

Тезисы
VII Конгресса педиатров стран СНГ
**«Ребенок и общество:
проблемы здоровья,
развития и питания»**

23–24 октября 2015 г.
Сочи, Краснодарский край, Россия
SEA GALAXY Hotel

Организаторы Конгресса

- Федерация педиатров стран СНГ
- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Министерство здравоохранения Краснодарского края
- Управление здравоохранения Администрации города Сочи
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов (Россия)
- Национальное научное общество инфекционистов (Россия)
- Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины
- Российская Ассоциация педиатрических центров
- Ассоциация педиатров Украины
- Ассоциация акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь
- Российская ассоциация детских хирургов
- Союз педиатров Казахстана
- Объединение педиатров республики Кыргызстан
- Ассоциация педиатров Армении
- Ассоциация перинатальной медицины Республики Молдова
- Ассоциация педиатров Таджикистана
- Ассоциация педиатров Узбекистана
- Глобальная инициатива по консенсусу в педиатрии и детскому здоровью (CIP)

Организационный комитет

Сопредседатели:

Козлова Л.В. (Россия), Яковлева Т.В. (Россия), Филиппов Е.Ф. (Россия), Каганов Б.С. (Россия)

Члены комитета:

Алексеев С.Н. (Россия)	Горелов А.В. (Россия)	Покровский В.И. (Россия)
Ахмедова Д.И. (Узбекистан)	Зейгарник М.В. (Россия)	Разумовский А.Ю. (Россия)
Болотова Н.В. (Россия)	Ильенко Л.И. (Россия)	Ревенко Н.Е. (Молдова)
Вартазарян М.А. (Россия)	Кованова Н.Н. (Россия)	Романец И.В. (Россия)
Вохидов А.В. (Таджикистан)	Левченко Т.И. (Россия)	Терентьева Л.О. (Россия)
Вильчук К.У. (Беларусь)	Майданник В.Г. (Украина)	Узакбаев К.А. (Киргизия)
Диканбаева С.А. (Казахстан)	Мизерницкий Ю.Л. (Россия)	Школьникова М.А. (Россия)
Гарщенко Т.И. (Россия)	Михайлова Е.В. (Россия)	Шуляк Г.А. (Россия)
Гольберг Е.Н. (Россия)	Перепелкина Т.Н. (Россия)	Эрдес С.И. (Россия)

Научный комитет

Сопредседатели:

Володин Н.Н. (Россия), Геппе Н.А. (Россия), Камиллов А.И. (Узбекистан), Румянцев А.Г. (Россия)

Члены комитета:

Антипкин Ю.Г. (Россия)	Лобзин Ю.В. (Россия)	Студеникин В.М. (Россия)
Валиулис А. (Литва)	Маркетти М. (Италия)	Сукало А.В. (Беларусь)
Бельмер С.В. (Россия)	Мещеряков В.В. (Россия)	Улезко Е.А. (Беларусь)
Боа-Очоа Х. (Испания)	Палий И.И. (Молдова)	Умарова З.С. (Узбекистан)
Джубатова Р.С. (Узбекистан)	Сафронова А.Н. (Россия)	Хайтович Н.В. (Украина)
Кароли М. (Италия)	Скрипченко Н.В. (Россия)	Шадрин О.Г. (Украина)
Кац М. (Израиль)	Строкова Т.В. (Россия)	Шамсиев Ф.М. (Узбекистан)

Impact of physical activity on biochemical indices and cardiovascular system of children

Akhmedova D.I., Akhmedova N.R.

Republican Specialized Research Medical Center of Pediatrics, Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

Influence of physical activity on the child's body, and, particularly, on its biochemical and cardiovascular system now attracts a greater attention.

Aim. The aim of the research was to study the features and biochemical parameters of the cardiovascular system of children engaged in physical training and sport.

Methods. Features of the cardiovascular system, biochemical substrates, enzymes of energy metabolism and protein, lipid and carbohydrate degradation products before and after exercise were studied in 200 pupils (120 children involved in sports, 80 children engaged in physical training).

Results. The heart rate in children engaged in physical training was on average in girls $87.0 \pm 1,3$ bpm, in boys 85.3 ± 1.8 bpm, which was significantly higher than in sportsmen (80.0 ± 1.7 bpm and 77.0 ± 1.6 bpm, respectively). Arterial pressure was within the age norms in both groups. ECG parameters were unchanged in sportsmen before exercise and after exercise sinus tachycardia was found in 65% of cases. In children involved in physical training post-exercise ECG revealed sinus tachycardia (97.5%), sinus arrhythmia (8%), sinus bradycardia (8%), incomplete and complete right bundle branch block (7.5%), ventricular extrasystole (1,25%), WPW-syndrome (1.25%) and repolarization phase disorders.

Biochemical parameters also differed in the compared groups. At rest, high but normal values of CPK were found in groups of swimmers and wrestlers compared to the control group children ($p < 0.05$). The highest level of blood lactate was noted in swimmers (1.52 ± 0.1 mmol/l). In girls, the highest rates of CPK were noted in those involved in swimming and athletics (39.6 ± 19.5 U/l and 31.6 ± 28.6 U/l, respectively), whereas in the control group 28.9 ± 7.1 U/l. The content of ATP and ADP was the highest in swimmers compared to other sportsmen (boys 356.4 ± 41.7 nmol/l, girls $333.3 \pm 35,4$ nmol/l) and to children involved in physical training regardless of gender.

Thus, in contrast to the pupils involved in physical training, young sportsmen showed more endurance to physical stress and more intense metabolism.

Efficacy of aerosolized antibiotic therapy in cystic fibrosis with *Ps.aeruginosa* pulmonary infection in children

Sciuca S., Dimitrova O., Balanetchi L.

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", Chisinau, Republic of Moldova

Pulmonary infection with *Ps.aeruginosa* is associated with an increased frequency of exacerbations, a more rapid decline

of a pulmonary function and increased mortality in patients with cystic fibrosis (CF).

Aim. Evaluation of the efficacy of inhaled therapy with sodium colistimethate in pulmonary infection with *Ps. aeruginosa* in CF children.

Methods. It is a study effectuated in a period of 3 years (2012–2014), includes 24 children with CF who developed lung infection with *Ps.aeruginosa* and received treatment with inhaled sodium colistimethate. The evaluation criteria of efficacy is a germ titre in tracheo-bronchial sputum and sputum secret, nutritional status and frequency of broncho-pulmonary exacerbations.

Results. By initiating therapy with inhaled colistin *Ps. aeruginosa* colonization rate is 10^8 – 10^3 micr/ml. As a result of the inhaled therapy, after multiple exams of sputum bacteriology, at 3 patients (12.5%) *Ps.aeruginosa* infection persists in the same concentration in 13 cases (54.17%) there was a decrease of 1–4 units (titre) and in 8 cases (33.33%) was eradicated *Ps.aeruginosa* infection. Also on background therapy with colistin is found positive dynamics of nutritional status, with increasing BMI of 14.66 ± 0.11 to 16.98 ± 0.12 in the reference period.

Conclusion. Aerosolized antibiotic therapy with colistin in CF children, who have infections of the respiratory system with *Ps.aeruginosa*, has a positive influence on nutritional status of patients, offers chances to eradicate infection in 1/3 cases and decreases infection concentration in sputum.

Foreign bodies in the lower airways – a major pediatric emergency

Sciuca S., Rascov V., Garbi I., Cotoman A., Negru A.

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", Mother and Child Institute, Chisinau, Republic of Moldova

Aim. Evaluation of the frequency of foreign body aspiration in children from Republic of Moldova and endoscopic characteristics of local lesions in the bronchial tree.

Methods. We have analyzed 200 cases of bronchial foreign body aspiration of children aged from 6 months to 16 years during the period 2008–2014. Bronchoscopic examination was performed by rigid bronchoscope in the Endoscopy Department for children with a suggestive history of foreign body aspiration and radiological clinical signs. Children with foreign body aspiration were hospitalized in Therapeutical Department in 60,5% cases.

Results. The cases of foreign body aspiration occur more frequently in young children. The incidence is in considerable growth last 6 years: in 2008–2009 – 20 cases, in 2010 – 23 cases in 2011 to 2013 – 29–30 cases, and in 2014 – 48 children. The peak incidence is in children aged 1–3 years (71,5%). During bronchoscopic examination were found signs of endobronchitis. Endoscopic local lesions associated with presence of foreign bodies were found in 1/3 cases: 18% granular mass (more than 5–7 days after the accident), contact bleeding on the extraction – 15%, decubitus lesions in 5% of patients. The etiological agents in 93% of cases are

pices of food (sunflower seeds, walnuts), more rarely – non-organic foreign bodies (pins, small items of plastic, metal).

Conclusion. The incidence of foreign body in the lower airways in children from Republic of Moldova is growing double over the last 6 years. Organic foreign bodies (food) aspirated in the bronchial tree is dominated in the etiological structure.

Bronchopulmonary syndromes in primary immunodeficiency in children

Sciuca S., Selevestru R., Neamtu L., Adam I., Cotoman A., Dimitrova O., Visnevschi L., Rodovan I.

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", Mother and Child Institut, Chisinau, Republic of Moldova

Aim. Evaluation of pulmonary syndromes in patients with humoral and cellular immune deficiency.

Methods. The study included 54 children with primary immunodeficiency syndromes who had bronchopulmonary infectious manifestations, hospitalized in the Department of Pneumology. The diagnosis immunodeficiency was confirmed by evaluating the serum level of IgA, IgM, IgG by enzyme immunoassay, CD populations of lymphocytes.

Results. Immunological research of children with recurrent lung diseases, chronic cough, purulent lung pleural complications confirmed immunodeficiency syndromes: selective IgA deficiency in 50 children, 3 children – Bruton disease (agammaglobulinemia), 1 child with syndrome Luis Bar. The patients with isolated IgA deficiency ($< 0.05\text{mg/ml}$) had 4–10 episodes of respiratory infections (bronchitis, wheezing, pneumonia, infections ORL), sometimes associated with nefrourinare infections, intestinal infections. Children with Bruton's disease were diagnosed at the age of 3–10 years: agammaglobulinemia, severe deficiency of IgA, IgM, IgG, persistent severe purulent infections (empyema, pneumonia destructive, purulent meningitis, osteomyelitis, mastoiditis, purulent otitis). A child with Bruton's disease made Felty syndrome, sepsis with *Ps.aeruginosa*, who died at the age of 8 years. The child with Louis Bar syndrome was confirmed at age 8 – sacciforme bronchiectasis, chronic purulent otitis, telangiectasias, cerebellar ataxia, severe disorders of nutritional status, the death occurred at 10 years.

Conclusion. Primary immunodeficiency develops the severe lung infections and determines major risks of death. Selective IgA deficiency has a high incidence and the symptoms are less serious and the favorable evolution.

Evolutionary peculiarities of bronchopulmonary dysplasia in premature infants

Sciuca S., Selevestru R., Neamtu L., Cotoman A., Visnevschi L., Adam I.

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", Chisinau, Republic of Moldova

Bronchopulmonary dysplasia (BPD) is a lung disorder characteristic to prematurely born children, which determines the ulterior beginning of severe pulmonary diseases. The progress in medical behavior of premature new-born achieved in Republic of Moldova increases the survival chances, but increases the number of children with BPD.

Aim. Study of follow up the impact of BPD in formation of chronic pulmonary diseases in children.

Methods. It was carried out a clinical-imagistic evaluation of 18 cases of BPD diagnosed in premature infants with birth weight $950,66 \pm 50,12\text{g}$ (600–1400 g), gestation term $30,14 \pm 2,45$ (26–34 weeks). The dynamic surveillance has been carried out 1–10 years.

Results. The onset of clinical syndromes in children with BPD started in the first days of life ($1,68 \pm 0,22$ days). It is found in these children a respiratory distress syndrome in neonatal period and persistence of respiratory symptoms since the first year of life (pneumonias, wheezing). BPD was confirmed by means of suggestive pulmonary imagistic modifications: diffuse pulmonary infiltrates with nodular opacities, cyst structures, huge sectors of induration of interstitial tissue type "ground glass", areas of hyper-transparence of pulmonary tissue; formation of centrilobular emphysematous bubbles by age of 10. The clinical monitoring of children with BPD found a progressive evolution of syndromes of lung affection with beginning of certain severe complications, that has determined the death rate of 22,2%. The other children with BPD at prospective stages showed chronic broncho-pulmonary diseases, respiratory functional disabilities.

Conclusion. BPD in premature infants is characterized by progressive evolution, major risks of death in suckling period and development of chronic lung diseases with respiratory functional disabilities.

Phenotypic peculiarities of bronchial asthma in schoolchildren

Selevestru R., Sciuca S., Adam I., Neamtu L.

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", Chisinau, Republic of Moldova

Aim. The study aims to evaluate the phenotype of asthma in schoolchildren in primary school.

Methods. The study included 122 school children (6–12 years) with asthma, including 37 children with intermittent asthma (30.3%: 95% CI, 22.3 to 39.3), mild persistent asthma in 39 children (32%: 95% CI, 23.8 to 41), moderate persistent asthma – 33 children (27%: 95% CI, 19.4 to 35.8) and severe persistent asthma – 13 children (10.7%: 95% CI, 5.8 to 17.5

Results. The definition of bronchial asthma phenotype severity in 122 schoolchildren (6-12 years old) has revealed allergen-induced bronchial asthma in 70,5% (86 schoolchildren); virus-induced bronchial asthma – in 7,4% (9 schoolchildren); bronchial asthma induced by physical activity – in 6,6% (8 schoolchildren) and unresolved asthma – in 15,6% (19 schoolchildren). The IgE concentration was higher in schoolchildren with allergen-induced bronchial asthma ($400,3 \pm 42,4$ ME/ml) in comparison with IgE values in virus-induced bronchial asthma ($45,9 \pm 3,9$ ME/ml, $p < 0,001$), in asthma induced by physical activity ($37,9 \pm 3,9$ ME/ml, $p < 0,001$) and in not specified asthma ($28,5 \pm 3,3$ ME/ml, $p < 0,001$). In this work we revealed significant distinctions of IgE blood concentration and bronchial asthma phenotype in schoolchildren, $\chi^2 = 22,2$, $p < 0,001$.

Conclusion. The phenotype of allergen-induced school children is determined by the hyper-IgE, which is not characteristic for the other phenotypes of asthma.

Опыт внедрения инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации

Абольян Л.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

Грудное вскармливание является наилучшим способом предоставления идеального питания для здорового роста и развития детей грудного возраста. Оно также является составной частью репродуктивного процесса с важными последствиями для здоровья матерей.

Однако в России, как и во многих других индустриальных странах, за последние десятилетия отмечаются низкие показатели грудного вскармливания.

Современной медико-организационной технологией, направленной на охрану и поддержку грудного вскармливания в секторе здравоохранения является Инициатива Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР).

Минздравом России при участии Научно-практического центра по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания, работающего на базе НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, подготовлены «Положение об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку» (1999) и пакет документов по организации работы учреждений родовспоможения и детства по охране и поддержке грудного вскармливания. За последние годы значительно укрепилась нормативно-правовая база охраны и поддержки грудного вскармливания в учреждениях здравоохранения.

На 1 января 2015 г. 294 учреждения родовспоможения в 51 субъекте Российской Федерации удостоены международного звания ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». На долю этих учреждений прихо-

дится около 21% всех принимаемых ежегодно в России родов. С 2003 г. в Инициативе участвуют также женские консультации и детские поликлиники. Начата работа по внедрению принципов Инициативы в неонатальных отделениях для больных и недоношенных детей.

Показатели грудного вскармливания за время внедрения Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» повысились в территориях, активно внедряющих новые организационные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания в 1,5–2,5 раза. В целом по Российской Федерации наметилась тенденция к улучшению показателей грудного вскармливания: за последние десять лет увеличилась доля детей, получавших молоко матери в возрасте 6–12 мес с 29,5% в 2000 г. до 41,0% в 2013 г.

Таким образом, укрепление нормативно-правовой базы российского здравоохранения, направленной на охрану и поддержку грудного вскармливания, внедрение Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» оказывает положительное влияние на динамику грудного вскармливания в Российской Федерации.

Научное обоснование программы подготовки медицинских кадров и консультантов по грудному вскармливанию

Абольян Л.В., Новикова С.В., Дерю А.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

Всемирная организация здравоохранения отводит лидирующую роль медицинским работникам учреждений родовспоможения и детства в охране, поддержке и поощрении грудного вскармливания. Тем не менее, в большинстве российских медицинских учебных заведений, вузах и колледжах не уделяется должного внимания вопросам грудного вскармливания, как медико-организационным аспектам внедрения современных технологий охраны и поддержки грудного вскармливания в медицинских учреждениях, так и практическим аспектам консультирования кормящих матерей. На сегодняшний день в России отсутствует крайне необходимая профессия консультанта по грудному вскармливанию.

Цель настоящего исследования заключалась в разработке научно-обоснованной программы обучения медицинских работников учреждений родовспоможения и детства консультированию матерей по вопросам грудного вскармливания и подготовке сборника обучающих материалов.

Нами было проведено медико-социологическое исследование, которое включало опрос матерей, имеющих детей раннего возраста и медицинских работников учреждений родовспоможения и детства. Всего опрошено 911 матерей и 797 медицинских работников в различных субъектах РФ. Проведенные исследования позволили оценить знания матерей и медицинских работников по

вопросам грудного вскармливания и выявить основные социальные и медико-организационные факторы, влияющие на раннее прекращение кормления грудью. Для длительного и успешного кормления грудью решающим фактором является внедрение современных принципов охраны и поддержки грудного вскармливания в медицинских учреждениях родовспоможения и детства.

При подготовке программы обучения мы взяли за основу 40-часовой обучающий курс ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию» обновили и дополнили его современными материалами.

Подготовленный нами сборник учебных материалов содержит пособия для преподавателей и слушателей курса, транспаранты, слайды и презентации к занятиям; пять видеофильмов по основным темам занятий. Материалы сборника помогут в проведении обучения медицинского персонала при подготовке учреждения к аттестации на соответствие званию ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», а также при подготовке специалистов к экзамену для получения статуса международного сертифицированного консультанта по грудному вскармливанию (IBCLC). Сборник предназначен для медицинских работников учреждений родовспоможения и детства, консультантов по грудному вскармливанию, преподавателей медицинских вузов и колледжей.

Разработка оптимальных режимов профилактики туберкулеза у детей из очагов лекарственно устойчивого туберкулеза

Абсадыкова Ф.Т.¹, Медведева Н.В.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент, Узбекистан;
²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Клинико-иммунологическое обоснование эффективности химиопрофилактики у детей из очагов лекарственно устойчивого (ЛУ) туберкулеза.

Пациенты и методы. Изучена эффективность стандартной химиопрофилактики у 50 детей (основная группа) в сравнении с контрольной (25 детей), где дети находились в санаторном лечении без приема изониазида. Эффективность оценивалась по частоте развития сопутствующих заболеваний, результатам пробы Диаскинтест и иммунологических сдвигов в крови в обследуемых группах.

Результаты. До начала лечения у 24 (48%) детей из основной и 11 (44%) контрольной группы отмечены в анамнезе частые простудные заболевания. Инфицирование туберкулезом зарегистрировано у $34 \pm 6,6\%$ и $28,0 \pm 9,5\%$ детей соответствующих групп. Сдвиги иммунологических показателей до начала химиопрофилактики отмечены у 32 (84,2%) из 38 обследованных. При этом, наиболее выраженные сдвиги отмечены по данным нейтрофильного фагоцитоза (84,2%), РБТЛ-клетки (52,6%) и

Т-лимфоцитов (55,2%). Сдвиги по В-лимфоцитам зарегистрированы лишь у 5 (5,7%) обследуемых.

Повторные исследования через 3 мес в сравниваемых группах показали снижения частоты рецидивов заболеваний на фоне санаторного режима у 4 ($16 \pm 7,5\%$) детей контрольной и 11 ($22 \pm 5,9\%$) у основной группы.

Восстановление иммунологических сдвигов отмечено через 3 месяца у всех детей обеих групп по данным В-лимфоцитов, Т-лимфоцитов у 23,8% фагоцитоза у 50% и РБТЛ – у 35% обследованных. Различия в частоте восстановления иммунологических сдвигов в сравниваемых группах не отмечено.

Заключение. По клинико-иммунологическим данным исследования, в группах сравнения различий в эффективности не установлены. Вышеуказанное свидетельствует о необходимости разработки новых методов профилактики туберкулеза у детей из очагов ЛУ туберкулеза.

Подходы к лечению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей

Абсадыкова Ф.Т.¹, Медведева Н.В.²,
Абдуразакова З.К.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент, Узбекистан;
²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель. Определить эффективность противотуберкулезной терапии с антиретровирусной терапией (АРВТ) у больных детей с туберкулезом (ТВ) и ВИЧ-инфекцией.

Пациенты и методы. Обследовано 78 детей ТВ/ВИЧ, лечившихся в детском отделении центра фтизиатрии в 2011–2013 гг. в трех группах детей с различным сроком присоединения АРВТ к противотуберкулезному лечению.

Результаты. До начала противотуберкулезной терапии у большинства детей диагностирован ТВ внутригрудных лимфатических узлов (41,1%) и генерализованный первичный ТВ (30,8%) сочетающийся диссеминацией в легких в 23,1% случаев. 18 детям (первая группа) АРВТ начата в более ранние сроки в связи с тяжелой иммуносупрессией. Во вторую группу включены 39 детей, которым АРВТ присоединена после завершения интенсивного этапа противотуберкулезной терапии, остальным 21 больным АРВТ назначена после завершения основного курса противотуберкулезного лечения (третья группа). Значительный эффект после двухмесячного комбинированного лечения отмечен в 1,5 раза чаще в третьей группе, чем в остальных группах наблюдения. Отсутствие эффекта зарегистрировано только у 2 (11,1%) больных первой группы из-за развития синдрома иммунной реконституции. Незначительная динамика заболевания с частичным рассасыванием патологических сдвигов с тенденцией к формированию метатуберкулезных остаточных изменений установлены в 1,1 и 1,3 раза реже в первой и третьей, чем во второй группах. На фоне комбинирован-

ного лечения ТВ-ВИЧ инфекции побочные реакции не отмечены. По результатам оценки карт диспансерного наблюдения после завершения основного курса противотуберкулезной терапии у 96,2% обследуемых наблюдали клинико-рентгенологический эффект с достижением клинического излечения активного ТВ. При этом, у всех обследуемых второй и третьей группы достигнут эффект, кроме 3 больных первой группы с прогрессирующим иммунодефицитом.

Заключение. Своевременное присоединение АРВТ к противотуберкулезному лечению с учетом характера, течения специфического процесса, степени иммунодефицита способствует излечению от ТВ 96,2% детей с ТВ/ВИЧ. При этом, отрицательное влияние АРВТ на переносимость противотуберкулезных препаратов не установлена.

Болезнь Вильсона-Коновалова в Казахстане

Абуова Г.Н., Абеннова И.Н., Мищенко А.С., Рахманова Ф.А., Айдарова А.М.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Республика Казахстан

В Южно-Казахстанской области регистрируются случаи заболевания болезнью Вильсона (гепатоцеребральная дегенерация), чаще такие больные обращаются за помощью к инфекционистам, гепатологам.

Болезнь Вильсона – это наследственное заболевание, характеризующееся поражением нервной системы и печени, в основе которого лежит нарушение обмена меди в организме. Поражение печени происходит по типу цирроза. Гепатоцеребральная дегенерация встречается с частотой 3 : 100 000, чаще поражаются мужчины, средний возраст начала заболевания 11–25 лет. Болезнь может быть заподозрена при наличии сочетанной неврологической, печеночной и психической патологии. Одним из признаков, подтверждающих диагноз является наличие кольца Кайзера-Флейшера или его «обломков».

Цель исследования – демонстрация несовершенства системы мониторинга пациентов с болезнью Вильсона и привлечение внимания врачей различных специальностей (гепатологов, неврологов, инфекционистов, генетиков, офтальмологов, организаторов здравоохранения) к данной сложной проблеме.

Методы. Поиск в электронных базах данных, анализ амбулаторных карт больных.

Результаты. На сегодняшний день в Республике Казахстан отсутствуют официальная регистрация и статистические данные по заболеваемости болезнью Вильсона. Пациенты с установленным диагнозом наблюдаются у различных специалистов, в зависимости от преобладания печеночных, либо неврологических симптомов. Такие пациенты имеют некоторые сложности в вопросах госпитализации, диспансеризации, длительного динамического наблюдения и экспертизы. Не существуют

клинические рекомендации по ведению болезни Вильсона, к сожалению, не во всех регионах налажены генетические исследования, лабораторная диагностика сывороточного церулоплазмينا, экскреции меди с мочой, неврологическое и радиологическое визуализирующее магниторезонансное исследование мозга, соответственно, возникают трудности с подбором дозы Д-пенициллина, препарата для пожизненного применения, и ее коррекции. Своевременное и правильное ведение пациента с адекватной дозой Д-пенициллина в сочетании с поддержанием функции печени приводит к улучшению ее структуры, документированному методом непрямой эластометрии, с последующим регрессом неврологической симптоматики.

Выводы. Пациентам с болезнью Вильсона необходима высококвалифицированная помощь специалистов: генетиков, неврологов, гепатологов, для ее оказания требуется разработка Клинического протокола диагностики и лечения на страновом уровне.

Корь в Южном Казахстане

Абуова Г.Н., Камытбекова К.Ж., Мищенко А.С., Айдарова А.М., Рахманова Ф.А.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Республика Казахстан

Несмотря на то, что в Республике Казахстан осуществляется национальная программа элиминации кори, в последние годы отмечается рост заболеваемости этой инфекцией. Вспышки кори были зарегистрированы в городах Алматы, Астана, Восточно-Казахстанской, Южно-Казахстанской, Карагандинской, Кызылординской, Жамбылской областях. В 2014 г. наблюдался рост заболеваемости корью по сравнению с 2013 г. – в 4,4 раза, а в Южно-Казахстанской области – в 2,2 раза. Последний резкий подъем заболеваемости корью в республике отмечен в 2005 г., когда было зарегистрировано 16 118 случаев и показатель заболеваемости составил 105,71 на 100 тыс. населения. В Южно-Казахстанской области на тот период было зарегистрировано 611 случаев, из которых 63% составили взрослые пациенты, а показатель заболеваемости корью равнялся 27,08 на 100 тыс. населения. Неблагополучная эпидемиологическая ситуация была стабилизирована проведением массовой вакцинации населения против кори, когда было привито более 1,5 млн. человек. Как следствие – отсутствие регистрации случаев кори в ЮКО в 2007, 2009 и 2010 гг. Следующий цикл подъема заболеваемости до 2,39 на 100 тыс. в ЮКО начался в 2011 г.; в 2012, 2013 гг. заболеваемость держалась на цифрах 0,6 и 0,78 с последующим ростом в 2014 году до 1,74 на 100 тыс. В структуре заболевших в последние 3 года преобладают взрослые пациенты (50–62%). Отмечались случаи заболевания корью в возрасте 62 лет. Среди причин роста заболеваемости – неполный охват вакцинацией детей, негативное отношение родителей к вакцинации их детей, несоблюдение условий «холодовой цепи» при транспортировке и хранении вак-

цин, приводящие к утрате иммуногенных свойств вакцины. В условиях обострившейся эпидситуации по кори проводятся следующие мероприятия: был перенесен срок начала вакцинации против кори с 12–15 мес жизни на 9 мес в областях с зарегистрированной заболеваемостью. В 2013 г. в ходе проведенной недели иммунизации привито более 55 тыс. человек, не привитых в установленные сроки, в 2015 г. проведена дополнительная иммунизация лиц в возрасте 15–19 лет и запланирована иммунизация лиц в возрасте 20–29 лет, для этого приобретено около 1 млн доз вакцины. Таким образом, в Южно-Казахстанской области, как и в целом в Республике Казахстан наблюдается рост заболеваемости корью, с удлинением периодичности вспышек до 5–6 лет, снижением числа случаев кори среди детей и возрастанием в старших возрастных группах.

Гематологические показатели и особенности состояния здоровья детей раннего возраста, внутриутробно инфицированных герпесвирусами

Агзамова Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования: изучить иммуногематологические показатели и особенности состояния здоровья детей раннего возраста, внутриутробно инфицированных цитомегаловирусом (ЦМВ) и вирусами простого герпеса 1-го и 2-го типов (ВПГ).

