), а из 926 синглетонов – 44 (4,8%) ребенка (2-я группа). Проведен анализ способа родоразрешения, антропометрических данных, заболеваемости и потребности в госпитализации. Доля детей, родившихся путем кесарева сечения, была значимо выше в 1-й группе детей – 52,2% против 25,0% во 2-й группе ($p=0,005$). Большинство детей 2-й группы были рождены доношенными – 63,6%, в то время как в 1-й группе – 37,0% ($p<0,05$). В 1-й группе новорожденных было значимо больше детей с выраженным (менее 3 центиля) дефицитом массы – 54,4% против 22,7% во 2-й группе ($p<0,001$). Дети 1-й группы имели меньшую массу тела, различия в массе нарастали по мере увеличения срока гестации и достигли статистической значимости к 38 неделе беременности ($p<0,0001$). У доношенных детей в 1-й группе чаще, чем во 2-й группе, встречалась церебральная ишемия, у недоношенных – ВЖК. СДР регистрировался одинаково часто у недоношенных детей обеих групп. Половина детей с СДР при многоплодной беременности требовали проведения ИВЛ. Дети от многоплодной беременности чаще нуждались в переводе в отделение интенсивной терапии ($p<0,05$) с проведением ИВЛ. Таким образом, дети со ЗВУР, особенно рожденные от многоплодной беременности, в сравнении с детьми от одноплодной беременности имеют меньшую массу тела, у них чаще развивается СДР, требующий перевода в ОРИТ и проведения ИВЛ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕПАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

А.И. СМЯН, Т.П. БЫНДА, П.И. СИЧЕНКО, О.К. РОМАНЮК,
В.А. ГОРБАСЬ

Сумский государственный университет, Украина

В настоящее время значительная роль в развитии воспаления придается простагландинам и лейкотриенам, метаболитам циклооксигеназного и липооксигеназного пути превращения полиненасыщенных жирных кислот, главным образом арахидоната. Они способны усиливать воспаление, вызывать сосудорасширяющий эффект, активировать хемотаксис фагоцитов, изменять уровень цАМФ в иммунокомпетентных клетках и продукцию ими цитокинов. В течение последних 10–15 лет из числа новых препаратов важное место отводится фенспириду гидрохлориду – препарату с оригинальным механизмом действия. Он оказывает влияние на метаболизм арахидоновой кислоты, ингибирует синтез и секрецию цитокинов, играющих ключевую роль в клеточной фазе воспаления, проявляет антагонизм в отношении гистамина путем блокады H_1 -гистаминовых рецепторов, то есть оказывает влияние на запуск, регуляцию и патогенетические проявления воспаления. В ходе наблюдения за 32 детьми с пневмонией, получавшими фенспирид гидрохлорид, было отмечено положительное влияние препарата на клиническое течение заболевания. У них на 2,1 дня раньше наступала нормализация температуры тела, на 3,5 дня быстрее исчезали признаки дыхательной недостаточности, на 1,6 дня быстрее уменьшался кашель, на 3,4 дня раньше ($p < 0,05$) исчезали физикальные изменения в легких пневмонического характера, на 2,8 дня быстрее нормализовались показатели периферической крови ($p < 0,05$). Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре сократилась на 3,2 дня ($p < 0,05$). Общий объем используемых медикаментозных средств у детей с пневмонией, получавших фенспирид гидрохлорид, был значительно меньше. Этим детям не было необходимости назначать бронхолитические, антигистаминные, муколитические и отхаркивающие препараты. При назначении препарата побочного действия не наблюдалось. Таким образом, фенспирид гидрохлорид является эффективным и безопасным противовоспалительным средством, способным существенно облегчить течение пневмонии у детей и избежать полипрагмазии.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НОВОНАРОДЖЕНИМ З ПРОЯВАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ПАТОЛОГІЇ

І.С. СМЯН, Г.А. ПАВЛИШИН, В.В. СТЕЦЕНКО,
Н.Є. САРАХМАН, Л.В. РЕШЕТУХА

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського.

Обласна дитяча комунальна клінічна лікарня, м. Тернопіль,
Україна

У патогенезі інфекційної патології ключовим моментом є активація каскаду цитокинових реакцій та системи пероксидації, що зумовлюють дезинтеграцію ферментних та неферментних біотрансформаційних систем, дестабілізацію клітинних мембран, спричинюючи цитолітичний ефект з порушенням клітинного енергообміну. Метою роботи було обґрунтувати доцільність застосування метаболічної терапії в комплексному лікуванні новонароджених з перинатальними інфекціями. Під спостереженням знаходилось 42 немовлят з проявами інфекційної патології та 25 здорових. Синдром інтенсифікації мембранно-деструктивних змін вивчено за показниками внутрішньо- та позаклітинних факторів захисту (ферментів – СОД, каталази, церулоплазміну, SH-груп) та рівнем МДА. У новонароджених основної групи виявлено складний дисбаланс систем пероксидації-антиоксидації, зумовлений як дією інфекційних агентів, гіпоксією, так і гіперпродукцією прозапальних цитокинів, медіаторів запалення з розвитком системної запальної реакції, що проявляється високими показниками МДА, перевищуючи більш ніж удвічі нормативи здорових немовлят, та відповідним підвищенням активності ферментів антиоксидантного захисту (каталази, церулоплазміну), зниженням активності СОД більш ніж на 30% ($p < 0,001$) щодо показників контрольної групи. Такий дисбаланс розцінюється як порушення мембранного гомеостазу, призводить до дестабілізації процесів окислювального фосфорилування та порушень функціонування клітинних мембран. Пролонгована дія пероксидації на мембрани клітин зумовлює їх структурно-функціональну дезорганізацію, призводить до пошкодження на клітинному, органному й системному рівнях, сприяє розвитку та тяжкості патологічного процесу. Отримані дані є свідченням необхідності включення до терапії такої категорії новонароджених метаболічних (енерготропних) препаратів, які здатні коригувати порушення клітинного енергообміну, володіють мембраностабілізуючими властивостями.

СОДЕРЖАНИЕ МОЛИБДЕНА И КРЕМНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Н.А. СОКОЛОВА, М.И. САВИНА, Г.Л. КАРЯН, Ю.Г. МУХИНА,
Р.Т. ТОГУЗОВ

ГОУВПО «Российский государственный медицинский
университет Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию», г. Москва,
Российская Федерация

В исследование было включено 127 детей от 6 до 15 лет, которые в зависимости от возраста и антропометрических данных были разделены на 6 групп: дети с ожирением второй степени ($n=18$, средний возраст $k=13,0\pm 1,4$ года), дети с ожирением первой степени ($n=22$, $k=13,4\pm 1,1$), дети с избыточной массой тела ($n=22$, $k=12,5\pm 1,4$), дети с нормальной массой тела ($n=25$, $k=13,2\pm 1,3$), дети с избыточной массой тела ($n=20$, $k=9,0\pm 1,2$), дети с нормальной массой тела ($n=20$, $k=7,7\pm 1,5$). Забор крови для исследования проводили до начала лечения. Мы использовали метод масс-спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой для определения концентрации 21 биоэлемента в плазме крови. Для выявления компонентов метаболического синдрома проводили ряд специальных исследований. Показатели липидного обмена детей в возрастном диапазоне от 11 до 15 лет повышаются по мере увеличения массы тела, особенно значимо изменяется концентрация триглицеридов. Более выражено показатели липидного обмена отличаются у детей в возрасте от 6 до 10 лет с избыточным весом по сравнению с детьми, имеющими нормальный вес. В опытах на животных было выявлено патологическое действие повышенной концентрации молибдена на липидный обмен. В нашем исследовании концентрация молибдена в плазме крови у детей в среднем повышена в 4,3 раза по сравнению с верхней границей нормы. Кремний играет важную роль в метаболизме соединительной ткани, а также влияет на липидный обмен, препятствуя развитию атеросклероза. У всех детей обнаружено, что уровень кремния несколько ниже оптимального, особенно ярко это проявилось в группе детей 6–10 лет с избыточным весом, у них концентрация кремния снижена в 1,4 раза и зарегистрирована статистически достоверная разница по сравнению с детьми, имеющими нормальную массу тела. Высокий уровень молибдена и сниженная концентрация кремния в плазме крови могут способствовать развитию у детей с избыточной массой тела нарушений липидного обмена или усугублять имеющиеся.

СОДЕРЖАНИЕ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ ЖЕНЩИН В ДИНАМИКЕ ЛАКТАЦИИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

С.С. СТАНКЕВИЧ¹, Е.И. КОНДРАТЬЕВА¹, Н.А. БАРАБАШ¹,
Н.В. ПРОТАСОВА¹, Н.В. БАРАНОВСКАЯ²

¹ГУ «Сибирский государственный медицинский университет,
²ГУ «Томский политехнический университет»,
Российская Федерация

Цель исследования: определить эссенциальные элементы грудного молока женщин в динамике лактации, проживающих в промышленном городе. Наблюдалось 30 женщин, проживающих в Советском районе г. Томска, где отмечено увеличение содержания As (мышьяка) в почве в 2 раза, Zn (цинка) в почве в 12 раз, Hg (ртути) в воздухе в 4 раза. Материалом для исследования служило грудное молоко женщин, которое забиралось в срок 1, 3, 6 месяцев после родов в количестве 50 мл. Для определения содержания 7 элементов (Na, Ca, Cr, Fe, Co, Zn, Se) использовали метод инструментального нейтронно-активационного анализа с облучением тепловыми нейтронами. Содержание элементов Na, Co и Zn в молоке в динамике лактации достоверно не изменялось. Уровень Na находился в пределах нормы, предложенной МАГАТЭ, но значительно отличался от норм, предложенных А.В. Скальным ($p<0,001$). Содержание Co выше норм, предложенных МАГАТЭ ($p<0,001$) и на верхней границе нормы предложенной А.В. Скальным. Концентрация Zn превышала нормы МАГАТЭ ($p<0,001$). Содержание Ca в грудном молоке находилось на первом месяце лактации в пределах норм, но снижалось к 3-му месяцу лактации (149,7 мг/л), а затем его концентрация увеличивалась к 6-му месяцу лактации (516,2 мг/л, $p<0,001$). По-видимому, снижение Ca к 3-му месяцу лактации связано с истощением запасов его в организме женщины, а повышение к 6-му месяцу – с компенсаторными механизмами метаболизма в организме женщины, отвечающими на повышенную потребность ребёнка. Содержание Cr, Fe превышало нормы как по МАГАТЭ, так и по А.В. Скальному ($p<0,001$), к 3-му месяцу лактации уровень Cr снижался по сравнению с началом лактации. Концентрация Fe увеличивалась к 6-му месяцу лактации по сравнению с 1-м и 3-им месяцами. Se в грудном молоке находился в пределах норм в течение всех 6-ти месяцев лактации. Таким образом, в молоке определяется повышенное содержание Co, Ca, Fe, Cr, соответствующее нормативам содержание Se, Zn и недостаток Na. Выявлено, что значимые в физиологических процессах элементы Na, Co, Zn не меняли свою концентрацию за 6 месяцев лактации.

РОЛЬ ЖИРНИХ КИСЛОТ В ОЦІНЦІ СТАНУ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

I.B. СТОРОЖУК, M.O. ШАЛАМАЙ, С.Г. ПОЛІНКЕВИЧ,
I.I. АНДРІКЕВИЧ

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, Україна

Ранній неонатальний період супроводжується значним навантаженням метаболічних процесів в організмі новонародженої дитини. Особливої уваги заслуговує вивчення основних біохімічних процесів адаптації у недоношених новонароджених дітей. Метою дослідження було вивчення особливостей жирнокислотного складу крові, циклічних нуклеотидів та їх ролі в антиоксидантній системі (АОС) у недоношених новонароджених дітей. Поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК) є основою для утворення перекисів ліпідів. Активне їх споживання у недоношених новонароджених зумовлює розвиток дизадапційного синдрому, порушення росту та розвитку дитини. Обстежено 72 недоношених новонароджених дітей, яких було розподілено на групи з урахуванням гестаційного віку та маси тіла при народженні. Дослідження жирнокислотного складу плазми та еритроцитів показало досить характерні зміни у дітей різного гестаційного віку – чим глибший ступінь недоношеності, тим більшою мірою виражений дефіцит ПНЖК, порівняно з доношеними дітьми ($59,96 \pm 4,8$ та $39,72 \pm 3,2$ відповідно, $p < 0,05$). Нами було виявлено, що дефіцит ПНЖК у недоношених дітей значною мірою зумовлений арахідоною ($5,42 \pm 1,15$ проти $13,05 \pm 2,05$ у доношених дітей) та ліпосевою ($15,87 \pm 2,12$ проти $35,87 \pm 4,52$ у доношених дітей, $p < 0,05$) кислотами. Це суттєвим чином впливає на обмін простагландинів, оскільки полієнові кислоти є безпосередніми попередниками їх біосинтезу. Зниження рівня полієнових кислот вказує на дисбаланс в системі антиоксидантного захисту та перекисного окислення ліпідів, що позначається на змінах перебігу адапційного періоду дітей, народжених передчасно. Ці процеси, що супроводжуються значною інтенсифікацією пероксидації ліпідів вище критичного рівня, зумовлюють підвищення проникності біологічних мембран клітин всього організму дитини. Зниження концентрації ПНЖК у недоношених дітей відображає незрілість та виснаження функціональних резервів антиоксидантної системи та є фактором, що пошкоджує структурно-функціональну цілісність біологічних мембран клітин. Дезінтеграція основних компонентів АОС, в поєднанні зі зміною ліпідного спектру крові, несприятливо позначається на функції рецепторного апарата клітини. Відбувається дискоординація в системі циклічних нуклеотидів, що призводить до порушення важливих клітинних процесів.

THE EVALUATION OF CLINICAL EFFECTIVENESS OF HYPO-ALLERGIC FORMULA IN JOUNG CHILDREN AGE DISEASED BY ATOPIC DERMATITIS

M.O. SURVILADZE, L.K. SAGINADZE, L.D. DJORJOLIANI,
T.V. ZEREKIDZE, T.T. ARAKHAMIA

The Departments of Children's Nutrition and Hygiene, Allergy,
Hematology and Immunology of Scientific Research Institute of
Pediatrics. Tbilisi

The atopic dermatitis caused by nutrition allergy is noticed in most of children till one year and from the etiological spectrum a nutritious sensitization frequently is caused by cow's milk protein. The aim of previous research has been an evaluation of clinical effectiveness of specialized, hydrolyzed cow's milk albumin in children of early age diseased by atopic dermatitis. There were under observation twenty children diseased by atopic dermatitis, those age group was from 30 day up to one year. The inclusion criterias were age, artificial feeding and existence of atopic dermatitis. The excluding criterias were: an individual intolerance of formula and a mother's refusal. In first month of life, because of mother's hypo- and agalactia, 35% of new-born children have been moved on an early artificial feeding, but the rest 65% were moved on artificial feeding as a result of an early giving of weaning food because of mother's lack of information. The basis of diagnostics of examined contingents was a diagnostic algorithm of atopic dermatitis, which has been developed by Hanifin and Rajka (1980), according to which there should be noticed in any case from three and more, additional and necessary criteria. A heaviness of atopic dermatitis is evaluated by means of standard criteria according to universally recognized SCORAD system.

Among children under observation 16 one have created one group – a group of mild form of atopic dermatitis, in which SCORAD index amounted to 35,5–65,5 score, but 14 one is a second group with moderate form in which SCORAD index is 65,5–78,5 score. In 52% of observed children has been diagnosed, IgE-dependend allergy, in 20% – an increase of specific IgG4 antibodies' level towards cow's milk albumin, but in 28% a mixed variant. Hence it follows, that for the purpose of diet-therapy, the children diseased by atopic dermatitis, in accordance of clinical protocol, have been taking specialized hypo-allergic formulas Humana HA 1 and Humana HA 2, which is made on basis of hydrolyzed cow's milk protein. The medicinal effectiveness of formula has been evaluated according to SCORAD index. In children, diseased by atopic dermatitis, who have been taking a hypo-allergic formula made on the bases of hydrolyzed albumin, are noted a good indicator of body's weight and surplus of length, which points in favour of good endurance of formula.

In 82% of diseased, who have been under observation, after 1–3 weeks from the beginning of

diet-therapy, is noted a clinical improvements – decrease of skin’s inflammatory process has been proved according to subjective (itch and insomnia /sleep disorder/) and objective (erythema, dryness, humidity, excoriation) showings, which are fairly shown under SCORAD index. The results of research show, that in both groups have been noted a decrease of subjective showings in particular of itch and sleep disorder.

Diagram 1

A dynamics of subjective showings against the background of specialized, hydrolyzed mixture of albumin of cow’s milk in children diseased by atopic dermatitis (M±m)

Groups	Dynamics of subjective showings					
	Itch (scale)			Sleep disorder (scale)		
	till diettherapy	after diettherapy	P	till diettherapy	after diettherapy	P
I mild form	6,34 ±0,05	4,48 ±0,03	<0,05	7,14 ±1,08	5,25 ±0,09	<0,05
II moderate form	6,47 ±0,06	5,15 ±0,03	<0,05	7,18 ±0,67	5,05 ±0,07	<0,05

A dynamics of objective showings are represented in diagram 2.

Diagram 2

A dynamics of objective showings against the background of diet- therapy in children diseased by atypical dermatitis (M±m)

groups	erythema		swelling		humidity		dryness	
	1 st	2 nd	1 st	2 nd	1 st	2 nd	1 st	2 nd
I mild	2,46	1,36	2,46	2,12	2,78	1,19	2,58	2,34
II moderate	2,47	1,98	2,48	2,04	2,67	2,45	2,59	1,74

By calculation of showings according to SCORAD index (index of SCORAD till diet-therapy is – 65,5, after one week – 52,5; after 3 weeks – 45,5). A convincing and reliable results of a conducted research give an opportunity to make a conclusion, that to use a formula of hydrolyzed cow’s milk albumin for the purpose of diet- therapy in children diseased by atopic dermatitis is expedient in specialized arsenal of children’s nutrition.