Пациенты и методы. Особенности раннего неонатального периода и отдаленный катамнез до 3-летнего возраста были изучены у 87 детей (средний возраст составил $1,83 \pm 0,09$ лет). Р-1 группа ($n = 35$) дети, инфицированные внутриутробно ЦМВ, Р-2 ($n = 27$) группа – дети, внутриутробно инфицированные ВПГ и Р-0 – контрольная группа неинфицированные 25 детей.

Результаты. У всех детей присутствовал анемический синдром: анемия I степени регистрировалась в $88,2 \pm 6,4\%$ случаях в Р-0 группе, в $70,6 \pm 7,7\%$ – в Р-1 и в $88,9 \pm 6,0\%$ в Р-2. Анемия II степени – только в группах инфицированных детей (в Р-1: $14,7 \pm 5,9\%$, Р-2: $21,1 \pm 6,0\%$). Отмечено умеренное снижение значения среднего объема эритроцитов (Р-1: $71,8 \pm 0,9$ фл, Р-2: $69,5 \pm 1,1$ фл) относительно контроля (Р-0: $73,2 \pm 1,8\%$). Синхронная тенденция отмечена и по значениям МСНс (среднее концентрация Hb в эритроците, Р-0: $376,1 \pm 10,4$ г/л, Р-1: $370,8 \pm 4,4$ г/л, Р-2: $367,7 \pm 3,1$ г/л). При динамическом наблюдении обнаружено, что только 49 ($62,0 \pm 5,5\%$) детей, против 22 ($88 \pm 6,5\%$) в контроле, не имели отклонений в неврологическом статусе. Соматический профиль характеризовался выраженным и продолжительным течением бронхитов, особенно с проявлением обструктивного синдрома (в 1,9 раз чаще). У детей 1 и 2 групп отмечался рост частоты алергодерматического синдрома (ОШ = 1,8), дисплазии тазобедренных суставов (ОШ = 2,2), нарушений осанки, плоскостопия (ОШ = 2,3), ЛОР патологии

(ОШ = 1,6), миопии (ОШ = 4,0) по отношению к контрольной группе. Установлены связи ЦМВ с функциональными нарушениями кишечника (ОШ = 3,5), частотой развития дизкинезий желчевыводящих путей и хронического энтероколита (ОШ = 2,1). По результатам УЗИ почек у ($12,7 \pm 3,7\%$) детей 1 и 2 групп диагностированы пороки развития почек. У $22,8 \pm 4,7\%$ ($n = 18$) детей в периоде наблюдения развивались инфекции мочевыводящих путей. Выводы. Инфицированные дети, считавшиеся здоровыми в ранний неонатальный период, в дальнейшем имели гипохромную анемию I и II степени, неврологические нарушения, различную соматическую патологию, часто болели ОРЗ и инфекционно-воспалительными заболеваниями. У наблюдаемых детей эти заболевания могут быть расценены как отсроченная патология, связанная с внутриутробным инфицированием.

Влияние церебрального перфузионного давления и сердечного выброса на оксигенацию и метаболизм головного мозга

Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Маматкулов И.Б., Джаббарова Д.Р., Умаров И.М., Бабаниязов К.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

В основе перфузионно-метаболических изменений (ПМИ) при острой церебральной недостаточности (ОЦН) лежит связь между кровотоком и потреблением кислорода. Поддержание перфузии головного мозга (ГМ) является одной из основных задач интенсивной терапии (ИТ) детей с внутрочерепными кровоизлияниями (ВЧК) и тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Наиболее важными параметрами системной гемодинамики, оказывающими влияние на мозговой кровоток у детей с ВЧК являются центральное перфузионное давление (ЦПД) и сердечный выброс (СВ), сведения о которых крайне противоречивы.

Цель исследования. Определение взаимосвязи между параметрами системной гемодинамики (ЦПД и СВ) и показателями оксигенации и метаболизма головного мозга у детей с ВЧК.

Пациенты и методы. Обследовали 28 (3–12 лет) детей с ВЧК и угнетением бордствования до 4–8 баллов по шкале комы Глазго (ШКГ). Определяли показатели системной гемодинамики (транспульмонарная термоделюция, монитор Agilent M 1166A) с интегрированным модулем PICCO plus., проводили инвазивный мониторинг ВЧД и оценивали биохимический состав интерстициальной жидкости ГМ. Объем вводимой жидкости определяли по таблицам, прилагаемым к монитору (от массы тела).

Результаты. Анализ измерений фракции кислорода и дыхательной смеси ($FiO_2 = 0,5 \pm 0,1$), ВЧД (16 ± 8 мм рт. ст), температура артериальной крови ($37,4 \pm 0,6^\circ C$) и головного мозга ($37,5 \pm 0,6^\circ C$), paO_2 ($166,5 \pm 53,6$ мм рт. ст), $paCO_2$ ($32,1 \pm 4,2$ мм рт. ст) были стабильными. При анализе взаимосвязи сердечного индекса (СИ) с показателями

оксигенации и метаболизма ГМ с ЧМТ, вследствие разрыва артериальной аневризмы у детей с субарахноидальными кровоизлияниями (САК), выявлена обратная корреляционная зависимость средней силы, что было расценено как ухудшение перфузии и аэробного метаболизма в интактном поле ГМ. Корреляционный анализ взаимосвязи ЦПД и показателей церебральной оксигенации и метаболизма у детей с тяжелой ЧМТ выявили обратную умеренную корреляционную зависимость, что способствовало улучшению аэробного метаболизма в условно интактном и поврежденном веществе ГМ, когда наиболее меньшие значения ЦПД зарегистрированы как 80 мм рт. ст. В свою очередь, рост ЦПД сопровождался улучшением перфузии ГМ, однако не влиял на аэробный метаболизм, что может свидетельствовать о нарушении ауторегуляции мозгового кровотока.

Выводы. У обследованных детей с нетравматическими САК и ЧМТ выявлено различное влияние СВ и ЦПД на церебральную оксигенацию и метаболизм. У детей с ЧМТ измерение СИ не оказывало влияние на давление интерстициальной жидкости в ГМ, а увеличение ЦПД сопровождалось улучшением церебрального метаболизма. Наилучшие показатели церебрального метаболизма были отмечены при ЦПД более 80 мм рт. ст.

Лечение делирия в раннем послеоперационном периоде у детей после кардиохирургических операций

Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К.,
Тохилов Ш.М., Маматкулов И.Б., Бекназаров А.Б.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Узбекистан*

Состояние послеоперационного (п/о) стресса кардиохирургических операций (к/о) выдвигает на первый план потребность применения наряду с поддержанием важнейших витальных функций эффективной анальгезии и седации. В свою очередь стресс, являясь адаптивной реакцией, вместе с тем оказывает неблагоприятное воздействие на организм ребенка путем активации ретикулярной формации и гипоталамо-гипофизарной системы с повышением тонуса симпатикоадреналовой системы, со стимуляцией желез внутренней секреции. Последующий метаболический и гемодинамический ответ вызывает увеличение потребности жизненно важных органов в кислороде, гипоксию тканей, активацию перекисного окисления липидов.

Цель исследования. Оценка эффективности селективного агониста α_2 -адренорецепторов дексмететомидина для кратковременной контролируемой седации в раннем п/о периоде к/о у детей.

Пациенты и методы: Обследовано 36 детей (2–5 лет) после к/о (ДМПП, ДМЖП, ОАК) в условиях общей анестезии (севофлюран) из которых у 9 (25%) отмечено проявление делирия в раннем п/о периоде. Оценку уровня седации устнавливали по Ramsay, RASS-scale (шкала пробуждения-седации Ричмонд), Aldrete score (шкала пробуждения применялась во время ИВЛ), VAS scale

(визуально-аналоговая шкала оценки интенсивности боли). У детей с проявлениями делирия оценивали тип делирия, сутки возникновения, частоту возникновения).

Результаты. Всем пациентам в первые п/о сутки (7,1 ч) в/в вводили дексмететомин (0,2–1,2 мкг/кг/ч), на фоне которого длительность ИВЛ составила в среднем 9,7 ч, при этом 23% детей нуждались в дополнительной анальгезии промедолом (10 мг) на фоне планового применения НПВС (кетаролак). Выраженность болевого синдрома на фоне инфузии препарата не превышала 1 балл по шкале VAS у 96% больных. После отключения дексмететомина выраженный болевой синдром (VAS > 3) наблюдался у 11%, а через 12 ч – у 14% детей. Согласно данным шкал Ramsay и RASS у всех пациентов наблюдался легкий и средний уровень седации. Среди побочных эффектов чаще всего выявлялась брадикардия (39%) и артериальная гипотензия (36%). У 9 пациентов с делирием (в 78% преобладал гиперактивный тип) отмечена его средняя продолжительность 8 ч. Дексмететомин (0,2–1,2 мкг/кг/ч) применялся изилировано (70%), в сочетании с галоперидолом (13%) и мидозаламом (7%). По данным шкал Ramsay и RASS у детей с делирием, на фоне терапии дексмететомина, наблюдался легкий и средний уровень седации, тогда как иные комбинации препаратов обеспечивали либо недостаточный, либо глубокий уровень седации. Кроме того, легкая степень седации сохранялась в течении 12 ч после окончания инфузии препарата. При оценке степени пробуждения детей терапия дексмететоминотом обеспечивала 8-10 баллов по шкале Aldrete, против 4–7 баллов на фоне стартовой терапии и приема пропофола, тогда как выраженность болевого синдрома по шкале VAS оказалась сравнима в обеих группах.

Применение дексмететомина обеспечивает дозависимый уровень седации и ретроградной амнезии при сохранном вербальном контакте с пациентом, с высокой эффективностью в лечении делирия у детей в ранний п/о период кардиохирургических операций.

Оптимизация контроля и терапии бронхиальной астмы у детей в периоде клиничко-фармакологической ремиссии

Акамбатова А.Х., Мещеряков В.В.

Сургутский государственный университет

Цель работы – исследование возможностей бодиплетизмографии (БПГ) в определении объективных критериев перехода с комбинированной на противовоспалительную монотерапию бронхиальной астмы (БА) у детей для повышения уровня контроля над заболеванием.

Пациенты и методы. После информированного согласия осуществлено одномоментное исследование (бронходилатационный тест (БДТ) методами БПГ и спирометрии 51 здоровому ребенку 5–14 лет) и проспективное наблюдение за 64 детьми 5–14 лет со средне-тяжелой БА с момента обострения до достижения клиничко-фармакологической ремиссии (КФР) на фоне комбинированной базисной терапии. При обострении БА, стихаю-

щем обострении и через 3 месяца после достижения КФР проводили БДТ с использованием методов БПГ и спирометрии. Статистическую обработку осуществляли методами Манна-Уитни и ранговой корреляции.

Результаты. У всех здоровых детей установлен отрицательный результат БДТ по данным спирометрии и отсутствию динамики структуры легочных объемов по данным БПГ при нормальных исходных показателях бронхиальной проходимости и статических объемов. Установлена динамичность остаточного объема (ОО) при выполнении БДТ (уменьшение при положительном БДТ) и сопряженность динамики ОО с изменением объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) ($r = 0,7$; $p = 0,001$) у детей с БА в периодах обострения и стихающего обострения. Через 3 мес после достижения КФР в зависимости от соотношения исходных показателей ОО и ОФВ1 (норма, увеличение, снижение), их динамики при выполнении БДТ (увеличение, уменьшение, отсутствие динамики) принимали решение об отмене пролонгированного бронхолитика или продолжении комбинированной базисной терапии. Использование стандартного подхода (переход с комбинированной на противовоспалительную монотерапию через 3 мес после достижения КФР) сопровождалось функциональным или клинко-функциональным ухудшением в 18 случаях из 64 и требовало возвращения к комбинированной терапии. Применение разработанного подхода позволило во всех случаях поддерживать контролируемое состояние.

Заключение. Определение ОО методом БПГ при проведении БДТ в периоде КФР у детей с БА позволяет активизировать показания для отмены пролонгированного бронхолитика или продолжения комбинированной базисной терапии.

Клинико-диагностические особенности коклюша у детей на современном этапе

Акиншева А.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

В последние годы отмечается рост заболеваемости коклюшем среди не привитых детей раннего возраста и детей, находящихся в позднем поствакцинальном периоде. Этому способствует снижение эпидемической настроженности врачей в отношении данной инфекции, а также сложности дифференциальной диагностики с заболеваниями, имеющими коклюшеподобный кашель.

Цель: изучить клинико-диагностические особенности коклюша у детей на современном этапе.

Задача: Выявить характерные особенности клинической картины коклюша у детей на современном этапе.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 60 «Медицинских карт стационарного пациента» детей, находившихся на лечении в УЗ ГДИКБ г. Минска в 2013–2014 гг. с диагнозом «Коклюш». Дети были в возрасте от 1 мес до 17 лет, из них 27 мальчиков и 33 девочки. Полученные результаты обработаны с использованием методов математической статистики.

Результаты. Установлено, что в исследуемой группе преобладали дети старше 1 года – 46 детей (77 %), средний возраст составил $5,73 \pm 0,59$ лет. Все пациенты поступали в стационар в состоянии средней степени тяжести. В клинической картине заболевания преобладал сухой нарастающий приступообразный кашель, который у 56,7 % пациентов заканчивался рвотой или отхождением стекловидной мокроты. Репризы имели место у 33,3% обследованных. У 46 % детей отмечено повышение температуры до субфебрильных цифр. У большинства (64 %) пациентов были выявлены катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей.

При поступлении в гемограмме у пациентов имеет место достоверное повышение уровня лейкоцитов, у детей до 5 лет – сегментоядерных нейтрофилов. Лабораторная диагностика коклюша включала: ИФА (90% пациентов) – положительные IgM обнаружены у 42% пациентов; ПЦР (53% пациентов) – ДНК *Bordetella Pertussis* обнаружена в 66% случаев и бактериологический метод (33,3% пациентов) – 100% исследований дало отрицательный результат.

Выводы: 1. В настоящее время снижена настроженность врачей амбулаторного звена в отношении коклюша. 2. На современном этапе для коклюша характерно: в начальном периоде – постепенное начало заболевания; сухой нарастающий приступообразный кашель, в периоде разгара – состояние средней степени тяжести, приступообразный, малопродуктивный кашель; катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей (64%), рвота или отхождение мокроты по окончании приступа (56,7%); редко – репризы (33,3%). В ОАК – лейкоцитоз, нормальная скорость оседания эритроцитов.

Фокусы и техники психологической поддержки детей с ОВЗ и их семей

Арпентьева М.Р.

Калужский государственный университет

В случае помощи детям с ОВЗ необходима предметная, сфокусированная на определенной группе типичных для родителей и детей-инвалидов проблем, работа. Фокусы и техники такой работы таковы:

1. Фокус – пассивное отношение семьи к жизни и к проблемам (болезни) ребенка. Он предполагает необходимость активизации семьи, ее членов, через осмысление ими во взаимодействии со специалистами успехов семьи, трансляцию успешного опыта деятельности у родителей из других семей, занимающих более активную позицию, обнаружение и исследование «потерь» ребенка и родителей от их пассивности.

2. Фокус – негативное отношение к жизни, в том числе депрессивные установки и состояния. Работа с семьями требует использования техник и процедур переформулирования (позитивное переосмысление и т.д.), преодоления логических искажений (сверхобобщения, катастрофизации или преуменьшения значимости) в базисных посылах (стереотипах осмысления своей жизни) родителей и детей.

3. Фокус – позитивное – «рентное» отношение к жизни и болезням (проблемам) ребенка. Здесь от специалиста требуется помощь семье в направлении обнаружения и развенчания ее «фиктивных целей» (как называл их А.Адлер), их ниспровержения и замены «реальными» целями.

4. Фокус – синдром хронической усталости. Требуется помощь в развитии позитивного самоотношения и принятия ситуации как «жизненного вызова», экзистенциальной задачи. Продуктивна и помощь в налаживании контактных форм взаимной поддержки супругов и детей, обнаружение и исследование потерь от неискренних отношений.

5. Фокус – осмысление родителями инвалидности, болезней и иных проблем в развитии и отношениях ребенка как «наказания», чувство вины. Родителям необходимо помочь в разработке их представлений о вине в направлении поиска иррациональных предубеждений, в некоторых случаях продуктивен психогенетический анализ, исследование семейных сценариев,

6. Фокус – проблемы частичного принятия ребенка и чувства вины по поводу непринятия ребенка. В этой ситуации продуктивна «терапия реальностью», помощь в осмыслении невозможности полного принятия, а также позитивных функций непринятия в развитии ребенка и семьи.

7. Фокус – «автономные» проблемы родителя(ей), например, проблемы пары, существовавшие до рождения или инвалидизации ребенка. Продуктивен анализ «развивающих возможностей» детского присутствия, возможно – выявление «неосознаваемой» родителями и ребенком взаимосвязи интенсивности проблем супругов и нарушений в поведении и состоянии ребенка.

Эффективность стартовой терапии при гемофильных инфекциях у детей

Астапов А.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Заболевания гемофильными нейроинфекциями начали регистрироваться в г. Минске с 1969 г., когда начался подъем заболеваемости генерализованными формами менингококковой инфекции с внедрением современных методов диагностики гнойных менингитов. С 1969 по 2014 гг. в г. Минске зарегистрировано 89 больных с нейроинфекциями гемофильной этиологии. Наибольшее количество пациентов зарегистрировано в 2000–2009 гг. (40 детей) и с 2002 г. начали встречаться пациенты с эпиглоттитом гемофильной инфекции (22 ребенка), которых не было все предыдущие годы.

В связи с трудностями клинической дифференциальной диагностики между гнойными менингитами менингококковой и гемофильной этиологии заболеваний в XX веке для лечения гнойных менингитов стартовым антибиотиком использовали пенициллин у 85,4% пациентов, в связи с преобладанием в этиологической структуре за-

болеваний менингококка. При анализе эффективности лечения пенициллином установлено, что эффект от монотерапии получен только у 3 (8,6%) детей. У 32 (91,4%) пациентов приходилось приводить замену антибактериальной терапии у 19 на левомицетина сукцинат, а у 15 детей использовали по 3 и даже 4 антибиотика. В эти годы (1991-2000) произошел подъем летальности от пневмококковых нейроинфекций до 23,8%, также леченных пенициллином и встал вопрос о замене стартовой антибактериальной терапии. С учетом чувствительности основных патогенов вызывающих гнойные менингиты в г. Минске (менингококк, пневмококк, гемофильная палочка) решено для стартового лечения применять цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, клафоран и др.). При использовании последних эффективность монотерапии повысилась до 45,5% и лишь 54,5% пациентам проводилась замена терапии с использованием левомицетина сукцината у 5 детей, меронема – у 4, тивомеда и ванкомицина по 2 пациента.

В г. Минске от нейроинфекций гемофильной этиологии умерло 2 (2,2%) ребенка, в одном случае возбудитель обладал промежуточной чувствительностью к роцефину.

Таким образом смена стартовой антибактериальной терапии позволила уменьшить затраты на лечение нейроинфекций гемофильной этиологии и предотвращать летальные исходы и тяжелые остаточные последствия после перенесенного заболевания.

Физическая нагрузка и некоторые показатели гормонального и иммунного статуса у детей

Ахмедова Д.И., Ахмедова Н.Р., Закирова Н.И.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан;
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан*

Несмотря на то, что интенсивная физическая нагрузка может вызывать кратковременные изменения уровня иммунных клеток в крови даже у тренированных спортсменов, не существует убедительных доказательств того, что эти изменения могут сохраняться в течение более продолжительного времени или как-то влиять на деятельность иммунной системы. При высоких спортивных нагрузках возрастает интенсивность стероидогенеза в коре надпочечников, усиливается адренкортикальная активность и повышается уровень кортикостероидов в крови.

Цель. Изучить состояние иммунной системы и уровень гормонов у детей в зависимости от физической активности.

Методы. Нами обследовано 200 детей в возрасте 13–14 лет (120 – детей, занимающихся спортом и 80 – учащихся, занимающихся физическим воспитанием в общеобразовательных школах). У обследованных изучены состояние иммунной системы и уровень гормонов (кортизол, саматотропного гормона).

Результаты. Средний уровень кортизола в группе спортсменов был почти выше, чем у учащихся, не занимающихся спортом ($542,7 \pm 29,7$ и $331,6 \pm 15,0$ нМоль/л, соответственно; $p < 0,01$). Очень высокий уровень кортизола (выше 800 нМоль/л) наблюдался только у спортсменов (в 14,4% случаев) и не выявлялся в контрольной группе ($p < 0,01$). Высокий уровень кортизола (500–800 нМоль/л), зарегистрирован почти у половины спортсменов (47,2%), тогда как в контрольной группе такой уровень встречался реже, лишь в 15,6% случаев ($p < 0,01$). У большинства лиц контрольной группы (75,0%) уровень кортизола был ниже 400 нМоль/л, в то время как у спортсменов такой уровень выявлен только в 20,5% случаев ($p < 0,01$). Изучение содержания гормона роста в крови у не выявило достоверной разницы и соответствовало возрастным нормам ($1,8 \pm 0,05$ и $1,64 \pm 0,032$ нг/мл).

При изучении состояния иммунной системы не выявлено заметных отличий в сравниваемых группах. Так, уровень IgM как у детей, занимающихся спортом, так и у детей, занимающихся физвоспитанием был одинаковым ($1,4 \pm 0,083$ и $1,37 \pm 0,073$ соответственно).

Таким образом, у большинства спортсменов имел место повышенный уровень кортизола, который выполняет мобилизационную функцию, направленную на использование белковых ресурсов для энергетического обеспечения работающих мышц при интенсивной работе.

Оценка риска развития эссенциальной артериальной гипертензии среди школьников г. Ташкента: результаты скрининг-исследования

Ахмедова Ф.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Изучить факторы риска (ФР) развития эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) среди детей 7 лет по результатам скрининг исследования.

Пациенты и методы. Нами обследованы 80 детей (средний возраст $7,0 \pm 0,1$ лет) узбекской национальности, из них 42 мальчиков (52,5%) и 38 девочек (47,5%). Оценка факторов риска проводилась в группах детей: с артериальной гипертензией (АГ, 1-я группа, $n = 19$), с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД, 2-я группа, $n = 13$) и с нормальным артериальным давлением (3-я группа, $n = 48$). По результату вычисления индивидуальных показателей риска были рассчитаны абсолютный риск (АР), атрибутивный риск (САР), нормированный интенсивный показатель (N) и коэффициент интегративного риска (X).

Результаты. Величины X позволили выделить стратификационные факторы риска развития ЭАГ у обследованных детей. Так общая тенденция наличия абсолютного риска по наследственной отягощенности (гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца у обоих родителей) и сопутствующим заболеваниям (нарушения осанки, дискинезии желчевыводящих путей – 10,6 и

9,8 соответственно у мальчиков и девочек 1-й группы). В порядке убывания определены относительные критерии риска: в 1-й группе детей – избыточный вес (13,4), риск избыточного веса (11,4) и риск белково-энергетической недостаточности питания (БЭНП) (4,1) у мальчиков, риск низкого роста (3,8), пониженный вес (2,7) у девочек. Во 2-й группе: риск низкого роста (3,4) и риск пониженного питания (2,2) у мальчиков, риск избыточного веса (2,7) и риск низкого роста (2,9) у девочек.

Выводы. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, а также дисгармоничное физическое развитие могут увеличивать шанс формирования АГ у детей младшего школьного возраста. Обращает на себя внимание тенденция наличия факторов риска, таких как риск белково-энергетической недостаточности питания, риск низкого роста. В связи с чем, разработка и проведение профилактических мероприятий у школьников является актуальной и важной социально-экономической задачей, решение которой позволит снизить риск развития и становления ЭАГ у детей и подростков.

Влияние анемии матери во время беременности на вес ребенка при рождении

Ахрарова Ф.М., Ахрарова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Среди различных состояний риска заболеваемости новорожденных в неонатальном периоде важное место принадлежит задержки роста плода, являющейся результатом различных патологических состояний у беременной женщины. Патологическое течение беременности может наблюдаться при гестозах, внутриутробной инфекции, анемиях различной тяжести и других экстрагенитальных заболеваниях.

Цель – определить частоту заболеваемости анемией матерей во время беременности, родивших детей с малым и нормальным весом при рождении, госпитализированных в отделение патологии новорожденных.

Пациенты и методы. Нами были обследованы 23 новорожденных, родившихся с малым весом (МВ), заболевшие в неонатальном периоде и госпитализированные в отделение патологии новорожденных ГКДБ г. Ташкента, а также их матери. Контрольную группу составили 25 детей с нормальным весом (НВ) и их матери.

Результаты. Проведен детальный анализ заболеваемости матерей во время беременности у обеих групп детей, особое внимание было уделено перенесенной анемии. В первой группе, в которую включили детей с МВ, выявлено, что все женщины перенесли различные заболевания во время беременности (100%). Всего у 3 матерей первая половина беременности протекала без осложнений (13,0%) и у одной во второй половине беременности (4,3%). Из 23 матерей первой группы у 16 (69,5%) зарегистрирована анемия, из них 12 (75,0%) беременных принимали железосодержащие препараты. В первой по-

ловине беременности анемия выявлена в 12 случаях (52,2%), во второй – в 11 случаях (47,8%). Во второй группе, где объединены дети с НВ, у 3 (12,0%) матерей беременность протекала без осложнений в течение всей беременности, кроме этого у 6 (24,0%), в первой половине и у 13 (52,0%) во второй половине беременности, что на 11,0 и 47,7% соответственно больше чем в первой группе. Анемию перенесли в этой группе 13 (52,0%) матерей, из них 6 (46,1%) лечились железосодержащими препаратами. В первой половине беременности анемия диагностирована у 8 женщин, что составило по 32,0%, а во второй половине беременности зарегистрирована в 3 случаях – 12,0%. Эти показатели относительно ниже (на 20,2 и 35,8%), чем показатели у женщин первой группы.

Выводы. Таким образом, у матерей новорожденных с МВ чаще встречается заболеваемость анемией во время беременности, не смотря большой процент приема железосодержащих препаратов для лечения анемии, что в свою очередь оказало влияние на рождение этих детей с МВ.

Нейротоксикоз у детей: клиника, диагностика и лечение

Барзуюев С.Н., Собиров Н.

Городская детская больница, Канибадам,
Республика Таджикистан

Нейротоксикоз (инфекционный токсикоз) – ответная, быстро прогрессирующая гиперергическая реакция организма на вирусную, микробную инфекцию, характеризуется очень тяжелым состоянием больного, развитием неврологических расстройств различной степени выраженности от прекомы до терминальной комы, нарушениями кровообращения, дыхания, метаболизма и водно-электролитного равновесия. С нейротоксикоза может начаться любая нейроинфекция (менингиты, энцефалиты различной этиологии).

Цель работы. Дать оценку течению нейротоксикоза у детей различной этиологии.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 34 ребенка с нейротоксикозом, различной этиологии, из них у 13 (38,2%), превалировала клиника кишечного токсикоза, у 18 (52,9%) ОРВИ, у 8,8% этиологический фактор не установлен.

Результаты. Клиническая картина в большинстве случаев была полиморфна: имело место острое начало, бурное, больные были возбуждены, затем наступало угнетение сознания вплоть до комы. Иногда заболевание начинается рвотой, нередко повторной, не связанной с приемом и характером пищи. При среднемозговой коме резко повышается тонус симпатической нервной системы, температура тела поднимается в течение нескольких часов или сразу достигает высоких цифр (39–40°C). В этот период отмечается напряжение большого родничка, ригидность мышц шеи, а у более старших детей симптомы Кернига и Брудзинского. Дыхание становится учащенным, поверхностным и прерывистым. В ряде случаев пре-

обладают сердечно-сосудистые нарушения; отмечается тахикардия, артериальная гипертония с малой пульсовой амплитудой, повышается проницаемость сосудистой стенки, что способствует развитию отека мозга и легких, судорожного синдрома. Температура тела резко поднимается до 39,5–41°C, что сопровождается выраженным беспокойством, вздрагиванием тела, тремором конечностей, их похолоданием и акроцианозом. При осмотре обращают на себя внимание бледные кожные покровы, хоботковое движение губ, иногда сходящееся косоглазие, анизокория на стороне поражения, легкий экзофтальм и расширение глазной щели. Лечение проводили комплексно, симптоматически с учетом возникших отклонений в органах и системах.