ного белка коровьего молока у младенцев с атопическим дерматитом. Под наблюдением находилось 20 детей в возрасте от 30 дней до 10 месяцев с пищевой аллергией, проявляющейся атопическим дерматитом разной степени тяжести по шкале SCORAD. Дети получали гидролизированный белок коровьего молока (Хумана ГА 1 и 2) в течение 2 месяцев. Дети первых месяцев жизни (35%) находились на раннем искусственном вскармливании в связи с развитием гипогалактии и агалактии у матерей. Остальные дети (65%) были переведены на искусственное вскармливание в связи с введением прикорма. Все дети имели клинико-иммунологические признаки пищевой аллергии в виде атопического дерматита. Больных распределяли по тяжести течения атопического дерматита на две группы, в зависимости от величины индекса SCORAD. В группу больных с индексом SCORAD 35,5–65,5, что соответствовало легкой степени тяжести заболевания, были включены 16 пациентов. Вторую группу больных со средним значением индекса SCORAD, равным 65,5–78,5, т.е. средней степени тяжести АФ, составили 14 пациентов, находившихся под наблюдением и получавшие гипоаллергические смеси на основе гидролизата белка, с хорошей переносимостью продуктов. Из всех наблюдавшихся детей у 52% имело место IgE-опосредованная аллергия, у 20% – отмечалось повышение уровня специфических IgE-антител к белкам коровьего молока и у 28% больных был смешанный вариант. У 82% больных детей, получивших смесь Хумана ГА, через 1–3 недели от начала лечения отмечалось улучшение воспалительных процессов и снижение индекса SCORAD. Результаты проведенной работы являются достаточно убедительным доказательством целесообразности применения специальных смесей на основе гидролизованного белка, в арсенал специальных продуктов детского питания для диетотерапии непереносимости белков коровьего молока и профилактики пищевой аллергии у детей раннего возраста.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЕЦИАЛЬНЫХ СМЕСЕЙ НА ОСНОВЕ ГИДРОЛИЗОВАННОГО БЕЛКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

М.О. СУРВИЛАДЗЕ, Л.К. САГИНАДЗЕ, Л.Д. ЖОРЖОЛИАНИ, Т.В. ЗЕРЕКИДЗЕ, Т.Т. АРАХАМИА

Отделение питания и гигиены клинической аллергологии и иммунологии и гематологии НИИ педиатрии, Тбилиси, Грузия

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности применения гипоаллергенных смесей на основе гидролизован-

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІЙ ЖОВЧНОГО МІХУРА В ПІДЛІТКІВ ІЗ ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

Л.І. ТАЛОВЕРОВА

Луганський державний медичний університет, Україна

Функціональні захворювання органів травлення займають одне з провідних місць у структурі захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей. Метою даної роботи було вивчення поширеності дисфункцій жовчного міхура (ДЖМ) серед дітей із вегетативними дисфункціями (ВД). Обстежено 71 дитину віком від 13 до 16 років, які знаходилися на стаціонарному ліку-

ванні в ревмакардіологічному відділенні дитячої міської лікарні № 1 м. Луганська з приводу ВД. Розподіл дітей за статтю виявив, що загальна кількість обстежених хлопчиків та дівчат становила 33 (46,5%) і 38 (53,5%) відповідно. Залежно від нозології дітей було розподілено на такі групи: 41 (57,7%) дитина із ВД із гіпотонією, 30 (42,3%) із гіпертонією. З метою дослідження функції жовчного міхура всім дітям проведено ультразвукове дослідження (УЗД) із наданням жовчогінного сніданку. Серед них ДЖМ виявлено в 53 (74,6%) дітей. Нозологічно в дітей із ВД і гіпотонією частіше (79,3%) зустрічалась ДЖМ за гіпомоторним типом, а гіпермоторний тип ДЖМ складав 20,7%. Приблизно з однаковою частотою спостерігався гіпомоторний (54,2%) та гіпермоторний (45,8%) типи ДЖМ в групі дітей із ВД з гіпертонією. Установлено, що в 18 (33,9%) дітей поряд із клінічними симптомами, притаманними ВД, відмічались скарги на біль у правому підребер'ї, постійного, ниючого характеру. У 11 (20,7%) підлітків відмічався різкий, спастичний біль у правому підребер'ї. Абдоміналії посилювалися після прийому їжі і погрішності в дієті. Такі прояви диспепсичного синдрому, як печія і відригування гірким були більш характерними для ВД із гіпотонією й відмічались в 41,5% випадків серед обстежених дітей із ВД. У підлітків з ВД із гіпертонією печія та відригування відмічались у 11,3% випадків. Симптоми посилювались після недотримання дієти. Більш ніж у 1/3 дітей (35,8%) перебіг ДЖМ був безсимптомним. Таким чином, ВД у дітей супроводжуються порушенням функції жовчного міхура навіть за відсутності скарг. Наведені дані свідчать про доцільність УЗД функції жовчного міхура дітям із ВД із метою подальшої корекції цих порушень при призначенні комплексної терапії.

THE ROLE OF KIDNEY IN PROVIDING OF MICROELEMENTS BALANCE OF NEWBORNS

I. TARASOVA, L. TUROVA

Pediatrics Department with the Course of Medical Genetics
Research Supervisor - Doctor of Medicine, Professor Markevych V.
Sumy State University, Medical Institute, Sumy, Ukraine

Chemical elements are important catalysts of biochemical reactions and active centers of ferments, hormones and antibodies. The pregnant women and children are the most susceptible to diseases connected with microelements balance violations. The deficit condition of women may cause pathological course of pregnancy and delivery. They also affect the fetus negatively and also increase the risk of child's diseases, especially in the neonatal period. Kidneys are one of the most

important organs, which regulate excretion of iron (Fe), copper (Cu), zinc (Zn), manganese (Mn), cobalt (Co), chromium (Cr) and sustain their balance in the organism of a newborn. The functional condition of kidneys directly depends on the content of essential microelements in urine. Taking into consideration all mentioned above, of great importance is the research of connection of kidney functional condition and the balance of microelements in the organisms of newborns. The peculiarities of kidney regulation of microelements supply of newborns were studied. The general microelements concentration in urine (mmol/l), daily excretion (mgr/day), and excretion per kilogram of child's weight (mgr/kg/day) were estimated. The concentration of microelements (iron (Fe), copper (Cu), zinc (Zn), manganese (Mn), chromium (Cr), cadmium (Cd)) was measured in the urine of 92 healthy mature born children using atomic absorption spectrophotometer C-115M1, equipped by a computer for automatic calculation of microelement content. It was produced by «Selmi» scientific production association (Ukraine). Student's criterion was used to estimate the confidence of magnitude difference with the help of Excel. It was proved that concentration of iron and cadmium in the urine of mature born children increased constantly (confidence $p < 0,001$) during the neonatal period. The concentration of iron increased by 30% from the 1st to 30th days, the concentration of cadmium – by 22%. The concentration of copper and chromium decreased (confidence $p < 0,001$) by 14% and 13% respectively. The concentration of zinc tended to decrease during the neonatal period, but the concentration of manganese remained constant. The daily excretion of iron of mature newborn increased by 1,5 times during the neonatal period – from 9,8 mgr/day – to 14,4 mgr/day. The daily excretion of copper tended to decrease, the daily excretion of manganese tended to increase on the contrary. The daily excretion of chromium, zinc and cadmium remained constant. The excretion of iron per kilogram of child's weight increased by 50% till the end of the first month of life (from 2,8 mgr/kg/day to 4,1 mgr/kg/day). The excretion of manganese per kilogram of child's weight increased by 8% (from 43,8 mgr/kg/day – to 47,4 mgr/kg/day). The excretion of copper per kilogram of child's weight decreased by 10% (from 17,8 mgr/kg/day – to 15,9 mgr/kg/day). The excretion of zinc, chromium and cadmium per kilogram of child's weight didn't practically change till the end of the first month of life. The correlation coefficient of Fe/Cd, Zn/Cr, Mn/Cu, Mn/Cr, increased by 1,2 times during the neonatal period. The correlation coefficient of Fe/Zn, Fe/Mn increased by 1,3 times, Fe/Cu, Fe/Cr increased by 1,6 times. The correlation coefficient of Zn/Cd, Cr/Cd, Cu/Cd, Mn/Cd, Cu/Mn decreased by 1,3 times on the contrary. In conclusion, it should be mentioned that diverse changes in urine concentration of mature

newborn take place during the neonatal period. The concentration of iron and cadmium increased, the concentration of cooper and chromium decreased, the concentration zinc and manganese remained constant. The daily excretion of microelements was different. The excretion of iron and manganese increased during the neonatal period. The daily excretion of copper decreased during the neonatal period and the daily excretion of other microelements remained constant. The received data about the content of microelements in urine of newborns may be considered to be normative.

ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ИНТЕРВАЛ QT У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Е.Д. ТЕПЛЯКОВА, Е.В. НОСОВА, Е.А. ТАРАСОВА

Ростовский государственный медицинский университет,
Российская Федерация

Цель исследования: изучение изменения интервала QT у детей и подростков с вегето-сосудистой дистонией по смешанному типу (ВСД), по кардиальному типу в ответ на дозированную физическую нагрузку. Обследовано 77 детей и подростков в возрасте от 12 до 16 лет, средний возраст $14,2 \pm 1,7$ года, из них 39 мальчиков и 38 девочек. Для оценки влияния физической нагрузки на изменение интервала QT использовался тредмил-тест, проводимый по модифицированному протоколу Брюса с постоянной регистрацией ЭКГ. Оценивались интервалы QT и скорректированный интервал QT. В ходе исследования дети были разделены на три группы. Первую группу составили 62 (80,5%) обследуемых с высокой толерантностью к физической нагрузке, у которых длительность скорректированного интервала QT на фоне увеличения ЧСС практически не изменялась. Вторую группу составили 12 (15,6%) пациентов с высокой толерантностью к физической нагрузке, у которых на фоне субмаксимальных показателей ЧСС во время нагрузки происходило удлинение скорректированного интервала QT. При этом к 15 минуте восстановительного периода все показатели возвращались к исходным. В третью группу вошли 3 (3,6%) ребенка с низкой и средней толерантностью к физической нагрузке, у которых происходило удлинение интервала QT на фоне субмаксимального увеличения ЧСС, причем удлинение интервала QT сохранялось в течение длительного времени после завершения теста на тредмиле ($5 \pm 0,5$ часа). При этом восстановление исходных показателей ЧСС и АД у данной группы детей происходило значительно дольше, в среднем $15 \pm 1,43$ минуты. Оценка изменения интервала QT во время проведения тредмил-теста дает возможность выделить различные варианты реакции проводящей системы

сердца на нагрузку у детей с вегетативными дистониями. Дети и подростки с удлинением интервала QT во время проведения нагрузочного теста должны быть выделены в группу риска по возникновению синкопальных, угрожающих жизни состояний с целью постоянного длительного наблюдения и проведения среди них превентивных мероприятий.

ЭКОНЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

А.А. ТЕРЕНТЬЕВА, Е.И. КОНДРАТЬЕВА, К.Е. КАЗАКОВА,
Т.И. БОГОРЯД, Г.А. СУХАНОВА, А.В. ГРИЩЕНКО, Е.П.

ГОУВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Томск, Российская Федерация

В последние десятилетия отмечается увеличение частоты патологии мочевыделительной системы в детской популяции. Значительная роль принадлежит воздействию неблагоприятных экологических факторов.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния здоровья и органов мочевой системы у детей с дисметаболическими нефропатиями, проживающих в районах со сложной техногенной нагрузкой. Определяли содержание малонового диальдегида (МДА) в крови и моче, общего белка в моче, β_2 -микроальбумина в моче, оксида азота, содержание химических элементов в суточной моче методом нейтронно-активационного анализа у 48 детей в возрасте 2–15 лет с диагнозом «дисметаболическая нефропатия» и 30 здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту, проживающих в «условно чистом» районе. У детей с дисметаболическими нефропатиями, проживающими в районах с высокой степенью загрязнения почв, выявлено повышение содержания в моче Co в 2 раза, As – в 1,5 раза, Pb – в 3,5 раза, Cr – в 4 раза, Sb – в 5 раз по сравнению с детьми контрольной группы. Также отмечено повышение МДА в сыворотке крови на 64% и в моче – на 63% по сравнению с его уровнем у здоровых детей. Кроме того, у детей с дисметаболическими нефропатиями в 5 раз чаще встречалась протеинурия, уровни β_2 -микроальбумина и нитритов в моче были достоверно выше по сравнению со здоровыми детьми. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что для детей с дисметаболическими нефропатиями, проживающими в условиях промышленного города, характерны повышенное накопление в организме отдельных химических элементов с повышенной их экскрецией почками, высокое содержание МДА в крови и моче, общего белка в моче, β_2 -микроальбумина и нитритов в моче, что свидетельствует о нестабильности клеточных мембран и функциональных нарушениях почек. Данные

показатели наряду с клинико-лабораторными показателями могут быть дополнительными критериями при постановке диагноза дисметаболической нефропатии, а дети, проживающие в регионах со сложной техногенной нагрузкой, нуждаются в проведении профилактических мероприятий.

ПАТОМОРФОЗ ХВОРОБ НОВОНАРОДЖЕНИХ В АСПЕКТІ ПРОБЛЕМИ ГОСПІТАЛЬНИХ ИНФЕКЦІЙ

В.А. ТИЩЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія, Україна

Удосконалення медичної допомоги новонародженим в пологових стаціонарах (організація блоків інтенсивної терапії, відділень реанімації, оснащення їх сучасним обладнанням) сприяло зниженню показників перинатальної і ранньої неонатальної смертності. Проте вирішення одних складних проблем призвело до появи інших, не менш важливих, в тому числі до зростання нозокоміальних інфекцій в неонатальних відділеннях і до значного патоморфозу захворювань новонароджених. Розвиток госпітальних інфекцій у новонароджених призводить до тяжких ускладнень і до значного підвищення вартості лікування. Тяжким пролонгованим наслідком госпітального інфікування новонароджених є порушення мікробіологічного здоров'я, розвиток хронічних хвороб. Тому створення Центрів з контролю і профілактики нозокоміальних інфекцій, як це уже сталося в багатьох країнах Європи і Америки, для України є вкрай важливим. Важливим фактором розвитку госпітальних інфекцій є нераціональна антибактеріальна терапія, часто з використанням антибіотиків резерву в якості емпіричної терапії. Тому створення системи управління антибактеріальною терапією в кожному пологовому стаціонарі й неонатальних відділеннях – великий і невикористаний резерв зниження госпітальних інфекцій. Наступною проблемою є той факт, що прояви госпітальних інфекцій часто шифруються як внутрішньоутробні інфекції, що деформує реальну ситуацію в неонатальних відділеннях, сприяє недооцінці санітарно-епідеміологічної ситуації. Напрямки профілактики госпітальних інфекцій загальновідомі. Проте саме тут міститься великий і невикористаний резерв зниження госпітальних інфекцій.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ЭНТЕРАЛЬНОМУ ПИТАНИЮ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

В.А. ТИЩЕНКО, Т.Н. ПЛЕХАНОВА, Н.С. БАКАЙ

Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина

Мониторинг физического развития недоношенных детей с перинатальной патологией позволил установить, что около 50% младенцев перед выпиской из стационара не набирают массу тела, соответствующую постконцептуальному возрасту. Даже кратковременный пищевой дефицит в ранний период нарушает развитие нервной и других систем, показатели здоровья в течение всей дальнейшей жизни. Динамика показателей физического развития – один из интегративных и доступных критериев оценки нутритивного статуса, однако только оценка индивидуальной весовой кривой позволяет своевременно оценить функциональную толерантность к питанию, индивидуально подобрать питание и прогнозировать темпы роста и физического развития ребенка. Предлагаемая оценка весовой кривой у наблюдаемых недоношенных детей позволила выделить 4 типа: непрерывный медленный, непрерывный быстрый, ступенчатый, волнообразный. Непрерывный медленный и быстрый типы весовой кривой характеризовались ежедневными стабильными прибавками в массу тела, свидетельствующие о том, что ребенок хорошо усваивает и фиксирует питательные вещества. При ступенчатом типе весовой кривой 2–4 дня прибавки в массу тела чередовались с 1–2 днями «стояния» массы, что свидетельствовало об усвоении и фиксации с некоторым напряжением. Волнообразный тип имел чередование подъемов и падений массы тела, что свидетельствовало о напряженном и неустойчивом метаболизме. Установлено, что волнообразный тип весовой кривой, прибавки в массу тела менее 20 г/сутки могут служить критериями низкой функциональной толерантности к энтеральному питанию и использоваться как прогностические критерии задержки постнатального развития. Отмечено, что для сохранения темпов непрерывного роста недоношенные дети с постнатальной задержкой развития при выписке из стационара нуждаются в высококалорийном питании и повышенном содержании белка. Составление весовой кривой в течение 2-х недель после выписки из стационара позволит оценить функциональную толерантность к энтеральному питанию и провести своевременную коррекцию. У каждого 6-го ребенка отмечался «скачок» роста в неонатальном периоде. Тип весовой кривой и среднесуточные прибавки в массу тела могут служить прогностическими критериями задержки постнатального развития.

При вскармливании недоношенных детей врач решает важные клинические задачи – поддержка темпов внутриутробного роста, обеспечение высокой потребности в питательных веществах при низкой толерантности к энтеральному питанию, предупреждение задержки постнатального развития.