Таким образом, одна из главных мер профилактики – укрепление защитных сил организма ребенка, повышение его сопротивляемости к различным неблагоприятным воздействиям, что достигается хорошим уходом за ребенком, его правильным питанием, разумным закаливанием.

Эффективность синбиотиков для нормализации микрофлоры кишечника у детей раннего возраста

Баум Т.Г., Первишко О.В., Салман А.Ф., Бевзенко О.В.

Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар;
Специализированная клиническая детская
инфекционная больница, Краснодар

В настоящее время в нормализации микрофлоры кишечника у детей раннего возраста с дисбиотическими нарушениями большое значение отводится синбиотикам.

Цель исследования – изучение клинико-лабораторной эффективности синбиотика «Нормобакт» в коррекции нарушений микробиоценоза кишечника у детей раннего возраста. Синбиотик «Нормобакт» содержит лиофилизированные культуры пробиотических молочных микроорганизмов (*Lactobacillus acidophilus* LA-5, *Bifidobacterium* Bb-12 и пребиотик фруктоолигосахарид (Рафтилоза). Препарат назначался детям с клинически выраженным и бактериологически подтвержденным дисбиозом кишечника, а также во время и после курса лечения антибактериальными препаратами.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 32 ребенка раннего возраста с функциональными нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта. У 6 (18,8%) отмечались запоры атонического характера после перенесенной кишечной инфекции, у 26 (81,2%) детей стул был энтероколитного характера с частотой 4–6 раз в сутки, у 13% детей запоры были связаны с проявлением гастроинтерстициальной формы пищевой аллергии, у 28 детей (87,1%) – неустойчивый стул отмечался после приема в течение последних 2 мес антибактериальной терапии.

Результаты. Изучение динамики клинических симптомов у детей с функциональными нарушениями ЖКТ, связанными с дисбиотическими нарушениями, на фоне про-

водимой терапии показало, что включение синбиотика «Нормобакт» в комплексную терапию способствовало более быстрому купированию симптомов дисбиоза кишечника, способствовало нормализации частоты стула уже к 5-му дню от начала терапии у 56,7% детей.

Таким образом, Нормобакт является высокоэффективным средством для нормализации микрофлоры кишечника у детей раннего возраста с дисбиотическими нарушениями, с хорошей индивидуальной переносимостью и низкой частотой развития побочных реакций.

Факторы риска при рецидивирующем бронхите у детей

Бекназаров А.Б., Нурмухамедов Х.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Рецидивирующий бронхит (РБ) характеризуется у 12% детей младшей возрастной группы, когда в течении года 3 раз и более заболевание протекает с затяжным кашлем, без синдрома обструкции, повышением температуры тела, ухудшением общего состояния. Чаще всего причиной РБ является повторная вирусно-бактериальная флора.

Цель исследования – определение зависимости исходов тяжелого течения РБ у детей от факторов риска.

Пациенты и методы. Обследовано было 68 детей (6 мес – 3 года) перенесших тяжелый рецидивирующий необструктивный бронхит, находящихся в течении $4,1 \pm 0,2$ сут в ОРИТ. Исследовали анамнестические данные, клинико-лабораторные показатели, диагностические параметры.

Результаты. В 88% случаях дети поступали в ОРИТ в тяжелом состоянии с неблагоприятным преморбитным фоном. Анамнестические данные свидетельствовали о патологии беременности и родов (3,2%); недоношенности (5,9%); фоновых заболеваний (20,6%) – рахит, гипотрофия, анемия; экссудативный диатез (25,1%); частые ОРВИ (53,2%). В возрастном аспекте до 1 года только 32% детей находились на естественном вскармливании, 40% – на смешанном, 28% – на искусственном. Тяжелая форма РБ протекала чаще у детей с тремя и более неблагоприятными факторами. Обострение отмечалось выраженными дисфункциями со стороны вегетативной нервной системы (ВНС), подтвержденные результатами кардиоинтервалографии (КИГ), указывающее на соответствующий ответ организма на воспалительный процесс. При этом наблюдался гиперсимпатикотонический исходный вегетативный тонус (ИВТ) у 65% детей, эйтония – у 3,7%. Лабораторные показатели отмечены лейкоцитозом (57,7%), нейтрофилезом (53,8%), повышением СОЭ (46,1%), анемией (61,5%). Определенная зависимость исходов заболевания от ряда факторов риска, а именно наличия 2–3 факторов в последующие повторные случаи воспалительного заболевания бронхолегочной системы наблюдались редко. Сочетание более 3 факторов приводит к повторным заболеваниям, хронизации воспалительного процесса в легких.

Выводы. Таким образом, исход тяжелого рецидивирующего бронхита зависит от факторов риска, среди которых патология беременности и родов, перенесенные заболевания, преморбитный фон, состоятельность ВНС, сдвигами красной картины крови свидетельствует о прогрессивности заболевания, важности проведения специальных методов профилактики и лечения.

Оценка влияния йодной профилактики на функционирование гипотиреоидной системы у детей грудного возраста

Белых Н.А.

Рязанский государственный медицинский университет им.акад. И.П.Павлова

Беременные, кормящие матери и дети, особенно первых 2 лет жизни, являются группами риска по развитию йоддефицитных заболеваний.

Цель исследования: оценить функционирование гипотиреоидной системы (ГТС) у детей грудного возраста в условиях применения йодной профилактики (ЙП) и ее отсутствия.

Пациенты и методы. В рамках 30-кластерного исследования влияния ante- и постнатального дефицита йода на развитие детей оценивали результаты неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз (ВГ), определяли содержание йода в грудном молоке ($n = 88$). Углубленно обследовали 172 ребенка (определяли йодурию, уровень ТТГ, свТ4 и свТ3 в 3, 6, 9 и 12 мес): в 1-й группе матери во время беременности и лактации употребляли ежедневно 200 мкг йода ($n = 76$), во 2-й группе матери не получали ЙП ($n = 96$).

Результаты. По результатам неонатального скрининга случаев ВГ не обнаружено. На фоне антенатальной ЙП медиана ТТГ была достоверно ниже (2,5 против 3,2 мЕд/л, $p < 0,05$), а частота повышенного уровня ТТГ ($>5,0$ мЕд/л) – выше (13,8 против 24,1%, соответственно, $p < 0,05$). Применение матерями ЙП в период лактации значимо влияло на медиану йода в грудном молоке (101,4 против 56,1 мкг/л, $p < 0,05$), и моче детей (177,1 против 81,5 мкг/л, $p < 0,05$). В 3-месячном возрасте уровень ТТГ и тиреоидных гормонов были равнозначными в обеих группах (ТТГ – $2,6 \pm 0,2$ и $2,9 \pm 0,2$ мЕд/л, фТ3 – $2,5 \pm 0,1$ и $2,3 \pm 0,2$ пмоль/л, фТ4 – $12,6 \pm 0,8$ и $11,3 \pm 1,1$ нмоль/л соответственно, $p > 0,05$). В 6-месячном возрасте концентрация ТТГ уменьшилась в 1-й группе до $1,9 \pm 0,2$ мЕд/л против $2,7 \pm 0,2$ мЕд/л во 2-й группе ($p < 0,05$), уровень фТ4 был выше в 1-й группе – $15,4 \pm 0,4$ против $12,8 \pm 0,8$ нмоль/л ($p < 0,05$). На 9-м месяце жизни концентрация ТТГ достигла более низкого значения в 1-й группе ($1,2 \pm 0,3$ против $2,6 \pm 0,1$ мЕд/л, $p < 0,05$). Содержание фТ4 в этом возрасте уменьшилось в обеих группах, но было выше в 1-й группе ($14,8 \pm 0,8$ против $11,5 \pm 0,9$ пмоль/л, $p < 0,05$). В возрасте 12 мес отмечена тенденция к повышению ТТГ в обеих группах, однако на фоне ЙП уровень тиреотропина у детей был достоверно выше ($1,3 \pm 0,2$ против $2,1 \pm 0,3$

мЕд/л, $p < 0,05$). Содержание fT4 в 1-й группе, как и ранее, было статистически значимо выше показателя 2-й группе ($14,9 \pm 1,2$ против $12,7 \pm 0,8$ нмоль/л, $p < 0,05$).

Выводы. Применение ЙП матерями во время лактации обусловило статистически значимое увеличение содержания йода в грудном молоке, что положительно влияло на уровень йодурии у ребенка, способствовало дозреванию гипофизарно-тиреоидной регуляции и проявлялось большим уровнем тироксина в течение всего первого года жизни.

Анализ заболеваемости инвазивными диареями у детей в Южно-Казахстанской области

Бердалиева Ф.А., Камбарова З.М., Жумагулова К.Ж., Ходжабеков Б.К.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Республика Казахстан; Городская инфекционная больница, Шымкент, Республика Казахстан

В Южно-Казахстанской области в 2014 г. по области зарегистрировано 3023 случая ОКИ и показатель заболеваемости на 100 000 населения равен 111,8. На долю детей до 14 лет приходится 75,8% заболевших. Из подтвержденных инвазивных диарей у детей: шигеллез – 222 случая, чаще болели организованные дети 62,1%. Шигелла Флекснера – 72,61%, Зонне – 22,71%. Сальмонеллез 38 случая, у детей до 14 лет – 44,7%. Иерсиниоз – 4 случая, все дети. От ОКИ неустановленной этиологии: за год по области умерло 4 ребенка, в 2 случаях развился синдром ГУСа.

Проанализированы 45 историй болезней детей поступивших в ГИБ с инвазивными диареями. Дети до года – 10%; от 1–3 лет – 52,5%; 4–7 лет – 22,5%; 8–12 лет – 15%. Дети до года, в основном получали искусственное вскармливание. Впервые поступившие в ГИБ с диагнозом ОКИ составили 75%; повторно – 25%. Заражение: контактным путем – 12,5%, алиментарным – 10,5%, водным – 4,5%, не связывают ни с чем – 72,5%. В клинике: лихорадка у 75%; судорги – 5%; рвота – 77,5%; диарея – 97,5%; тенезмы – 7,5%; боли в области живота – 50%; метеоризм – 5%; сухость – кожных слизистых покровов 85%. В ОАК – лейкоцитоз, повышение СОЭ, гипохромная анемия; в копрологии воспалительные элементы L – 87,5%; Эр – 40%; слизь, а в результатах бак/анализов шигеллез 72,5%; сальмонеллез – 7,5%; клебсиеллез – 2,5%; эшерехиоз – 3,75%; иерсиниоз – 0,8%. Острая форма инвазивных диарей у 83,7%; по топике поражений: гастроэнтерит – 12,5%; энтерит – 4,5%; гастроэнтероколит – 52,5%; колит – 21,7%; гемоколит – 8,8%; по степени обезвоживания – легкое 27,5%; среднее – 67,5%; тяжелое – 5%. Лечение: регидратационная, инфузионная терапия, нутритивная поддержка, антибиотики, энтеросорбенты, про- и пребиотики. Среднее пребывание в стационаре до 5 сут – 75%; до 7 сут – 17,5% и более – 7,5%. Исход заболевания: вы-

здоровление – 88,7%; хронизация – 5,3%; формирование носительства – 6%.

Выводы. Инвазивные диареи чаще отмечены у детей от 1–3 лет, в клинике преобладали диарея, рвота, лихорадка, в бактериологии из возбудителей преобладали шигеллезы, по топике поражения гастроэнтероколиты, по течению средне-тяжелое.

Клинический случай острого бруцеллеза у ребенка грудного возраста

Бердалиева Ф.А., Маханов Т.Б., Жумагулова К.Ж.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Республика Казахстан; Городская инфекционная больница, Шымкент, Республика Казахстан

Клинический случай из практики: острый бруцеллез у грудного ребенка в возрасте 7 мес. Поступил в ГИБ с жалобами на слабость, плохой аппетит, сон. Заболел остро, умеренная лихорадка, на протяжении 3 нед, далее присоединилось разжижение стула, вялость, снижение аппетита. Получал амбулаторно жаропонижающие, пероральный антибиотик, коррекцию питания, в крови выявлено снижение Hb до 70 г/л, был госпитализирован в гематологическое отделение.

Инфекционный контакт отрицают, никуда не выезжали, ребенок городской, живет в благоустроенном доме. Последние 2 мес ребенку дают прикорм в виде каши на молоке и творог, купленные у приходящей молочницы.

Объективно: состояние средней тяжести, вялый, бледный, слизистые суховатые. Сыпи нет. Изменений в зеве нет. Периферические лимфатические узлы увеличены во всех группах до 0,5 см. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум. Печень +1,5+2,0+2,5; селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Стул в норме, диурез снижен.

В анализе крови: Hb70 г/л, эр. $3,0 \times 10^{12}/л$, цв. пок. 0,85; L – $22,0 \times 10^9/л$, п/я 10%, с/я 73%, эоз.1%, лимф. 4%, мон. 8%, тр. $260,0 \times 10^9/л$, СОЭ 30мм/ч.

В анализе мочи: уд. вес 1010, pH кислая, прозрачная, белок 0,04 г/л, лейкоциты 28–30 вп/зр, эритроциты 1–2 в п/зр, бактерии +++.

Общий белок 65 г/л; билирубин общий: 21,7 мкмоль/л, не прямой 18 мкмоль/л, прямой 3,7 мкмоль/л, АСТ – 45 ед, АЛТ – 48 ед. Коагулограмма: протромбиновый индекс 83%, протромбиновое время 15,7 с; фибриноген 5,1 г/л. Костномозговая пункция: в гранулоцитарном ростке много зрелых форм; умеренный лимфоцитоз; гипоплазия красного ростка без задержки созревания Hb; мегакарициты функционально зрелые. УЗИ: гепатоспленомегалия; поджелудочная железа увеличена; небольшое количество жидкости в брюшной полости; увеличение размеров обеих почек. ЭКГ ритм синусовый, диффузные нарушения процесса реполяризации. Осмотр кардиолога: миокардиодистрофия, реактивный перикардит. Серология: на сальмонеллез, дизентерию, паратифы,

псевдотуберкулез и иерсиниоз - результаты отрицательные, на бруцеллез реакции Хеддельсона (+++); Райта титр 1:200.

Диагноз: бруцеллез, острая септическая форма, миокардиодистрофия; реактивный перикардит; анемия III степени; инфекционно-токсическая почка. На фоне этиотропной, патогенетической, симптоматической и иммунокорректирующей терапии, положительная динамика, выздоровление.

Отравления в детском возрасте

Бердовская А.Н., Леошко К.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Спецификой острых отравлений у детей являются возрастные особенности, затрудняющие контакт с ребенком и сбор полноценного анамнеза, что отрицательно влияет на своевременность диагностики, прогноз и течение интоксикации. Отсутствие источника информации либо скудные анамнестические данные об обстоятельствах отравления часто затрудняют прогноз и выбор оптимальной программы лечения.

Необходимо учитывать, что зачастую родные и близкие ребенка из-за небрежного хранения медикаментов и бытовых химикатов могут являться косвенными виновниками несчастного случая и поэтому могут неполно освещать обстоятельства, при которых произошло отравление, и давать ложную информацию о количестве яда, попавшего в организм ребенка.

Цель – изучить особенности отравлений у детей Гродненской области.

Материалы и методы. Проанализированы 104 медицинские карты пациентов, госпитализированных в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в период за 2013 год. С симптомами отравления за 2013 г. в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» госпитализированы 104 ребенка в возрасте от 2 мес до 15 лет. По гендерному признаку пациенты распределились следующим образом: мальчики – 57 человек (54,8%), девочки – 47 (45,2%). Распределение по возрасту показало следующее: до 1 года госпитализированы 10 детей (9,6%), от 1 до 3 лет – 59 (56,7%), от 4 до 6 лет – 15 (14,4%), от 7 до 11 лет – 4 (3,8%), от 12 до 15 лет – 16 (15,4%). Чаще всего за медицинской помощью обращались осенью – 38 детей (36,5%) и весной – 30 (28,9%), реже летом – 19 (18,3%) и зимой – 15 (14,4%) детей.

В 89 (85,6%) случаях отмечались медикаментозные отравления. Из них в двух случаях антибиотиками, в двух – гормонами и их заменителями, в трех – анальгетиками, в 9 – противосудорожными, снотворными и седативными. В 5 случаях произошло отравление веществами, действующими на вегетативную нервную систему, в 6 – препаратами системного действия, в 15 – действующими на сердечно-сосудистую систему, в 2 – действующими на органы пищеварения, в 5 – действующими на гладкую мускулатуру и органы дыхания, в 2 – препаратами мест-

ного действия и в 9 – диуретиками. Отмечено три случая умышленного приема снотворных и седативных препаратов подростками.

15 подростков госпитализированы с диагнозом острое алкогольное отравление. Средний уровень содержания этилового спирта в крови, выявленного методом газовой хроматографии, составил 1,25‰ (что соответствует средней степени опьянения), в моче – 0,54‰.

92% детей с отравлениями госпитализированы в отделение реанимации в связи с тяжестью состояния. Средняя длительность госпитализации составила 3 дня. Все пациенты выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, у детей из всех причин отравлений 85,6% приходится на лекарственные препараты. В 56,7% в случае острого отравления госпитализируются дети в возрасте от 1 до 3 лет.

Микробная ассоциация носоглотки у детей с врожденными пороками сердца

Бордюгова Е.В.¹, Конов В.Г.², Усенко Н.А.¹

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина;

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, Донецк, Украина

Дети раннего возраста с врожденными пороками сердца (ВПС) после реконструктивных кардиохирургических операций угрожаемы по развитию респираторных осложнений инфекционной природы.

Цель исследования – изучение микробной колонизации носоглотки детей с ВПС при поступлении в стационар и ее взаимосвязь с осложнениями в послеоперационном периоде.

Пациенты и методы. Анализ жалоб, анамнеза, оценка микробиологического статуса слизистых оболочек носоглотки 78 пациентов с ВПС раннего возраста.

Результаты. Слизистая оболочка носоглотки у детей с ВПС уже на дооперационном этапе является резервуаром антибиотико-резистентных штаммов микроорганизмов: патогенные стафилококки выделены у 52,5% пациентов. *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus haemolyticus* проявили чувствительность к макролидам в 68% случаев, к триметоприму – в 70%, к цефалоспорином III поколения – в 85%, к амоксициллину – в 90%, к фторхинолонам – в 95%, к линезолиду – в 100% случаев. Отмечалась слабая чувствительность к ванкомицину и карбапенемам. *Staphylococcus epidermidis* обнаружен у 8,9% пациентов, из них у 6,4% обладал полирезистентностью, сохраняя чувствительность лишь к ванкомицину, рифампицину, линезолиду, моксифлоксацину. Выделенные в 1,3% случаев *Staphylococcus warneri* и в 2,6% случаев *Staphylococcus hominis* также обладали полирезистентностью. *Streptococcus pneumoniae* и *Streptococcus pyogenes* обнаружены в 6,4 и 1,3% случаев соответственно. *Streptococcus pneumoniae* в 2,6% случаев был чувствительным только к моксифлоксацину. Условно-патогенные грамотрицательные энтеробактерии колонизировали слизистую носо-

глотки в 17,9% случаев. У 5,1% пациентов обнаружили *Enterobacter aerogenes*, чувствительный к аминогликозидам, цефтазидиму и левофлоксацину, резистентный к большинству фторхинолонов и карбапенемам. *Aerococcus viridans*, *Citrobacter freundii*, *Korsuria Kristine* имели чувствительность только к левофлоксацину.

Выводы. Факторы риска развития респираторных осложнений в раннем послеоперационном периоде у детей с ВПС – перенесенная пневмония, предшествующие госпитализации в стационар, использование антибактериальных препаратов на догоспитальном этапе. Указанное требует продуманного, обоснованного назначения антибактериальных препаратов детям с ВПС на дооперационном этапе.

Влияние метилксантинов на частоту развития и выраженность микроаспирации желудочного содержимого у новорожденных

Брыксина Е.Ю., Брыксин В.С., Почивалов А.В., Савченко А.П., Ониангет Е.П.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону;
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко

Терапия метилксантинами в неонатальном периоде, применяемая для профилактики и лечения бронхолегочной дисплазии (БЛД), помимо положительного действия имеет побочные эффекты, одним из которых является релаксация нижнего пищеводного сфинктера и потенцирование гастроэзофагеальной регургитации, что на фоне несостоятельности антиаспирационных механизмов может приводить к микроаспирации желудочного содержимого (МАЖС).

Цель исследования: изучить характер влияния терапии метилксантинами на частоту и выраженность МАЖС у новорожденных.

Пациенты и методы. В исследование включено 373 новорожденных ребенка, получающих респираторную терапию. Верификация МАЖС проводилась методом выделения пепсина в трахеобронхиальном аспирате (ТБА), активность которого определялась величиной экстинкции (прямо пропорциональна активности пепсина). Диагностически значимыми являлись значения экстинкции более 0,3. Эуфиллин в неонатальном периоде получали 176 детей, кофеин – 197 детей. Суточная доза эуфиллина составляла от 1,5 до 5 мг/кг/сут, в/в, доза насыщения кофеина составила 20 мг/кг/сут, поддерживающая доза – 5 мг/кг/сут, в/в, каждые 24 часа (согласно рекомендациям Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины).

Результаты. Частота МАЖС у пациентов, получающих эуфиллин, составила 86,4%, что достоверно ($p < 0,0002$) превышает частоту МАЖС у пациентов, получающих кофеин – 62,9%. Оценка максимальных значений экстинкции у детей с МАЖС, получающих эуфиллин и кофеин

выявила более выраженную МАЖС у пациентов различного гестационного возраста, получавших эуфиллин. Средние минимальные значения экстинкции у данной группы пациентов составили $0,497 \pm 0,029$, средние максимальные – $1,542 \pm 0,033$, тогда как у пациентов, получающих кофеин – $0,326 \pm 0,036$ и $1,408 \pm 0,021$ соответственно. Отмечено нарастание активности пепсина в ТБА по мере увеличения дозы эуфиллина. При этом для доношенных детей и детей, рожденных в сроке гестации 37–35 нед доза эуфиллина, сопровождающаяся нарастанием активности пепсина составила 3,5 мг/кг/сут и выше ($p_1 = 0,05$, $p_2 = 0,037$ соответственно), тогда как пациенты с гестационным возрастом 34 нед и менее имели значимое нарастание экстинкции уже при дозе 2,5 мг/кг/сут ($p_3 = 0,002$).

Таким образом, терапия эуфиллином сопровождается более частой и выраженной МАЖС, что может неблагоприятно сказываться на функциональной активности бронхолегочной системы, повышая резистентность к проводимой терапии и ухудшая прогноз.

Школа коррекции и профилактики ожирения для детей Краснодарского края

Бурлуцкая А.В., Шадрин С.А., Статова А.В., Трубилина М.М., Черняк И.Ю.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Ожирение как и другая хроническая патология требует от пациента знаний о принципах лечения, управления и контролю за состоянием заболевания.

Школа коррекции и профилактики ожирения у детей создана кафедрой педиатрии №2 ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России совместно с ГБУЗ ДККБ МЗ КК (далее – Школа). В Школу направляются дети с 7 лет и подростки с избыточной массой тела и ожирением и их родители. Обучение проводится по структурированной программе.

Основной целью Школы является помощь детям с избыточной массой тела и ожирением в лечении и получении наилучших результатов через понимание глубины проблемы и создание готовности изменить образ жизни и пищевые привычки.

Основными задачами Школы является обучение детей с избыточной массой тела и ожирением и их родителей принципам правильного питания, методам самоконтроля, удержанию достигнутых результатов, а также проведение психологической поддержки.

Помимо обучения пациентов, в Школе проводится анализ результатов проведенных лабораторно-инструментальных методов исследования и установление диагноза, определение состава тела в начале обучения и динамический контроль, определение сроков проведения контрольных осмотров на протяжении периода снижения массы тела, создание и ведение соответствующей медицинской документации.

В Школе работают квалифицированные специалисты: детский эндокринолог, клинический психолог, инструктор лечебной физкультуры. Вышеуказанная команда позволяет сделать занятия интересными для детей и их родителей, создать комфортную психологическую атмосферу, придать динамичность и активность занятию.

Методическое оснащение Школы: наглядный учебный материал, обучающие таблицы, дневник питания для больных, светофор питания, таблица калорийности, анкеты для выявления типа нарушения пищевого поведения, мультимедийное сопровождение занятий. Занятия проводятся в просторном кабинете, оснащенный необходимой мебелью, флипчартом, большим экраном.

Психологическая коррекция осуществляется методиками, используемыми в педиатрической практике в игровой форме. Занятия лечебной физкультурой проводятся в просторном спортивном зале, оснащенном необходимым инвентарем. Помимо физических упражнений инструктором проводится дыхательная гимнастика, позволяющая ускорить темпы снижения массы тела.

Обучение в Школе поможет получить всю необходимую информацию для изменения образа жизни и достичь желаемых результатов в снижении веса и удержать полученный результат.

Эффективность активных форм оздоровления детей в дошкольных образовательных учреждениях

Бухарина К.А., Мещеряков В.В.

Сургутский государственный университет

Цель. Оценить эффективность различных форм оздоровления детей в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ).

Пациенты и методы. Сплошное проспективное сравнительное исследование: оценка инфекционного индекса (ИИ), индекса здоровья (ИЗ), физического развития (ФР) адаптации детей по индексу напряжения (ИН), качества жизни (КЖ) в течение 1-го года после поступления в ДОУ г. Сургута в трех группах наблюдения (ДОУ со стандартным подходом к оздоровлению – 1-я группа ($n = 212$); ДОУ с активными формами оздоровления (АФО) в отделении восстановительного лечения (ОВЛ) детской поликлиники – 2-я группа ($n = 60$); ДОУ с АФО, как в ОВЛ, на территории ДОУ) – 3-я группа ($n = 98$). Используются методы Манна-Уитни и углового преобразования Фишера, данные представлены в % и $Mo(Ql-Qh)$.

Результаты. При поступлении в ДОУ между группами отсутствовали различия по всем показателям ($p > 0,05$). При достоверном увеличении в течение года длины и массы тела во всех группах ($p < 0,05$) их прирост во 2-й и 3-й группах был более значительным ($p < 0,05$), что сочеталось с большим снижением индекса массы тела в 3-й и 2-й группах, в сравнении с 1-й группой ($p < 0,05$). Отражением дезадаптации явилось достоверное ($p = 0,00$ во всех группах) увеличение ИН через 1 мес после поступления в ДОУ. Более благоприятная адаптация отмеча-

лась в 3-й группе (ИН через 6 мес в 3-й группе 107,0 (102,5–115,1); во 2-й – 119,1 (110,4–129,2); в 1-й – 129,2 (117,3–138,0); через 1 год в 3-й группе – 83,1 (78,9–87,5); во 2-й – 91,2 (86,4–99,2); в 1-й – 102,5 (95,2–110,0); $p = 0,00$ между всеми группами). В конце года наблюдения ИЗ наиболее высоким оказался в 3-й группе, меньшим во 2-й и наиболее низким – в 1-й группе (25,5, 21,7 и 12,3% соответственно; $p < 0,01$ между 1-й и 3-й и между 1-й и 2-й группами). Аналогичная закономерность установлена при анализе ИИ через 1 год наблюдения (3-я группа – 0,25 (0,0–0,5), 2-я группа – 0,5 (0,2–0,5), 1-я группа – 0,6 (0,4–0,8); $p = 0,00$ между 1-й и 3-й и между 1-й и 2-й группами; $p = 0,03$ между 2-й и 3-й группами). Динамика среднего показателя КЖ в баллах через 1 год наблюдения оказалась более благоприятной в 3-й группе (3-я группа 96,3(95,0–97,5), 2-я – 93,8 (92,2–95,2), 1-я – 93,8 (89,2–95,0); $p = 0,00$ между 1-й и 3-й и между 2-й и 3-й группами, $p = 0,21$ между 1-й и 2-й).

Заключение. Внедрение активных форм оздоровления дошкольников благоприятно отражается на ФР, КЖ и процессе адаптации к условиям ДОУ. Максимальная доступность ОФО на базе ДОУ обеспечивает их наибольшую эффективность.

Молекулярно-биологические особенности хронических вирусных микст «В + С» и «В + С + D» гепатитов у детей

Валиева Н.К., Иноятова Ф.И.

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

Цель. Изучить взаимообусловленность вирусов при хронических вирусных микст «В + С» и «В + С + D» гепатитах (ХВМГ) у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 100 детей, больных ХВМГ в возрасте от 3–18 лет. Длительность заболевания $5,6 \pm 0,3$ лет. Верификация HBV-DNA, HCV-RNA, HDV-RNA в крови проводилась методом ПЦР: качественный (100 детей) и количественный (86 детей) с использованием тест-систем «Авиценна» (Россия).

Результаты. Качественный анализ ПЦР-диагностики выявил не менее четырех вариантов при ХВМГ В + С: I вариант – HBV(+) HCV(+); II – HBV(+) HCV(-); III – HBV(-) HCV(+); IV – HBV(-) HCV(-) и пяти вариантов при В + С + D-инфекции: I – HBV(+) HCV(+) HDV(+); II – HBV(-) HCV(+) HDV(+); III – HBV(+) HCV(-) HDV(+); IV – HBV(+) HCV(+) HDV(-); V – HBV(-) HCV(-) HDV(+). Количественный анализ ПЦР показал, что при ХВМГ В + С из 44 детей с HBV/HCV (+) результатом у 39,6% больных определялись высокие титры вирусной нагрузки HBV-DNA в пределах 10⁵–10⁸ копий/мл. У 6,9% детей с HCV (+) результатом репликация находилась на уровне 10⁵ копий/мл. При ХВМГ В + С + D детей с HBV (+) результатом в 66,6% случаев отмечались высокие титры HBV-DNA (10⁴–10⁸ копий/мл). В HCV(+) случаях у

71,4% больных превалировала вирусная нагрузка HCV-RNA (10^5 – 10^7 копий/мл). Что касается HDV-инфекции детей с HDV(+) результатом в 54,2% случаях определялись низкие титры HDV-RNA в пределах 10^2 – 10^3 копий/мл и в 45,7% относительно высокие титры – 10^4 – 10^5 копий/мл. При этом, встречаемость последних составила одинаковую частоту соответственно у 36,3 и 39,2% детей, больных ХВМГ В+С+D с высокой репликативной активностью как HBV так и HCV. Взаимообусловленность между вирусами, что в случае ХВМГ В+С – превалирование вирусной активности HBV (75,8%) с давностью до 3 лет. В случае ХВМГ В+С+D – превалирование вирусной активности HBV (66,6% с HBV-DNA (+) результатом) с давностью до 3 лет и HCV (71,4% с HCV-RNA (+) результатом) свыше 3 лет, при этом в обоих случаях относительно высокий уровень вирусной нагрузки HDV-RNA (10^4 – 10^5 копий/мл) определялся соответственно у 36,3 и 39,2% детей.

Заключение. В условиях микст инфицирования, между вирусами происходит конкурентное подавление репликации, которое зависит от длительности заболевания. При этом, в случаях тройного инфицирования, HDV обладает способностью подавлять HBV и HCV-инфекции, при двойном инфицировании на ранних стадиях заболевания HBV превалирует под HCV, на поздних стадиях происходит реверсия активности вирусов.

Хламидиально-микоплазменная инфекция у глубококондоношенных детей с бронхолегочной дисплазией

Василевский И.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Изучена частота колонизации дыхательных путей атипичными возбудителями (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma pneumoniae*) у глубококондоношенных детей, проанализирован спектр определяемых патогенов у пациентов в зависимости от развития у них бронхолегочной дисплазии. Изучаемую выборку составили 46 глубококондоношенных детей с гестационным возрастом менее 32 нед и массой тела при рождении 1500 г и менее. Материалом для исследования служила мокрота и назофарингеальные соскобы эпителиальных клеток. ДНК изучаемых патогенов идентифицировали методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Взятие биологического материала проводилось в первые сутки жизни обследуемых.

Средняя масса тела детей при рождении составила $1200,9 \pm 36,8$ г, средний гестационный возраст – $29,1 \pm 0,3$ нед. 21 ребенок родился через естественные родовые пути (45,7%), в 25 случаях (54,3%) родоразрешение было произведено путем операции кесарева сечения. Колонизация дыхательных путей атипичными возбудителями выявлена у 31 младенца (67,4%): *Mycoplasma hominis* – у 16 детей (34,8%), *Chlamydia trachomatis* –

у 5 (10,9%), *Chlamydophila pneumoniae* – у 2 (4,3%), *Mycoplasma pneumoniae* – у одного ребенка (2,2%). Комбинация двух и более возбудителей была диагностирована в 7 случаях (15,2%). При этом из 42 положительных проб в 17 случаях (40,5%) инфекционный патоген был верифицирован как в назофарингеальном соскобе, так и в мокроте; в 8 случаях (19,0%) – только в назофарингеальном соскобе и в 17 случаях (40,5%) – только в мокроте. Бронхолегочная дисплазия развилась у 32 пациентов, что составило 69,6%. При этом в группе глубококондоношенных детей с установленной колонизацией дыхательных путей возбудителями хламидиально-микоплазменной этиологии частота БЛД составила 74,2% ($n = 24$), в то время как в группе младенцев без колонизации – 53,3% ($n = 8$).

Атипичные возбудители, среди которых в изученном материале превалирует *Mycoplasma hominis*, выявленные в дыхательных путях 69,6% глубококондоношенных младенцев, оказывают влияние как на течение раннего неонатального периода, так и на формирование хронической патологии легких – бронхолегочной дисплазии. По нашему мнению, фактором риска развития БЛД является не только выявленная колонизация респираторного тракта атипичными возбудителями, но особенно комбинация двух и более патогенов хламидиально-микоплазменной природы.

Распространенность метициллинрезистентного золотистого стафилококка у детей с внебольничными респираторными заболеваниями

Василевский И.В., Скепьян Е.Н., Топтун П.Д.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Обследованы 3124 детей, обратившихся за амбулаторной помощью в ряде поликлиник г. Минска. У пациентов с гипертрофией небных миндалин, острым и хроническим тонзиллитом, аденоидитами, рецидивирующим бронхитом, у часто и длительно болеющих, детей с длительным субфебрилитетом анализировали результаты мазков из зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам. Для идентификации возбудителей использовали бактериологический метод, определяли чувствительность патогенов к антибактериальным препаратам, исследования проводили в специализированной лаборатории.

Установлено, что у 1611 пациентов (51,6% от общего числа обследованных) обнаружены различные микроорганизмы – возбудители заболеваний, а также ассоциации из нескольких патогенов. Наиболее частым патогеном, выделенным как изолированно, так и в микробных ассоциациях среди представителей «грамм +» флоры был *Staphylococcus aureus* (у 1057 пациентов, что составило 33,8% от общей выборки обследованных). При анализе чувствительности данного возбудителя к антимикробным

средствам выявлено, что *Staphylococcus aureus* в отношении оксациллина в 26,2% случаев оказался чувствительным к данному препарату, в 13,3% случаев – отмечена умеренная чувствительность, а у 60,5% обследованных пациентов (640 человек), у которых этиологически значимым патогеном респираторных заболеваний был *Staphylococcus aureus*, обнаружена резистентность к оксациллину.

Выводы: 1) Следует обратить внимание на тот факт, что среди всех обследованных детей с респираторными заболеваниями, обращавшихся за амбулаторной помощью в последние годы, у каждого пятого (20,5%) пациента значимым оказался метициллин-резистентный золотистый стафилококк, как этиологический агент внебольничных бактериальных заболеваний дыхательных путей. 2) Полученные данные подтверждают важное положение о том, что метициллинрезистентная стафилококковая инфекция является актуальной проблемой в педиатрии не только в условиях стационара, но и имеет довольно значительную распространенность среди амбулаторного контингента детей.

Роль системы L-Аргинин-NO в патогенезе пиелонефрита у детей

Вильчук К.У.

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Минздрава Республики Беларусь, Минск, Республика Беларусь

Высокая распространенность, частота рецидивирования и недостаточная эффективность терапии пиелонефрита у детей по-прежнему делает актуальной проблему патогенеза микробно-воспалительной патологии почек. В настоящее время все большее внимание уделяется выяснению роли дисфункции эндотелия и других показателей системы L-Аргинин-NO в механизмах развития сердечно-сосудистой патологии и других заболеваний.

Цель работы. Установить роль основных показателей системы L-Аргинин-NO в патогенезе пиелонефрита у детей.

Методы и полученные результаты. Наряду со стандартным протоколом обследования детей с пиелонефритом, с целью диагностики дисфункции эндотелия у пациентов применен тест с реактивной гиперемией. Обследовано 100 детей с острым пиелонефритом. По результатам теста с реактивной гиперемией установлено, что у 80% ($n = 80$) детей с пиелонефритом наблюдается снижение эндотелий-зависимой дилатации сосудов ($p < 0,001$), по сравнению с пациентами из группы сравнения (без дисфункции эндотелия, $n = 20$). Развитие дисфункции эндотелия сопровождается увеличением количества циркулирующих в крови эндотелиальных клеток ($p < 0,001$), повышением агрегационной способности тромбоцитов ($p < 0,001$), уровня стабильных метаболитов оксида азота ($p < 0,001$), диеновых конъюгатов ($p < 0,001$), оснований Шиффа ($p < 0,001$) и снижением α -токоферола ($p < 0,001$) в плазме крови. Выявленная закономерность

подтверждается реализацией в группе пациентов с дисфункцией эндотелия корреляционных зависимостей (по критерию Spearman Rank) между показателем дисфункции эндотелия – максимальным пульсовым кровотоком с уровнем циркулирующих в крови эндотелиоцитов ($p < 0,001$), со степенью агрегации тромбоцитов ($p < 0,001$), с содержанием диеновых конъюгатов ($p < 0,001$), оснований Шиффа ($p < 0,001$) и α -токоферола в крови ($p < 0,001$).

Выводы. Выявленные нарушения эндотелий зависимость вазодилатации, десквамации эндотелия, продукции оксида азота микро- и макрофагами, агрегации тромбоцитов и активности оксидативного стресса свидетельствуют о значимой роли системы L-Аргинин-NO в механизмах развития пиелонефритов у детей и делает актуальной проблему поиска новых методов патогенетического лечения данной патологии.

Новорожденные с экстремально низкой массой тела при рождении: оценка исходов неонатального периода

Вохидов А.В., Вохидов Р.А., Хасанова М.А.

Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии, Душанбе, Республика Таджикистан

Несмотря на технологический прогресс в выхаживании недоношенных детей, проблема заболеваемости и смертности у них остается актуальной благодаря многофакторным патологическим состояниям, а именно, гипоксии, респираторным расстройствам, внутрижелудочковым кровоизлияниям. Известно, что критические состояния новорожденных, а особенно, преждевременно родившихся детей, характеризуются стремительностью развития и генерализацией патологических процессов в организме, однотипностью клинических проявлений.

Цель работы – оптимизация диагностики критических состояний детей с экстремально малой массой тела при рождении.

Пациенты и методы. Проведены клиничко-морфологические сопоставления критических состояний преждевременно родившихся детей с неблагоприятным течением неонатального периода. При распределении детей по массе тела установлено, что детей с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ), менее чем 1000 г, было 54,16 ± 0,98%. 60,42% женщин умерших недоношенных детей были сельскими жительницами, 12,5% – жительницами г. Душанбе.

Результаты. При изучении установлено, что неблагоприятное течение неонатального периода в первые сутки жизни имело место у 27,08 ± 0,18% детей. Средняя масса тела при рождении у них была 910,76 г. На протяжении раннего неонатального периода умерло 43,75 ± 0,15% детей со средней массой тела при рождении 1036,19 г. Лишь 6,25 ± 0,20% детей пережили неонатальный период. Так, на первом месте в структуре клинического диагноза был «НЭК» (100%), далее – «Врожденные пороки развития» и «Генерализованная внутриутробная инфекция»

(по 66,6%), «Асфиксия» (51,76%), «РДС недоношенных» (34,0%), «Внутричерепные кровоизлияния» (29,03%), «Гипоксически-ишемическая энцефалопатия» (20,0%). Сопутствующими, как правило, были ДВС-синдром, ЗВУР, синдром полиорганной недостаточности, судорожный синдром. При формулировке клинического диагноза имела место гипердиагностика гипоксически-ишемической энцефалопатии у детей с очень малой массой тела при рождении.

Выводы. Ведущую роль в развитии критических состояний у преждевременно родившихся детей с экстремально малой массой тела при рождении играет гипоксия, респираторные нарушения и нарушения мозгового кровообращения. Ведущую роль в танатогенезе у недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении занимают внутрижелудочковые кровоизлияния. При формулировке клинического диагноза имеет место гипердиагностика гипоксической энцефалопатии при рождении.

Оценка распространенности и структуры ожирения в детской возрастной группе в условиях северных территорий

Герасимчик О.А., Гирш Я.В., Вернигорова Н.В.

Сургутский государственный университет

Материалы и методы: анализ данных профилактических осмотров детей в школах и детских садах, диспансерных групп, состоящих на учете у эндокринологов с ожирением, данных отчетной документации медицинских организаций городов ХМАО-Югры. Общий объем выборки – 3419 больных. Для оценки прогноза развития ожирения и отдельных его форм построены математические модели динамических изменений показателя заболеваемости с определением коэффициента аппроксимации. Результаты обработаны с применением пакета программ STATISTICA, версия 8.0.

Результаты и обсуждение. Рост рождаемости в Ханты-Мансийском округе – Югре привел к увеличению за последние 3 года детской возрастной группы в округе. На этом фоне выявлен значимый рост ожирения у детей и подростков. Заболеваемость составила 6,8 на 1000 детского населения (2012 г.) и 7,1 (2014 г.). Распространенность ожирения: 18,04 и 20,7 в 2012 и 2014 гг. соответственно. Группа пациентов с ожирением неоднородна. Наибольший удельный вес приходится на избыточную массу тела (34%), далее, простое экзогенно-конституциональное ожирение 1-й, 2-й степеней – 27%, экзогенно-конституциональное ожирение 3-й степени – 16%, метаболический синдром – 18% и генетические синдромы – 5%. Следует отметить, что уже в стадии ожирения у детей регистрируют начальные метаболические и кардиоваскулярные сдвиги.

Исследование динамики первичной заболеваемости позволило выявить рост показателя с увеличением темпа

прироста и высоким показателем коэффициента аппроксимации ($R^2 = 0,8811$).

Выводы. Анализ динамических рядов заболеваемости и распространенности ожирения в детской возрастной группе показал, что показатели имеют положительную динамику и в соответствии с построенными математическими моделями стремятся к увеличению в ближайшие временные периоды. Использование математических моделей изменений показателей заболеваемости и распространенности целесообразно для оценки прогноза развития ожирения и отдельных его форм для принятия организационных решений.

Особенности структуры тела у детей и подростков с различной массой тела

Герасимчик О.А., Гирш Я.В., Тепляков А.А.

Сургутский государственный университет

Материалы и методы. Сравнительное исследование структурных особенностей тела в группах детей и подростков ($n = 72$) с нормальной и избыточной массой тела с помощью биоимпедансметра (аппарат «Диамант»). Наличие ожирения устанавливали при ИМТ более 95 перцентили, избыточная масса тела при ИМТ более 85 перцентили, согласно возрасту и полу. Результаты обработаны с применением STATISTICA, версия 8, программа статистического анализа Microsoft Excel, 7,0.

Обсуждение результатов. В соответствии со значениями ИМТ, дети были распределены на 2 группы: 1-я группа ($n = 28$) – дети с массой тела, соответствующей возрасту и полу, 2-я группа ($n = 44$) дети с избыточной массой тела и ожирением. 1-я группа характеризовалась 100% соответствием нормальному содержанию жировой ткани, во 2-й группе жировая ткань составила 55% к возрастной норме ($p < 0,05$). Получены различия в отклонении активной клеточной массы (АКМ) в группах детей: у детей с нормальной массой тела процентное отклонение АКМ составило 14–15%, в то время, как у детей с избыточной массой/ожирением – 11–39% ($p < 0,05$). Таким образом, в группе пациентов с избыточной массой тела/ожирением, имеет место не только избыток жировой ткани, вследствие усиленного питания, но и избыток АКМ (в 100% случаев), вызывающей усугубление чувства голода и дополнительные сложности снижения массы тела.

Выводы. 1. Импедансометрический метод определения компонентного состава тела позволяет развернуто интерпретировать показатели физического развития детей и подростков, а также дифференцировать конституциональную норму и ранние проявления избыточного жира отложения. 2. Метод позволяет выявить соотношение жировой и безжировой массы для создания оптимального комплекса мероприятий по снижению веса и проследить необходимые показатели в динамике для оценки адекватности проводимых мероприятий.

Мониторирование гликемии в диагностике аффективных расстройств у детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа

Гирш Я.В., Донникова Н.А., Велиева О.А.

Сургутский государственный университет

Пациенты и методы. В основную группу исследования были включены 87 пациентов с сахарным диабетом (СД) 1-го типа 8–18 лет. Длительное мониторирование глюкозы (continuous glucose monitoring system) выполнено с помощью CGMS Gold (Medtronic MiniMed, США). Наличие аффективных расстройств выявляли с помощью международных валидизированных самооценочных шкал, адаптированных к детскому возрасту: шкалы Цунга для оценки депрессии и личностного опросника Спилбергера-Ханина для оценки тревоги.

Обсуждение результатов. Продолжительность суточного мониторирования составила $3,7 \pm 1,2$ суток. По результатам обследования пациентов в 11,6% случаев регистрировалась глюкоза ниже 3,7 ммоль/л. Практически равное количество гипогликемических измерений было зафиксировано утром, днем, вечером. У 7% детей зафиксированы повторяющиеся ночные гипогликемии, преимущественно с 2 до 7 часов утра. Большая часть длительных гипогликемий, от 1 до 5 часов, приходилась на ночное время суток. Около 18% времени уровень глюкозы крови фиксировался ниже 2,2 ммоль/л, что создавало серьезную угрозу для состояния ЦНС у ребенка и риск формирования функциональных, а далее и органических расстройств психической сферы.

В клинической практике, особенно у детей младшей возрастной группы с сахарным диабетом 1 типа, не представляется возможным провести дифференциальную диагностику тревожных и гипогликемических состояний, протекающими со сходной клинической симптоматикой. Преимуществом данного способа является использование суточного мониторинга гликемии, который позволит с абсолютной точностью выявить гипогликемические состояния, а в оставшейся кагорте пациентов (без гипогликемий) диагностировать аффективные нарушения. Впервые расширены диагностические возможности метода длительного суточного мониторирования глюкозы – предложено новое показание к использованию метода: диагностика тревожных расстройств в структуре аффективной патологии, и дифференциальная диагностика тревожных и гипогликемических состояний, имеющих сходную клиническую симптоматику у детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа.

Организация специализированной и высокотехнологичной помощи детям с ревматическими заболеваниями в г. Москве: путь от участкового педиатра до стационара

Глазырина А.А., Жолобова Е.С., Торосян Г.Г.

Московский городской детский ревматологический центр на базе Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения г. Москвы

В 28.04.2014 г. с целью улучшения специализированной помощи детям с ревматическими заболеваниями (РЗ) в г. Москве по приказу №415 ДЗ г. Москвы от 2014 г. создан Городской детский ревматологический центр для лечения аутоиммунных и аутовоспалительных заболеваний ревматологического генеза на базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ и является его структурным подразделением. Необходимость создания ревматологической службы в первую очередь была связана с поздним выявлением РЗ, недостаточным контролем за терапией пациентов с РЗ, в том числе, генно-инженерными биологическими препаратами. Во всех округах г. Москвы организованы кабинеты приема ревматологов, ежемесячно проходят сателлиты совместно с детскими кардиологами и педиатрами.

На сегодняшний день создан регистр детей, получающий генно-инженерную биологическую терапию. Отдельно создан регистр для детей с ювенильным идиопатическим артритом, являющегося орфанным – редким заболеванием. В составе центра функционирует кабинет амбулаторного приема ревматолога по системе обязательного медицинского страхования, отделение кардиоревматологии и пульмонологии круглосуточного стационара на 40 коек, отделение дневного стационара на 5 коек, цитокиновый кабинет, койки отделения травматологии и ортопедии, койки отделения офтальмологии и микрохирургии глаза, реанимационные койки.

Консультация детей осуществляется в круглосуточном режиме по телефону дежурным ревматологом. Госпитализация детей также происходит круглосуточно в экстренном порядке и планово – при необходимости дообследования и верификации диагноза.

Таким образом, удалось достичь преемственности ведения пациентов с ревматическими заболеваниями в г. Москве, своевременное выявление заболеваний по данному профилю, контроль за применением генно-инженерной биологической терапией у детей.

Туберкулиновая чувствительность у детей с латентным, активным и излеченным туберкулезом

Горбач Л.А.

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

С 19-го века и до настоящего времени туберкулиновый тест широко используется врачами во всем мире для диагностики туберкулеза. Однако интерпретация теста остается сложной и противоречивой. Положительный результат на введение туберкулина может наблюдаться у детей с латентным и локальным туберкулезом.

Целью настоящего исследования было изучение туберкулиновой чувствительности у детей с латентным, активным и излеченным туберкулезом.

В группы исследований были включены 198 детей с латентным туберкулезом, 80 детей с активным туберкулезом органов дыхания и 23 ребенка с излеченным туберкулезом органов дыхания.

Все дети анализируемых групп были комплексно обследованы в условиях стационара с использованием рентгенологических, бактериологических методов и пробы Манту. В анализируемые группы были включены дети с положительным результатом пробы Манту (с размером папулы свыше 5 мм). На основании результатов обследований детям анализируемых групп был установлен диагноз латентного туберкулеза либо активного туберкулеза органов дыхания. В группу детей с излеченным туберкулезом органов дыхания были включены дети, завершившие основной курс химиотерапии.

Все три группы не отличались между собой по количеству мальчиков и девочек, среднему возрасту. В группе детей с латентным туберкулезом было 104 девочки (52,5%) и 94 мальчика (47,5%). В группе детей с активным туберкулезом было 39 девочек (48,8%) и 41 мальчик (51,2%). В группе детей с излеченным туберкулезом было 14 девочек (60,9%) и 9 мальчиков (39,1%). Различия между группами не достоверны ($\chi^2 = 1083$; $p = 0,582$). Средний возраст детей с латентным туберкулезом был $9,5 \pm 3,4$ года, детей с активным туберкулезом – $8,9 \pm 3,6$ лет, детей с излеченным туберкулезом – $10,0 \pm 3,0$ лет. ($F = 1\,198$; $p = 0,303$).

Нами было проведено измерение папулы на внутрикожное введение туберкулина у каждого ребенка и подсчитан ее средний размер в каждой группе. Средний размер папулы у детей с латентным туберкулезом составил $15,7 \pm 3,9$ мм, у детей с активным туберкулезом – $13,7 \pm 4,7$ мм, у детей с излеченным туберкулезом – $16,1 \pm 5,3$ мм. Различия между группами достоверны ($F = 6,744$; $p = 0,001$). Таким образом, у детей с активным туберкулезом органов дыхания средний размер папулы на введение туберкулина был минимальным, а у детей с излеченным туберкулезом органов дыхания – максимальным. Мы полагаем, что полученные нами результаты исследования могут быть использованы для оценки эффективности лечения туберкулеза органов дыхания у детей.

Роль среднего медицинского персонала в пропаганде и поддержке грудного вскармливания

Гринь Е.Г., Захарова Е.Н.

Кисловодский медицинский колледж

Долг каждого квалифицированного специалиста со средним медицинским образованием использовать любую возможность разъяснить родителям преимущества грудного вскармливания. В 80-х – начале 90-х годов прошлого века в большинстве стран по инициативе и при поддержке ВОЗ произошел пересмотр сложившейся практики питания детей 1-го года жизни. В России это движение началось с середины 90-х годов, однако распространенность грудного вскармливания до сих пор остается низкой. Основной причиной такого положения является отсутствие у женщин психологической установки на грудное вскармливание.

Задача медицинских работников – научить мам правильно прикладывать ребенка к груди, познакомить с свойствами грудного молока. Только при совместных усилиях мам и медицинских работников можно сохранить грудное вскармливание.

Поэтому в нашем колледже мы решили с помощью кружковой работы пропагандировать грудное вскармливание в детской поликлинике города Кисловодска. В первый год работы кружка «Сестринское дело в педиатрии» по теме: «Школа молодой мамы» мы решили внедрить элементы сестринского ухода в работу участковой детской медсестры и использовать составленную нами карту сестринского ухода. Кружковцами проведен анализ наблюдений по грудному вскармливанию детей одного из участков детской поликлиники. Проанализировано 14 карт детей 2011 г. рождения. Из 14 детей, 8 детей получали грудное вскармливание до 6 мес, что составляет – 57%, 6 детей переведено на смешанное и искусственное вскармливание до 6 мес, из них 4 получали грудное молоко более 4 мес. Основными причинами перевода детей на смешанное и искусственное вскармливание являются отсутствие у матери желания продолжать кормить грудью и вторичная гипогалактия.

В 2012 г. внедрена карта динамического наблюдения за ребенком и кормящей матерью. Внедрение карты динамического наблюдения в практическое здравоохранение позволила повысить информированность молодой мамы о преимуществах грудного вскармливания и явилась стимулом для многих кормить своего ребенка грудью, как можно дольше.

В 2014–2015 учебном году работа кружка проводилась на базе ГБУЗ СК «Детская городская больница» города Кисловодска, в кабинете «Здорового ребенка». В работе использовались разработанные советы, мультимедийное пособие, предлагаемое для будущих матерей и молодых мам по обучению правилам кормления ребенка грудью и сохранению естественного вскармливания на первом году жизни.

Наша кружковая работа, проведенная совместно с работниками практического здравоохранения, помогла мо-

лодым мамам обрести уверенность в своих силах и получить практические советы, помогающие наладить и как можно дольше сохранить кормление грудью.

Участие среднего медицинского персонала в поддержке семьи с ребенком-инвалидом

Гринь Е.Г., Захарова Е.Н.

Кисловодский медицинский колледж

Детская инвалидность на данный момент является одной из самых актуальных проблем в РФ. В последние десятилетия во всем мире быстрыми темпами растет число детей с врожденными пороками развития, дефектами интеллекта и хроническими инвалидизирующими заболеваниями. В настоящее время в России практически здоровы только 14% детей. В Ставропольском крае зарегистрировано более 523 тыс. детей-инвалидов. В семьях проживают 94% детей-инвалидов.

Семьи детей-инвалидов нуждаются не только в психологической-социальной помощи, но им необходим и сестринский уход в выхаживание и реабилитации. От умений и знаний медицинской сестры зависит исход заболевания. Дети-инвалиды при неудовлетворительном сестринском уходе относятся к группе риска развития заболеваний, угрожающих жизни ребенка. Реабилитационные мероприятия без медицинской сестры невозможны. Реабилитация детей-инвалидов относится к специализированному виду медицинской помощи. Студентами нашего колледжа проводился опрос среди родителей детей-инвалидов: «Кем вы считаете медицинскую сестру?». По данным опроса можно сделать вывод, что медицинская сестра – это отдельный специалист, который может выслушать и донести проблемы семьи до врача.

При восстановительном уходе медсестра должна помогать своим пациентам, но при этом не делать ничего за них, тем самым помогая ребенку стать функционально полноценным и независимым от посторонней помощи насколько это возможно. Обучает родителей правильному уходу за ребенком, подсказывает пути решения тех или иных проблем.

Реабилитация детей – инвалидов относится к специализированному виду медицинской помощи. Медицинская сестра, выполняет лечебно-профилактические мероприятия по назначению врача, наблюдает за динамикой реабилитационных мероприятий.

При изучении дисциплины «Сестринская помощь при нарушениях здоровья. Оказание сестринской помощи детям» преподавателями нашего колледжа уделяется особое внимание организации проведения реабилитационных мероприятий для детей с ограниченными возможностями здоровья. На практических занятиях студенты осваивают практические навыки, которые они смогут применить в дальнейшей практической деятельности при работе с детьми-инвалидами и их родителями.

Операции на перегородке носа у детей, перенесших хейлоуранопластику

Губеев Р.И., Юнусов А.С.

Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва

В настоящее время рождаемость детей с аномалиями челюстно-лицевой области, преимущественно губы и нёба, составляет от 2 до 10% новорожденных, и их численность непрерывно растет. Разработка тактики лечения детей с врожденной расщелиной губы и нёба (ВРГН) актуальна во всем мире.

Данных пациентов рекомендуется осматривать врачом-оториноларингологом с периодичностью два-три раза в год. Анатомический дефект строения полости рта и носа у ребенка с ВРГН способствует развитию осложнений со стороны ЛОР-органов. В хирургии наружного носа и внутриносовых структур у детей основным тезисом является отказ от выжидательной тактики корригирующего лечения, при наличии показаний и независимо от возраста ребенка.