Постнатальное недостаточное питание вызывается многими нарушениями (дыхательными, пищеварительными, инфекционными, метаболическими и др.), которые встречаются у детей с малым весом при рождении. Функциональная толерантность к энтеральному питанию у недоношенных детей определяется нутритивным статусом при рождении, поздним дебютом полного энтерального питания, сроком восстановления МУМТ. Показатели функциональной толерантности могут быть использованы как прогностические критерии постнатальной задержки развития. Недоношенные дети с постнатальной задержкой развития нуждаются в высококалорийном питании с повышенным содержанием белка даже при достижении постконцептуального возраста 38–40 недель. Нутритивная поддержка недоношенных детей в первый год жизни должна обеспечивать не только рост и развитие ребенка, но быть направлена на профилактику и коррекцию патологических состояний, оказывать терапевтическое действие, не уступающее фармацевтическим препаратам. Врачи-педиатры должны хорошо владеть вопросами нутрициологии детей, родившихся раньше срока. Даже при удовлетворительной толерантности к энтеральному питанию около 50% недоношенных детей с перинатальной патологией, к выписке из стационара, не набирали массу, соответствующую постконцептуальному возрасту. Постнатальное недостаточное питание вызывается многими нарушениями (дыхательными, пищеварительными, инфекционными, метаболическими и др.), которые встречаются у детей с малым весом при рождении. Этот дефицит роста может снижаться с помощью стратегии «агрессивного питания», рекомендуемой в течение нескольких первых недель жизни для младенцев с высоким риском. В противоположность этой стратегии первоначального постнатального периода, лечение нарушений нутритивного статуса, которые наблюдаются в конце пребывания недоношенных детей в родильных домах, не получило согласованного одобрения. Настоящая статья посвящена рассмотрению этого вопроса на основе обзора современной научной литературы. Многие недоношенные дети характеризуются задержкой роста до срока рождения и после предполагаемой даты рождения, если руководствоваться предполагаемой кривой роста внутриутробного и постнатального периодов. Этот нутритивный дефицит, развивающийся с первых недель жизни, в особенности характерен для младенцев, родившихся до 30-й недели беременности. Все

более частое выживание младенцев, родившихся намного раньше срока, объясняется огромным прогрессом неонатальной медицины в последние десятилетия. Тем не менее, три четверти младенцев с весом менее 1500 г, выживающих до 36 недель постменструального возраста, имеют признаки задержки роста (параметры ниже 10-й перцентили). Не менее одной трети этих младенцев сохраняют задержку роста до 18-ти месячного возраста. Этот дефицит роста может снижаться с помощью стратегии «агрессивного питания», рекомендуемой в течение нескольких первых недель жизни для младенцев с высоким риском. В противоположность этой стратегии первоначального постнатального периода, лечение нарушений нутритивного статуса, которые наблюдаются в конце пребывания недоношенных детей в родильных домах, не получило согласованного одобрения. Настоящая статья посвящена рассмотрению этого вопроса на основе обзора современной научной литературы.

Каковы последствия недостаточного питания в ранний период жизни? Питательные дефициты в течение первых нескольких месяцев жизни могут влиять на критические изменения в организме, такие как рост, и имеют длительный эффект на детское развитие. В отношении неонатального периода, мы опираемся на концепцию Баркера. Согласно последней недостаточное питание плода вызывает перманентные структурные и функциональные изменения, что подтверждается высокой частотой эндокринных и сердечно-сосудистых нарушений у младенцев с историей внутриутробной задержки роста. Отрицательный эффект недостаточного питания также отмечается в плане развития интеллектуальных и познавательных способностей у подростков, которые имели малый вес при рождении, особенно у детей, характеризующихся длительным отставанием в росте и весе. Однако ситуация не настолько ясна в отношении постнатального недостаточного питания у недоношенных детей, даже, если их созревание достигает нормы к предполагаемой дате рождения. В особенности это связано с тем, что нелегко отличить приобретенные специфические отклонения вследствие дефицита нутриентов от тех, которые вызваны другими патофизиологическими изменениями, характерными для недоношенных детей. Важность этого вопроса обуславливается также тем, что критический период для развития мозга длится до 18 месяцев жизни. Мы вынуждены заключить, что при применении общепринятых протоколов питания дети с весом при рождении не более чем 1000 г характеризуются задержкой роста объема головы вплоть до подросткового возраста. В то же время, их психическое развитие и познавательные способности ниже, чем у детей, родившихся с малым весом и которые не преодолели задержку в росте. Безусловно, постнатальное не-

достаточное питание может быть фактором, который, по меньшей мере, усиливает затруднения в развитии у детей с очень низким весом при рождении.

Общепринятые режимы питания во время выписки из отделения неонатологии (обычно к сроку рождения) состоят в назначении недоношенным младенцам того же режима питания, который предлагается детям, родившимся в срок, то есть исключительно грудное вскармливание или молочные смеси для первого возраста. Этот подход, который приемлем для детей, имевших скачок кривой роста по сравнению с нормой, однако не для многих других младенцев, которые имеют нарушения питания в период выписки. Для последних график питания должен способствовать скачку роста и веса благодаря большему приему пищи, чем теоретические потребности, характерные для их возраста. В связи с этим возникают вопросы безопасности ускорения скачка роста, в особенности потому, что известно, что большинство детей с низким весом наверстывают задержку до или во время подросткового периода. Более того, эти вопросы являются актуальными, если учитывать, что в случаях внутриутробного недостаточного питания последующее ускоренное наверстывание повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний, что является частью гипотезы Баркера. Тем не менее, подобная возможность не может затмить спектр нарушений неврологического развития, которые могут быть результатом длительного постнатального нарушения питания, особенно при том, что состояние детского здоровья уже ухудшилось под влиянием других факторов. Этот аргумент объясняет необходимость назначения адекватного питания после выписки из стационара.

Какие нутриенты необходимы прежде всего? При недостаточном питании обычно наблюдаются множественные дефициты как макро-, так и микронутриентов. Некоторые из этих пищевых компонентов наиболее часто были изучены ввиду их хорошо известной роли в различных метаболических процессах и клеточной пролиферации либо в таких специфических процессах, как например, рост костей. Поэтому особое внимание должно уделяться улучшению потребления белка, кальция, фосфора, витамина D и других микронутриентов.

Какие меры должны предприниматься при выписке детей групп высокого риска из стационара? В случае грудного вскармливания признание преимуществ грудного вскармливания детей, родившихся с малым весом, способствует росту числа младенцев, имевших низкий вес при рождении и получающих исключительно или частично грудное кормление после их выписки из стационара. Поскольку материнское молоко имеет низкое содержание белка и минеральных солей, его обогащение в течение неонатального периода считается хорошей профи-

лактикой для улучшения общего роста и минерализации костей у детей, рожденных до срока. Известно, что недоношенные дети, получавшие исключительно или преимущественно грудное молоко на протяжении первых 9 месяцев жизни, после выписки из стационара характеризуются более низким ростом и более низкой плотностью костей в сравнении с детьми, вскармливаемыми молочными смесями. Несмотря на то, что влияние этого отставания в росте на неврологическое развитие пока не было установлено, этот вопрос остается насущным, особенно в связи с увеличением числа выживших глубоко недоношенных детей. Необходимость систематического докорма при грудном вскармливании после выписки из стационара формально пока не установлена. Одной из причин является тот факт, что только несколько исследований позволили рассматривать «святой» аспект грудного кормления, особенно, когда речь идет о докорме с дополнением макронутриентов, которые нужно смешивать с молоком. У детей, вскармливаемых грудью и получающих в качестве докорма молочные смеси, последние должны быть обогащены микронутриентами (смотрите ниже) для оптимизации питательной ценности. Подобным образом, для детей, получающих исключительно грудное вскармливание и имеющих нарушения роста, недостаточность рациона питания должна корректироваться введением дополнительных молочных смесей. Обычные молочные смеси менее богаты калориями, белками и минеральными компонентами в сравнении с молочными смесями, предназначенными для преждевременно родившихся детей. Один из подходов состоит в продолжении приема подобных молочных смесей после выписки из стационара для лучшего обеспечения повышенных метаболических потребностей детей, родившихся до срока. Когда подобная стратегия применялась до 6-месячного возраста (рассчитанного по правильному сроку рождения), ускорение в росте и весе наблюдалось без видимого отрицательного эффекта. Однако это ускорение в росте наблюдалось только у мальчиков и снижалось после 18-месячного возраста, указывая на влияние на рост в течение первых месяцев жизни некоторых других факторов. Более того, указанное ускорение в росте не приносит каких-либо преимуществ в отношении неврологического развития в ближайшем будущем. Другой переходный подход состоит в использовании специальных молочных смесей так называемых «смесей после выписки из стационара». Эти молочные смеси обогащены широким ассортиментом необходимых нутриентов в сравнении с обычными молочными смесями, однако содержание нутриентов снижено по сравнению с молочными смесями для преждевременно родившихся младенцев, что снижает их возможный токсический эффект. Недоношенные дети, вскармливаемые

«смесями после выписки из стационара» вплоть до 9- или 12-месячного возраста (согласно правильной предполагаемой дате рождения), набирают в росте и весе скорее, чем дети, получающие обычные молочные смеси. В целом, мальчики и дети с очень низким весом при рождении (менее 1250 г) растут скорее. Однако и в этом случае различие снижается с возрастом. Опять же, вопрос о существовании каких-либо преимуществ этой стратегии относительно неврологического развития должен быть еще изучен.

Какие стратегии для введения прикорма существуют? В принципе введение в прием плотной пищи у бывших недоношенных детей должно осуществляться без особой задержки, чтобы ребенок, который перенес уже некоторые орально-лицевые воздействия, не выработал отвращения к оральному питанию. Более того, необходимо быть предельно внимательным, чтобы не упустить возможный период наибольшей восприимчивости ребенка к перемене режима питания. Наиболее важно при этом точно знать, что питание соответствует потребностям ребенка, учитывая тот факт, что плотная пища может быть плохо принята ребенком или не обеспечивает достаточное для роста количество нутриентов, тогда как потребление молочных смесей снижено. Особое внимание необходимо уделять детям с хроническими нарушениями (такими, как бронхолегочная дисплазия), у которых введение прикорма может вызывать декомпенсацию. С практической точки зрения остается много нерешенных вопросов. Какие критерии для выбора времени и качества прикорма для недоношенных детей? Должны ли эти критерии быть одинаковыми для детей, вскармливаемых грудью и молочными смесями? В ожидании разработки правильных ответов на эти вопросы стратегия прикорма должна основываться на соответствующих данных о развитии ребенка и параметрах роста с наилучшей корректировкой питательного режима.

Таким образом, постнатальное недостаточное питание у детей, родившихся с очень низким весом, является одной из ключевых проблем в неонатологии. Поскольку ранние нарушения питания могут иметь продолжительный отрицательный эффект на детское развитие, предотвращение и профилактика должны быть частью ухода за ребенком. Стратегии питания, предпринимаемые в неонатальный период и направленные на предотвращение дефицитов в постнатальном росте, должны применяться сразу же после выписки из родильного дома посредством корректирования питательных потребностей у детей высокой группы риска.

Дальнорочные преимущества различных профилактических стратегий должны быть также изучены. Некоторые практические вопросы введения: стратегическая цель нутритивной поддержки недоношенных детей – энтеральное питание; клинические задачи при кормлении

недоношенных детей; обеспечение функционального характера питания; обеспечение высоких потребностей в питательных веществах и микронутриентах; поддержка темпов внутриутробного роста; предупреждение задержки постнатального развития; физическое развитие – интегративный показатель функциональной толерантности к питанию.

ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПЕРИОДЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

И.В. ТКАЧЕНКО

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии Росздрава, г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования: провести сравнительный анализ состояния высших психических функций (ВПФ) у детей с различными нозологическими формами онкологических заболеваний в периоде длительной клинико-гематологической ремиссии. В исследовании ВПФ первую группу составили 35 пациентов, имеющих в анамнезе острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ); вторую группу – 25 пациентов с медуллобластомой, получавшие лечение по схеме: операция + лучевая терапия + полихимиотерапия. Соотношение мальчиков и девочек составило 1,1:1. Возраст детей варьировал от 6 до 18 лет. Средняя продолжительность ремиссии у обследуемых детей – $4,69 \pm 1,23$ года. Лучевая терапия у детей с ОЛЛ: суммарная очаговая доза составила 12–18 Гр, у детей второй группы – до 55 Гр. Продолжительность катamnестического наблюдения на момент обследования в среднем составила 5 лет. Группа сравнения – условно-здоровые дети, $n=50$, идентичные по полу и возрасту. Исследование проведено на базе реабилитационного отделения санатория «Русское поле» (Московская обл., Чеховский район). Нейропсихологический статус оценен по схеме А.Р. Лурия, под редакцией профессора Е.Д. Хомской (2007 г.). Интерпретация результатов исследования проводилась по шкале (в баллах). Результаты исследования ВПФ показали, что у пациентов с ОЛЛ в анамнезе страдал в большей степени мнестический блок ($p < 0,005$). Анализ нейропсихологического тестирования невербального интеллекта у детей с медуллобластомой в 73,4% случаев были ниже предельных возрастных показателей ($p < 0,005$). Оценивая вербальный интеллект в данной группе детей, выявлено, что страдает понимание и формирование сложных речевых конструкций, анализ вербального материала в среднем в 61,2% случаев ($p < 0,001$.) Таким образом, дети с любой нозологической формой онкологического заболевания в катamnезе име-

ют нарушения высших психических функций, что негативно сказывается на общем качестве жизни пациентов.

ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ПРОЦЕССОВ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ И НАХОДЯЩИХСЯ В РЕМИССИИ

И.В. ТКАЧЕНКО

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии Росздрава, г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования: изучение показателей гормонального профиля у детей пре- и пубертатного возраста с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) в анамнезе в периоде длительной клинико-гематологической ремиссии. Проведена комплексная оценка полового развития 65 детей с ОЛЛ в ремиссии 3–5 лет в возрасте 8–16 лет. Основная группа детей разделена по полу и стадии полового развития. Группу сравнения составили 85 условно здоровых детей. Заключение по полной формуле полового развития проводилось согласно стандартам, разработанным М.В. Максимовой. Гормональный профиль определялся по следующим показателям: уровень ТТГ, Т₃, Т₄, СТ₄, ПрЛ, ФСГ, ЛГ, Е₂, тестостерона и ДГЭА-с иммуноферментным методом. Уровень кортизола, отвечающего за компенсаторно-приспособительные реакции, в крови детей обоего пола в препубертатном периоде основной группы достоверно ($p < 0,01$) повышен ($401 \pm 29,13$ нмоль/л). Напряженность функционирования оси гипоталамус-гипофиз-гонады определялась по повышению ФСГ у мальчиков, перенесших ОЛЛ: в пубертатном периоде – в 1,47 раза выше по сравнению с показателями ФСГ у детей группы сравнения ($p < 0,01$), уровень ЛГ в этом же периоде развития мальчиков в 1,69 раза выше по сравнению со здоровыми детьми ($p < 0,01$). У детей основной группы выявлено повышение коэффициента ФСГ/ЛГ, что подтвердило появление вторичных половых признаков в более раннем периоде. Содержание половых гормонов у детей обеих групп в пубертатном периоде: уровень тестостерона у девочек в 3,1 раза ниже ($p < 0,05$), чем у девочек контрольной группы. Содержание уровня тестостерона у мальчиков в пубертатном периоде в 2,1 раза ниже ($p < 0,005$) по сравнению с контролем. Резервная форма андрогенов – ДГЭА-с – как у девочек, так и мальчиков основной группы достоверно ниже, чем у детей группы сравнения (в 2,2 и 1,7 соответственно). Уровень Е₂ у обследуемых детей с ОЛЛ, напротив, в 2,6 раза выше у девочек в препубертатном и пубертатном периодах ($p < 0,001$), а у мальчиков в 1,9 раза в пубертатном периоде ($p < 0,005$) ниже по

сравнению с контрольной группой. Независимо от пола, значимых изменений в уровнях гормонов гипофизарно-тиреоидной системы у детей основной группы в обозначенные возрастные периоды и у детей группы сравнения, не выявлено ($p < 0,001$).

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

С.Р. ТОЛМАЧЕВА

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков, Украина

В настоящее время в динамике состояния здоровья детского населения страны наметилось множество неблагоприятных тенденций: повышение частоты врожденных и наследственных заболеваний, прогрессирующий рост хронической соматической патологии и, как результат, – увеличение общего числа детей с ограниченными возможностями. В Украине, как и во всем мире, отмечается неуклонный рост детской инвалидности, что привлекает внимание исследователей к проблеме факторов ее формирования. В структуре причин инвалидности ведущее место занимают врожденные аномалии развития, психические расстройства, болезни нервной системы и соматические заболевания. Как самостоятельная многоплановая проблема детская инвалидность в стране начала формироваться в последние годы, когда в практику здравоохранения была введена Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Исследованиями, проведенными в Институте установлено, что среди причин и факторов, влияющих на формирование детской инвалидности, основное место занимают медико-демографические (состояние здоровья родителей ребенка, возраст матери во время беременности, течение беременности и родов, перинатальная патология, несвоевременное установление диагноза, неадекватное лечение, отсутствие динамичной, качественной диспансеризации, производственная вредность труда родителей, неполные семьи, низкая медицинская активность родителей), психологические (неблагоприятный психологический климат в семье, наличие вредных привычек у родителей и ребенка, психологические нарушения у ребенка) и социально-гигиенические (снижение уровня жизни, ухудшение качества и доступности медицинской помощи, отсутствие специализированных центров реабилитации детей, загрязнение окружающей среды, плохие жилищные условия, низкое материальное благосостояние семьи). Значимость инвалидизирующих факторов и причин инвалидности у детей различна по от-

дельным нозологическим формам заболеваний. Профилактика детской инвалидности должна начинаться с охраны здоровья семьи, а также своевременного проведения дифференцированных реабилитационных мероприятий у детей с острыми и хроническими заболеваниями с соблюдением этапности лечения.

РОЛЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЭТИЧЕСКОГО АСПЕКТА ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК СРЕДСТВА ПРЕОДОЛЕНИЯ ГЛАВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ШКОЛЬНИКОВ

Е.А. ТОЛЧЁНОВА

ГОУВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава», г. Москва, Российская Федерация

Среди первичных больших факторов риска здоровью с учётом их рейтинга, по мнению специалистов ВОЗ, первые два места занимают курение и употребление алкоголя, наркотических и токсических веществ. Объект исследования: 420 школьников 6–10 классов. Между возрастом и числом курящих существует сильная, прямая, достоверная корреляционная связь. 55,6% школьников никогда не пытались курить, среди девочек таковых достоверно больше, чем среди мальчиков (70,64% против 40%). 25,62% нашли силу воли отказаться от этого фактора риска. Школьники начинают курить под влиянием друзей – 74,13%, старших братьев и сестёр – 8%, родителей – 4,98%. Между возрастом и употреблением спиртных напитков существует прямая полная связь. Школьников, употребляющих спиртные напитки, среди мальчиков достоверно больше, чем среди девочек (48,89% против 38,3%). 90,4% детей никогда не употребляли наркотиков. Мальчики употребляют наркотические и токсические вещества достоверно чаще девочек (5,78% против 1,7%). Для преодоления факторов риска необходима атмосфера доверия между школьником и родственниками, учителями, врачами. 54,13% детей не могут довериться кому-либо из учителей в трудной ситуации. Установлена обратная сильная достоверная связь между возрастом и числом таких детей. Врачу доброму, не жалеющему времени для душевной беседы с пациентом, отдаёт предпочтение достоверно больше школьников, чем энергичному, быстро принимающему решения (59,13% против 36,52%). Между данным показателем и возрастом установлена полная прямая связь. Задача руководителей образовательных и медицинских учреждений – способствовать формированию атмосферы доверия в сфере «школьник – старший друг».

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В СЕМЬЯХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.А. ТОЛЧЁНОВА

ГОУВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава», г. Москва, Российская Федерация

Одним из основных направлений демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года является укрепление института семьи. Пропаганду ценности семьи со стабильным зарегистрированным браком супругов, имеющих нескольких детей, собственным примером проводят руководители органов и учреждений здравоохранения Пензенской области. 94% мужчин и 66% женщин состоят в зарегистрированном браке, отношения между супругами в 44% хорошие, в 28% – прекрасные. 90% имеют детей, в том числе двоих (51% женщин и 32% мужчин), троих (2% женщин и 3% мужчин) и более (2% мужчин); 28% – внуков. Относятся к подрастающему поколению чаще всего на равных (23% мужчин и 58% женщин) и очень дружелюбно (21% и 53% соответственно), хотя есть строгие (6% мужчин и 15% женщин) и придирчивые (5% и 9% соответственно) родители. Руководящий состав здравоохранения Пензенской области даёт своим детям и внукам пример здорового образа жизни: 87% не курят, 39% совсем не употребляют алкоголь, 57% – редко, 99% – никогда не употребляли наркотиков. Эти показатели достоверно выше, чем среди руководителей не медицинских учреждений. Более половины руководителей-медиков занимаются утренней гимнастикой, 22% – профессиональным спортом. Считая, что состояние здоровья в первую очередь определяет внутри-семейная атмосфера (54%), руководители никогда не позволяют себе сорваться, накричать (66%), а 24% делают это очень редко. 96% считают, что положительные эмоции улучшают состояние здоровья. Прививают детям и внукам любовь к искусству: музыке (64%), живописи (29%), поэзии (21%) и др. Их семьи хранят в своем сердце лучшие добродетели: 58% – терпение, 53% – милосердие, 49% – любовь, 47% – веру, 44% – надежду. Они верят в человеческую порядочность (51%), в Бога (50%), в справедливость (36%), в эффект бумеранга (16%). 59% чувствуют себя счастливыми. Дети и внуки делятся с ними самым сокровенным (30% мужчин, 100% женщин), иногда советуются в трудных ситуациях (28% мужчин, 67% женщин). Целесообразно распространить представленный опыт на все регионы.

ЕВОЛЮЦІЯ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

О.В. ТЯЖКА, В.І. БОБРОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

За останні 20 років поширеність гастроентерологічних захворювань у дітей виросла більш ніж на 30%. Особливо привертає увагу факт підвищеної поширеності хвороб органів травлення у дітей віком 5–6 і 9–12 років, тобто в періоди найбільш інтенсивних морфофункціональних змін у дитячому організмі. За наявними на сьогодні даними до 30% виявлених у ці вікові періоди захворювань є функціональними, переважна більшість їх минає лише при дотриманні належного харчування без застосування медикаментозних засобів. У той же час значна частина функціональних порушень за умови постійного впливу на дитину факторів зовнішнього середовища прогресує й переходить у хронічні хвороби. Однією з важливих проблем дитячої гастроентерології є вивчення механізмів хронізації патологічного процесу, а також факторів, що впливають на характер перебігу хвороби. Очевидним є те, що погіршення екологічної ситуації, збільшення частоти алергічних захворювань, режим підвищених нервово-психічних навантажень у дошкільно-шкільних установах, малорухливий спосіб життя призводять до росту частоти захворювань травного тракту. Крім того, в останні роки у дітей в 2,5 рази збільшилася питома вага тяжких форм гастродуоденіту й виразкової хвороби. Повних зворотних патоморфологічних змін слизової оболонки шлунка й дванадцятипалої кишки вдається досягти тільки у 18,5% хворих дітей. В 25–30%, незважаючи на проведення комплексної терапії, відмічаються рецидиви захворювань. Таким чином, питання профілактики, ранньої діагностики й лікування захворювань органів травлення у дітей в останні роки вийшли за рамки педіатрії і становлять велику медико-соціальну проблему. Багатогранність патогенетических механізмів ураження шлунково-кишкового тракту, високий ризик хронізації й тяжкий перебіг захворювання диктують необхідність проведення дієвої профілактики та комплексної терапії хвороб органів травлення у дітей, а сам лікувальний процес повинен складатися із двох основних етапів – лікування й ретельної вторинної профілактики – та здійснюватися протягом досить тривалого часу з урахуванням особливостей дитячого організму різних вікових періодів.

ОСОБЛИВОСТІ АЗОТИСТОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ З НЕРОВО-АРТРИТИЧНОЮ АНОМАЛІЄЮ КОНСТИТУЦІЇ

О.В. ТЯЖКА, Г.Е. КОЗИНКЕВИЧ, Є.О. ПРИТКОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

В наш час нервово-артритична аномалія конституції розглядається як «ензимodefіцитний» синдром, який ґрунтується на порушенні пуринового обміну з надмірною продукцією сечової кислоти та її попередників, нестійкості інших видів обміну речовин (особливо вуглеводного та ліпідного) із схильністю до розвитку кетозу та зміною медіаторних функцій нервової системи, що зумовлюють особливості її реакцій. Отже, основним в патогенезі нервово-артритичної аномалії конституції є полігенноуспадкований ензимний дефект, який стосується, перш за все, пуринового обміну. Відомо, що у дітей даної категорії порівняно з дітьми популяції існує підвищений ризик розвитку таких захворювань, як сечокам'яна хвороба, подагра, цукровий діабет, мігрень. За даними літератури частота пуринозів (тобто, нервово-артритична аномалія конституції) у популяції за останні роки в Україні має тенденцію до зростання і складає 4–6% (за деякими даними 8%) у дітей різного віку (1–13 років). Одним із клінічних маркерів цієї аномалії конституції є ацетонемічний синдром, який характеризується гіперкетонемією, гіперурикемією, ацетонурією. Нами було обстежено 118 дітей, які знаходились на лікуванні у дитячому відділенні ДКЛ № 1 ст. Київ (за 2008 рік), з них з приводу ацетонемічного синдрому на тлі патології травного тракту – 41 (34,74%) дитина, патології бронхолегеневої системи – 39 (33,05%) дітей, контрольну групу складала 38 (32,20%) дітей віком від 1 до 13 років. Окрім клінічних обстежень, проводили лабораторні (зокрема, система оксиду азоту NO_2 , NO_3 , $\text{E NO}_2 + \text{NO}_3$ (мкмоль/л)) та інструментальні дослідження. Ступінь окисного метаболізму оцінювали згідно з спектрофотометричним визначенням рівня нітрит-аніонів в плазмі крові за допомогою реактиву Гріса (Green L.C., Wagner D.A. et al). За результатами зіставлень отриманих лабораторних даних у дітей, які входили до групи спостереження, найвищі рівні продуктів виявлено у хворих з патологією шлунково-кишкового тракту (NO_2 – 2,81; NO_3 – 3,5; E – 6,31), дещо менші показники були у групі дітей з ураженням бронхолегеневої системи (NO_2 – 2,76; NO_3 – 3,2; E – 5,96), порівняно з дітьми контрольної групи (NO_2 – 2,7; NO_3 – 2,7; E – 5,14), при $p < 0,05$.

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З АНОМАЛІЯМИ КОНСТИТУЦІЇ

О.В. ТЯЖКА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Відомо, що для дітей з аномаліями конституції характерна висока захворюваність, раннє формування хронічних хвороб. Особливо це стосується дітей з алергічною аномалією конституції (ААК) та лімфатико-гіпопластичною аномалією конституції (ЛГАК), яким притаманні морфофункціональні особливості органів і систем і, перш з все, – імунної, що формується в усі вікові періоди дитинства, починаючи з ембріонального. Своєчасне проведення профілактичних, абілітаційних та реабілітаційних заходів може сприяти запобіганню переходу своєрідних функцій, що зумовлюють схильність до захворювань у таких дітей, в їх незворотні порушення і трансформацію схильності в захворювання. Абілітація особливо стосується дітей з ЛГАК, оскільки одним із завдань абілітації є сприяння становленню недорозвинених функцій у разі затримки розвитку, що завжди має місце за цієї аномалії. Під нашим спостереженням, проведеним в тривалій динаміці (від перших місяців життя до 18 років), було 525 дітей, з них 390 дітей з проявами ЛГАК і 135 дітей – з ААК. Окрім систематичних оглядів дітей з залученням різних спеціалістів, проводились лабораторно-інструментальні обстеження, індивідуалізовані профілактичні, абілітаційні та реабілітаційні заходи переважно упродовж перших 5–7 років. До заходів входили раціональне гіпоалергенне харчування з включенням пре- і пробіотиків повторними курсами, гіпоалергенний побут, оптимальні умови виховання з максимально можливим обмеженням інфекційних контактів, фізіотерапевтичні, переважно без апаратні, процедури; в числі застосовуваних медикаментозних препаратів повторними курсами були фітотерапевтичні, мембраностабілізуючі засоби, лізати бактерій, сорбенти, препарати метаболічної дії та засоби для усунення дисфункції ендокринної системи. Оцінка стану здоров'я при досягненні дітьми 18 років показала, що при ретельному виконанні відповідних індивідуалізованих заходів у переважній більшості дітей з аномаліями конституції показники здоров'я не відрізняються від таких у дітей популяції. У дітей, які з різних причин не отримували відповідних заходів, захворюваність була значно вищою, зокрема у 47% з ЛГАК розвинулись хронічні хвороби з ураженням різних систем, у 32% дітей з ААК реалізувалась алергічна патологія.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА КУДЕСАН НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ КРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

А.Н. УЗУНОВА, А.Р. ТАЛЫБОВА, А.А. ПЕТРУНИН

Челябинская государственная медицинская академия,
Российская Федерация

В патогенезе хронического гастродуоденита (ХГД), ассоциированного с хеликобактерной инфекцией, у детей имеет место нарушение баланса перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ), наиболее выраженное в периоде обострения, сохраняющееся и в периоде ремиссии заболевания. В литературе имеются сведения об участии микроэлементов в процессах активации ПОЛ. Целью нашего исследования явилось определить влияние препарата кудесан, обладающего антиоксидантными свойствами, на содержание микроэлементного состава в крови у детей с ХГД. Мы проанализировали 36 случаев ХГД у детей в возрасте от 7 до 17 лет в стадии обострения заболевания, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение. Диагноз ХГД выставлялся по результатам общепринятого комплексного клинико-инструментального и лабораторного обследований. У всех больных определяли микроэлементный состав (цинк, медь, свинец, никель, хром) методом атомно-абсорбционной спектrophотометрии на аппарате КВАНТ-2А. В первую группу наблюдения вошли 19 больных, которые в составе комплексной терапии ХГД получали кудесан. Группа сравнения составила 17 пациентов с ХГД, получавших только базисную терапию. У всех детей с ХГД отмечались колебания всех определяемых микроэлементов, независимо от включения в комплекс терапии кудесана. Однако нами отмечено достоверное увеличение в крови у детей первой группы таких эссенциальных микроэлементов, как цинк – до 3,467мкг/мл, медь – до 1,811мкг/мл ($p \leq 0,001$). Интересным явился факт снижения под влиянием приема кудесана содержания в крови у детей первой группы солей тяжелых металлов, в частности, свинца – до 10 мкг/мл, никеля – до 110 мкг/мл ($p \leq 0,05$). Таким образом, включение в комплекс терапии препарата с антиоксидантным действием – кудесан при ХГД способствует снижению концентрации в крови солей тяжелых металлов и повышению содержания цинка и меди, что, по-видимому, может способствовать активации антиоксидантной защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА У ДЕТЕЙ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ
В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕПАРАТА
КУДЕСАН**

А.Н. УЗУНОВА, А.Р. ТАЛЫБОВА, Н.В. ДАРДЖАНИЯ,
А.С. СУБАЧ

Челябинская государственная медицинская академия,
Российская Федерация

В трудах многих авторов отмечается, что при хроническом гастродуодените у детей наблюдается нарушение баланса перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты организма как в период обострения заболевания, так и в фазу стихания. Эти нарушения наиболее выражены при гастрите, ассоциированном с хеликобактерной инфекцией, так как сам возбудитель является источником активных форм кислорода. Давно известна роль некоторых микроэлементов в процессах ПОЛ. Целью нашего исследования является выявление нарушения этих процессов у детей с хроническим гастродуоденитом, используя препарат с антиоксидантными свойствами (кудесан), снижение активности ПОЛ. Мы обследовали 36 детей с хроническим гастродуоденитом в возрасте от 7 до 17 лет в стадии обострения на базе ДГКБ № 7. Диагноз выставлялся на основе комплексного клинико-функционального и лабораторного обследований. Среди пациентов было 15 (42,0%) девочек и 21 (58,0%) мальчик. У всех детей определяли микроэлементный состав крови (цинк, свинец, никель, хром, железо, медь) методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии. Пациенты были разделены на две исследуемые группы: первая группа (основная) наблюдения – 19 больных, которые в составе базисной терапии ХГД получали кудесан; вторая (контрольная группа) – 17 пациентов с ХГД, получавших только базисную терапию. У детей с хроническим гастродуоденитом в стадии обострения на фоне приема препарата кудесан отмечается повышение в крови эссенциальных (цинк, медь) микроэлементов ($p \leq 0,001$). Менее выраженные изменения выявлены в отношении микроэлемента железа, который имел склонность к снижению по сравнению с нормой ($p > 0,05$), и снижение содержания токсичных (свинец, никель) металлов ($p \leq 0,05$). Таким образом, у детей с хроническим гастродуоденитом в стадии обострения при использовании препарата кудесан отмечено понижение концентрации токсических металлов (свинец, хром) и повышение эссенциальных элементов (цинк, железо, медь), что способствует активации антиоксидантных ферментов защиты.

**КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ
С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА
ПРИ РОЖДЕНИИ**

Е.В. ФАРЕЙТОР

ФГУ «Научно-исследовательский институт охраны матери и ребенка, Росмедтехнологии», г. Екатеринбург,
Российская Федерация

Благодаря совершенствованию методов выхаживания и развитию реанимационной службы и интенсивной терапии в перинатальной медицине с использованием новых технологий выживаемость недоношенных с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении постоянно увеличивается. Новорожденные с массой тела менее 1500 г. составляют 12% от всех недоношенных. Но на их долю приходится 25% всей перинатальной и 50% неонатальной смертности. Летальность этих детей даже по данным хорошо оснащенных клиник составляет 30–40%. Именно эта группа является основной группой риска по инвалидизации в детском возрасте. Частота инвалидизации недоношенных в 22 раза выше, чем детей, рожденных в срок. Доля недоношенных среди новорожденных в перинатальном центре ФГУ НИИ ОММ составляла в разные годы от 17 до 22%. Отмечается существенное повышение выживаемости новорожденных детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) при рождении в НИИ ОММ. Так, в 1997 г. выживаемость данной категории детей составила 81,8%, в 2001 г. – 89,8%, в 2005 г. – 82,9%, в 2007 г. – 98,3%. Несколько иная ситуация наблюдается среди детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении. В 1997 г. выживаемость детей с массой тела до 999 г составила 61,5%, в 2001 г. – 72,74%, в 2005 г. – 85,0%, а в 2007 г. – только 56,5%, снижение показателя выживаемости связано с увеличением количества детей, рожденных при сроке гестации 23–25 недель. В связи с увеличением выживаемости детей с массой тела менее 1499 г появились новые проблемы, связанные с высоким уровнем перинатальной заболеваемости и увеличением абсолютного числа инвалидов среди этих детей. Целью исследования было провести анализ состояния здоровья и определить структуру инвалидности у детей с ОНМТ при рождении. В исследование были взяты 90 детей с массой тела менее 1499 г, из них 24 – менее 999 г (I группа), остальные дети (66) составили II группу исследования. По гестационному возрасту дети распределились следующим образом: 4 детей со сроком гестации 26 недель (3 ребенка с ЭНМТ, 1 – с ОНМТ); 14 детей – 27 недель (7 – с ЭНМТ, 7 – с ОНМТ); 14 детей – 28 недель (8 – с ЭНМТ, 6 – с ОНМТ); 18 детей – 29 недель (18 – с ОНМТ); 18 детей – 30 недель (2 – с ЭНМТ, 16 – с ОНМТ); 10 детей – 31 неделя (2 – с ЭНМТ, 8 – с ОНМТ); 5 детей – 32 недели (2 – с ЭНМТ, 3 – с ОНМТ); 7 детей – 33

недели (7 – с ОНМТ). Анализ акушерского анамнеза и состояния здоровья матерей свидетельствовал о крайне высоком уровне акушерской и соматической патологии. Прогрессирующее течение ОПГ-гестоза, ХФПН, НМПК потребовали досрочного родоразрешения в интересах матери и плода способом операции кесарева сечения в 75%. В структуре заболеваемости глубоконедоношенных детей основное место занимает перинатальное поражение ЦНС: у всех детей имела место церебральная ишемия, в основном, III степени, у 50% детей с ЭНМТ и сроком гестации 26–29 недель исходом церебральной ишемии явился перивентрикулярный глиоз и формирование лейкомаляционных псевдокист. У 40% детей с ЭНМТ развиваются ВЖК II–III ст., у детей с ОНМТ ВЖК II–III ст. встречаются в 22,3% случаев, следует отметить, что ВЖК II–III ст. были отмечены только у детей с гестационным возрастом 27–30 недель. И только у одного ребенка с ОНМТ на фоне ВЖК III ст. сформировалась окклюзионная гидроцефалия, потребовавшая оперативного вмешательства. Неврологические расстройства к исходу неонатального периода и в первые месяцы жизни проявлялись в виде следующих синдромов: судорожного синдрома, вегето-висцеральных расстройств, синдрома двигательных нарушений по типу нижнего спастического парапареза или тетрапареза, гипертензионного и гипертензионно-гидроцефального синдромов. Достаточно часто встречается и инфекционная патология у глубоконедоношенных детей в виде врожденной пневмонии в 55% случаев среди детей с ЭНМТ, у детей с ОНМТ пневмония развивается в 27,6%; менингит встречается примерно у 20% детей, одинаково часто у детей с ОНМТ и ЭНМТ. БЛД сформировалось у детей с ЭНМТ в 30%, детей с ОНМТ – в 24,1%, все дети с гестационным возрастом 26–29 недель. Ретинопатия встречается среди детей с ЭНМТ у 60%, причем у 25% детей ретинопатия требует проведения лазеркоагуляции. Данная патология среди детей с ОНМТ встречается у 18,9%, тяжелая степень ретинопатии развивается у 5,1% детей. При катамнестическом наблюдении глубоконедоношенных детей на первом году жизни (под наблюдением находился 51 ребенок) практически каждый ребенок имел изменения со стороны нервной системы. Нервно-психическое развитие в 55% случаях соответствовало возрастным нормам, в 41% – выявлено нарушение моторики, в 14% – задержка речевого развития. Каждый третий ребенок имел задержку физического развития. Патология органа зрения (ретинопатия) выявлена у 32 (62,0%) детей. Частые ОРЗ отмечены у 75% детей, развитие рахита – у 41%, анемии – у 70%, проявления дерматита выявлены у 5% детей. Инвалидность в возрасте 1 года оформлена на 14 (27,5%) детей из 51. В структуре инвалидности ведущими явились поражения ЦНС и органа зрения: у 6 (43,0%) детей – развитие

ДЦП (4 из них с ЭНМТ сроком гестации 25–27 недель); у 6 (43,0%) – прогрессирование ретинопатии с развитием слепоты, из них 2 ребенка (со сроком гестации при рождении 26 и 28 недель) с полной потерей зрения, 4 – с частичной потерей зрения; у 2 (14,0%) детей инвалидность оформлена в связи с наличием врожденного порока: у одного ребенка оперированный врожденный порок сердца, у одного – врожденный гидронефроз. Таким образом, проанализировав полученные данные, выявлена высокая степень инвалидизации недоношенных детей, родившихся с низкой массой тела, которая составила 27,5% от обследуемых. Основными причинами инвалидности становятся церебральные нарушения и ретинопатия недоношенных. Увеличение количества глубоконедоношенных детей ставит перед неонатологами новую задачу – успешного выхаживания детей с ОНМТ при рождении с обеспечением не только их выживания, но и удовлетворительного качества дальнейшей жизни, отсутствия инвалидности.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Е.В. ФАРЕЙТОР

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Росмедтехнологий», г. Екатеринбург, Российская Федерация

В течение последних лет частота рождения недоношенных детей сохраняется примерно на одном уровне и составляет около 6%, при этом показатели здоровья их ухудшаются. Особый контингент среди недоношенных – это дети с массой тела при рождении менее 1500 г. К настоящему времени достигнуты значительные успехи в выхаживании и снижении летальности в этой группе детей, однако у них сохраняется высокий процент соматических и психоневрологических отклонений в последующем. В связи с этим актуальным остается совершенствование условий выхаживания и реабилитации недоношенных детей. Одним из главных вопросов в выхаживании недоношенных детей является поддержание адекватного энергетического обмена, который занимает центральное место в процессах роста и дифференцировки тканей и органов. В настоящее время большой интерес вызывает изучение обмена веществ различного уровня, изменения клеточного и тканевого метаболизма, нарушения клеточного энергообмена у детей с ОНМТ. Цель работы: выявить особенности клеточного метаболизма у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела в динамике их роста. Обследовано 90 детей с очень низкой (70 детей) и экстремально низкой (24 ребенка) массой тела в динамике их рос-

та. Исследование клеточного метаболизма проводилось на основании биохимического анализа крови (ферментного статуса клеток), определения уровня фетального гемоглобина, оценки кислородного статуса. Проведен анализ состояния здоровья глубоконедоношенных детей, определена структура инвалидности обследуемых детей. При исследовании клеточного метаболизма выявлены значительные длительно сохраняющиеся гипоксические нарушения, дыхательный ацидоз, проявления тканевой и смешанной гипоксии у всех пациентов с очень низкой массой тела. Газовый состав крови характеризуется нормальными параметрами кислорода в капиллярной крови, повышенным парциальным давлением углекислого газа (pCO_2), более низким содержанием гемоглобина при повышенной фракции фетального гемоглобина, что обуславливает низкое общее содержание кислорода ($ct O_2$). Процессы адаптации организма глубоконедоношенного ребенка сопряжены с активацией анаэробного гликолиза, развитием гиперферментемии. Высокие показатели щелочной фосфатазы указывают на интенсивность процессов энергообмена в динамике роста недоношенного ребенка на фоне тканевой и гемической гипоксии. Только к 9-месячному возрасту показатели газового гомеостаза, уровень ферментов недоношенных детей приближался к показателям контрольной группы. Таким образом, у детей с очень низкой массой тела при рождении в динамике их роста, на первом году жизни, наблюдается напряжение клеточного метаболизма, процессов энергообеспечения на фоне длительно сохраняющейся тканевой гипоксии. Выявленные изменения биохимических показателей, кислотно-основного баланса крови у детей с ОНМТ требуют оптимизации и проведения неоднократных курсов, в процессе роста глубоконедоношенного ребенка, антигипоксантами с включением в общий курс лечебных мероприятий лекарственных препаратов с энерготропными свойствами. Увеличение количества глубоконедоношенных детей ставит перед неонатологами новую задачу – успешного выхаживания детей с ОНМТ при рождении с обеспечением не только их выхаживания, но и удовлетворительного качества дальнейшей жизни, отсутствия инвалидности.

ПРОБЛЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

О.Б. ФЕДЕРЯКИНА, И.В. ШЕЛГУНОВА, А.Н. ШИБАЕВ

Тверская государственная медицинская академия,
Российская Федерация

В последние десятилетие частота многоплодной беременности повысилась до 3%. На роды двойней приходится 20–30%, тройней – 4–6%,

четверней и многоплодием более высокого порядка – 0,2–0,4%. Нами обследовано 25 пар близнецов. При многоплодной беременности часто развивается истмико-цервикальная недостаточность, внутриутробная задержка развития плодов, плацентарная недостаточность, гипоксия плодов, что нередко приводит к проявлению дезадаптационных синдромов в раннем неонатальном периоде. Так, при обследовании сердечно-сосудистой системы близнецов нами выявлено, что транзиторная ишемия миокарда вследствие гипоксии встречалась при монохориальной многоплодной беременности в 2 раза чаще, чем при бихориальной многоплодной беременности по данным ЭКГ и ДО-ЭХОКГ. На ЭКГ чаще выявляются нарушения ритма, нарушения процессов метаболизма в миокарде, изменение зубца Т, смещение сегмента ST от изолинии, изменение комплекса ST-T. На ДО-ЭХОКГ отмечаются диастолическая дисфункция левого желудочка и повышение индекса Tei. Внедрение современных репродуктивных технологий, в результате которых все больше рождается близнецов, требует пристального внимания врачей разных специальностей к данным детям в плане изучения их адаптации и состояния их здоровья.

СТАН ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЗАХИСТУ ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

О.Е. ФЕДОРЦІВ, Н.М. ЯРЕМА

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського, Україна

У процесі розвитку автоімунного запалення при ювенільному ревматоїдному артриті (ЮРА) важливу роль відіграють вільнорадикальні реакції. Активація вільнорадикального окислення, протеазної системи, «первинні» та індуквані лікуванням порушення кишкового травлення мають багатокomпонентну руйнівну дію на мембранні структури. Оскільки прогресування цих процесів відіграє немаловажну роль в хронізації перебігу захворювання, тому метою нашого дослідження було з'ясувати інтенсивність вільнорадикального окислення і стану антиоксидантної системи дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит. При обстеженні 30 дітей, хворих на ЮРА, виявлено підвищення рівня малонового діальдегіду (МДА) до $4,5 \pm 1,2$ кмоль/л. Найвищі рівні цього показника відмічались при суглобово-вісцеральній формі ($5,0 \pm 0,7$ кмоль/л). Очевидно, що підвищення рівня МДА спричинило деструкцію клітинних мембран, внаслідок чого вивільнилися сульфгідритні групи ($83,6 \pm 1,7$ нмоль/л). Сульфгідритні групи належать до систем, які здатні пере-

творювати вільні радикали в молекулярні сполуки і виводити їх з організму. При дослідженні функціонування антиоксидантної системи захисту ми виявили зниження концентрації супероксиддисмутази ($39,5 \pm 1,4$ од/ 10^6) і каталази ($13,3 \pm 0,8\%$) за одночасного підвищення рівня церулоплазмину – ЦП ($336,1 \pm 8,7$ мг/л). Виявлене збільшення активності ЦП в умовах окисного стресу може, на наш погляд, являти собою елемент компенсаторної реакції у відповідь на підвищення рівня активних форм кисню в клітині. З огляду на те, що ЦП відіграє особливу роль у вогнищі запалення, в якому фагоцитуючі клітини виділяють велику кількість активних форм кисню, його зараховують до білків гострої фази. Наведені результати досліджень свідчать про активацію процесів перекисного окислення із накопиченням кінцевих продуктів (МДА) і виснаженням активності антиоксидантного захисту. Дисбаланс між даними процесами, в свою чергу, викликає посилення окисних пошкоджень біомолекул, дисфункцію клітин і тканин. Тому стан перекисного окислення ліпідів та антиоксидантної системи захисту є чутливим індикатором глибини порушення функціональної активності клітин і обґрунтовує застосування в комплексній терапії ЮРА антиоксидантних препаратів.

ЗАСТОСУВАННЯ СУМІШІ ФРІСОПРЕ ДЛЯ НУТРИТИВНОЇ ПІДТРИМКИ НОВОНАРОДЖЕНИМ З ПРИРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ ТРАВНОГО ТРАКТУ

О.Д. ФОФАНОВ, А.П. ЮРЦЕВА

Івано-Франківський національний медичний університет,
Україна

У новонароджених, оперованих з приводу природжених вад травного тракту (ПВТТ), спостерігаються виражені порушення травлення, зумовлені недостатнім надходженням нутрієнтів; станом гіперкатаболізму в умовах запально-го процесу; підвищеними втратами кишкового вмісту, що призводить до втрати рідини, білка й електrolітів. Це значно поглиблює метаболічні порушення у дітей з ПВТТ. Безумовно, для новонароджених оптимальним продуктом харчування є грудне молоко, але оперативні втручання при ПВТТ переважно проводяться в перші години і дні життя, коли здебільшого лактація у матерів відсутня або недостатня. Тому особливо актуальним є правильний вибір суміші та своєчасне проведення ентерального харчування у післяопераційному періоді. Метою нашого дослідження було вивчення ефективності суміші Фрісопре (Friesland foods, Голландія) у дітей, прооперованих з приводу ПВТТ. Фрісопре – напівелементна суміш з глибоким гідролізом білка, містить пребіотики, нуклеотиди і

поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК), має підвищену харчову густину і містить 80 ккал в 100 мл готової суміші. Нуклеотиди суміші Фрісопре позитивно впливають на метаболічні процеси, галактоолігосахариди мають пребіотичну дію. Антиоксидантний захист та імуномодулюючий вплив забезпечується комплексом Бетакаротину, вітамінів А, Е, С і селену. Важливо, що суміш Фрісопре має кращі, ніж інші напівелементні суміші, смакові властивості. Ліпіди суміші, які представлені ПНЖК, легко всмоктуються без участі панкреатичної ліпази. Суміш Фрісопре застосували у 18 дітей (основна група) з природженою кишковою непрохідністю, 14 дітей з цією ж патологією склали групу порівняння і отримували звичайні адаптовані суміші. Починали ентеральне харчування переважно з 2–3-ої доби після операції після відновлення перистальтики і прохідності кишки. Застосовували крапельне введення через тонкий кишковий зонд за допомогою інфузатора „Лінеомат» з постійною швидкістю 2 мл/год з 6-годинною нічною перервою. В подальшому об'єм годування збільшували на 5–15 мл/добу залежно від відновлення моторики кишечника. Встановлено, що у дітей основної групи достовірно підвищується рівень загального білка, альбуміну, альбуміно-глобулінового коефіцієнта, гамма-глобуліну, вміст сироваткового імуноглобуліну G. Спостерігається більш швидке відновлення моторно-евакуаторної функції травного тракту і маси тіла, зменшення метеоризму та ознак інтоксикації і дегідратації порівняно з дітьми, які одержували адаптовані суміші без спеціальної обробки білка.

AN INTEGRAL APPROACH TO PLANNING REGIONAL-POPULATION RESEARCHES ON BONE TISSUE PATHOLOGY IN CHILDREN

T. FROLOVA, O. OKHAPKINA

Kharkiv National Medical University, Ukraine

In the past time, the clinical-etiological aspect of the formation of the structural-functional state of the bone tissue (SFSBT) is assigned the leading part in the paediatric practice. Peculiarities in the industrial-economic development of populated areas and certain regions are formed under the influence of ecological factors, which, not without any reason, are considered as the etiological or triggering factor for SFSBT disorders. Just therefore, planning of mass-scaled researches on SFSBT should integrally take into account ecological, demographic and other peculiarities of children's population groups. The purpose of the research was to scientifically ground an integral approach to the study of regional peculiarities in the prevalence of SFSBT disorder among children and adolescents of the Kharkiv Region. Taking

into consideration the effect of environmental factors, an ecological-etiological clustering of the Kharkiv Region districts was performed. With this purpose, we conducted a regional ecological-etiological clustering of the children's population of the Region, and it was based on a distribution of the children's population of the administrative districts by the level of the ecological well-being. In order to study relationships between ecological factors and the morbidity rate of osteopenia (OP) among children, the ecological-etiological factors were grouped using quantitative-analytical methods and data of official state researches, conducted by the National Academy of Sciences of Ukraine, as well as data of special researches on whose results the Ecological Map of the Kharkiv Region was drawn. Values of direct measurements of certain environmental characteristics served as quantitative indicators of ecological factors in each district. These indices were divided into three groups: agroecological factors, factors of the anthropogenic loading on natural components, and hydroecological factors. The significance of certain ecological factors was identified with the index of correlation between the OP morbidity rate and the index, which characterized the environmental state. The spreads of OPS are characterized by the rate of $20,5 \pm 1,1\%$ and ranges depending the children's age and sex: $19,7 \pm 1,7\%$ in boys and $21,0 \pm 1,6\%$ in girls. By the severity of disorders, osteopenia degree I prevails ($9,3 \pm 1,1\%$), whereas more severe osteopenia degrees II and III are less common: $7,1 \pm 0,8\%$ and $4,1 \pm 0,5\%$, respectively. The variety of environmental effect on the formation of osteopenic disorders should be taken into account, when planning and conducting population studies, as well as perfecting the system of giving primary medical-sanitary aid.

ГОМЕОСТАЗ КАЛЬЦІЮ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАСТИКОЗАЛЕЖНИМИ ПОРУШЕННЯМИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

Т.В. ФРОЛОВА¹, О.В. ОХАПКИНА¹, Н.П. ДИКИЙ²

¹Харківський національний медичний університет.