Затруднение носового дыхания и изменение внутриносовой аэродинамики являются результатом патологии носового клапана у детей с ВРГН. Учитывая влияние функционального состояния полости носа на патогенез развития многих заболеваний уха, нижних дыхательных путей, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем, значимость точной диагностики, выработки алгоритма обследования и стандартов коррекции данной патологии не вызывает сомнений.

В последние десятилетия разработана новая концепция в решении таких проблем в детской ринохирургии, как реабилитация детей с нарушением анатомической архитектоники и функции носа врожденного или приобретенного генеза. Накопленный в нашей клинике опыт использования собственных разработок операций, как в хрящевом, так и в костном отделах перегородки носа у детей позволил оптимизировать способ устранения назальной обструкции при ВРНГ. Способ заключается в восстановлении нормальной архитектоники наружного носа и внутриносовых структур методом реимплантации и аутотрансплантации из хряща для формирования опоры кончику носа путем укрепления колумеллы и латеральной стенки клапана носа методом аутотрансплантации из хряща козелка ушной раковины с целью восстановления угла переднего клапана носа и исключения его коллапса.

Таким образом, предлагаемый способ является щадящим по отношению к слизистой оболочке полости носа, снижает риск последующей назальной обструкции, позволяет также одномоментно реставрировать носовую перегородку и минимизировать риск возникновения рубцового процесса полости носа.

Эффективность внедрения современных перинатальных технологий

Дакинова Л.Н., Ермошкаева Т.У., Суянова Л.С.,
Бадмаева Д.Э., Сагаева Н.М., Кекеева С.А.

Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой, Элиста,
Республика Калмыкия

Грудное вскармливание, начатое в первые 30–60 мин после рождения, контакт «кожа–к–коже» в первые 60–120 мин, кормление по требованию, совместное пребывание позволяют облегчить состояние детей во время периода адаптации и улучшить прогноз дальнейшего физического и нервно-психического развития, предупреждает развитие некротического энтероколита и сепсиса новорожденных, в последующие годы снижается риск развития атеросклероза, гипертонической болезни, ожирения и сахарного диабета 2-го типа, бронхолегочных заболеваний. Кормление грудью полезно и для здоровья матери, так как снижает риск послеродовых кровотечений, развития анемии в детородном возрасте, заболеваний раком молочной железы и яичников, остеопороза в пожилом возрасте.

Цель исследования: оценить результаты внедрения современных перинатальных технологий в практику перинатального центра.

Материалы и методы. Проанализированы показатели мониторинга по ключевым индикаторам, рекомендованным ВОЗ и Научно-практическим центром по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания МЗ РФ за 2009–2014 гг. Оценка эффективности внедрения принципов ИБДР осуществлялась по данным официальной отчетности: «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам» (ф. 32); «Внутрибольничные инфекции» (ф. №2, таблица 3).

Результаты. Уровень новорожденных составил: с ранним началом грудного вскармливания и контактом «кожа–к–коже» – 45,3%; с исключительно грудным вскармливанием с момента рождения до выписки – 45,3% и к выписке из акушерского стационара – 95,8 %; на совместном пребывании с рождения – 55,4% и на момент выписки – 95,8%. За данный период снизилась заболеваемость новорожденных в 1,8 раз. Снизилась гнойно-септическая заболеваемость новорожденных детей в 3 раза. Не было случаев сепсиса.

Минимизированы инвазивные процедуры при родах: снизился уровень общего наркоза до 20,3% и возрос уровень региональных анестезий до 79,6%; уровень эпизиотомии при родах составил 16,2% (ВОЗ – в 5% или менее) и стимуляций родов 15,1% (ВОЗ – в 10% случаев); снизился уровень кровотечений в последовом и послеродовом периоде в 10,2 раза, но сохранялся на высоких цифрах уровень кесарева сечения 29,1% от всех родов (ВОЗ – в 10% или менее).

Заключение. Таким образом, внедрение современных перинатальных технологий способствует снижению заболеваемости новорожденных и гуманизации родов.

Применение противовоспалительной терапии при заболеваниях бронхолегочной системы у детей

Дауш И.А., Муратходжаева А.В., Пирназарова Г.З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Узбекистан

Острые респираторные заболевания являются самой частой патологией у детей, особенно в раннем возрасте, полиэтиологичны, способствуют снижению иммунитета, длительному и рецидивирующему течению. Повторность применения антимикробных средств способствует росту устойчивости к ним и формированию резистентных штаммов бактерий.

Для определения клинической эффективности фенспирида гидрохлорид (Сиресп) проведено клиническое исследование 98 детей в возрасте 2–7 лет с диагнозом острый тонзиллофарингит (28 чел), ларинготрахеит (25 чел), острый бронхит (30 чел), внебольничная пневмония (15 чел). Больные по показаниям получали антибактериальную терапию в острый период заболевания, отхаркивающие, муколитики, антигистаминные препараты. Дети были разделены на 2 группы, идентичные по возрасту и диагнозу: сравнительная (40 чел) и исследуемая (58 чел), получавшая противовоспалительную терапию. Детям в исследуемой группе наряду с общепринятой терапией назначали фенспирида гидрохлорид в суточной дозе 4 мг/кг в 2 приема с длительностью применения от 14 до 20 дней в зависимости от диагноза и клинических показателей.

У больных с острыми респираторными заболеваниями, как верхних (фарингит, трахеит), так и нижних дыхательных путей (бронхит, пневмония) при применении фенспирида гидрохлорида у 45% детей купировался сухой кашель, а в остальных случаях при трансформации во влажный быстрее исчезал; кашлевой период уменьшался до 5–12 дней. При воспалительных процессах нижних дыхательных путей при применении фенспирида гидрохлорида кашель уменьшался на 5–7-й день, на 14–15-й день болезни кашель прекращался, что указывало на необходимость отмены отхаркивающих и муколитических и других симптоматических препаратов.

В контрольной группе у детей с поражением верхних дыхательных путей сухой кашель купировался в 2 (5%) случаях на 8–10-й день, в остальных случаях (10 чел – 25%) продолжался, трансформировался во влажный кашель у 28 чел (70%), длительность кашлевого периода до 20–25 дней. При бронхитах и пневмонии у детей, не получавших фенспирид гидрохлорид, кашлевой период продолжался до 20–25 дней.

Применение противовоспалительной терапии на фоне острых респираторных заболеваний способствует улучшению состояния больного, уменьшению длительности и изменению кашля, способствует уменьшению длительности лечения.

Профилактическое применение пробиотиков у детей с первых месяцев жизни

Дауш И.А., Муратходжаева А.В., Хакимова У.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Кишечная микрофлора играет важную роль в поддержании здоровья человека, начиная с первых дней жизни. Нарушение микробиоты (дисбиоз) предрасполагает к развитию различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, атопии, ожирению и других патологических состояний. В жизни ребенка можно выделить два критических момента, оказывающих исключительное влияние на бактериальную колонизацию кишечника: 1-й период – при рождении, 2-й период – когда младенца отлучают от груди. К 2-м годам микрофлора ребенка мало отличается от микрофлоры взрослых, что указывает на огромную значимость поддержания и, при наличии показаний, коррекцию состава кишечной микрофлоры в раннем детском возрасте.

Целью нашего исследования было проведение профилактических мероприятий с назначением пробиотиков детям с угрозой нарушения формирования нормальной микрофлоры кишечника: с отягощенной наследственностью, рожденных путем кесарева сечения, с недоношенностью, поздним прикладыванием к груди, длительным пребыванием в родильном доме, раннем искусственном вскармливании. Под наблюдением были 88 детей, имеющие в анамнезе факторы риска формирования нормального биоценоза кишечника, из них 52 детям с первого месяца жизни назначали Линекс для детей (пищевая добавка, которая содержит только *Bifidobacterium animalis subsp. lactis* BB-12 не менее $1,0 \times 10^8$ КОЕ/г, что соответствует $1,5 \times 10^8$ КОЕ/саше) в течение 30 дней. При функциональных нарушениях кишечника, острых инфекционных заболеваниях, при приеме антибиотиков в течение 15–20 дней детям этой группы назначали повторно Линекс для детей в течение 15–20 дней. У детей данной группы с отягощенной наследственностью признаки аллергии проявились в 20% в легкой форме. У детей, не получавших Линекс для детей, признаки атопии проявились в 55% случаев, были достаточно выражены; при бактериологическом исследовании кала были выявлены признаки дисбиоза. При использовании *Bifidobacterium animalis subsp. lactis* BB-12 у детей были отмечены благоприятные клинические эффекты с повышением местного иммунитета желудочно-кишечного тракта: в кале повышалась концентрация секреторного Ig A, уменьшение представителей условно патогенной флоры, достоверно повышалось содержание бифидобактерий.

Проведенные наблюдения позволяют рекомендовать Линекс для детей при состояниях, которые сопряжены с риском нарушения микробиоценоза и местного иммунитета кишечника.

Инфантильная анорексия

Делягин В.М.

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии Минздрава России, им. Д.Рогачева, Москва

Инфантильная анорексия (ИА) возникает в первые 6 лет жизни, чаще во время грудного вскармливания или при переходе на кормление с ложки, которое может вести к дистрофии и нарушению развития ребенка. Проблема недостаточно разработана. Истинная частота ИА в популяции не известна. По нашим данным на консультативном приеме число таких детей достигает 4–6%. По обращаемости к поликлиническому педиатру частота ИА 0,05–1% от всех первичных посещений поликлиники детьми первых 3 лет жизни. Наблюдали 27 детей первых 3 лет жизни с ИА и, в качестве катамнеза, 15 пациентов 15–45 лет с расстройствами питания в раннем и младшем возрасте. Родители детей предъявляли жалобы на резкое снижение аппетита у ребенка, сопротивление при кормлении, быстрый отказ от пищи, необходимость «отвлекать и развлекать», страх потери ребенка. Матери и дети демонстрировали страх и депрессию. Матери часто холодны, отцы демонстрировали гиперопеку. Младенцы раздражительны. Ребенок засыпает (замирает) во время еды. Дети более старшего возраста избирательны в еде. Аппетит извращен, пристрастие к несъедобным вещам, к необычной пище (избирательно кетчуп, фритюрная картошка, только детские консервы-пюре, хотя ребенку уже лет 5). Интерес к еде снижен. Если еда вложена в рот, она длительно «мусолилась», переносится за щеку, не проглатывается, ребенок сидит с отсутствующим видом, затем точно так же с отсутствующим видом пищевой комочек выталкивается изо рта. Ночью ребенок может высасывать большое количество жидкости, но днем крайне решительно отказывается от еды. При попытках дать кашу или соlidную пищу – рвотные позывы. При объективном обследовании органической патологии не выявляется, либо ее степень не соответствует отсутствию аппетита. Гипотония мышц. Задержка физического развития, медленно нарастающие или плоские весо-ростовые кривые. Детям назначают длительные прогулки, сон на свежем воздухе. В питание ребенка включают гиперкалорийные смеси в том числе через соску-шприц. Любые инъекции и все болевые процедуры – только в крайнем случае. Общий мягкий массаж при спокойной реакции ребенка. Оправданы фенибут, актовегин. В специальных условиях можно применять ципрогептадин. Исходы благоприятны. В отдаленном периоде нередко фиксируются запоры, синдром раздраженного кишечника, рецидивы потери аппетита на фоне стрессов, ночные кошмары, плохой сон. В ряде случаев, спустя несколько лет, возможно развитие булимии и ожирения.

Эпидемиология врожденных пороков развития в регионах РФ

Демикова Н.С., Лапина А.С., Подольная М.А.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва;

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. акад. Ю.Е.Вельтищева Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, Москва

Врожденные пороки развития вносят существенный вклад в патологию детского возраста, занимают первое место в структуре причин мертворождений, младенческой смертности, детской заболеваемости и инвалидности. Причины возникновения врожденных пороков развития включают наследственные и внешние факторы, поэтому врожденные аномалии являются индикаторами как «генетического здоровья», так и состояния экологии окружающей среды. В этой связи в большинстве развитых стран мира уже в течение нескольких десятилетий ведется учет и контроль популяционных частот врожденных пороков. В РФ мониторинг или регистрация всех новых случаев врожденных аномалий среди новорожденных проводится более чем в 40 регионах с 1999 г. За этот период времени накоплен большой массив данных по врожденным аномалиям среди новорожденных детей, что позволило получить оценки популяционных частот разных форм врожденных пороков развития, а также суммарные частоты всех зарегистрированных пороков развития. Размах колебаний частот между регионами находится в диапазоне от 9,92 до 45,48 на 1000 рождений. Получены различные эпидемиологические характеристики пороков развития: их распределение в зависимости от пола пораженного ребенка, в зависимости от возраста матери и порядкового номера родов. Учитывая, что учет врожденных аномалий проводится и среди плодов, элиминированных в связи с пренатальным выявлением порока, проведена оценка влияния пренатальной диагностики на частоту разных форм ВПР среди новорожденных детей. Очевидно, что регистрация и учет врожденных пороков развития является необходимым звеном в системе профилактики врожденных аномалий.

Влияние грудного вскармливания на снижение показателей заболеваемости и смертности от острых респираторных инфекций и диарейных болезней

Дехконов Х.Х., Исокова Ш.

Городская детская больница, Канибадам, Республика Таджикистан

Питание оказывает огромное влияние на рост и развитие детей. С пищей ребенок получает необходимую энергию, пластический материал для построения клеток и тканей, факторы иммунологической защиты, обеспечивающее достаточную сопротивляемость к различным за-

болеваниям и выносливость по отношению к неблагоприятным воздействиям внешней среды, стрессовым ситуациям. Особое внимание уделяется питанию детей раннего возраста. Грудное молоко-это самый ценный продукт, данный самой природой.

Цель исследования. Изучение заболеваемости и смертности детей от острых респираторных инфекций и диарейных заболеваний и влияние грудного вскармливания на эти показатели.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ статистических данных с 2011 по 2014 гг. Были проанализированы данные заболеваемости и смертности детей до 1 года, причина смерти и их процентное соотношение.

Результаты. В результате проведенных мероприятий пропаганды грудного вскармливания показатель смертности ОРИ снизился за последние 5 лет. Если в 2011 г. показатель смертности детей до 1 года составляла 0,23%, к 2014 г. этот показатель составляет 0,12%, что почти в 2 раза меньше. Основной причиной смерти детей раннего возраста является пневмония. Следует отметить, что более 80% умерших детей от ОРИ находились на смешанном вскармливании, а умершие от диарейные заболевания во всех случаях находились на смешанном и искусственном вскармливании. Высокий показатель заболеваемости ОРИ свидетельствует об улучшении регистрации заболеваемости работниками первичного звена и улучшением обращаемости населения в медицинские учреждения. Анализ данных показывает снижение уровня смертности от диарейных заболеваний среди детей до 1 года, что связано с тем, что от 95 до 97% (2011–2014 гг.) детей в возрасте до 6 мес находились на исключительном грудном вскармливании, которое предотвращало развитие диареи у этих детей раннего возраста.

Таким образом, одним из факторов снижения заболеваемости и смертности детей раннего возраста от диарейных заболеваний и ОРИ является грудное вскармливание. естественное вскармливание повышает иммунитет ребенка, что соответственно сказывается на показателях заболеваемости и смертности. Поэтому одним из главных этапов профилактики этих заболеваний является пропагандирование практики грудного вскармливания среди населения.

Характеристика метаболических нарушений миокарда при сердечной недостаточности у детей

Джубатова Р.С., Бабаджанова З.О., Сайфуллаева Д.В.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В последние годы отмечается рост частоты заболеваний среди детей, осложнившихся метаболическими нарушениями миокарда. Чаще всего эти нарушения развиваются у детей в результате перенесенного неотложного

состояния или заболеваний дыхательной системы. Одним из ранних признаков метаболических нарушений в миокарде является удлинение реполяризации, в основе которого лежит нарушение энергетического обмена вследствие дисбаланса катехоламинов.

Цель исследования – оценить значение метаболических нарушений миокарда в развитии сердечной недостаточности при неотложных состояниях у детей.

Пациенты и методы. Группа наблюдения представлена 35 детьми в возрасте от 7 до 17 лет, поступившими в педиатрическое отделение РНЦЭМП с различными неотложными состояниями. Большинство обследуемых детей – 31 (88%) были с заболеваниями органов дыхания. Остальные представлены детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (3) и почек (1). Всем детям проводились общеклинические методы обследования, включавшие обязательное ЭКГ и исследование и ЭХОКГ.

Результаты. Проведенный анализ показал, что для обследуемых детей характерны жалобы на нехватку воздуха, слабость, головокружение, боли в области сердца. При объективном осмотре – признаки дыхательной недостаточности (бледность, ретракция крыльев носа, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания и т.д.). Перкуторно – расширение границ сердца влево (48,5%). Аускультативно – приглушенность первого тона (71,4%), систолический шум на верхушке (82,8%), «систолический щелчок» (23%), акцент второго тона во II межреберье справа (57,1%), нарушение ритма в виде тахикардии (60%) и брадикардии (40%). Характерна динамика артериального давления с тенденцией к гипотонии. На ЭКГ – снижение амплитуды зубца Т, смещение интервала S-T на 1,5 мм выше или 0,5 мм ниже изолинии. Следует отметить, что у 7 детей выявлен ПМК, ранее не диагностированный.

Заключение. Развивающиеся при неотложных состояниях у детей метаболические нарушения миокарда способствуют ослаблению инотропной функции, что в свою очередь, обуславливает развитие сердечной недостаточности.

Клинические проявления дилатационной кардиомиопатии у детей раннего возраста

Джубатова Р.С., Голубина И.В.

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан;
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Узбекистан*

Известно, что дилатационная кардиомиопатия характеризуется необструктивным расширением левого желудочка, снижением контрактильной способности миокарда и сопровождается клиническими проявлениями тяжелой сердечной недостаточности (СН). Развитие СН обуславливает необходимость дальнейшего изучения различных клинических аспектов кардиомиопатии.

Цель работы – изучение особенностей клиники ДКМП у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 30 детей с ДКМП в возрасте от 6 мес до 14 лет, поступившие в РНЦЭМП с различными неотложными состояниями. Диагноз ДКМП устанавливался на основании анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты. В анамнезе отмечалось: наличие кардиомиопатии в семье и у ближайших родственников (90%), случаев внезапной смерти или заболеваний, сопровождающихся застойной СН среди родственников (70%), невынашивание беременности, аборт (60%), во время беременности вредные привычки: курение, алкоголизм (40%), заболевания во время беременности: сахарный диабет, гипертиреоз (20%). Среди жалоб наиболее часто родители и со слов детей отмечали, бледность кожных покровов (95%), отставание в физическом развитии, снижение толерантности к физическим нагрузкам, перебои и боли в сердце, склонность к обморокам. Клинически проявляется признаками левожелудочковой недостаточностью – 80% (одышка, цианоз, приступы сердечной астмы и отека легкого), правожелудочковой недостаточностью – 95% (акроцианоз, боли и увеличение в области печени, асцит, отеки, набухание вен и шеи). Объективно: деформация грудной клетки – сердечный горб (70%), кардиомегалия с расширением границ влево, вправо (85–95%), глухость сердечных тонов на верхушке, систолический шум (95–100%). На ЭКГ: гипертрофия левого желудочка (100%), нарушение сердечной проводимости (блокада ветвей пучка Гисса (30–40%), чаще левой передне-верхней ветви (10–30%) и ритма: пароксизмальная тахикардия (60%), экстрасистолия (50–70%), мерцательная аритмия (40–50%). На ЭхоКГ – диффузное поражение миокарда, дилатация полостей сердца, интактность сердечных клапанов, диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ). На рентгенограмме: расширение границ сердца.

Заключение. Изучение особенностей клинического течения показало, что прогностически ДКМП у детей крайне неблагоприятное состояние. Отмечается неуклонное прогрессирование СН, велика вероятность развития осложнений в виде аритмии, тромбоэмболии, внезапной смерти.

Клещевой боррелиоз: решена ли проблема?

Довнар–Запольская О.Н.

*Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь*

Проблеме клещевого боррелиоза (КБ) в настоящее время посвящено большое количество научных исследований, так как затруднена как ранняя диагностика безэритемной формы заболевания, так и диагностика в поздних стадиях болезни из-за полиморфизма клинических проявлений. Несвоевременное этиотропное лечение или отсутствие профилактики приводят к длительному течению инфекционного процесса и инвалидизации (не менее 10% заболевших среди детского населения).

Цель исследования: охарактеризовать особенности течения и специфический иммунный ответ у детей с КБ; оценить эффективность профилактики и антибактериальной терапии КБ у детей.

В исследование были включены 74 ребенка с КБ в возрасте от 1 до 18 лет. Укус клеща был установлен у 63,5% пациентов. У 82,4% детей КБ был диагностирован в I стадии. Общеинфекционный синдром в виде слабости, недомогания отмечался у 24,6% пациентов, головной боли – у 32,8% пациентов, сонливости – у 16,4% пациентов. Только у 41% пациентов были выявлены противоборрелиозные АТ класса IgM (через 28 и более дней после укуса клеща). У 10 пациентов в возрасте 5–10 лет заболевание было диагностировано во II стадии. У 6 пациентов был выставлен диагноз нейроборрелиоза в виде энцефалита, серозного менингита или менингоэнцефалита. У 3 пациентов был выявлен только моноартрит коленного сустава, у 1 пациента с артритом диагностирована миокардиодистрофия с нарушением ритма в виде АВ-блокады I–II степени. Мигрирующая эритема была выявлена только у 1 ребенка с нейроборрелиозом. У 3 пациентов КБ был выставлен в III стадии в виде нейроборрелиоза.

Только 6 пациентам после укуса клеща была назначена профилактическая АБТ амоксициллином. У всех детей развилась в последствие I стадия КБ легкой степени тяжести.

Лечение пациентов с I стадией Лайм-боррелиоза проводилось амоксициллином или доксициклином в течение 14 дней. После АБТ в ИФА у 57% пациентов не обнаруживались IgG к боррелиям, прежние значения IgG были выявлены у 21% детей, у 22% детей отмечалось снижение количества IgG до нулевого значения. Пациенты со II стадией КБ получили лечение цефтриаксоном в течение 21 дня. После АБТ в ИФА у 7 детей количество АТ класса IgG осталось прежним, у остальных пациентов – снизилось до нулевого значения. Детям с III стадией КБ был назначен цефтриаксон в течение 28 дней внутривенно. После АБТ в ИФА уровень IgG остался прежним.

Опыт организации и эффективность неонатального скрининга и молекулярной диагностики муковисцидоза в ХМАО-Югре

Донников М.Ю., Колбасин Л.Н., Урванцева И.А., Мещеряков В.В., Гильнич Н.А.

Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут; Сургутский государственный университет

Цель. Оценка эффективности неонатального скрининга и генной диагностики муковисцидоза (МВ) в ХМАО-Югре.

Материалы и методы. Проведено сплошное ретроспективное исследование – анализ результатов неонатального скрининга и генной диагностики МВ по данным окружной медико-генетической консультации (ОМГК) и центра МВ за период с 2006 по 2014 гг.

Результаты. Уровень охвата неонатальным скринингом по МВ в ХМАО-Югре вырос с 84,5% в 2006 г. до 99,7% в 2014 г. Более низкий показатель 2006 г. связан с началом сплошного обследования новорожденных с июня указанного года. При этом среднемноголетний показатель составил 95,5%. Положительный первичный тест установлен в 4051 случаях (1,85%), положительный ретест – в 590 случаях (0,27% от всех обследованных), диагноз МВ установлен впервые у 19 детей, что составило 1 случай на 9 095 новорожденных. Отсутствие за этот период ложноотрицательных результатов скрининга обусловило максимально высокий уровень чувствительности метода ($Se = 100,0\%$), наличие 570 ложноположительных результатов (0,26% обследованных) определило несколько более низкий показатель специфичности ($Sp = 99,7\%$). Всем детям с положительным результатом ретеста проводилось комплексное обследование в ОМГК: потовый тест трижды и генетическая диагностика методом ПЦР с последующим фрагментным анализом на 10 мажорных мутаций. В настоящее время регистр больных МВ в ХМАО-Югре включает 32 ребенка и 9 взрослых, генетическая диагностика проведена всем пациентам. Частота доминирующего мутантного аллеля delF508 в группе пациентов ($n = 23$) составила 42%, в группе носителей мутаций в гене CFTR ($n = 14$) – 46%. Результативность уточняющей молекулярно-генетической диагностики у пациентов с МВ ($n = 23$) составила: 70% – обнаружена 1 мутация; 17% – 2 мутации; у 13% обе мутации неизвестны.

Заключение. Сплошное обследование новорожденных позволило осуществить раннюю диагностику МВ в ХМАО-Югре. С целью уменьшения количества ложноположительных результатов скрининга следует уточнить региональные референсные показатели иммунореактивного трипсиногена. Для повышения качества молекулярной диагностики МВ следует увеличить спектр более редких мутаций

Возможности реабилитации детей после хирургической коррекции врожденных пороков сердца

Дубовая А.В., Пшеничная Е.В., Бордюгова Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, Донецк, Украина

Цель: разработка и апробация программы коррекции биоэлементного статуса, витаминной недостаточности в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у детей после реконструктивных кардиохирургических операций.

Методы: общеклинические, психофизиологические, функциональные, иммунохимический метод для определения уровня витаминов D, B₉, B₁₂, атомно-эмиссионная спектрометрия с индуктивно-связанной аргоновой плазмой для определения содержания 33 химических элементов, статистические. В обследование были включены

186 детей (97 мальчиков и 89 девочек) в возрасте от 6 до 17 лет, которым была выполнена оперативная коррекция врожденного порока сердца (ВПС) за 2–4 года до настоящего исследования. Все пациенты имели нормальную геометрию миокарда. Основную группу составили 107 чел. с изменениями функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС): нарушения ритма сердца (наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия), лабильная артериальная гипертензия I стадии, артериальная гипотензия, ХСН I стадии. В контрольную группу вошли 79 пациентов без выявленных функциональных изменений ССС.

Результаты. У больных основной группы статистически значимо чаще в сравнении с детьми контрольной группы констатировано превышение допустимого содержания токсичных и потенциально токсичных химических элементов (свинец, стронций, барий, кадмий, никель, алюминий) – 83,2 и 36,7% соответственно ($p < 0,01$), дефицит эссенциальных биоэлементов (калий, кальций, магний, кобальт, железо, марганец, йод, селен, бор, хром, фосфор, цинк, сера, медь, кремний, натрий, литий) – 89,7 и 48,1% соответственно ($p < 0,05$), витамина D (49,5 и 24,1% соответственно), витамина B12 (32,7 и 17,7% соответственно), витамина B9 (27,1 и 13,9% соответственно). Полученные данные явились основанием для разработки и включения в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий 3-месячной программы коррекции биоэлементного статуса и витаминной недостаточности: использование энтеросорбента, препаратов макро- и микроэлементов, витаминов и др.

Исследования, проводимые через 1 мес после окончания программы коррекции, свидетельствовали о положительной динамике биоэлементного статуса у 55,1% чел., витаминного статуса у 43,9% чел., показателей АД у 47,7% чел., аритмического синдрома у 38,3% чел., ликвидации сердечной недостаточности у 38,3% чел., что сопровождалось улучшением показателей психоэмоционального (48,6% чел.) и вегетативного статуса (49,5% чел.), повышением адаптационных возможностей ССС – у 42,1% чел.

Новые аспекты развития сердечной недостаточности у детей с врожденными пороками сердца после оперативной коррекции

Дудник В.М., Зборовская О.А.

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

Среди детей, перенесших кардиохирургическое вмешательство, частота развития сердечной недостаточности (СН) составляет 61,4% и является главным показателем, определяющим прогноз исхода заболевания. Согласно современным представлениям, воспаление и фиброз в кардиомиоцитах являются ключевыми процессами, которые способствуют развитию СН. Галектин-3 представляет собой растворимый белок, который стимулирует миграцию макрофагов, пролиферацию фибробластов и синтез коллагена в кардиомиоцитах, способствуя ремоделированию миокарда и развитию миокардиальной дисфункции.

лирует миграцию макрофагов, пролиферацию фибробластов и синтез коллагена в кардиомиоцитах, способствуя ремоделированию миокарда и развитию миокардиальной дисфункции.

Было обследовано 184 ребенка с врожденными пороками сердца (ВПС) после радикальной оперативной коррекции, возрастом от 1 мес до 17 лет (средний возраст $9,54 \pm 0,36$ лет). В структуре ВПС преобладали пороки с обогащением малого круга кровообращения (МКК) – 119 детей ($64,67 \pm 3,5\%$), значительно реже встречались пороки с гиповолемией МКК – 35 детей ($19,02 \pm 2,9\%$) и сердечные аномалии с обедненным кровоснабжением системного круга кровообращения – 30 детей ($16 \pm 2,7\%$). Содержание галектина-3 в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием набора реактивов «Human Galectin-3» (Platinum ELISA; eBioscience, Bender MedSystems, Австрия). Уровень галектина-3 у пациентов с ВПС достоверно отличался от показателей у здоровых детей ($7,04 \pm 0,21$ нг/мл vs $4,17 \pm 0,17$ нг/мл, $p < 0,01$) и был выше в 1,4–2,0 раза при всех типах ВПС ($p < 0,01$). Следует отметить, что еще до клинической манифестации СН, нами было отмечено повышение содержания галектина-3 на 36,7% ($p < 0,01$), а также его возрастание по мере прогрессирования СН. Дети, у которых содержание галектина-3 соответствовало показателям верхнего квартиля ($>7,73$ нг/мл), в 5,3 раза чаще ассоциировались с терминами после оперативной коррекции ВПС больше 5 лет (95% CI 2,420–11,484), что отражало гуморальные механизмы прогрессирования СН.

Дополнение метода определения галектина-3 к стандартным клинико-лабораторным и инструментальным исследованиям у детей с ВПС после оперативной коррекции имеет важное значение для ранней диагностики и прогноза СН. Предикторная роль маркера фиброобразования в процессах развития миокардиальной дисфункции позволяет рассматривать его как перспективную терапевтическую мишень.

Характеристика развития эндотелиальной дисфункции при пурпуре Шенлейн-Геноха у детей в зависимости от активности заболевания

Дудник В.М., Король Т.Г.

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

Результаты современных исследований позволяют считать, что эндотелиальная дисфункция (ЭД) одна из важных факторов развития пурпуры Шенлейн-Геноха. ЭД определяется, как неадекватное образование в нем различных биологически активных веществ при длительном воздействии повреждающих факторов. Последнее десятилетие в литературе обсуждается значение оксида азота (NO), эндотелиального фактора роста (VEGF), антинейтрофильных цитоплазматических антител (ANCA) в патогенетических механизмах формирования пурпуры Шенлейн-Геноха, требующих дальнейшего исследования.

Нами было обследовано 123 детей, больных на пурпуру Шенлейн-Геноха, в возрасте от 1 до 18 лет (средний возраст $6,44 \pm 0,18$ лет). Определение IgG-ANCA (PR3) проводилось иммуноферментным методом ELISA (твердофазный ИФА) на анализаторе EUROIMMUN Analyzer 1 с помощью тест-системы EUROIMMUN (Германия). Также твердофазным иммуноферментным методом ELISA с помощью набора Human s VEGF R1/Fit-1 мы проводили количественное определение VEGF в образцах сыворотки крови детей. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью статистических пакетов «Excell for Windows» и «Statistica 6.0. for Windows».

Нами отмечено, что в зависимости от активности заболевания возрастает уровень маркеров иммуновоспалительной активности. Так, наибольшее значение VEGF наблюдалось при III степени активности и составил $499,39 \pm 15,45$ пг/мл, что в 18,9 раз выше аналогичного показателя у практически здоровых детей и в 1,6 раза больше данного показателя при средней активности. Показатель ANCA при максимальной активности составил $0,628 \pm 0,07$, что в 3,1 раза больше по сравнению с показателем контрольной группы, который составил $0,2 \pm 2,38$. NO при максимальной активности составил $56,11 \pm 2,94$ мкмоль/л, что в 2,5 раза выше по сравнению с уровнем NO группы контроля. У пациентов с III степенью активности заболевания наблюдалось максимальное повышение уровня VEGF, ANCA, NO, что может свидетельствовать об усилении эндотелиальной дисфункции при пурпуре Шенлейна-Геноха у детей в зависимости от активности заболевания.

Указанные факторы иммуновоспалительного ответа могут служить маркерами определения степени активности при пурпуре Шенлейн-Геноха у детей.

Нарушение вазорегуляторной функции сосудистого эндотелия у детей, больных аллергической бронхиальной астмой

Дудник В.М., Хромых Е.В.

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

На сегодняшний день известно, что для многих хронических заболеваний характерно вовлечение в патологический процесс сосудистой системы, в частности, уделяется значительное внимание изменению структуры и функции сосудистого эндотелия, и его роль в механизмах развития и возможностях контроля бронхиальной астмы.

Цель работы – установить наличие нарушения вазорегуляторной функции сосудистого эндотелия у детей, больных аллергической бронхиальной астмой.

Пациенты и методы. Нами обследовано 224 ребенка с аллергической бронхиальной астмой (АБА) в периоде обострения в возрасте от 6 до 17 лет с определением уровня гомоцистеина и сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) в сыворотке крови и проведением ультразвуковой (УСГ) сонных артерий с определением

толщины комплекса интима – медиа (ТКИМ) и кардиоинтервалографии (КИГ).

Результаты. Наблюдалось изменение уровня гомоцистеина и VEGF у детей, больных АБА, а именно повышение до $19,78 \pm 0,46$ мкмоль/л и $359,69 \pm 14,26$ пг/мл, соответственно, что в 2,54 и 16,45 раза выше в сравнении со здоровыми детьми. Анализ зависимости гомоцистеина и VEGF от уровня контроля показал, что при неконтролируемых формах АБА их содержание составляет $21,13 \pm 0,75$ мкмоль/л и $407,48 \pm 27,19$ пг/мл соответственно, что в 1,37 и 1,22 раза выше, чем у детей, больных АБА, с контролируемым течением ($p < 0,01$). ТКИМ у детей, больных АБА ($1,07 \pm 0,02$ мм), была достоверно выше ($p \leq 0,001$) и составила на 13,22% больше в сравнении с показателем здоровых детей. Рассматривая зависимость показателей УСГ сонных артерий от уровней контроля АБА было установлено, что ТКИМ при контролируемом течении составляет $0,98 \pm 0,06$ мм, что на 35,72% превышает данный показатель здоровых детей и на 42,73% при неконтролируемой АБА ($p \leq 0,001$). Основным показателем КИГ-индекс напряжения отличался у детей, больных АБА ($100,91 \pm 0,46$ ед) от такового у здоровых детей ($59,83 \pm 0,63$ ед), что указывает на преобладание симпатической регуляции.

Выводы. Течение АБА у детей сопровождается развитием эндотелиальной дисфункции, которая проявляется ростом уровня гомоцистеина и VEGF в сыворотке крови, в пределах 2,35–16,45 раза выше, чем у здоровых детей, и зависит от уровня контроля заболевания. Вазорегуляторные нарушения функции сосудистого эндотелия подтверждаются наличием изменений регуляции процессов жизнедеятельности симпатическим отделом вегетативной нервной системы (индекс напряжения при КИГ – $100,91 \pm 0,46$ ед) и УСГ исследованиями сонных артерий (утолщение КИМ до $1,07 \pm 0,02$ мм).

Совершенствование системы организации хирургической помощи новорожденным в Республике Казахстан

Ерекешов А.А., Ембергенова М.Х.

*Департамент охраны материнства и детства
Министерства здравоохранения и социального развития
Республики Казахстан;
Центр неонатальной хирургии Перинатального центра
№1, Астана, Республика Казахстан*

Согласно Постановлению Правительства Республики Казахстан, в рамках реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы», Министерством здравоохранения Республики был утвержден Приказ «О развитии неонатальной хирургии в Республике Казахстан», и принята «Дорожная карта по оказанию хирургической помощи новорожденным». Согласно «Дорожной карте» по принципу регионализации, было создано 2 центра хирургии новорожденных в городах Астана и Алматы, куда госпитализировались беременные женщины с антенатально установленным пороком развития плода на роды, и открыты 4 межобласт-

ных отделения хирургии новорожденных в регионах для оказания хирургической помощи новорожденным. Были разработаны схемы маршрута транспортировки новорожденных родившихся в регионах, стандарты и алгоритмы оказания по этапной помощи новорожденным в зависимости от тяжести. С начала реализации проекта на территории всей республики было открыто 62 специализированных коек хирургии и созданы мультиспециализированные бригады, куда вошли детские хирурги, неонатологи, анестезиологи-реаниматологи, и специализированные бригады медицинских сестер которые прошли подготовку в клиниках дальнего (Израиль, Германия) и ближнего зарубежья (Россия).

С августа 2011 г. по июнь 2015 г. на койках неонатальной хирургии в республике пролечилось 4874 новорожденных. В структуре: (не включены новорожденные с врожденными пороками сердца) с врожденными пороками развития органов и систем – 3996 (82%) пациентов и с хирургическими заболеваниями неонатального периода (НЭК, ретинопатии, гнойно-воспалительные заболевания, родовая травма) – 877 (18%) пациентов. Проведено 4484 оперативных вмешательств, хирургическая активность по республике составила в среднем 92%. Общая летальность снизилась от 68% в 2010 г. до 16,7% в 2015 г., и послеоперационная летальность на сегодняшний день составляет 12%. В 2009 г. внедрили способ ранней коррекции врожденных расщелин губы и альвеолярного отростка. В 2011 г. в Центрах хирургии новорожденных, совместно с Российскими коллегами (профессор, д.м.н. Разумовский А.Ю.) активно начали применять методы эндовидеоскопических коррекции пороков развития у новорожденных (диагностическая лапароскопия с гепатохолангиографией и биопсией печени, лапароскопическая оварицистэктомия, лапароскопический адгезиолизис, лапароскопическая модификация операции Ледда, усовершенствован метод видеоассистированной сигмостомии, торакоскопическое иссечение свища трахей наложением эзофагоэзофаганастомоза, торакоскопическая пластика купола диафрагмы). В 2012 г. введена диагностика, а затем и метод лазеркоагуляции сосудов сетчатки при ретинопатиях, способ раннего дренирования с последующим вентрикулоперитониеальным шунтированием при внутрижелудочковых кровоизлияниях у недоношенных детей. В 2013 г. доработаны и усовершенствованы методы органосохраняющих операции при новообразованиях у новорожденных. В 2014 г. начались экспериментальные работы по освоению элементов фетальной хирургии. При тесном сотрудничестве со специалистами Республиканских научных центров нейрохирургии и Национального научного кардиохирургического центра на сегодняшний день выполняются оперативные вмешательства у новорожденных с врожденными пороками развития центральной нервной системы и сердца. В анестезиологическом пособии нашло свое широкое применение в клинической практике метод ингаляционной анестезии с низким потоком свежего газа и метод региональной анестезии. В послеоперационном периоде освоены, доработаны и внедрены элементы программированного парентерального питания (TPN), нутритивной поддержки, респираторной терапии, а при развитии клиники острой по-

чечной недостаточности внедрен метод перитониеального диализа у недоношенных с весом 2000 грамм. Пребывание новорожденного в стационаре составило от 17,3 до 22,2 койко/дней.

Таким образом, во первых, с начала реализации проекта в Республике, на сегодняшний день созданы три модели оказания хирургической помощи новорожденным: первая, на базе областных детских многопрофильных стационаров; вторая – на базе родовспомогательного учреждения и третья, в Республиканских Центрах материнства и детства (города Астаны и Алматы); во вторых, разработанные и внедренные в практику алгоритмы врачебной тактики по оказанию помощи новорожденным при пороках развития, соответственно «Дорожной карте», способствуют выбору единой тактики ведения беременности с врожденной патологией плода, снижению риска осложнений в антенатальном и постнатальном периоде, совершенствованию способов оперативных вмешательств, прогнозированию и улучшению результатов оказания специализированной и квалифицированной медицинской помощи на территории всей Республики.

Наш первый опыт в организации хирургической помощи новорожденным с врожденными пороками развития на базе родовспомогательного учреждения города

Ерекешов А.А., Туракбаева Д.А., Жельдибаев Н.С.

Центр неонатальной хирургии Перинатального центра №1, Астана, Республика Казахстан

Проблема высокой летальности среди новорожденных детей с врожденными пороками развития остается актуальной и требует поиска новых путей решения. Организация хирургической помощи с учетом возрастных особенностей органов и систем новорожденного требует разработки новых подходов к предоперационной подготовке, хирургической коррекции и выхаживанию в послеоперационном периоде.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения новорожденных детей с врожденными пороками развития.

В рамках реализации государственной программы по развитию Здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» 2011–2015 гг. по принятому плану развития неонатальной хирургической службы Республики Казахстан, приказом Управления Здравоохранения г. Астаны от №291-ө от 05.04.2012 на базе перинатального центра № 1 города Астаны, открыто отделение хирургии новорожденных на 10 коек с палатами интенсивной терапии (4) и коек совместного пребывания (6), по организации помощи новорожденным детям с хирургическими заболеваниями в условиях родовспомогательного учреждения, задачами которого явились организация оказания круглосуточной специализированной и высококвалифицированной неотложной хирургической помощи новорожденным с выявленными внутриутробными поро-

ками развития г. Астаны. С апреля 2012 года по июнь 2015 года в отделении хирургии интенсивной терапии и реанимации новорожденных, на базе родильного было госпитализировано 412 новорожденных, с врожденными пороками развития органов и систем – 340 (82,5%) (пороки развития центральной нервной системы – 21, челюстно-лицевой области – 41, желудочно-кишечного тракта – 198, диафрагмальные грыжи – 16, ВПС: открытый артериальный проток – 32, пороки развития почек – 5, пороки развития передней брюшной стенки – 4, объемные образования – 8, множественные врожденные пороки развития – 15); с хирургическими заболеваниями периода новорожденности – 70 (19,9%) (НЭК с перфорацией кишечника – 21, ретинопатии – 49); родовые травмы с разрывом паренхиматозных органов – 2 (0,5%). Предоперационная подготовка начиналась еще внутриутробно с момента выявления порока развития: УЗИ, генетическое исследование, пренатальный консилиум. Сразу после рождения проводили дополнительное обследование (лучевые методы диагностики, лабораторные методы), проводили инфузионную, антибактериальную терапию, посиндромное лечение. Среднее время предоперационной подготовки составило 48 часов. Критерии возможности операции (общепринятые): стабильные показатели дыхания и гемодинамики, диурез более 1–2 мл/кг/час, компенсированные показатели лабораторных исследований (газов крови, показатели красной крови). Впервые в Республике была апробирована система оказания хирургической помощи мультиспециализированными бригадами. Во время операции проводился мониторинг артериального давления, ЧСС, ЭКГ, SpO₂, температуры, дыхательный мониторинг. Прооперировано всего – 369 новорожденных (89,5%). Общая летальность составила 18% (74 пациентов), послеоперационная летальность – 15% (55 пациентов).

Выводы. Работа отделения хирургии интенсивной терапии и реанимации новорожденных, на базе родовспомогательного учреждения, обеспечивает:

- рациональное сотрудничество детских хирургов с акушерами-гинекологами;
- оптимальное планирование этапов лечения;
- сокращение сроков предоперационной подготовки, более гладкое течение операционного и послеоперационного периода.

Особенности течения неврологических нарушений при сепсисе у детей раннего возраста

Жалилова Ш.А., Шомансуров Ш.Ш., Пулатова Р.З., Пазылова С.А.

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

Цель исследования. Выявить особенности течения неврологических нарушений у больных сепсисом детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Было обследовано 19 детей больных сепсисом в возрасте от 1 до 18 месяцев. Обследование невротатуса проводилось акцентируясь на оценку состояния вегетативной нервной системы по скрининг-таблице исходного вегетативного тонуса для детей раннего возраста (Шимонова Г.Н., 2013 г.) адаптированной нами для больных сепсисом детей, включающие параметры оценки реактивности и обеспечения.

Результаты. У всех обследованных 19 (100%) детей было затяжное течение сепсиса, из них поступали 6 (40%) тяжелой и 13 (60%) средней тяжести. При клиническом обследовании у 7 (37%) детей наблюдался синдром астенизации нервной системы по типу превалирования симптомов угнетения, у 12 (63%) симптомов возбуждения. У 10 (52,6%) детей наблюдалась задержка этапов психомоторного развития. У 4 (21%) детей первичные воспалительные проявления начались на первом месяце жизни, у 15 (79%) со 2–6-месячного возраста. У 6 детей предшествовали клинические проявления перинатального поражения нервной системы до проявлений воспалительного процесса: у 3 (16%) синдром вегетативных нарушений, у 2 (10,5%) двигательных, у 1 (5,25%) ликворной дистензии. У 10 (52,6%) обследованных предшествовала диссомния в различной степени выраженности. Тяжелый сепсис протекал с синдромом астенизации нервной системы по типу превалирования симптомов угнетения. Из анамнеза больные сепсисом поступали с дебютом заболевания в неонатальном периоде, а также в периоде младенчества с предшествующими в анамнезе клиническими проявлениями перинатального поражения нервной системы. Из них были дети с синдромом вегетативных и двигательных нарушений.

Выводы. Тяжелый сепсис протекает с синдромом астенизации нервной системы с превалированием симптомов угнетения компенсаторных возможностей, который в свою очередь, чаще бывает у детей с ранним дебютом воспалительных процессов. Исходные перинатальные поражения ЦНС, особенно дисфункция вегетативной нервной системы, может быть предрасполагающим фактором в развитии системного воспалительного процесса.

Реабилитация детей раннего возраста с проявлениями соединительно-тканной дисплазии, перенесших острые лекарственные отравления

Жамлиханов Н.Х., Ларина М.Н.

Городская детская больница №3 Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары

Соединительнотканная дисплазия (ДСТ) является причиной структурных и функциональных нарушений всех органов и систем организма и на фоне тяжелых отравлений приводит к развитию осложнений, вплоть до развития полиорганной недостаточности.

Цель работы. Разработка программы реабилитации и диспансерного наблюдения детей раннего возраста с раз-

личной степенью развития ДСТ после острых лекарственных отравлений.

Пациенты и методы. Материалом для настоящего исследования послужили клинические наблюдения 112 детей в возрасте 1–3 года (мальчиков 59, девочек 53) в 2008–2014 гг. Группа сравнения: 100 детей (мальчиков и девочек поровну) за 200–2008 гг., которым реабилитация не проводилась.

Результаты. Реабилитационная программа детей с выраженными признаками ДСТ включала следующие компоненты: немедикаментозная терапия (адекватный режим, лечебная физкультура, массаж, физио- и электролечение, диетотерапия; медикаментозная терапия (метаболическая терапия, комплекс витаминов и микроэлементов, антиоксиданты, антигипоксанты, органопротекторы, иммуномодуляторы). В острый токсикогенный период (1–7 дней) парентерально: карнитина хлорид 10% (10 мг/кг в сутки), цитофлавин (по 0,1 мл/кг 2 раза в сутки), эссенциале (детям до 1 года – 1,0 мл в сутки, от 1 года до 3 лет – 1,5–2,0 мл в сутки), мексидол (20 мг/кг 2 раза в сутки). Курсы этих препаратов продолжаются и в ближайший посттоксический период (7–14 дней). В отдаленный посттоксический период (2 нед. – 2 мес.) метаболическая терапия продолжается пероральными формами препаратов: элькар 30% (в разовой дозе 0,1 г 2–3 раза в день, в суточной дозе 0,2–0,3 г, цитофлавин (по 1/3–1/2 таблетки 2 раза в день), мексидол 0,125 г (по 1/3 – 1/2 таблетки 2 раза в день), липоевая кислота 0,012 г (по 1/2 - 1 таблетки 3 раза в сутки). Длительность курса реабилитации: при легкой степени отравления – 3 мес., средней степени – 3–6 мес., тяжелой – 6–12 мес., крайне тяжелой – до 2 лет.

Заключение. Данная программа позволила сократить в среднем на 2 нед длительность восстановительного периода, снизить частоту развития хронической патологии сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, ускорить социальную адаптацию детей после перенесенного тяжелого отравления химической этиологии.

Организация помощи при острых отравлениях психоактивными веществами среди детей и подростков г. Чебоксар

Жамлиханов Н.Х., Федоров А.Г.

Городская детская больница №3 Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары;

Институт усовершенствования врачей

Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары

В последние годы среди детей и подростков увеличивается употребление психоактивных веществ (ПАВ): алкоголя, наркотиков, медикаментов, что приводит к ухудшению их здоровья, тяжелым осложнениям, инвалидизации, смерти.

Цель работы – изучить опыт работы детского токсикологического центра (ДТЦ) г. Чебоксары Чувашской Республики.

Материалы и методы. Материалом послужили истории болезни 697 детей, получивших лечение в 1997–2014 гг. по поводу отравлений ПАВ.

Результаты. Ежегодно среднее число отравлений ПАВ составляет $38,7 \pm 11,6$ человек. Отмечается раннее приобщение к употреблению ПАВ с 7 лет (1,2% случаев). Большая часть (81,2%) представлена возрастной группой 12–15 лет, что является высоким риском развития психофизической зависимости к ПАВ к 14–17 годам.

На базе отделения анестезиологии-реанимации (ОАР) на 9 коек БУ «Городская детская больница №3» организован ДТЦ республиканского значения. Врачи отделения имеют дополнительную специализацию детских токсикологов. Все дети с острыми отравлениями ПАВ госпитализируются в ДТЦ и получают лечение: в остром периоде – в ОАР, в отдаленном периоде – в профильных отделениях стационара (неврологическом, соматическом), в зависимости от характера осложнений. При поступлении ребенка в ДТЦ подается экстренное извещение в районный отдел полиции по месту жительства ребенка, инспектору по делам несовершеннолетних, социальные службы. Все дети консультируются психологом, психиатром, проводятся профилактические беседы, лектории с детьми и их родителями. После стационарного лечения всем детям организовано активное диспансерное наблюдение и реабилитация под наблюдением участкового педиатра и специалистов поликлиники, в соответствии с рекомендациями токсикологов. Родителям даются настоятельные рекомендации по постановке ребенка на учет у детского нарколога. Обязательным компонентом профилактической программы являются методы психосоциальной коррекции, работа с семьей ребенка, направленная на реконструкцию основных функций семьи, обеспечение позитивной динамики семейных отношений.

Заключение. Представленная программа организации медико-социальной помощи детям и подросткам, употребляющим ПАВ, является достаточной эффективной. Число повторных госпитализаций в ДТЦ крайне мало – 11 случаев за 18 лет.

Токсикологическая помощь детям Чувашской республики: принципы организации

Жамлиханов Н.Х., Федоров А.Г.

Городская детская больница №3 Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары;

Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова, Чебоксары

В случае острого отравления (ОО) решающее значение имеет своевременность оказания медицинской помощи, включающей экстренную диагностику и качественное лечение.

Цель работы: изучить опыт работы республиканского детского токсикологического центра (РДТЦ) Чувашской Республики.

Материалы и методы. Материалом послужили истории болезни детей от 0 до 15 лет, получивших лечение в 1997–2014 гг. по поводу ОО.

Результаты. За исследуемый период 3446 детей с ОО получили стационарное лечение, 1293 человек – амбулаторное, что составляет в среднем $263,3 \pm 32,8$ человек в год (мальчиков – 58,4%, девочек – 41,6%). 67,1% – случайные бытовые отравления, 32,9% – преднамеренные отравления: алкогольные опьянения 12,5%, одурманивающие вещества 10,3%, суициды 10,1%. Дети до года составляют – 1,7%; от 1 года до 3 лет – 43,7%; от 0 до 7 лет – 56%. 85–88% детей доставляются бригадами «03», 5–14% – бригадами экстренной медицины, 1,5–4% – самообращения. 10–15% детей доставляют с улицы в состоянии комы.

Основным специализированным подразделением для лечения детей с ОО является РДТЦ, сформированный на базе отделения анестезиологии-реанимации (ОАР) БУ «Городская Детская больница № 3» МЗСР ЧР на 9 коек. Врачи отделения имеют дополнительную специализацию детских токсикологов. Материально-техническая база соответствует современным стандартам оснащения ОАР, организованы химико-токсикологическая диагностика, антидотная терапия, экстракорпоральные методы детоксикации. Все дети Чувашской Республики с ОО получают лечение в РДТЦ: в остром периоде – в ОАР, в отдаленном периоде – в профильных отделениях стационара (неврологическом, соматическом, аллергологическом), в зависимости от характера осложнений. В районах республики на этапе квалифицированной медицинской помощи дети с ОО госпитализируются в ОАР ЦРБ. Затем эти дети доставляются в РДТЦ бригадой экстренной медицины в рамках деятельности Центра консультативной и диагностической помощи по неотложным состояниям в педиатрии на базе БУ «Республиканская детская клиническая больница» МЗСР ЧР. Для каждого случая обязательным является телефонная консультация с токсикологом РДТЦ на любом этапе оказания помощи при ОО.

Заключение. Данная система оказания помощи детям с ОО является достаточно эффективной, летальность низкая – 0,19% (6 случаев за 18 лет).

Организация катамнестического наблюдения за маловесными детьми в Краснодарском крае

Жданова И.А., Смычкова Е.В., Картавецва А.В., Краковец И.В., Дудий С.Е.

Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Недоношенные дети представляют собой одну из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. В Краснодарском крае за последние 5 лет наблюдается увеличение числа родов. В 2008 г. число родов в крае составило 62 388, показатель младенческой смертности (МС) составил 7,4 на 1000 родившихся, а в 2014 г. – 73 571, показатель МС – 4,9. Родилось недоношенными в 2008 г. – 2811 детей, в 2014 г. – 3678.

С 2008 г. на базе консультативно-диагностического центра ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» функционирует отделение катамнеза, являющееся единственным в крае. Задачи отделения: предупреждение хронических заболеваний, уменьшение ранней инвалидности.

В штат отделения входят врачи-педиатры, имеющие подготовку по вопросам неонатологии, гастроэнтерологии, диетологии, и специалисты: невролог, инфекционист, офтальмолог, хирург, ортопед. Консультации специалистов, все виды обследования осуществляются бесплатно в течение 1 дня. Существует предварительная запись к врачу по телефону и через Интернет.

На диспансерный учет берутся дети, родившиеся с низкой и экстремально низкой массой тела, перенесшие тяжелую перинатальную патологию, после хирургических операций. Наблюдение рассчитано до 3-летнего возраста ребенка. На каждого пациента приходится по 3–4 нозологические формы заболевания. Индивидуально выбирается схема и кратность наблюдения, создан компьютерный банк данных.

За 7 лет работы отделения осмотрено более 5500 маловесных детей. Приоритетными принципами реабилитации являются: раннее начало, комплексный подход, индивидуальный «маршрут» пациента, этапность, непрерывность, преемственность, широкое использование стационарзамещающих технологий.

Отделение катамнеза взаимодействует со всеми структурными подразделениями ГБУЗ ДККБ и лечебно-профилактическими учреждениями края, позволяя своевременно оказывать детям специализированную, высокотехнологичную медицинскую помощь. Ежегодно в ГБУЗ ДККБ выполняется более 400 операций в неонатальном периоде и более 1500 при пороках развития. С 2007 года выполнено 85 операций кохлеарной имплантации. За последние 2 года выполнено 268 операций лазеркоагуляции сетчатки, сохранивших зрение 133 недоношенным детям. Более 100 недоношенных детей прооперированы по поводу врожденных пороков сердца. Отделение является клинической базой кафедры педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России.

Катамнестическое наблюдение позволяет снизить частоту ранней инвалидности и улучшить качество жизни пациента.

Состояние плода и новорожденного у ВИЧ-инфицированных беременных с герпесвирусной инфекцией

Жданович А.И., Аношина Т.Н.

Национальная академия последиplomного образования им. П.Л.Шупика, Киев, Украина

По данным ряда авторов, акушерские и перинатальные осложнения у ВИЧ-инфицированных женщин чаще возникают в результате действия ВИЧ-ассоциированных инфекций, а не ВИЧ.

Проведен клинико-статистический анализ 1177 карт беременных с ВИЧ, родивших на базе Киевского городского центра репродуктологии и перинатальной медицины, за период с 2009 по 2013 гг. Контрольную группу составили 200 беременных с физиологическим течением беременности и родов.