²Національний науковий центр «Фізико-технічний інститут АМН України», м. Харків, Україна

Метою роботи було визначення гомеостазу кальцію та ступеня його порушень у дітей з синдромом дисплазії сполучної тканини (ДСТ). Ураховуючи, що збільшення або зменшення примембранної концентрації Ca^{2+} суттєво змінює внутрішньоклітинні каскади управління та є найбільш раннім маркером оцінки порушень кальцієвого гомеостазу, з метою з'ясування порушень обміну кальцію на клітинному рівні найінформативнішим є визначення ізотопного співвідношення $\text{Ca}^{44}/\text{Ca}^{48}$. Методом гамма-активнийого аналізу проведено дослідження $\text{Ca}^{44}/$

Ca^{48} у волоссі 187 дітей з ДСТ віком 9–17 років, що ґрунтується на використанні ядерних реакцій, збуджених гамма-випромінюванням і фотонейтронами від електронного прискорювача ПГ-5. Дослідження структурно-функціонального стану кісткової тканини (СФС КТ) проводили методом ультразвукової денситометрії на апараті «Sonost 2000». Основну клінічну групу склали 164 (87,7%) дитини з ДСТ, які мали постуральні порушення різного ступеня вираженості (кіфози, сколіози, плоску стопу та ін.), та 23 (12,3%) дитини з ДСТ без постуральних порушень (не ураховуючи фенотипових маркерів ДСТ: астеничної тілобудови, арахнодактилії тощо) – групу порівняння. При аналізі результатів денситометрії встановлено, що остеопенічні порушення різного ступеня тяжкості мали 62,0% пацієнтів основної групи і 17,9% дітей групи порівняння. У всіх дітей з ДСТ незалежно від клінічної групи мало місце зниження індексу $\text{Ca}^{44}/\text{Ca}^{48}$ в середньому до 0,995 (при нормі 1,0). У дітей основної групи показник індексу $\text{Ca}^{44}/\text{Ca}^{48}$ коливався від 0,81 до 0,91 та залежав від ступеня вираженості постуральних порушень ($p < 0,001$). У групі порівняння показники індексу $\text{Ca}^{44}/\text{Ca}^{48}$ були помірно зниженими (від 0,95 і до 0,9) та залежали від наявності у дитини остеопенічних порушень ($p < 0,05$). Окрім цього, встановлено, що ступінь зниження індексу $\text{Ca}^{44}/\text{Ca}^{48}$ має пряму кореляційну залежність від тяжкості остеопенічних порушень ($r = 0,67$, $p < 0,001$) незалежно від клінічної групи хворих, що вказує на порушення обміну кальцію на клітинному рівні та призводить до постурального зниження мінералізації кісткової тканини й розвитку остеопенічних порушень у дітей з ДСТ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Ю.П. ХАРЧЕНКО, И.В. ЮРЧЕНКО, ХАМО ИБРАГИМ

Одесский государственный медицинский университет,
Украина

Высокая заболеваемость острыми кишечными инфекциями, их склонность к генерализации и часто тяжелому течению обуславливают актуальность данной проблемы. Наряду с решением вопросов диагностики и лечения больных кишечными инфекциями, вызванными бактериальной флорой, все большее внимание врачей привлекает ротавирусная инфекция. По данным различных источников частота ротавирусных гастроэнтеритов составляет от 35 до 75%. Целью нашего исследования было изучение распространенности и клинических особенностей острых диарей у детей раннего возраста. Мы проанализировали результаты клинико- лабора-

торного дослідження 1643 дітей в віці від 2-х тижнів до 60 міс, госпіталізованих з діагнозом: гострий гастроентерит або гастроентероколіт. Визначення антигену ротавірусу групи А в випробуваннях здійснювалось методом імуноферментного аналізу з допомогою тест-систем IDEIA Rotavirus. Як показали дослідження, антиген ротавірусу був виявлений у 664 (41,5%) дітей, при цьому найбільш часто боліли діти перших двох років життя (57,6%). Гостре початок захворювання відзначалося у 94,5% дітей. Ведущими симптомами в клінічній картині були блювання, діарейний синдром і катаральні прояви на фоні симптомів інтоксикації і підвищення температури тіла. Оскільки клінічні прояви захворювання не є специфічними, необхідно лабораторне підтвердження етіології захворювання. Висока частота захворювання, розвиток діарейного синдрому, часто з явищами дегідратації, переважно у дітей раннього віку, відсутність специфічного лікування вимагають розв'язання питань щодо якості лікування, так і проведення профілактичних заходів, вакцинації.

ЭФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ АНТИХОЛЕСТАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ВНУТРІШНЬОПЕЧІНКОВОГО ХОЛЕСТАЗУ В ДІТЕЙ (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ)

В.С. ХІЛЬЧЕВСЬКА, Г.І. МАНОЙЛЕНКО, О.Я. КУХТА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Останнім часом суттєво збільшилась частота хронічних неінфекційних захворювань гепатобіліарної системи в дітей, що перебігають з синдромом холестазу. Зазвичай їх перебіг завершується інвалідизацією дитини внаслідок поступового формування цирозу. Етіологічне лікування при синдромі холестазу часто виявляється проблематичним, призначається переважно патогенетична та симптоматична терапія. Під нашим спостереженням знаходилась дівчинка віком 2-х років, яка неодноразово госпіталізувалась з приводу наростаючої жовтяничності шкіри та склер, вираженого свербіжу шкіри, потемніння сечі, погіршення сну, відсутності апетиту, в'ялості, підвищеної збудливості. Епізоди жовтяниці з холестатичним синдромом в анамнезі спостерігались з періодичністю у 5-6 місяців. Медикаментозне ураження печінки було виключено. Загальноклінічні аналізи без особливостей. Біохімічні показники крові: глюкоза – 4,0 ммоль/л, загальний білірубін – 449,4 мкмоль/л, прямих – 358,5 мкмоль/л, непрямий – 90,9 мкмоль/л, загальний білок – 68,0 г/л, альбумін – 44,5 г/л, холестерин – 12,2 ммоль/л, β-ліпопротеїди – 80 од., лужна фосфатаза –

839 ОД/л, АЛАТ – 0,88 мкмоль/(год.мл), АСАТ – 0,22 мкмоль/(год.мл), α-амілаза – 21,8 мг/(год.мл), тимолова проба – 1,25 од. Маркерів вірусів гепатитів не виявлено, рівень сироваткового церулоплазміну, α₁-антитрипсину в межах норми. При пункційній біопсії печінки виявлено ознаки лімфоцитарної інфільтрації в порталних трактах та фіброзуючі зміни паренхіми. Після проведеного обстеження сформульовано клінічний діагноз: внутрішньопечінковий холестаз нез'ясованої етіології, початок фіброзу печінки. Лікування в перший тиждень включало інфузійну дезинтоксикаційну терапію, преднізолон коротким курсом, гепабене, фенобарбітал до припинення наростання рівня білірубину в крові. Призначено урсофальк дозою 10 мг/кг внутрішньо 1 раз на добу на ніч та гептрал 20 мг/кг внутрішньом'язово впродовж тижня з подальшим переходом на пероральний прийом тією ж дозою в два прийоми. Курс лікування тривав 2 місяці. Впродовж лікування урсофальком та гептралом стан дитини значно поліпшився, явища холестазу зникли, настала тривала клініко-лабораторна ремісія. Отже, застосування комбінації урсофальку та гептралу в комплексному лікуванні захворювань печінки з внутрішньопечінковим холестазом сприяє швидкій позитивній клініко-біохімічній динаміці.

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ В СЕМЬЯХ

Ю.А. ЦАРЁВА¹, Н.М. ЦАРЁВА²

¹ГОУВПО «Саратовский государственный медицинский университет Росздрава». ²Педагогический институт Саратовского госуниверситета, Российская Федерация

Оскільки державна політика, направлена на формування здорового образу життя, стає основопологаючою в сучасному суспільстві, вивчається проблема стосунку до здоров'я дітей в родині. По результатам опитування 60 матерів, маючих дітей дошкільного віку (від 3 до 7 років), було встановлено, що тільки 30% опитаних оцінили здоров'я свого дитини як хороше, решта 70% – нижче середнього і пов'язали рівень здоров'я з частотою повторних захворювань. При цьому для покращення здоров'я своїх дітей близько 40% батьків нічого не робили. В родині в силу різних причин порушені багато режимних моментів, які в дошкільному віці частково коректуються в дитячих садках. Так, близько 70% дітей гуляли тільки тому, що ходили в дитячий садок, а деякі неорганізовані діти гуляли тільки по вихідних в зв'язі з навантаженням батьків. Довготривале сну у половини дітей не відповідає віковим потребностям, причому виключено за рахунок нічного недосипання.

Страдает физическая подготовка дошкольников: ни с одним ребенком не занимались физически, только 17% детей делали утреннюю зарядку ежедневно, причем в большинстве случаев под руководством старшего поколения. Выходные дни в семьях проводятся неактивно: в теплое время года на даче, а в холодное время – перед телевизором, причем при подсчете времени активного и пассивного просмотра телепрограмм в 100% было отмечено чрезмерное пребывание перед телевизором, примерно в трети телевизор дома работает целыми днями. Не все дети соблюдают режим питания, отмечена тенденция к преобладанию углеводистой пищи в рационе, а в целом наблюдается форсированный перевод детей на стол взрослого человека. Слабо акцентировано гигиеническое воспитание ребенка: только треть детей купали ежедневно, а треть – лишь один раз в неделю. 20% детей умываются по утрам от случая к случаю, более половины детей зубы не чистят или чистят нерегулярно, и, к сожалению, объективный осмотр полости рта указывал на еще худшее положение по данной проблеме. Половина детей являются пассивными курильщиками (имеют курящую мать, отца или другого члена семьи). Таким образом, по результатам нашего исследования можно сделать вывод о слабой ориентации родителей на сохранение здоровья своих детей, и решать эту проблему еще предстоит.

РЕГИОНАРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РИНОСИНОСИТАМИ

Т.Ю. ЦВЕТКОВА, Л.В. СОФРОНОВА, Е.В. ТРОИЦКАЯ

ГОУВПО «ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава», г. Пермь, Российская Федерация

Нами были пролечены дети с аллергическим риносинуситом (4–16 лет) путем лимфотропной (ЛТТ) введения полиоксидония (ПО) в область сосцевидного отростка. Группу наблюдения составили 30 детей, получавших ПО лимфотропно. В группу сравнения вошли 33 пациента, получавших ПО путем внутримышечного (в/м) введения. До лечения и через две недели после окончания курса терапии было проведено исследование показателей. В процессе лечения, помимо положительной динамики показателей фагоцитоза и гуморального иммунитета, были выявлены другие регионарные эффекты ЛТТ терапии, касающиеся динамики показателей антиоксидантной активности плазмы (АОА), малонового диальдегида (МДА), а также адаптационных реакций. При ЛТТ наблюдалось более выраженное снижение показателей МДА. После в/м введения у 30% детей данный показатель превышал норму. При ЛТТ в ряде случаев мы наблюдали положительные изменения со

стороны органа слуха, а в одном случае отмечалось улучшение зрения. Достоверное повышение среднего значения индекса адаптационной реакции у детей разного возраста после ЛТТ введения ПО свидетельствовало об увеличении количества детей, находившихся в более высоких реакциях. Более всего, преимущество ЛТТ в сравнении с в/м введением ПО проявилось в отсутствии пациентов с реакциями стресс и перерактивация у детей 4–6 лет и большим количеством детей в реакциях спокойной и повышенной активации. Таким образом, ЛТТ воздействие на лимфатический регион верхних дыхательных путей оказывает положительное влияние не только на течение основного заболевания, но и на восстановление функции других органов того же региона, что проявляется в улучшении изначально сниженных показателей слуха и зрения и формировании физиологических адаптационных реакций с высоким уровнем реактивности.

КОМОРБИДНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Л.Л. ЧЕЛПАН

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Прогноз ревматических заболеваний (РЗ) на фоне патогенетической, нередко агрессивной терапии улучшается, вместе с тем негативное воздействие коморбидных состояний на заболеваемость и смертность остается весьма существенным. При этом основная роль отводится кардиоваскулярной патологии, инфекционным осложнениям, поражению желудочно-кишечного тракта, малигнизации. Инфекционная патология при РЗ имеет двойное значение. С одной стороны, инфекционный агент может играть роль триггерного механизма, запускающего иммунопатологические процессы. С другой – использование иммуносупрессивных препаратов с целью купирования аутоиммунного воспаления ведет к развитию гетерогенной группы коморбидных инфекций (КИ), которые неблагоприятно влияют на течение основного заболевания и качество жизни больных. Обследовано 58 детей с РЗ в возрасте от 3 до 18 лет. Из них 22 больных ЮРА, 5 – СКВ, 10 – с острой ревматической лихорадкой, 7 – с хронической ревматической болезнью сердца, 14 – с реактивным артритом. У 13 детей наличие фебрильной лихорадки в дебюте потребовало обследования на вероятную вирусную и бактериальную инфекции. У больных с отсутствием или субфебрильной температурой проводился поиск очагов инфекции в ротоглотке, урогенитальной системе и др. Установлено, что в 89,7% случаев (52 из 58 ребенка) зарегистрированы КИ. При этом хронический

тонзиллит был у 31 ребенка, кариес зубов – у 22, инфекция мочевой системы (ИМС) – у 14, хламидийная и микоплазменная инфекции – у 8 детей. Практически у всех девочек-подростков имел место генитальный кандидоз. Грибковые поражения кожи наблюдались у двух третей больных, которые получали иммуносупрессивную терапию. Персистирующая герпетическая инфекция выявлена у 18 больных, Эпштейн-Барр вирусная инфекция – у 13. Наряду с патогенетической терапией основного заболевания проводилась санация очагов. В случае выявления персистирующей вирусной инфекции назначали виферон в сочетании с протектидом. Установлено, что чаще КИ регистрировались в группе больных с ревматическим поражением сердца (ротоглоточные) и ЮРА (ИМС). Факторами риска развития КИ являются стаж болезни, высокая воспалительная активность, иммуносупрессивное лечение.

КЛИНИЧЕСКИЕ И КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

В.Н. ЧЕРНЫШОВ, А.А. САВИСЬКО, А.А. ЛЕБЕДЕНКО,
Т.Д. ТАРАКАНОВА

Ростовский государственный медицинский университет,
Российская Федерация

Цель работы – изучение клинической картины и оценка состояния сердечно-сосудистой системы у больных с острой пневмонией (ОП) в зависимости от характера вентиляционных нарушений. Было проанализировано 285 клинических случаев детей, поступивших в течение года в стационар с подозрением на ОП. Диагноз подтвердился у 198 (69,4%) больных. Возраст детей составлял от 1 месяца до 17 лет, преобладали мальчики (60%). При анализе клинической картины было установлено, что основными жалобами при поступлении были лихорадка и малопродуктивный кашель. Повышение температуры тела до фебрильных цифр имело место лишь у 64% больных, у остальных детей температура была субфебрильной. В то же время, кашель присутствовал у 90% пациентов. Дыхательная недостаточность отмечена у 22% больных, что не совпадает с данными многих авторов, указывающих на нее как на один из основных симптомов заболевания. Вместе с тем, локальные аускультативные изменения в легких отмечались в подавляющем большинстве случаев (88%), причем чаще всего это были ослабленное дыхание и мелкопузырчатые влажные хрипы. Крепитация была выявлена только у 1% больных ОП. Укорочение перкуторного звука отмечено у 79 пациентов. Рентгенологически ОП была подтверждена в 100% случаев.

Процесс чаще всего был односторонним (более 90%), причем преобладало поражение правого легкого (66%). По морфологической форме большинство пневмоний были очаговыми и очагово-сливными (76%). В то же время, частота встречаемости полисегментарных пневмоний составила 17%, а долевых – только 1%. Установлена четкая взаимосвязь характера и степени выраженности изменений функции внешнего дыхания (ФВД) с типами кровообращения. На начальной стадии заболевания преобладал гиперкинетический тип гемодинамики, который отмечен в основном у больных с нарушением ФВД по обструктивному типу 1–2 ст. У пациентов с вентиляционными нарушениями смешанного характера 1 ст. преобладал эукинетический тип гемодинамики. В то же время гипокINETический вариант выявлен у больных ОП с дыхательной недостаточностью 2–3 степени. На фоне выздоровления формировался преимущественно эукинетический тип гемодинамики. Полученные результаты способствуют ранней диагностике гемодинамических расстройств при острых пневмониях у детей и оптимизации лечения.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОРИ И КРАСНУХЕ В УКРАИНЕ

Л.М. ЧУДНАЯ, И.Л. МАРИЧЕВ, Л.С. КРАСЮК, С.И. БРЫЖАТА,
О.Н. АЛАЕВА

ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней
им. Л.В. Громашевского АМН Украины», г. Киев, Украина

Корь и краснуха в Украине до настоящего времени остаются актуальной инфекционной патологией. Обе эти инфекции имеют много общего – широкое распространение, капельный механизм передачи, всеобщую восприимчивость и преимущественное поражение детского населения. Основной профилактической и противоэпидемической мерой борьбы с ними является вакцинопрофилактика. Всю историю кори и краснухи можно разделить на два периода – довакцинальный и поствакцинальный. Довакцинальный период кори в Украине завершился в 60–70-х годах XX столетия, краснухи – в конце XX – начале XXI столетия. Заболеваемость корью в довакцинальный период, т.е. в 40–50-е годы в СССР достигала 2 млн. в год, в Украине – 350 тысяч. В Украине впервые плановую вакцинацию против кори начали проводить в 1967–1968 гг., и уже в 1969 г. заболеваемость корью уменьшилась почти в 10 раз. В последующие годы наблюдалось стабильное снижение заболеваемости. Украина приближалась к элиминации кори. Однако возникшая в стране эпидемическая ситуация, а именно: вспышки заболеваемости в 2001 и 2006 годах нарушили эти планы. Чтобы достичь элиминации кори в Укра-

ине, необхідно удосконалити роботу на місцях по вакцинопрофілактиці, лабораторній діагностиці, виявленню груп ризику і випадків кори в очагах захворювання. Актуальність краснухи в Україні обумовлена як високим рівнем захворюваності, так і тератогенним впливом вірусу. Результати епідеміологічного аналізу свідчать, що в багаторічній динаміці краснухи спостерігалась циклічність з періодичністю в 2–3 роки. Після проведення планової вакцинації проти краснухи, починаючи з 2003 р., спостерігається поступове зниження захворюваності. Вакцинацію проти краснухи проводять дітям в 12 міс, в 6 років і тільки дівчаткам в 15 років. В той же час жінки репродуктивного віку не отримують планових прививок і залишаються вразливими до краснухи, що представляє особливу небезпеку в період вагітності.