Выявлено, частота герпесвирусной инфекции (ГВИ) за 5 лет среди ВИЧ-инфицированных составила 372 (42,3%), а среди женщин контрольной группы 28,0% ($p < 0,05$). У 8,5% ВИЧ-инфицированных беременных отмечено первичное инфицирование герпесвирусами и у 27,2% – реактивация инфекции, что является существенным фактором риска акушерских и перинатальных нарушений.

Течение данной беременности осложнено у 84,3% беременных группы наблюдения. У женщин с ГВИ выше частота дистресса плода при беременности и в родах (22,3 против 16,5% у женщин с ВИЧ без ГВИ, $p < 0,05$).

Частота кесарева сечения у ВИЧ-инфицированных беременных при ГВИ составляла 26,2 против 18,1% ($p < 0,05$). Преждевременные роды при ВИЧ произошли у 15,4 и 9,0% женщин с ГВИ и без ГВИ ($p < 0,05$). Преждевременные роды в сроке до 34 недель беременности соответственно у 4,2 и 1,5%.

Перинатальная смертность за 5 лет отмечена в 12 случаях, 8 (21,5‰) из них у женщин с ГВИ, 6 (16,1‰) и 2 (5,4‰) в соответствии антенатальная и перинатальная.

Состояние детей от ВИЧ-инфицированных матерей при ГВИ также было хуже: 12,1% против 6,2% у детей от женщин без ГВИ детей родились в состоянии тяжелой асфиксии ($p < 0,05$), с гипотрофией 31,3 против 25,7% ($p < 0,05$). Следует отметить, что у 14 (3,8%) детей ВИЧ-инфицированных матерей с ГВИ и 4 (0,8%) от матерей без ГВИ ($p < 0,05$) в конце 1-го дня диагностирована внутриутробная пневмония.

Проведенный ретроспективный анализ подтвердил негативное влияние герпесвирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных женщин на течение беременности, родов, состояние плода и новорожденного. Механизмы такого влияния и пути его снижения и профилактики требуют дальнейшего исследования.

Расстройства ЦНС при различных типах иммунного ответа у новорожденных с врожденной пневмонией

Жданович Р.И.

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

Хроническая инфекция матери приводит к длительной антигенной стимуляции иммунной системы плода и нарушению формирования адекватного иммунного ответа новорожденного. Иммунная система, которая в норме участвует в поддержании гомеостаза, может быть пусковым механизмом патологических состояний, обусловленных чрезмерной реакцией или недостаточностью ответа на агрессию.

В динамике раннего неонатального периода комплексно обследовано 120 новорожденных с врожденной пнев-

монией: первую группу составили 37 детей, у которых не было нарушений ЦНС или они носили преходящий характер, вторую – 53 ребенка с более выраженными признаками нарушения мозговых структур, которые сохранялись на длительный период. Контрольную группу составили 30 здоровых новорожденных.

Проведенный анализ иммунного статуса у детей с пневмонией позволил выявить два типа иммунного ответа: гипериммунный (тимомегалия, повышение соотношения Т-хелперы/Т-супрессоры, усиление активности фагоцитоза, повышение уровня провоспалительных цитокинов) и гипоиммунный (гипоплазия тимуса, снижение соотношения Т-хелперы / Т-супрессоры, активности фагоцитоза, уменьшение уровней IgG и IgA, интерлейкинов ИЛ-6 и ИЛ-8). Гипериммунный тип ответа чаще встречался у детей, нарушения ЦНС у которых имели незначительный преходящий характер. Гипоиммунный тип реакции, который осложняет течение инфекционного процесса, приводит к более выраженному токсическому и гипоксическому поражению ЦНС, отмечался значительно чаще у детей с более выраженными длительными нарушениями ЦНС.

Коррекционная диагностика плоскостопия у детей

Закирходжаев М.А.

НИИ травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Совершенствование диагностики плоскостопия и методов реабилитационного лечения.

Пациенты и методы. Исследование проведено у 1427 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, из которых в 12,8% случаев (182) установлены признаки плоскостопия различной степени. Встречаемость патологии наблюдалась преимущественно у мальчиков – 100 детей (54,9%), перед девочками – 82 (45,0%). Частота выявленного плоскостопия наиболее чаще выявлялась при 3–7-летнем возрасте (64,8%). С целью определения степени плоскостопия применялась методика компьютерной плантографии, миографии (2-х канальный электромиограф МГСТ-01, «Медикор», Россия), подометрии (измерение высоты купола стопы, длины, ширины, уровня пронации, абдукции, аддукции с последующим расчетом индекса Фредленда), рентгенографии (аппарат «Юнекс» Дания). Биохимические исследования включали изучения оксипролина в моче (колориметрический) до и после проведенного лечения.

Результаты. Плоскостопие у детей выявлялась по общепринятой классификации, с установлением ее степени (стоя и сидя, определялась длина, большая и малая ширина стопы) по результатам компьютерной плантографии, подометрии, рентгенографии. При проведении компьютерной плантографии учитывались также ширина переднего и заднего переносных отделов стопы, направление прямой подошвенной линии между 3–4 пальцами, размеры прямой линии проходящей по подошвенной поверхности отпечатков пальцев до купола стопы, проходящей касательно по медиальной ее части. Электрофизио-

логическое (ЭФ) обследование функционального состояния нервно-мышечной системы выявили у 80% детей такие тяжелые расстройства, как нарушение реципрокности мышц антагонистов голени, палогическую структуру электромиограммы: снижение амплитуды и урежение частоты потенциалов, снижение полифазности, явления гиперсинхронизации, «залпы» потенциалов. Среди измененных характеристик ЭФ проявления ахиллова рефлекса наблюдалась высокая амплитуда и неправильная форма его, иррадиация на антогонист. Отмечалось снижение активности икроножной мышцы почти в два раза – $281,9 \pm 29,2$ мкВ/с при норме $444,1 \pm 49,2$ мВ/с., уровень электрической активности разгибателей стопы был одинаков со здоровыми детьми.

У 96,8% пациентов с врожденной плосковальгусной деформацией стоп обнаружили признаки органического поражения нервной системы миелодиспластического характера, в числе которых были мышечная гипотония, анизорефлексия, гипо- и арефлексия, патологические рефлексии. Плантографическое исследование выявило не только изменение формы компьютерного отпечатка, но и уменьшение до 1/3 как продольного, так и поперечного размера его, возникающего вследствие эквинусного положения пяточной кости и пронационного положения переднего отдела стопы. Определялось нарушение соотношения между носком и пяткой. Величины подсводного пространства (по Штриттеру) составляла $111,7 \pm 2,9\%$.

В проведенных исследованиях, для установления прочности соединительно-тканной основы связочного аппарата стопы проводилось изучение компонента гиалуроновой кислоты (ГК) – оксипролина в моче. Исходно полученные данные, анализируемые в аспекте нарушения функций соединительной ткани свидетельствуют о повышении выделения оксипролина у детей с плоскостопием, мотивированное изменениями обменных процессов. Достоверность результатов подчеркивает о прямой корреляции возраста и оксипролинурии.

Проведенные исследования позволили разработать схему консервативного лечения. В более раннем возрасте (1–3 года), при компенсированных изменениях обменных процессов, при достаточно правильной лечебной тактике, совмещения корригирующих повязок, массажа, лечебных хвойно-солевых ванн, выпрямления осанки, применения витаминных комплексов (компливит, олиговит, «Джунгли», «Мультитабс», Vit B6), методов лечебной физкультуры процесс инволюции соединительной ткани весьма положителен.

В более старшем возрасте (4–14 лет) возникает необходимость более продолжительных лечебных мероприятий, постоянное ношение стельки супинатора. Курсовое (4 раз в год) применение мультивитаминных препаратов, корригирующий массаж, ЛФК, стимулирующие обменные процессы весьма положительно сказывается на восстановлении связочного аппарата подошвенной и тыльной поверхностей стопы.

Выводы. Проводимое комплексное лечение по предлагаемой методике позволило значительно скорректировать анатомическую целостность стоп, улучшить физиологичность и подвижность ее. Кроме того, изучение окси-

пролинурии выявило тенденцию к уменьшению ее количества, в зависимости от половых и возрастных особенностей.

Токсокароз у детей

Зарянкина А.И., Шкарубо М.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Токсокароз – малоизученное, широко распространенное заболевание, вызываемое личинками *Toxocara canis* (гельминт, поражающий главным образом представителей семейства псовых) и *Toxocara mystax* (гельминт семейства кошачьих), характеризующееся длительным рецидивирующим течением и полиорганными поражениями.

Клинические проявления токсокароза у детей не имеют своих специфических особенностей и часто «маскируются» сопутствующими или обострениями предшествующих заболеваний. Основными симптомами токсокароза являются рецидивирующая лихорадка (чаще – субфебрильная, реже – фебрильная), температурная реакция, как правило, наблюдается в период легочных проявлений (62% случаев), легочный синдром, увеличение размеров печени, лимфаденопатия, эозинофилия, гипергаммаглобулинемия.

Ограниченная возможность паразитологической диагностики приводит к тому, что ведущими в диагностике токсокароза являются иммунологические тесты. Титр специфических антител 1:800 и выше свидетельствует о заболевании, а титры 1:200, 1:400 – о носительстве токсокар при висцеральном токсокарозе и патологическом процессе при токсокарозе глаза

Цель: изучить роль токсокароза в патологии органов дыхания у детей.

Материал и методы. Были проанализированы медицинские карты стационарного пациента детей, находящихся на стационарном лечении в инфекционном отделении №2 У «Гомельская областная детская клиническая больница» с диагнозом «Токсокароз».

Результаты. Серологическое исследование сыворотки крови на антитела к токсокарам проводилось детям с острой патологией органов дыхания при повторных пневмониях, рецидивирующем бронхообструктивном синдроме, эозинофилии. За период 2008–2014 гг. было проведено 94 исследования. Диагностировано 6 случаев токсокароза. Из 6 детей с токсокарозом 4 девочки и 2 мальчика. 5 детей постоянно проживают в сельской местности, 1 ребенок – городской. 2 детей с токсокарозом – дети раннего возраста (2–3 года), 3 ребенка – дошкольного возраста (4–6 лет), 1 ребенок – 11 лет. Токсокароз диагностирован у 2 детей с повторной пневмонией, синдромом бронхообструкции, у 4 детей – с рецидивирующим обструктивным синдромом. У 3 детей из 6 наблюдалась эозинофилия (показатель эозинофилов составил 12%-25%). У 2 детей титр противотоксокарных антител составил 1:800, у 3 детей – 1:1600, у 1 ребенка – 1:3200.

Таким образом, висцеральный токсокароз чаще встречается у детей дошкольного возраста. Со стороны органов дыхания характеризуется рецидивирующим бронхо-обструктивным синдромом, повторными пневмониями. Наличие эозинофилии требует обязательного обследования на токсокароз.

Чувствительность сальмонелл к антибактериальным средствам на современном этапе

Зяц Т.П.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Все чаще в последние годы в литературе встречается информация о возрастающей устойчивости сальмонелл к антибактериальным средствам (АБС).

Цель: оценить чувствительность к АБС сальмонелл, выделенных у детей с сальмонеллезом.

Задачи:

1. Определить чувствительность к АБС *S. Enteritidis*, выделенных у детей с сальмонеллезом, находившихся на стационарном лечении.

2. Определить чувствительность к АБС *S. Typhimurium*, выделенных у детей с сальмонеллезом, находившихся на стационарном лечении.

Материал и методы. Чувствительность к АБС выделенных изолятов сальмонелл, у детей с сальмонеллезом, определяли путем стандартной постановки диско-диффузионным методом, а также с использованием аппаратов для автоматического учета антибиотико-чувствительности. Чувствительность сальмонелл определяли к следующим АБС: цефтриаксону, амикацину, карбапенемам, сульфаниламидам, нитрофуранам. Статистическую обработку данных, проводили традиционными методами математической статистики.

Результаты. По данным микробиологической лаборатории УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска за период с 2010 по 2014 гг. выделено 8 серотипов сальмонелл, вызывающих заболеваемость среди детского населения. При этом из 3552 исследованных изолятов на долю *S. Enteritidis* пришлось 87,8%, на *S. Typhimurium* – 11,3%, все остальные серотипы составили только 0,99% (*S. Braenderburg* – 0,17%, *S. Branderup* – 0,03%, *S. group C (missium)* – 0,06%, *S. Infantis* – 0,48%, *S. Virchow* – 0,06%, *S. London* – 0,2%).

Выводы:

1. Последние пять лет *S. Enteritidis* сохраняет высокую чувствительность к имипенему (99,0%–100%), цефтриаксону (98,1–99,2%), ко-тримаксозолу (99,4–99,6%) и амикацину, хотя к последнему некоторые штаммы данного серотипа выработали устойчивость (98,2–94,6%).

2. Большинство штаммов *S. Enteritidis* резистентны к налидиксовой кислоте (58,9–37,7–42,1%).

3. Последние пять лет *S. Typhimurium* сохраняет высокую чувствительность к имипенему (100%), возрастает

чувствительность к амикацину (с 88,3 до 97,4%), гентамицину (с 87,2 до 96,9%), ко-тримаксозолу (96,5–98,0%).

4. Большинство штаммов *S. Typhimurium* резистентны к налидиксовой кислоте (61,5–44,7%) и цефтазидиму (86,7–87,5%).

Материнский стафилококк – основная причина младенческих кишечных коликов у детей

Зрячкин Н.И., Елизарова Т.В.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского

Кишечные колики у младенцев считаются самой частой причиной обращения к педиатрам во всем мире на первом году жизни ребенка. Актуальность данной проблемы находит отражение во множестве современных публикаций, посвященных факторам риска, этиологии и патогенезу кишечных коликов.

Цель исследования – определить взаимосвязь между явной или скрытой стафилококковой инфекцией у матерей и развитием младенческих кишечных коликов у их детей.

Пациенты и методы. В амбулаторно-поликлинических условиях обследовано 102 ребенка с младенческими кишечными коликами в возрасте от 12 дней до 4 мес и их матери. Осуществляли тщательный сбор анамнеза, осмотр и анализ медицинской документации. У детей из очагов инфекции производили забор материала для посева на флору и исследовали кал на дисбактериоз. У матерей брали мазки из носа и зева для посева на флору, а также исследовали грудное молоко на стерильность и сыворотку крови в РПГА со стафилококковым аутоштаммом. В качестве контроля обследовано 14 практически здоровых детей того же возраста и их матери.

Результаты. Методами корреляционного и дисперсионного анализа были выявлены факторы наиболее значимо влияющие на формирование младенческих кишечных коликов у обследованных детей: в периоде перед беременностью – угревая сыпь и аднексит ($p < 0,0001$), во время беременности – угревая сыпь ($p < 0,0001$) и угроза прерывания беременности ($p < 0,02$), в периоде кормления грудью – наличие у матери угревой сыпи ($p < 0,007$), мастита ($p < 0,04$), стафилококка во флоре зева и носа у матери и стафилококка в молоке ($p < 0,0001$ в обоих случаях). С помощью многофакторного дисперсионного анализа было установлено, что одновременное наличие у матери угревой сыпи и стафилококка во флоре носа и зева ($p < 0,0001$) усиливают вероятность развития младенческих кишечных коликов у детей в 2 раза. Корреляционной связи между другими условно-патогенными микроорганизмами кишечника (клебсиеллы, энтеробактеры, цитробактеры и др.) и младенческими кишечными коликами не выявлено.

Заключение. Таким образом, наличие явной и скрытой стафилококковой инфекции у матерей, является основной причиной развития у детей младенческих кишечных

колик. Во избежание возникновения младенческих кишечных колик у детей необходимо проводить дородовую санацию хронических очагов стафилококковой инфекции у женщин.

Практический подход к созданию запаса лекарственных препаратов на эпидемию гриппа

Зубаров П.Г., Солошенко Н.Г.

Инфекционная больница №23, Нижний Новгород

Цель исследования – определение оптимального количества коек и оптимального запаса противовирусных препаратов на период эпидемического подъема заболеваемости острыми респираторно-вирусными инфекциями и гриппом.

Материалом для исследования послужили медицинские карты стационарных больных, находившихся на стационарном лечении в медицинском учреждении в 2013 г. (эпидемический подъем заболеваемости гриппом А со сменой возбудителя с H1N1 на H3N2). Проанализированы 2209 медицинских карт с ОРВИ и 240 медицинских карт с установленным диагнозом грипп. Повозрастная структура детей с ОРВИ составила: 25% – дети до 1 года, 45% – дети в возрасте от 1 года до 3 лет, 14% – дети от 4 до 6 лет, 14% – дети от 7 до 14 лет и 2% – дети от 15 до 17 лет. Повозрастная структура больных гриппом составила: 10% – дети до 1 года, 50% – дети в возрасте от 1 года до 3 лет, 19% – дети от 4 до 6 лет, 20% – дети от 7 до 14 лет и 1% – дети от 15 до 17 лет. Тяжелое течение заболевания, потребовавшее госпитализацию в отделение реанимации, составило 1% среди больных ОРВИ и 3% среди больных с гриппом. Среди больных ОРВИ основная часть тяжелых случаев наблюдалась в возрастной группе от 1 года до 3 лет. Среди больных гриппом наибольшее количество тяжелых случаев (в том числе и 1 летальный исход) зарегистрировано в возрастной группе от 7 до 14 лет. Среднее пребывание больного на койке и при ОРВИ, и при гриппе составило 4,5 дня.

Выводы. Из расчета средней продолжительности эпидемического подъема в 6 недель, на 100 койках детского инфекционного стационара будут пролечены 924 ребенка, ежедневная госпитализация составит 22 пациента. Для 60% больных потребуется противовирусный препарат в форме свечей и сиропов. Ингибиторы нейраминидазы потребуются для 3% пациентов (28 детей).

Выявление патологии органов слуха на первом году жизни у детей

Изюмец О.И., Изюмец С.О., Мурашко Т.В.

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

Тревога у родителей по поводу возможной глубокой глухоты ребенка возникает в случае отсутствия реакции

на звук голоса или обычные в домашней обстановке шумы. По статистическим данным, на 1000 нормальных родов приходится один ребенок с выраженной степенью тугоухости. Почти половина всех нарушений слуха у детей носит врожденный характер.

Цель работы: выявление нарушений слуха у новорожденных путем регистрации вызванной отоакустической эмиссии (ВОАЭ).

Пациенты и методы. Обследовано 440 новорожденных, возрастом 3–4 нед из отделения патологии новорожденных Винницкой областной детской клинической больницы на протяжении 2 лет в утренние часы после кормления, в состоянии естественного сна. Алгоритм: 1) Заполнение анкеты врачом-неонатологом на основании анамнестических данных. 2) Обследование врачом-сурдологом новорожденных с факторами риска. 3) Регистрация ВОАЭ врачом-аудиологом. 4) Повторное обследование детей с предполагаемым нарушением слуха через 3 мес скрининг-тестом регистрация ВОАЭ.

Результаты. На 1-м этапе у 273 (62%) детей обнаружены факторы риска. На 2-м этапе у 19 (6,95%) детей выявили эпидермальные пробки, которые были удалены. На 3-м этапе при регистрации ВОАЭ слух социально адекватный зарегистрирован у 210 (82,7%) детей – выписаны из стационара, не зарегистрирован у 44 (17,3%), из них функциональная незрелость слухового аппарата наблюдалась у 39 (90%), врожденная патология – у 5 (10%) детей. На 4-м этапе через 3 мес врачом-аудиологом проведено повторное обследование 44 детей с предполагаемым нарушением слуха скрининг-тестом – ВОАЭ – у 33 (75%) подтверждена нормальная регистрация ВОАЭ, а у 11 (15%) – нет и на этапе коротколатентных слуховых вызванных потенциалов нормальная регистрация была у 2 детей, подозрение на патологию слухового анализатора установлено у 9 детей.

Выводы. Данный метод аудиологического скрининга наиболее перспективный, должен охватывать всю популяцию новорожденных. Чем раньше родители обратятся к врачу с подозрением о нарушении слуха у ребенка, тем выше шансы предотвратить инвалидность с детства.

Нейропротекторная терапия для коррекции перинатальных повреждений центральной нервной системы у новорожденных детей

Изюмец С.О., Изюмец О.И., Мурашко Т.В.

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

В структуре детской инвалидности 35–45% повреждения центральной нервной системы (ЦНС), которые являются следствием перинатальной патологии, при этом большая часть связана с перенесенной хронической гипоксией плода и родовой травмой головного мозга.

Пострегистрационное изучение безопасности и эффективности применения цитофлавина проводилось в течение 5 лет с вовлечением в обследование 600 тыс. человек

из Российской Федерации, 50 тыс. из стран СНГ и 5 тыс. из Южно-Восточной Азии. Серьезных негативных реакций или побочных эффектов, которые требовали отмены препарата, зарегистрировано не было. Раствор цитофлавина для парентерального введения детально изучен в качестве лекарственного средства, доказан его цитопротекторный эффект, установлена антигипоксическая и антиоксидантная активность, обоснованный механизм, корригирующий нарушения метаболизма в организме.

Цель работы: изучение актуальности использования цитофлавина у новорожденных при повреждениях ЦНС.

Пациенты и методы. Было обследовано 90 новорожденных детей, которых разделили на 3 группы. 1-я группа – 40 детей в остром периоде повреждения ЦНС в возрасте до 10 сут. 2-я группа – 20 детей возрастом старше 10 дней (до 1 мес), которые были на ранней восстановительной терапии. Острый период повреждения ЦНС у них был пролонгирован за счет наличия синдромов, характерных этому периоду, а именно: синдромы торможения, возбуждения, повышенного нервно-рефлекторного возбуждения, гипертензивный, гидроцефальный, гипертензивно-гидроцефальный, судорожный. Новорожденные из обследованных групп в комплексной терапии получали цитофлавин в дозе 2 мл/кг массы тела в сутки в/в после разведения в 10% растворе глюкозы со скоростью введения 1–4 мл/час. Средний курс лечения 5 сут. 3-я группа (группа сравнения) – 30 детей получали стандартную схему терапии (цераксон, парацетам, церебролизин).

Результаты. Причины повреждения ЦНС у обследованных: гипоксическо-ишемическое повреждение ЦНС (50%), родовая травма (20%), асфиксия через хроническую гипоксию плода (12%), неонатальная энцефалопатия (10%), TORCH-инфекция (8%). Положительные изменения на нейросонограмме у детей, получавших цитофлавин наблюдались с 5-го дня его применения, а в группе сравнения наступали после 10-го дня.

Этиологические факторы в развитии осложнений цирроза печени у детей

Иногамова Г.З., Иноятова Ф.И.

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

Цель. Установление частоты и особенностей течения осложнений цирроза печени (ЦП) в зависимости от этиологии у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 202 детей с диагнозом ЦП, в возрасте от 3–15 лет. Диагноз ЦП основывался на данных анамнеза, клинико-лабораторного и инструментального обследования (УЗИ с доплерографией; МРТ; ЭГДС). Степень тяжести ЦП оценивалась по Child-Pugh. Методами ПЦР и ИФА проводили верификацию HBV, HCV и HDV, TORCH-инфекции, определение аутоантител (ANA, SMA, антиSLA, антиLKM-1) в крови, церулоплазмина и гемосидерина в моче.

Результаты. Значимым фактором в развитии ЦП у детей является вирусная инфекция (73,3%, $p < 0,001$), где большая доля принадлежит гепатотропным вирусам (90,6%) с акцентом микст-инфекции (69,7%). В меньших случаях, ЦП формируется в исходе аутоиммунного гепатита (4,9%) с доминированием I типа (70%), наследственного генеза (6,9%) в виде болезни В-Коновалова (42,7%), гликогеноза (28,6%), склерозирующего холангита и гемохроматоза (по 14,2%), а также их сочетанных форм (9,9%). Наиболее подвержены к развитию осложнений были дети с аутоиммунным ЦП (92,2%), особенно в случаях наслоения вирусной инфекции ($p < 0,01$). На втором месте находились дети с ЦП вирусного генеза (73,1%) и, на последнем наследственного генеза (56,6%). Обращали на себя внимание, такие осложнения как кровотечения из варикозно-расширенных вен (КВРВ – 61,8%), печеночная энцефалопатия (ПЭ – 41%), бактериальная инфекция (БИ – 32,9%) и гепаторенальный синдром (ГРС – 15%). При этом, выраженность и характер проявлений определялись этиологией. Так, печеночно-клеточная недостаточность с развитием ПЭ в 2,2 раза чаще формировалась у больных с аутоиммунным и наследственным ЦП ($p < 0,001$). При вирусном ЦП только у 34,8% детей, из которых в 18,7% случаев ПЭ развивалась в результате портосистемной недостаточности. КВРВ пищевода имело место у большинства детей с аутоиммунным (90%) и вирусным (69,7%) ЦП класса В и С ($p < 0,01$). ГРС характерно выявлялся при аутоиммунном ЦП, особенно в случаях наслоения вирусной инфекции (70%, $p < 0,05$). Частота БИ (пневмония, плеврит, миокардит и др.) зависела от тяжести ЦП (класс В – 77,1% и С – 97%), но отличалось изотропностью к этиологии.

Заключение. Наиболее частые осложнения с раскладкой всех видов проявлений характерны для ЦП аутоиммунного генеза. Для ЦП вирусного генеза – КВРВ, наследственного – ПЭ. Развитие осложнений усугубляет течение и прогноз ЦП у детей, что требует изыскания новых профилактических мер и эффективных методов лечения.

Анемия воспаления в течении хронической HBV-вирусной инфекции у детей

Иноятова Ф.И., Икрамова Н.А.

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

Цель. Установить особенности течения и информативность маркеров феррокинетики в патогенезе и диагностике анемии воспаления (АВ) у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ).

Пациенты и методы. Обследовано 148 детей, больных ХГВ с АВ, в возрасте 3–18 лет. Давность заболевания – $5,7 \pm 0,2$ лет. Диагноз ХГВ основывался на данных анамнеза, клинико-лабораторного и инструментального обследования. Верификация HBV проводилась методами ИФА

и ПЦР. Методом ИФА определяли маркеры феррокинетики: гепсидин (HEP), трансферрин (Tf), растворимые трансферриновые рецепторы (sTfR), ферритин (Ft) с вычислением индекса отношения уровня sTfR к логарифму Ft. Группа контроля – 30 практически здоровых детей.

Результаты. В ходе исследования установлена высокая частота АВ (95,6%), из числа которой в 60,7% случаев течение анемии обозначилось как рефрактерное РА (толерантность к ферротерапии). РА пролонгировала патологический процесс, что подтверждалось высокой частотой выраженных (60,8%) и прогрессирующих форм (48,8%). В генезе установлено стадийное формирование АВ в виде «истинного» дефицита железа с раскладкой ферромаркеров, свойственных для ЖДА на начальных этапах болезни (повышение HEP до $56,384 \pm 0,14$ ng/ml, $p < 0,001$ и трансферринового спектра на фоне снижения Ft до $31,2 \pm 2,38$ нг/мл, $p < 0,001$) и, перераспределительного дефицита железа, характерного для гемосидероза на поздних стадиях ХВГ с развитием рефрактерности (снижение HEP до $28,590 \pm 0,69$ ng/ml, $p < 0,001$ и трансферриновых показателей на фоне повышения Ft до $130,9 \pm 2,42$ нг/мл, $p < 0,001$). При этом, индекс равнялся при nPA $2,250 \pm 0,21$, при PA $0,885 \pm 0,11$. Особенности клинического течения ХГВ на фоне АВ у детей явилось преобладание астеновегетативного (94,1%), геморрагического (89,5%) синдромов и гепатоспленомегалии с развитием длительной гиперферментемии (76,6%) и эндотоксемии (90,7%). Условно-специфическими ($p < 0,01$) для АВ были симптомы – головокружения, ломкость и истеричность ногтей и, извращения вкуса и обоняния в виде пикацизма, пагофагии и патоосмии.

Заключение. При ХГВ у детей в генезе АВ рассматриваются два варианта патогенетических механизмов развития истинного дефицита железа, поддающегося лечению препаратами железа и, перераспределительного, обусловленного его накоплением в тканях и развитием РА. Для их дифференциальной диагностики необходимо вычисление индекса отношения уровня sTfR к логарифму Ft. Развитие РА способствует прогрессирующему течению ХГВ и требует разработки эффективных схем лечения.