ОЦІНКА ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВХОДУ У ДІТЕЙ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

М.О. ШАЛАМАЙ

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, Україна

Увага до гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) визначається в першу чергу її поширеністю та зростанням кількості хворих дітей. В медичній практиці практично не використовується біопсія слизової оболонки стравоходу для діагностики ГЕРХ з подальшою оцінкою гістологічної (цитологічної) картини. Діагностика ГЕРХ у дітей досить складна, тому що існує різноманіття позастравохідних клінічних проявів. У 80% хворих дорослих на ГЕРХ при гістологічному дослідженні слизової оболонки стравоходу виявлено різний ступінь її ураження. Метою роботи було вивчення гістологічної (цитологічної) картини слизової оболонки стравоходу при ГЕРХ у дітей старшого віку. Під спостереженням було 40 хворих дітей (20 хлопчиків та 20 дівчаток) віком від 10 до 14 років, які проходили обстеження та лікування на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні з приводу ГЕРХ. Усім пацієнтам проводили добову комп'ютерну внутрішньопорожнинну рН-метрію стравоходу, езофагогастрододеноскопію з біопсією дистального відділу слизової оболонки стравоходу. Хворих було розподілено на групи: I група – 10 пацієнтів без клінічних та ендоскопічних ознак ГЕРХ; II група – 15 хворих з типовими клінічними проявами ГЕРХ, але без ендоскопічних ознак ГЕРХ; III група – 15 дітей з типовими клінічними скаргами та ендоскопічними ознаками. Визначали чутливість та специфічність отриманих гістологічних

ознак для ранньої діагностики ГЕРХ у дітей. У кожній групі при гістологічному дослідженні слизової оболонки стравоходу визначали такі цитологічні ознаки, як набряк, гіперплазія поверхневого та базального шарів епітелію стравоходу, ектазії судин та крововиливи, інфільтрація епітелію еозинофілами або нейтрофілами, паракератоз. У хворих дітей з ерозивною формою ГЕРХ (III група) достовірно частіше (до 68–70%) спостерігалась гіперплазія та набряк поверхневого та базального шарів епітелію стравоходу. Чутливість (28–30%) комплексу гістологічних ознак є низькою при неерозивній формі ГЕРХ (I та II групи), але специфічність (82–84%) їх достатня для проведення диференціальної діагностики ураження слизової оболонки стравоходу у всіх групах. Таким чином, вивчення особливостей морфологічної структури слизової оболонки стравоходу у хворих дітей з ГЕРХ дозволяє прогнозувати перебіг та можливість розвитку ускладнень, прогнозувати строки лікування та широту лікувальних та реабілітаційних заходів.

ИНВАЛИДНОСТЬ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В.Е. ШАРОВАРО, Л.А. СОРОКИНА, Е.П. ИВЛЕВА

ГОУВПО «Смоленская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Российская Федерация

Социально-экономические перемены, происходящие в стране на протяжении последних лет, привели к неблагоприятным изменениям демографической ситуации. Смоленская область относится к числу демографически неблагополучных регионов Центральной России. Со второй половины 1990-х годов в области и в городе имеет место процесс депопуляции, которая в начале XXI века стала приобретать системный характер. В 2008 году численность населения достигла 993514 человек, что на 250 тысяч человек меньше, чем в первый послевоенный (1946 год) и практически стала такой же, как и накануне Отечественной войны 1812 года. Ежегодно численность населения области сокращается на 1,3–1,5%. К демографическим угрозам развития Смоленской области относится и высокая младенческая смертность, которая составляет 7,8‰. Кроме естественной убыли населения, происходит снижение уровня здоровья, рост заболеваемости, инвалидности среди детей и взрослых. В результате проведенного анализа динамики инвалидности среди детей за последние 10 лет отмечен прирост уровня общей детской инвалидности на 11,0%. В структуре патологии детской инвалидности первое место продолжают занимать врожденные ано-

мали и пороки развития (27,5%). Второе ранговое место в структуре причин детской инвалидности занимают болезни нервной системы (18,5%). Третье место – болезни эндокринной системы (9,6%), четвертое – болезни уха и соцевидного отростка (8,4%). Значительно реже причинами детской инвалидности были болезни глаз и его придатков (7,2%), органов дыхания (6,6%), костно-мышечной системы (5,8%), новообразования (4,7%), болезни мочеполовой системы (3,5%), кожи и подкожной клетчатки (1,9%), травмы и отравления (1,8%), болезни системы кровообращения (1,2%), крови и кроветворных органов (0,9%), инфекционные, паразитарные и болезни органов пищеварения (0,9%). Генетические данные и комплекс природно-климатических условий социальной среды определяют здоровье плода и ребенка, создают предпосылки к изменению резистентности и повышению заболеваемости. Это диктует необходимость улучшить пренатальную диагностику заболеваний плода и проводить его лечение. Выход из сложившейся ситуации мы видим в формировании целевой межведомственной программы по профилактике и ранней диагностике инвалидности среди детей.

ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ф.Г. ШАРШОВ

Областная детская больница, г. Ростов-на-Дону,
Российская Федерация

Целью настоящего исследования явилось определение продолжительности этапа квалифицированной медицинской помощи детям с тяжелыми травматическими повреждениями на территории Ростовской области. Проведено ретроспективное исследование историй болезни 101 ребенка, находившегося на лечении в центральных районных (ЦРБ), городских (ГБ), центральных городских (ЦГБ), детских городских (ДГБ) больницах и больницах скорой медицинской помощи (БСМП) городов и районов области по поводу тяжелых травм различного происхождения. В первую исследуемую группу вошли 49 (48,51%) детей, получивших травмы в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП), во вторую – 52 (51,49%) ребенка, пострадавших от других причин. В результате проведенного исследования установлено, что длительность пребывания детей обеих групп в вышеуказанных ЛПУ варьировала у пострадавших первой группы от нескольких часов до 7 суток (в среднем 3,80 суток), у детей второй группы – от нескольких часов до 12 суток (в среднем 6,15 суток). Часть пострадавших нуж-

далась в оказании высококвалифицированной и специализированной помощи в ЛПУ областного уровня. В эти стационары было переведено 39 (79,59%) детей первой группы и 30 (57,69%) – второй после оказания необходимого объема медицинской помощи на этапе ЦРБ, ЦГБ, ГБ, ДГБ и БСМП. Остальные 10 (20,41%) пострадавших в результате ДТП и 22 (42,31%) получивших тяжелые травмы от действия других факторов по окончании полного курса лечения в ЛПУ городов и районов области были выписаны. Транспортировку 23 (58,97%) пострадавших первой группы и 6 (15,38%) второй, из перечисленных стационаров в ЛПУ областного уровня, осуществляла реанимационно-консультативная бригада Областной детской больницы. Остальные 16 (41,03%) и 24 (61,54%) пострадавших первой и второй групп, соответственно, доставлены в областные стационары по принципу «от себя» бригадами скорой медицинской помощи городов и районов области. Таким образом, 39 (79,59%) пострадавших вследствие ДТП и 30 (57,69%) детей, получивших тяжелые травмы в результате других причин, были переведены на этап специализированной медицинской помощи в ЛПУ областного уровня.

ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ ЮНАКІВ ДОПРИЗОВНОГО ВІКУ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

В.В. ШЕВЧЕНКО, С.Г. ПЕТРОВА, Т.С. КОВАЛЕНКО

Луганський державний медичний університет, Україна

Поширеність серцево-судинної патології серед підлітків постійно зростає, а порушення ритму серця і провідності становлять значний відсоток серед симптомів кардіальної патології. Виявлення доклінічних форм захворювання залишається актуальним. Метою дослідження було вивчення електрофізіологічних особливостей серцево-судинної системи у юнаків допризовного віку за даними стандартної 12-канальної електрокардіографії. У ході дослідження проаналізовано ЕКГ 443 юнаків (16 років) – учнів загальноосвітніх шкіл м. Луганська. При оцінці показників ЕКГ електрокардіографічні відхилення було виявлено у 362 (81,7%) підлітків. Синусовий ритм спостерігався у 374 (84,42%) хлопців, у 33 (7,45%) обстежених виявлено право- та нижньопредсердний ритм та у 36 (8,13%) – міграцію водія ритму. Найчастішими порушеннями ритму були синусова аритмія, синусова тахіаритмія та синусова тахікардія, які відмічались у 218 (49,21%), 69 (15,57%) та 47 (10,61%) обстежених відповідно. Синусову брадикардію та брадиаритмію виявлено в 15 (3,87%) та 14 (3,16%) обстежених. Екстрасистолічну аритмію зареєстровано у 13 (2,93%) пацієнтів, при цьому в 9 (2,03%) – суправентрикулярного

походження, в 4 (0,9%) – шлуночкового. Нормальну атріовентрикулярну провідність при синусовому ритмі зареєстровано у 381 (86,00%) хлопця, синдроми преекзитації шлуночків – у 55 (12,41%) обстежених (синдром укорочення інтервалу PQ та синдром WPW у 54 (12,19%) та в 1 (0,22%) випадку відповідно) Атріовентрикулярна блокада I ступ. спостерігалася у 7 (1,58%) випадках. Внутрішньошлуночкова провідність була порушена у 77 (17,38%) юнаків: за типом неповної блокади правої ніжки пучка Гіса – у 68 (15,34%) та передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса – у 9 (2,03%). Найчастішим порушенням процесів реполяризації виявився синдром ранньої реполяризації шлуночків, зареєстрований у 59 (13,32%) юнаків. Таким чином, виявлені ЕКГ-зміни розширюють наші уявлення про функціональний стан серцево-судинної системи у хлопців підліткового віку, що має велике значення для ранньої діагностики морфофункціональних відхилень та кардіологічних захворювань в підлітків та вимагає подальшого моніторингу і вчасного впровадження адекватної профілактики та лікування.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ РЕСПИРАТОРНЫМ СИНДРОМОМ

М.В. ШЕВЧЕНКО, Е.Г. КОНДЮРИНА, М.В. ШТЕЙНБЕРГ

Новосибирский государственный медицинский
университет, Российская Федерация

В дошкольном возрасте фиксируется самая высокая частота респираторных заболеваний, оценка факторов, влияющих на рецидивирование респираторного синдрома, в педиатрии весьма актуальна. С целью изучения состояния иммунного статуса и характера флоры в носоглотке у детей до 7 лет, посещающих детский сад, с рецидивирующим респираторным синдромом, обследовано 33 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет, у которых острая респираторно-вирусная инфекция наблюдалась более 4 раз в течение года. Период наблюдения составил четыре месяца. Методом проточной цитометрии исследован иммунный статус. Всем детям был взят мазок из носоглотки на выявление типичных бактериальных возбудителей (гемофильная палочка, пневмококк), атипичных возбудителей (*Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*), вирусов (респираторно-синцитиальный вирус, аденовирус) методом ПЦР. Состав микрофлоры в носоглотке обследованных был представлен гемофильной палочкой у 28,6%, пневмококком – у 54,3%, аденовирусом – у 5,7%. По результатам исследования иммунного статуса у большинства детей (63,4%) отмечался относительно возрастной нормы лимфоцитоз, который сопровождался снижением уровня В-

лимфоцитов в 58%. Иммунорегуляторный индекс в 45,5% соответствовал норме. Преобладание CD8+ Т-супрессорной активности наблюдалось в 30%, а CD4+ Т-хелперная направленность иммунного ответа была в 24,2%. Показатели гранулоцитарного фагоцитоза соответствовали норме у 70% детей, у каждого третьего ребенка они были повышены (30%), напротив, моноцитарный фагоцитоз был снижен практически у всех обследованных (96,9%). Низкий уровень экспрессии генов на поверхности иммунокомпетентных клеток CD HLA DR выявлен в 54,2% случаев. Таким образом, низкая фагоцитарная активность моноцитов, а также дисбаланс клеточного и гуморального звеньев иммунитета отражает напряженность иммунорегуляторных процессов и, вероятно, обуславливает неадекватность противоинфекционной защиты, что приводит к частым рецидивам респираторной инфекции.

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ НЕОНАТОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

Є.Є. ШУНЬКО

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика. Міністерство охорони здоров'я України,
м. Київ, Україна

Міжнародний та вітчизняний досвід організації та забезпечення медичної допомоги новонародженим свідчить про перспективи подальшого розвитку неонатології та організації впровадження нових технологій та організаційних підходів, заснованих на даних доказової медицини, створення регіональних перинатальних та неонатальних центрів з забезпеченням високоспеціалізованої медичної допомоги, безперервної післядипломної освіти, проведення наукових досліджень з визначенням найкращої практики медичної допомоги новонародженим. Провідною проблемою неонатології та педіатрії в світі є інтенсивна терапія, виходжування та забезпечення оптимального розвитку і якості життя дітей з дуже малою масою тіла при народженні (менше 1500 г, гестаційним віком менше 32 тижнів). Розвиток неонатології в Україні має наступні напрямки: розробка національних клінічних настанов та клінічних рекомендацій на підставі даних доказової медицини, стандартів надання медичної допомоги новонародженим, клінічних протоколів, затверджених МОЗ України, забезпечення базової медичної допомоги новонародженим, створення обласних перинатальних та неонатальних центрів з виїзними транспортними неонатологічними бригадами, підготовка професійних кадрів лікарів педіатрів-неонатологів та дитячих анестезіологів, забезпечення сучасним обладнанням для інтенсивної терапії та виходжування новонароджених, впрова-

дження нових перинатальних технологій, сучасних підходів до інтенсивної терапії, виходження та ранньої реабілітації розвитку дітей з дуже малою та екстремально малою масою тіла. Провідними причинами неонатальної смертності в Україні є синдром дихальних розладів, природжені вади розвитку, інфекції, специфічні для перинатального періоду, внутрішньошлункові крововиливи, гіпоксія плода та асфіксія новонародженого. Перехід України на міжнародні критерії визначення перинатального періоду, проведення аналізу перинатальної допомоги з застосуванням матриці BABIES дозволили підвищити якість медичної допомоги новонародженим з малою масою тіла, обґрунтувати перспективні напрями забезпечення медичної допомоги вагітним та новонародженим.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ В УКРАЇНІ

Є.Є. ШУНЬКО, Ю.І. ГЛАДУШ, Т.П. ІВАНОВА, Т.О. ОРЛОВА,
Ю.В. БАРИНОВ, О.Г. КОРОЛЬ, С.Я. СТАРЕНЬКА,
І.С. МАКСАКОВА

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика. Національна дитяча спеціалізована лікарня
«ОХМАТДИТ», м. Київ, Україна

Спеціалізована медична допомога новонародженим в Україні здійснюється в лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я матері та дитини III–IV-го рівня, а саме в областях (регіональних) перинатальних центрах, центрах охорони здоров'я матері та дитини, неонатальних центрах обласних дитячих лікарень, НДСЛ «ОХМАТДИТ», ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України». Основними напрямками високоспеціалізованої медичної допомоги новонародженим на сучасному етапі є респіраторна підтримка, в тому числі неінвазивна вентиляція легень, парентеральне харчування, хірургічна корекція природжених вад розвитку з проведенням реконструктивно-пластичних операцій, хірургічні втручання у новонароджених з тяжкою перинатальною патологією (перфорація кишечника, шлунка, перитоніт тощо), інтенсивна терапія та виходження дітей з масою тіла менше 1500 г та гестаційним віком менше 32 тижнів, рання діагностика та корекція ретинопатії, діагностика та лікування уражень ЦНС, внутрішньоутробної інфекції, рання діагностика порушень слуху у новонароджених шляхом проведення ехо-скринінгу. З метою підвищення ефективності медичної допомоги новонародженим, поліпшення якості медичної допомоги дітям з дуже малою масою тіла, впровадження клінічних і наукових розробок щодо високоспе-

ціалізованої лікувально-профілактичної допомоги новонародженим України в 2008 році в НДСЛ «ОХМАТДИТ» створено Неонатологічний центр, що дасть можливість знизити рівень малюкової, неонатальної смертності та інвалідності з дитинства в Україні. В липні 2008 року на базі Неонатологічного центру відкрито перший в Україні кабінет ранньої діагностики та лазерної корекції ретинопатії недоношених Центру ретинопатії недоношених НДСЛ «ОХМАТДИТ». Перспективним напрямом безперервного професійного розвитку є впровадження телемедицини та дистанційної післядипломної медичної освіти.

РАННЯ ДІАГНОСТИКА СЕПСИСУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Є.Є. ШУНЬКО, Б.Р. ВІЛЕН, В.Л. БРОЖИК

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ. Черкаська обласна лікарня, Україна

Однією з актуальних проблем сучасної неонатології є рання діагностика та ефективне лікування неонатального сепсису. Розвиток генералізованого запалення при сепсисі відрізняється наявністю синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ), що діагностується за такими клінічними ознаками, як розлади температурного гомеостазу; тахіпное або апное, тахікардія або брадикардія; незасвоєння ентерального харчування, пригнічення та/або судоми; олігурія. Водночас, зазначені клінічні прояви захворювання у новонароджених не є специфічними тільки для неонатального сепсису. ССЗВ пов'язаний з утворенням значної кількості біологічно активних речовин, а саме: тумор-некротизуючого фактора- α (ТНФ- α), інтерлейкіну-1 (ІЛ-1), ІЛ-6, гамма-інтерферонів. Маркерами ССЗВ при неонатальному сепсисі вважать: визначення рівня прозапальних цитокинів (лейкотрієни, ТНФ- α , ІЛ-1, ІЛ-6), білків гострої фази запалення сироватки крові, зміни лейкоцитарної формули, прокальцитоніну (ПКТ), імуноглобулінів, циркулюючих імунних комплексів, а також НСТ-тесту. «Золотим стандартом» діагностики сепсису є бактеріологічне дослідження крові, але загальна чутливість цього методу досягає лише 25–42%. При сепсисі найбільш чутливим і швидким індикатором ураження є С-реактивний білок (СРБ), концентрація якого в сироватці крові починає збільшуватись вже через 6–8 годин від початку захворювання, досягаючи максимального рівня (100 мг/л і вище) на 2–3-тю добу захворювання. В останні роки важливе значення в ранній діагностиці сепсису приділяється прокальцитоніну (ПКТ). При генералізації бактеріальної інфекції спостерігається підвищення рівня ПКТ в сироватці крові протягом 6–12 годин до концентрації більше 2

мкг/л. Кількість виділеного ПКТ при інфекції відповідає ступеню активності запальної реакції. При локальній інфекції показник чутливості складає 60%, а специфічність – 79%. При інфекції з системною маніфестацією специфічність цього тесту підвищується з підвищенням рівня ПКТ. При зниженні гостроти запалення концентрація ПКТ відразу ж знижується відповідно до періоду його напіврозпаду (25–30 год).

ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОПЕНІЙ У ДІТЕЙ З ЗАТРИМКОЮ РОСТУ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Н.Ю. ЩЕРБАТЮК

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського, Україна

Затримка росту у дітей супроводжується сповільненням розвитку кісткової системи та зміною щільності кістки з порушенням мінерального обміну. Явища остеопорозу та остеопенії різних ступенів виявляються у 100% дітей з затримкою росту гіпофізарного генезу, у 43 та 24% хворих – при субнанізмі та нанізмі конституційного генезу. У цих дітей спостерігається тенденція до гіпокальціємії та до підвищення рівня лужної фосфатази, тому при лікуванні таких дітей, крім етіотропного гормонального лікування, патогенетично обґрунтована корекція виявлених змін препаратами, які б запобігали вимиванню кальцію з кісток. Таким препаратом є Відеїн-3, який являє собою комплекс відеолу із білком молока казеїном. При лікуванні від дітей 6–18 років з затримкою росту гіпофізарного генезу, субнанізмом та нанізмом конституційного генезу його призначали в складі комплексної терапії один раз на день в один і той же час, не пов'язуючи його з прийомом їжі залежно від ступеня остеопенії. Так, при I ступ. призначали Відеїн-3 по 1000 МО на добу упродовж 30 днів двічі на рік з перервою 5 місяців між курсами; при II ступ. остеопенії – по 2000 МО на добу упродовж 40 днів тричі на рік з перервою 3 місяці між курсами; при III ступ. – з розрахунку 4000 МО на добу упродовж 45 днів тричі на рік з перервою 3 місяці між курсами. Слід відмітити доцільність поєднаного використання вищенаведеної схеми лікування Відеїном-3 та дієти, збагаченої кальційвмісними продуктами, оскільки глибокі зміни кальцій-фосфорного обміну, що виникають на фоні порушення мінеральної щільності кісткової тканини у хворої дитини при гіпофізарному та конституційному нанізмі та субнанізмі, не завжди і не достатньою мірою вдається компенсувати лише застосуванням вітаміну D в складі комплексної терапії низькорослості. Запропонована терапія у 19% дітей після першого курсу лікування сприяла підвищенню рівня кальцію в сироватці крові до нижньої межі вікової нор-

ми та збільшенню мінеральної щільності кісткової тканини в середньому на 9% у кожному із поперекових хребців. Таким чином, диференційований підхід у призначенні Відерну-3 залежно від ступеня остеопенії у дітей дозволив ефективно скоригувати кальцієвий обмін та забезпечити цим самим профілактику остеопорозу у дітей з затримкою росту.

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

С.И. ЭРДЕС, А.В. ГОРЕЛОВ, Б.О. МАЦУКАТОВА,
И.В. СИЧИНАВА, М.А. РАТНИКОВА, Е.А. ЯБЛОКОВА,
М.И. ГРАММАТОПУЛО, Е.Ю. ПОЛОТНЯНКО, Е.В. БОРИСОВА

Клиника детских болезней ММА им. И.М. Сеченова,
г. Москва, Российская Федерация

Целью исследования было изучение клиники внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) у детей. Обследовано 46 детей 2–16 лет с ВЗК, в том числе 38 с язвенным колитом (ЯК) и 8 – с болезнью Крона (БК). Соотношение девочек и мальчиков составило 2:3 для ЯК и 2:1 для БК. Возраст дебюта ВЗК в 37% случаев составил 10 и более лет, в 39% – 4–10 лет, в 17% – 1–3 года, в 7% – до 1 года. Возможными триггерными факторами у 44% детей были кишечные инфекции, у 19% – физические факторы и прививки, у 18% – бактериальные и вирусные инфекции. Срок от начала болезни до установления диагноза составил от 1,5 мес до 9,5 лет. Кишечные проявления отмечались в дебюте ВЗК у 86% детей, отсутствовали – у 14%. Кишечные проявления характеризовались: болями в животе – у 76%, диареей с примесью крови или слизи в стуле – у 65% и запором – у 6%. У 70% пациентов отмечалось снижение массы тела, у 17% – лихорадка. У 14% детей в дебюте отмечались внекишечные проявления ВЗК: в 7% – первичный склерозирующий холангит, в 6% – артриты, в 6% – кожные проявления васкулитов. У 47% детей с ЯК было тотальное поражение кишечника, у 42% – левостороннее, у 11% – проктосигмоидит. При БК правостороннее поражение толстого кишечника было у 63% детей, илеоцекальное – у 37%. Таким образом, ВЗК – системное заболевание с разнообразной клинической картиной поражения кишечника и большим спектром внекишечных проявлений, что крайне затрудняет первичную диагностику. В дебюте заболевания кишечные проявления могут отсутствовать, что необходимо учитывать при проведении диагностического поиска. Правильная трактовка внекишечных симптомов способствует своевременному установлению диагноза и назначению адекватной терапии при возможном атипичном варианте болезни.

КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

М.З. ЭФЕНДИЕВА, Г.М. ГУРБАНОВА

Научно-исследовательский институт педиатрии
им. К.Я. Фараджевой. г. Баку, Азербайджан

Врожденная цитомегаловирусная (ЦМВ) и герпетическая (ГВ) вирусная инфекция в настоящее время является наиболее распространенной среди других внутриутробных инфекций, влияющих на состояние центральной нервной системы. Целью настоящей работы явилось изучение мозговой гемодинамики и выявление нейросонографических изменений головного мозга у недоношенных с ЦМВ и ГВ инфекцией. С подозрением на внутриутробную инфекцию целенаправленно обследовано недоношенных детей, родивших у матерей с отягощенным соматическим, акушерским анамнезом. Дети родились при сроке гестации 28–32 недели, с массой тела 1000–2500 г. Для диагностики ЦМВИ, ГВИ у недоношенных использовали иммуноферментный анализ выявления специфических иммуноглобулинов М и G в крови, полимеразную цепную реакцию (ПЦР). ЦМВИ была обнаружена у 25% детей, ГВИ – у 28,1%. У недоношенных детей с ЦМВИ и ГВИ со стороны ЦНС преобладающими являлись синдромы общего угнетения: адинамия, снижение рефлексов врожденного автоматизма, нарушения акта сосания, снижение мышечного тонуса. Неврологическая симптоматика у недоношенных детей при герпетической инфекции носила более устойчивый, длительный характер. Выраженная глазная симптоматика в основном сопровождалась нейросонографическими изменениями, фиксирующими дилатацию боковых желудочков мозга, наличием перивентрикулярных кровоизлияний I–III степени; у глубоко недоношенных детей перивентрикулярная лейкомаляция белого вещества мозга. Для ГВИ характерными были проявления менингоэнцефалита. При ЦМВИ у недоношенных новорожденных часто обнаруживались органические изменения головного мозга (агенезия мозолистого тела, гидроцефалия, микроцефалия). Таким образом, результаты исследования позволили выявить нарушения мозгового кровотока и особенности поражения ЦНС у недоношенных с ЦМВИ и ГВИ. Все это требует своевременной диагностики и улучшения профилактики, лечения ВУИ у недоношенных детей.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

А.А. ЮЗВА, О.А. КРИЧКИВСКАЯ, А.Б. КОРНИЕНКО,
Н.В. ХАЙТОВИЧ

Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Проблема роста заболеваемости артериальной гипертензией (АГ) является одной из наиболее актуальных. Пусковые механизмы развития АГ могут закладываться еще в период новорожденности. Целью данной работы было изучение влияния перинатальных факторов на уровень артериального давления у новорожденных. Исследование проводилось на базе родильного дома и отделения патологии новорожденных ДКЛ № 6 г. Киева методом рутинного измерения артериального давления в новорожденных на 2–5-й день жизни. Было обследовано 45 детей (21 мальчик и 24 девочки), из них 12 (5 мальчиков и 7 девочек) здоровых новорожденных. В остальных детях отмечалась перинатальная патология (17 детей), недоношенность I степени (7 детей). Ранее искусственное вскармливание было применено в 9 детей. У здоровых новорожденных показатели систолического (САД), диастолического (ДАД) и пульсового артериального давления (ПАД) составили соответственно $79,25 \pm 15,27$, $33,67 \pm 8,12$ и $45,58 \pm 10,53$ мм рт. ст. У детей с перинатальной патологией новорожденных САД и ДАД были выше, чем у здоровых новорожденных – соответственно $82,22 \pm 11,03$ и $42,33 \pm 10,64$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). У недоношенных новорожденных значительно ниже было САД и ПАД – соответственно $65,75 \pm 11,11$ и $36,51 \pm 17,48$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Показатели артериального давления не отличались в зависимости от пола и дня измерения. Таким образом, у недоношенных детей снижено ПАД, что объясняется низким сердечным выбросом, тогда как у детей с перинатальной патологией в периоде новорожденности достоверно повышено ДАД вследствие перинатального стресса и активации симпатно-адреналовой системы.

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ФОРМИРОВАНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Е.И. ЮЛИШ, О.Е. ЧЕРНЫШЕВА, С.Г. ГАДЕЦКАЯ,
С.И. ВАКУЛЕНКО

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Украина

Повторный бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста, как состояние, предшествующее бронхиальной астме, является одной из актуальных проблем детской пульмонологии

и алергологии. Под наблюдением находились 214 детей: 105 детей с повторным обструктивным бронхитом (частота эпизодов острой бронхообструкции более 3-х раз в течение года) в возрасте от 1 до 3 лет и 109 детей с впервые подтвержденной бронхиальной астмой в возрасте от 1 года до 18 лет. Среди детей с повторным обструктивным бронхитом у 61 (58,1%) больно-го выявлена персистирующая внутриклеточная инфекция (ЦМВ, ВЭБ, ВПГ, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidiae pneumoniae*). Из них у 45 (73,8%) детей определено активное течение инфекционного процесса (наличие ДНК инфекционных агентов в мокроте и смывах со слизистой оболочки полости рта) и у 16 (27,2%) – латентное течение (выявлены только специфические IgG к ЦМВ, ВЭБ, ВПГ, *M. pneumoniae* и *Ch. pneumoniae*). Из них у 38 (36,2%) детей обструктивный бронхит был ассоциирован с вирусами (ЦМВ, ВЭБ, ВПГ 1 и 2 типов), у 8 (7,6%) – с *Mycoplasma pneumoniae*, у 7 (6,7%) – с *Chlamidiae pneumoniae*, в 5 (4,8%) случаях имела место вирусно-микоплазменная ассоциация и в 3 (2,8%) – вирусно-хламидийная. Причем, в 31 случае выявлено активное течение ЦМВ, ВЭБ, ВПГ инфекций, у 5 детей – активное течение хламидийной инфекции, у 5 – микоплазменной, у 3 – вирусно-микоплазменная ассоциация и у 1 – вирусно-хламидийная. Среди пациентов второй группы латентное течение герпесвирусной инфекции было зарегистрировано у 7 пациентов, хламидийной – у 2, микоплазменной – у 3, вирусно-хламидийной – у 2 и вирусно-микоплазменной – у 2 детей. В группе детей с бронхиальной астмой у 8 (22,8%) обнаружена ДНК ВЭБ, у 3 (8,6%) – ВПГ и у 2 (5,7%) детей – ЦМВ. Из них у 3 детей определялись ассоциации вирусов: 1 (2,8%) – ЦМВ и ВПГ, 1 (2,8%) – ЦМВ и ВЭБ, 1 (2,8%) – ВПГ и ВЭБ. Из обследованных 35 детей на ДНК вирусов у 13 (37,1%) – имело место активное течение ГВИ, причем в 5 (38,4%) из 13 случаев у детей были выделены низкоавидные АТ класса IgG к ВЭБ (30,7%) и ЦМВ (7,7%). У 22 (62,8%) детей, у которых определялись высокоавидные АТ IgG и отрицательные результаты ПЦР исследования, диагностировано латентное течение инфекции.

ЗНАЧЕННЯ ІМУНОХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНТНОГО МЕТОДУ MAST CLA ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ IGE-ОПОСЕРЕДКОВАНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

А.П. ЮРЦЕВА, О.В. ФОФАНОВА

Івано-Франківський національний медичний університет,
Україна

Досягнення контролю бронхіальної астми (БА) у дітей залишається однією з найважливіших проблем сучасної педіатрії. В останні роки

в клінічній алергології відмічається тенденція до перегляду діагностичної інформативності класичних лабораторних ознак алергічного запалення і впровадження в клініко-лабораторну практику нових об'єктивних та чутливих алергологічних маркерів. До останніх відноситься імунохемілюмінесцентний метод алергодіагностики (MAST), який дозволяє з високою точністю визначити не тільки алергенспецифічні IgE, але й рівні алергенспецифічних IgG. Серед багатьох переваг методу MAST важливою є абсолютна безпека для пацієнта і можливість застосування його у дітей раннього віку та в приступному періоді БА. Одночасне визначення 36 (розширена панель) харчових, побутових, кліщових, грибкових алергенів і алергенів до пилку рослин незалежно від сезону дозволяє виявити перехресну сенсibilізацію. Наш досвід свідчить, що частина хворих в міжприступному періоді для алерготестування не звертаються, тоді як під час перебування дитини в стаціонарі ймовірність згоди батьків на дослідження є значно вищою. Під спостереженням було 32 дітей віком від 5 до 15 років з неконтрольованою БА, яким проведено виявлення алергенспецифічних IgE за методом MAST. З них у 10 дітей діагностовано легкий ступінь тяжкості БА, у 22 – середній ступінь тяжкості. Базисну терапію діти одержували епізодично, елімінаційної дієти щодо облігатних алергенів не дотримувались, харчову алергію в анамнезі батьки не відмічали. Порівняльна оцінка результатів алергоанамнезу, результатів прік-тесту і MAST-методу показала збіг результатів щодо алергії до кліщів, домашнього пилу та полінозу у 53–77% випадків. Однак за допомогою методу MAST CLA значно частіше діагностували поліалергію – поєднання харчової і побутової алергії та полінозу, виявляли широкий спектр харчових алергенів, які входять до щоденного раціону дітей (рис, соя, кукурудза, арахіс, горох, дріжджі, картопля, яловичина, пшениця, суміш злаків тощо). Визначення алергопрофілю пацієнта дозволяло проводити більш детальну консультацію щодо елімінаційної дієти, побуту й організації відпочинку дитини. Об'єктивізація дослідження викликає більшу довіру до лікаря і до доцільності проведення базисної терапії, батьки обстежених дітей значно рідше відмовлялись від тривалого застосування ІГКС. Елімінація нових чинно-значущих алергенів дозволила досягти більш тривалої ремісії захворювання та часткового контролю БА.

ДІАГНОСТИКА РЕСПІРАТОРНИХ РОЗЛАДІВ ЛЕГЕНЕВОГО ПОХОДЖЕННЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Ю.Б. ЯЦЕНКО, О.Є. РЕДКОЛІС, А.О. КОШКІНА,
В.М. ГУДИМА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Україна

Проблема респіраторних розладів у новонароджених є однією з актуальних в практиці відділень інтенсивної терапії, оскільки дихальна недостатність є супутником будь-якого критичного стану серед немовлят. Традиційно про легеневий тип дихального дистресу говорять у разі наявності у новонародженого неспецифічного клініко-лабораторного синдрому – дихальні розлади або порушення газового складу крові (гіпоксемія та/або гіперкапнія) незалежно від характеру зовнішнього дихання дитини та специфічних змін при рентгенологічному дослідженні органів грудної клітки. Проте на початкових стадіях розвитку дихальних розладів за легеневим типом рентгенологічна картина паренхіматозного легеневого ураження запізнюється порівняно з клінічною. Тому вирішення проблеми діагностики дихальної недостатності за легеневим типом на початкових стадіях її розвитку зумовлює пошук нових критеріїв діагностики – імунних, біохімічних та клітинних характеристик, що дозволить диференціювати її від позалегенової (гемічної, метаболічної,

центральної та ін.). Вивчення гуморальних змін, які втягають до запальної відповіді коагуляцію/фібриноліз, медіатори запалення (протеази, оксиданти та оксидази, цитокіни) та відповідають за ураження клітин, підвищення мембранної проникності, порушення функціонального стану сурфактанту та вентиляційно-перфузійних співвідношень, доцільно проводити як системно, так і локально – на рівні аерогематичного простору. Нами досліджено біохімічні показники легневих експіратів новонароджених з дихальною недостатністю. Показано, що абсолютний ризик тяжкого дихального дистресу легеневого типу у новонародженого за умов одночасного зменшення в легеновому експіраті сумарної фібринолітичної активності (менш ніж 0,7 мкмоль/млЧгод) та збільшенні активності протеолізу (лізис азоальбуміну понад 1,5 мкмоль/млЧгод) становить 84,6%. Чутливість констеляції даних діагностичних біохімічних тестів становить 64,7%, специфічність – 81,8%. Позитивна передбачувана цінність тесту – 84,6%, негативна – 28,6%. Абсолютний ризик тяжкої легеневої дихальної недостатності у новонароджених за умов збільшення в легеновому експіраті метаболітів оксиду азоту понад 2,0 мкмоль/л становить 80,0%. Чутливість діагностичного тесту дослідження рівнів метаболітів оксиду азоту у діагностиці гострого ураження легенів – 94,1%, специфічність – 60,0%. Позитивна передбачувана цінність даного тесту – 80,0%, негативна – 14,3%.