Эффективность общей анестезии промедолом при ортопедических операциях у детей

Исмаилова М.У., Нурмухамедов Х.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Учитывая психоэмоциональные и физиологические особенности детей, оперативные вмешательства в детской ортопедии – травматологии чаще проводятся в условиях общей анестезии или регионарной аналгезии с глубокой седацией. Однако эти препараты в рекомендуемых дозах зачастую дают ряд негативных эффектов, а снижение дозы приводит к неадекватному обезболиванию. Для решения этих проблем предлагаются использовать не-

сколько препаратов разнонаправленного действия, что позволяет снизить их дозы и сохранить требуемый уровень анестезии.

Цель исследования. Изучить эффективность комбинированной общей анестезии промедолом при ортопедических операциях у детей.

Пациенты и методы. Проанализировано течение общей анестезии у 32 больных в возрасте от 3 до 13 лет при ортопедических операциях (врожденный вывих бедра и врожденная деформация грудной клетки). Объективный статус детей соответствовал II и III классу по ASA. Индукция и поддержание анестезии осуществлялась внутривенным введением пропофола 3 мг/кг, затем в виде постоянной инфузии 150–100 мкг/кг/мин., промедола – 2% (2–1 мг/кг), аркурона 0,2% (0,06–0,03 мг/кг) и выполняли оротрахеальную интубацию трахеи. Всем пациентам проводилась контролируемая по объему ИВЛ с параметрами вентиляции, обеспечивающими ЕТСО₂ в пределах 33–38 мм рт. ст. Во время анестезии проводился непрерывный мониторинг ЧСС, неинвазивного систолического (АД сист.), диастолического (АД диас.), среднего (САД) давления, насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии (SpO₂).

Результаты. После премедикации у исследуемых детей достоверно возрастало ЧСС в среднем на $10,7 \pm 1,2\%$, показатели АД имели тенденцию к повышению. После вводного наркоза имелось снижение ЧСС и АД по сравнению с исходными данными до 7,29 и 3,49% соответственно. При этом показатели SpO₂ не ухудшались. Пробуждение наступало в среднем через 52 ± 4 мин после окончания операции.

Выводы:

1. Применение промедола в сочетании с пропофолом обеспечивает достаточный уровень аналгезии и седации у детей при ортопедических операциях и является безопасным методом внутривенной анестезии.
2. Многокомпонентная сбалансированная анестезия на основе промедола с применением пропофола приводит к быстрому пробуждению и обеспечивает адекватную защиту пациентов от хирургической агрессии.

Комплексная терапия часто болеющих детей, страдающих кишечными заболеваниями

Исокова Ш., Дехконв Х.Х.

Городская детская больница, Канибадам, Республика Таджикистан

Нарушение равновесия в одной из систем сразу приводит к нарушению равновесия во второй. Поэтому очень важно корректировать микробиоценоз при заболеваниях, сопровождающихся снижением иммунного статуса, и наоборот. У 92–94% детей, страдающих частыми респираторно-вирусными заболеваниями, имел место дисбактериоз кишечника. Количество часто болеющих детей (ЧБД) в общей популяции детского населения колеблется от 15 до 75%, устойчиво сохраняются тенденции к его росту.

Цель исследования. Оценка эффективности применяемой в составе комплексной терапии индуктор интерферона – виферон (в суппозиториях) у ЧБД.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 110 ЧБД острыми респираторными заболеваниями в возрасте от 7 до 10 лет, имеющих клинические проявления функционального нарушения кишечника.

Результаты. Анализ частоты заболеваний перенесенных детьми в течение одного года, предшествующего моменту проводимого наблюдения, показал, что 43,6% наблюдаемых детей перенесли 4 эпизода ОРВИ, 23,1% – 5 эпизодов, 6 и более раз – 33,3%. В среднем один ребенок перенес в течение года 5,22 эпизода ОРВИ. Наибольшая частота ОРВИ у ЧБД отмечалась с сентября по март, с максимальным значением в ноябре. Более чем у половины ЧБД (68,4%) заболевания сопровождались развитием осложнений, главным образом со стороны ЛОР-органов и бронхолегочной системы. Затяжной характер течения отмечался у 33,3% детей. У всех детей имели место функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: у 47,0% детей отмечались сниженный аппетит, у 52,9% детей – периодические боли в животе, у 11,1% – изжога, тошнота, у 47,0% – запоры, у 11,1% – неустойчивый характер стула, периодическое недомогание имело место у 13,7% наблюдаемых. Значительный дисбаланс в содержании полноценной кишечной палочки наблюдался у 79,2%. У 40,8% из них определено выраженное снижение колониальных единиц, у 59,2% – повышение ее количества. Лишь у 20,8% детей содержание соответствовало норме. Эшерихии, со сниженной ферментной активностью, определялись у 50 (52,1%) дошкольников.

Таким образом, у 48,9% ЧБД имел место дисбиоз кишечника со снижением концентрации лактобактерий, дисбалансом количества полноценной кишечной палочки. Это позволяет рекомендовать комплексное использование биопрепаратов и виферона для лечения ЧБД, имеющих нарушения иммунитета, количественные и качественные изменения микрофлоры толстого кишечника.

Особенности течения бронхиальной астмы у детей с поверхностными и деструктивными поражениями пищеварительного тракта

Каличевская М.В.

Днепропетровская медицинская академия, Украина

Бронхиальная астма (БА) и патология верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) у детей являются наиболее частыми коморбидными состояниями, нередкоотягощающими течение друг друга.

Цель исследования: изучение особенностей течения БА у детей в зависимости от характера поражения слизистой оболочки ВОПТ. В качестве критериев контроля над БА использовались рекомендации Глобальной инициативы по борьбе с бронхиальной астмой (GINA), уровень

контроля оценивался по данным теста контроля над бронхиальной астмой (АСТ-тест) и данным функции внешнего дыхания.

У 72 детей с БА при ФЭГДС обследовании выявлены патологические изменения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта в виде отека и гиперемии пищевода (26,9%), единичных эрозий пищевода (15,4%), отека и гиперемии слизистой оболочки желудка (78,2%), эрозий в фундальном и антральном отделах желудка (8,9%), отека и гиперемии слизистой оболочки 12-перстной кишки (43,6%), единичных эрозий (24,4%), язвенных дефектов (6,4%), рубцовой деформации луковицы 12-перстной кишки (5,1%).

1-ю группу составили 38 детей с БА у которых при ФЭГДС обнаружены поверхностные поражения слизистой оболочки ЖКТ, 2-ю группу -34 ребенка с деструктивными поражениями.

Средняя продолжительность заболевания БА у детей 1-й группы составила ($6,68 \pm 0,58$) лет, у детей 2-й группы – ($7,65 \pm 0,66$) лет, $p < 0,05$. Частота деструктивных поражений слизистой оболочки ЖКТ возрастала при среднетяжелом и тяжелом течении астмы ($p < 0,01$) и длительности БА более 3 лет ($p < 0,05$). Отсутствие контроля над симптомами БА на фоне проведения базисной терапии встречалось у 7,9% детей в 1-й группе и 35,3% детей во 2-й группе ($p < 0,05$). Частота дневных и ночных симптомов БА у детей 1-й группы составила ($4,24 \pm 0,3$) и ($1,87 \pm 0,2$) эпизодов/мес., во 2-й группе – ($6,47 \pm 0,3$) и ($3,26 \pm 0,22$) эпизодов/мес, ($p < 0,05$). Частота применения β_2 -агонистов короткого действия ($7,53 \pm 0,6$) ингаляций/мес. и ($11,44 \pm 0,43$) ингаляций/мес. соответственно ($p < 0,01$). Ограничение физической активности встречалось с примерно одинаковой частотой у всех детей и составило 15,7 % в 1 группе и 20,5 % во 2 группе, в первую очередь за счет детей с тяжелым течением бронхиальной астмы. Показатели функции внешнего дыхания в группах достоверно не отличались.

Вывод. Наличие деструктивных поражений слизистой оболочки ВОПТ сопровождается снижением контроля над симптомами БА и требует целенаправленного выявления и своевременного лечения.

Семейный фенотип синдрома дисплазии соединительной ткани

Калмыкова А.С., Федько Н.А.,
Зарытовкая Н.В., Калмыкова В.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Обследована 61 семья детей с недифференцированным синдромом дисплазии соединительной ткани (НСДСТ). Всего обследовано 369 человек: 61 пробанд, 123 человека – родственники I степени родства, 172 человека – II степени, 21 человек – III степени. Дети были разделены на возрастные группы: (3–6 лет – 30 детей, 7–11 лет – 31 ребенок, 12–16 лет – 24 ребенка). Группой сравнения послужили 29 детей в возрасте 3–16 лет с

низким порогом стигматизации, а также 60 их родственников.

Для выявления висцеральных проявлений НСДСТ проводили ЭХОКГ с доплероанализом, УЗИ почек, микционную цистографию, экскреторную урографию. Для статистической оценки результатов использовались параметрический *t*-критерий Стьюдента, метод углового преобразования Фишера. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Среднее количество стигм у детей было $9,6 \pm 0,27$, у родственников II поколения – $8,37 \pm 0,23$, III поколения – $3,09 \pm 0,13$. У ближайших родственников детей с НСДСТ выявлены идентичные стигмы дизэмбриогенеза, частота их возрастала соответственно степени родства. НСДСТ встречался у матерей в 91,8% и у отцов – в 57,1% случаев, что позволяет предположить наследственный характер соединительнотканной дисплазии с превалированием так называемого «материнского эффекта». Частота встречаемости НСДСТ у бабушек и дедушек составляла 60,9%, у братьев и сестер родителей – 67,7%. У детей, их родителей и родственников внешний фенотип формировали: высокое нёбо, III тип мочки уха, воронкообразная грудная клетка, крыловидные лопатки, гиперэкстензия дистальных фаланг, двузубец стопы, сандалевидная щель стопы, варикозное расширение вен. У детей и их родителей пролапс митрального клапана определялся в 15,3 и 26,8%, аномально расположенная хорда – в 38,8 и 9,8 %, их сочетание – в 38,8 и 63,4% случаев соответственно. У 78,5% детей выявлена инфравезикальная обструкция, у 33,9% – нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, у 24,5% – дизметаболическая нефропатия, у 20,2% – пузырно-мочеточниковый рефлюкс, у 16,7% – пиелозктазия, у 10,7% – макроцистис, у 4,7% – удвоение почек, у 3% – синдром Фрейли.

Таким образом, фенотипическое обследование родственников трех поколений детей с НСДСТ позволяет в подавляющем большинстве случаев установить наследственный характер соединительнотканной дисплазии с превалированием «материнского эффекта». Большая частота встречаемости внешних «мезенхимальных» знаков, возможно, объясняется накоплением генетического материала в поколениях.

Показатели соматического здоровья организованных детей дошкольного возраста

Калмыкова А.С., Федько Н.А., Калмыкова Д.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Целью исследования явилось комплексная оценка состояния здоровья организованных дошкольников г. Ставрополя.

Обследовано 1011 детей (499 мальчиков и 512 девочек) в возрасте от 3 до 7 лет в дошкольных учреждениях г. Ставрополя. Для статистической оценки результатов использовались параметрический *t*-критерий Стьюдента,

метод углового преобразования Фишера. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Максимальное количество детей с I и II группами здоровья было среди трехлетних, причем количество детей с I группой здоровья почти вдвое снижалось к 5 годам. Максимальная отрицательная динамика состояния здоровья детей по группам здоровья отмечалась в возрасте от 3 до 6 лет, когда количество детей со II и III группами здоровья практически сравнивалось. В дальнейшем отмечалось повышение показателей за счет II и III групп здоровья, что вероятно связано с плановой диспансеризацией, в период подготовки к школе.

Наиболее высокий уровень заболеваемости среди дошкольников приходился на болезни нервной системы – 33,7%, костно-мышечной системы и соединительной ткани – 32,3%, органов дыхания – 28,6%. Болезни системы кровообращения выявлены у 14,8%, глаза и его придаточного аппарата – у 12,2%, органов пищеварения – у 5,7%. У 24,5% дошкольников выявили минимальную церебральную дисфункцию, которая максимально часто (у 45,8%) встречалась в возрасте 3 лет в сравнении с 6 летними (у 22,1%). Нарушения речи имел 151 (14,9%) ребенок, достигая максимального значения (20,4%) в возрасте 4 лет, причем мальчики – достоверно чаще. В возрасте 7 лет эту патологию имели 9,2% детей.

Отягощенность наследственного анамнеза составляла 78%. Чаще других в семейном анамнезе встречались заболевания: ЖКТ (44,2%), ССС (39,4%), эндокринной системы (37,3%), аллергические (26,3%), болезни почек (3,6%). Неблагоприятное течение беременности отмечалось у 61,9% матерей, из них нефропатии I и II степени встречались у 29,3%, угроза прерывания беременности – у 15,6% матерей, 28,3% страдали анемией II степени во время беременности, повышение или понижение АД имели 25,6% матерей. Осложнения в родах имели 54,1% матерей.

Таким образом, полученные результаты обосновывают необходимость проведения комплексов дифференцированных предупредительных мероприятий с учетом направленности патологии, что позволит лучше адаптироваться дошкольникам к условиям образовательного учреждения.

Влияние факторов риска на формирование гастроинтестинальной формы пищевой аллергии у детей

Камилова А.Т., Ахмедова И.М., Умарназарова З.Е., Дустмухамедова Д.Х., Султонходжаева Ш.С., Убайходжаева Х.Т.

Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Обследован 51 больных детей, с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии в возрасте от 1 мес до 5 лет. Контрольную группу составили 20 больных с хроническим энтероколитом с года до 5 лет в аналогичном возрасте. Проведены детальный анализ анамнестических данных,

оценка частоты встречаемости факторов риска, рассчитана количественная оценка относительного риска, атрибутивного риска и этиологическая доля, отношение шансов формирования гастроинтестинальной формы пищевой аллергии. Для выявления степени влияния факторов риска формирования гастроинтестинальной формы пищевой аллергии у детей, нами изучена частота их встречаемости у больных с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии и с хроническим энтероколитом).

Для оценки наличия связи между фактором риска и возникновением болезни, нами анализирован коэффициент относительного риска (RR), при котором относительный риск больше единицы ($RR > 1$), указывал на инцидентность в основной группе больше, чем в контрольной, т.е. риск заболеть при наличии изучаемого фактора больше, чем при его отсутствии. Было установлено следующее: что к формированию гастроинтестинальной формы пищевой аллергии подвержены девочки ($RR > 1,46$), непереносимость меда больными или родственниками ($RR > 1,28$); наличие отягощенности по аллергическим заболеваниям ($RR > 1,28$), по паритету родов 4-я беременность ($RR > 1,70$), анемия во время беременности ($RR > 3,83$), отягощенный акушерский анамнез ($RR > 2,55$), аллергические проявления у других членов семьи ($RR > 2,04$), целиакия среди родственников первого родства ($RR > 2,55$), раннее смешанное вскармливание ($RR > 2,55$), естественное вскармливание ($RR > 1,16$), использование в кормлении детей молочных смесей ($RR > 2,19$); частые перенесенные ОРВИ ($RR > 1,06$), затяжные диарейные заболевания ($RR > 8,50$), перенесенная пневмония с применением антибактериальной терапии ($RR > 1,28$), перенесенная ОКИ ($RR > 2,55$). Чем больше показатель ($RR > 1,0$), тем выше риск возникновения болезни, что является прогностическим фактором в формировании гастроинтестинальной пищевой аллергии у детей. Таким образом, на основании выявленных факторов риска формирования гастроинтестинальной формы пищевой аллергии у детей, необходимо соблюдение матерями во время беременности и во время лактации рациональной диеты.

Клиническая характеристика гастроинтестинальных форм пищевой аллергии у детей

Камилова А.Т., Умарназарова З.Е., Геллер С.И., Дустмухамедова Д.Х., Султонходжаева Ш.С., Убайходжаева Х.Т.

Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан; Ташкентский медицинский педиатрический институт, Узбекистан

Цель исследования. Выявить клинические особенности гастроинтестинальных форм пищевой аллергии у детей

Пациенты и методы. Обследованы 51 детей в возрасте от 4 мес до 5 лет с диагнозом «Аллергический энтероколит» (по МКБ-10 – К 52.2), получавших лечение в отде-

лении гастроэнтерологии РСНПМЦП. Для установления диагноза были использованы клинико-anamnestические исследования.

Результаты. В соответствии с клиническими проявлениями заболевания и лабораторными данными все пациенты были разделены на две группы: первая группа – 31 ребенок с диагнозом «синдром энтероколита, индуцированного белками пищи», вторая группа, в которую вошли 20 пациентов – диагноз «Аллергическая энтеропатия». Возраст установления диагноза в первой группе был $16,4 \pm 1,8$ мес, а во второй группе $11,7 \pm 1,2$. Появление диспепсических симптомов в течение первых 2 часов после приема причинной пищи наблюдалось у 14 (70,0%) детей с аллергической энтеропатией, в первой группе этот показатель наблюдался у 13 (41,9%). Было установлено, что характер клинических симптомов зависит от возраста ребенка. Так, у детей до 6 месяцев симптомы поражения желудочно-кишечного тракта были представлены чаще острыми реакциями на аллерген. Наиболее характерными клиническими проявлениями для детей этого возраста являлись: срыгивания после кормления более пяти раз в первой группе детей у 66,6% и у 42,8% во второй группе. В первой группе детей в возрасте до 6 мес в 66,6% случаях заболевание сопровождалось рвотой кратностью более чем 5 раз. Во второй группе рвота регистрировалась в 2,3 раза реже и с частотой не более 3–4 раз (28,5%). У детей старшего 1 года возраста клинические проявления носили более стертый характер, на первый план выступали боли в животе – 17 (73,9%). Диарея возникала в среднем через 6 часов после употребления аллергена и сопровождалась беспокойством, сменяющимся слабостью. Частота стула колебалась от 6 до 12 раз в сутки, в среднем $5,4 \pm 1,1$ раз. Жидкий стул с отхождением стекловидной слизи наблюдался в обеих группах детей 26 (83,9) и 15 (75%) соответственно. Выраженный дефицит массы тела был зарегистрирован у 12 (39,0%) в группе детей с синдромом энтероколита индуцированного белками пищи, масса-ростовой индекс (МРИ) у 45% в данной группе был < 3 СО. В группе детей с аллергической энтеропатией выраженный дефицит наблюдался у 3 (15,0%) пациентов, что в 3 раза реже по сравнению с первой группой.

Таким образом, симптоматика неблагоприятных реакций на пищу весьма разнообразна.

Применение стрептоидных препаратов при нефротической форме гломерулонефрита у детей

Каримова Д.И., Носирова Г.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Несмотря на интенсивные исследования в области нефрологии, проводимые клиницистами, морфологами, иммунологами до настоящего времени многие вопросы патогенеза и терапии гломерулонефрита (ГН) у детей, остаются не решенными. Согласно современным пред-

ставлениям, в основе возникновения ГН у большинства больных лежит иммунокомплексный механизм мембрано-патологический процесс.

Цель исследования. Изучить показания применения и эффективности стероидных препаратов при нефротической форме гломерулонефрита у детей.

Пациенты и методы. Нами было обследовано 43 детей в возрасте от 2 до 14 лет, с диагнозом «гломерулонефрит». В зависимости от синдрома дети были разделены на 3 группы: 1-я группа – дети с нефротическим синдромом, 2-я группа – дети с нефротическим синдромом и 3-я группа – дети, смешанной формой. У детей проводили клиническое обследование, лабораторное исследование (биохимический анализ крови, общие анализ мочи)

Результаты. Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что у детей первой группы наблюдались жалобы на отеки и уменьшение мочи, а анализах значительная протеинурия, уменьшение количества и удельной плотности. У детей второй группы наблюдались незначительные отеки, повышение артериального давления и макрогематурия. При смешанной формы наблюдались симптомы обеих групп. При терапии применялись кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты. Как показывают результаты использование преднизолона в дозы 1 мг/кг веса значительно давал положительные результаты у детей с нефротическим синдромом, а нестероидные препараты как индометацин, вольтарен и ибупрофен были успешно применены в группе нефритическим синдромом.

Выводы. Таким образом, как показывают результаты наших исследований у детей первой группы, у которых наблюдается заболевание, протекает нефротическим синдромом можно в терапии ограничиться только назначением стероидных препаратов.

Актуальность ранней профилактики ДЦП у детей с отягощенным анамнезом

Коваленко Н.М., Матвеев С.В.

ООО «Центр восстановительного лечения», Воронеж

Церебральный паралич (ЦП) у детей – результат дисфункции развивающегося головного мозга на фоне интра- и/или постнатальных повреждений во внутриутробной жизни, в момент родов, или в самом раннем детстве.

На начало 2015 г. в РФ зарегистрировано 600 тыс. детей-инвалидов (211,8 на 10 000 детского населения) и наблюдается тенденция к росту. Ежегодно ориентировочно регистрируется до 2500 детей, угрожаемых по ДЦП. Среди новорожденных с массой тела 1000 г (и <) доля тяжелых инвалидизирующих расстройств достигает 28% и менее грубых – 44%. Из 100 родившихся в последующем здоровыми оказываются не более 10%. Основными этиологическими факторами ЦП определены: родовая травма (27% случаев), внутриутробные инфекции (7%), перивентрикулярная лейкомаляция (34%), врожденные

аномалии мозга (13%), ишемических энцефалопатии (9%) и некроза (3%), ВЖК, ПИВК, ВМК (7%). Особую значимость имеют базисные предгравидарные факторы риска. В 42% случаев ЦП результат преждевременной отслойки плаценты, нарушения маточно-плацентарного кровообращения, недоношенности менее 32 нед, стимуляции родовой деятельности, родовой травмы, асфиксии по шк. Апгар <5 баллов, ИВЛ >2 суток, перинатальных инсультов, кровоизлияния, гипо-, асфиксии, родовой травмы, сосудистых мальформаций и т. д. (Menke, 2010, Germany). В возрасте от 2 мес до 2 лет сохраняется генетически заложенная пластичность мозга и способность регресса органических симптомов за счет миелинизации и постнатального спраунга нейронных связей при целенаправленной, патогенетически обоснованной медикаментозной, немедикаментозной терапии и комплексной реабилитации. С учетом этиологических факторов важно применять новые критерии отбора детей на прогнозируемую эффективную реабилитацию. Особое значение имеет комплексная реабилитационная терапия детям буквально с первых дней жизни с отягощенным пре- и родовым анамнезом в условиях специализированных отделений восстановительных технологий и реабилитации. Необходимо шире использовать передовые реабилитационные технологии: остеопатию, рефлекторно-мышечный массаж, персонифицированную лечебную гимнастику, гидротерапию, физиолечение и т.д.

Влияние инфекционных факторов на уровень гомоцистеина и стабильных метаболитов оксида азота при гломерулонефрите у детей

Конюх Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Одним из этиологических факторов в развитии острого гломерулонефрита, а также обострения хронического являются инфекционные заболевания, в частности инфекции респираторного тракта и кожи. Поддержанию патологического процесса в гломерулярной ткани способствует повреждение эндотелия сосудов.

Цель исследования: установить влияние инфекционных агентов на уровень показателей, определяющих функциональное состояние эндотелия, при остром и хроническом гломерулонефрите у детей.

Пациенты и методы. В исследование были включены 78 детей с острым ($n = 41$) и хроническим ($n = 37$) гломерулонефритом. Возраст пациентов – 13,9 (11,8–15,4) лет. В плазме крови пациентов определяли уровень гомоцистеина и стабильных метаболитов оксида азота.

Результаты. Указание на наличие перенесенной накануне инфекции встречалось практически в одинаковом проценте случаев в обеих группах: респираторная инфекция – 48,8 и 45,9% ($p = 0,62$), ангина – 12,2 и 10,8% ($p = 0,9$), проявления стрептодермии – 14,6 и 5,4% соответственно ($p = 0,47$). С одинаковой частотой, как при

остром, так и при хроническом гломерулонефритах, провоцирующим фактором обострения являлось наличие очага хронической инфекции (хронический тонзиллит) ($p = 0,49$).

Проведен анализ уровня в группах детей с наличием очагов острой и/или хронической инфекции. В группе пациентов с наличием проявлений стрептодермии его содержание было 61,1 (54,18–94,5) мкмоль/л, что достоверно выше, чем у детей без проявлений кожной формы стрептококковой инфекции, где он составил 37,2 (25,8–52,5) мкмоль/л ($p = 0,023$). Изменения суммарного содержания нитратов/нитритов при наличии инфекции респираторного тракта нами выявлено не было. Было изучено содержание гомоцистеина у детей при острой и хронической инфекционной патологии верхних дыхательных путей. Следует отметить, что уровень этого показателя достоверно не отличался в группах пациентов с наличием и отсутствием провоцирующих инфекционных факторов ($p > 0,05$).

Таким образом, содержание стабильных метаболитов оксида азота достоверно повышается при наличии стрептодермии в дебюте или при обострении гломерулонефрита. Сопутствующая острая стрептококковая инфекция и/или наличие хронического тонзиллита не влияют на уровень гомоцистеина плазмы крови у пациентов с острым и хроническим течением заболевания.

Показатели гормона роста и инсулиноподобного фактора роста II у новорожденных с различными вариантами задержки внутриутробного развития

Кочерова В.В., Щербак В.А

Читинская государственная медицинская академия

Цель исследования: оценить уровень гормона роста (ГР) и инсулиноподобного фактора роста II (ИПФР II) у новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития (ЗРУ) гипопластического, гипотрофического типа и их матерей. Результаты сравнить с показателями младенцев без обменно-трофических нарушений и их матерей.

Пациенты и материалы. Исследование проводилось в «Городском родильном доме» г. Читы, за период январь–декабрь 2014 г. В исследование включены (основная группа) доношенные новорожденные дети с ЗРУ ($n = 133$: с гипотрофическим типом – 46 (подгруппа 1), гипопластическим – 87 (подгруппа 2)), контроль – 54 здоровых младенцев. Для диагностики ЗРУ использовались ростовесовые данные оцененные по центильным таблицам, в основной группе показатели антропометрии соответствовали 10 перцентили и ниже относительно срока гестации. Уровень гормонов определялся в сыворотке крови новорожденных и их матерей в сопоставлении с контролем. Забор крови у ребенка осуществлялся 4–5-й день жизни (с информированного согласия матерей). ГР определялся методом иммуноферментного анализа, ИПФР II – имму-

нофлюорисценции. Для оценки результатов применялся t-критерий, обработка данных проведена программой Statistica 6.0.

Результаты. У младенцев и их матерей в сравниваемых группах исследовалась сыворотка крови на содержание ГР и ИПФР II результаты сопоставлялись с контролем. У здоровых детей уровень ГР соответствовал 22,3 нг/мл [1,17–58,9], у матерей 1,35 нг/мл [0,05–9,8]. В подгруппе 1 ГР у ребенка превышал в 1,4 раза уровень здоровых детей, 29,7 нг/мл [6,96–62,62], ГР у матерей соответствовал показателям группы контроля 1,32 нг/мл [0,01–9,12]. В подгруппе 2 ГР у младенцев не имеет различий с контролем: 22,3 нг/мл [1,23–68,79], у матерей этот гормон снижен на 30,2% 0,9 нг/мл [0,01–9,69]. ИПФР II у новорожденных детей группы контроля соответствовал 192,82 мг/л [55,67–360,56] у их матерей 456,6 мг/л [123,56–1341,06]. При оценке этого гормона у детей подгруппы 1 выявлено его снижение на 28,8% относительно контроля 136,56 мг/л [11,13–484,26], у их матерей показатели сопоставимы с контролем 462,37 мг/л [106,9–1110,48]. У детей подгруппы 2 ИПФР II 176,88 мг/л [29,06–521,22] статистически значимых различий не выявлено, у матерей уровень этого гормона повышен, без статистической разницы 490,34 мг/л [131,29–1131,9].

Таким образом, при пренатальной гипотрофии у младенцев уровень ГР повышен в 1,4 раза, а ИПФР II в снижение на 28,8%, у матерей подгруппы 2 снижен уровень ГР.

Соматотропный гормон и инсулиноподобный фактор роста II у новорожденных с задержкой внутриутробного роста

Кочерова В.В., Щербак В.А

Читинская государственная медицинская академия

Цель исследования: оценить концентрацию соматотропного гормона (СТГ) и инсулиноподобного фактора роста II (ИПФР II) у новорожденных детей с задержкой внутриутробного роста (ЗВУР) и их матерей.

Пациенты и методы. Основная группа – доношенные новорожденные дети с ЗВУР 133 ребенка: с гипотрофическим вариантом – 46 (первая подгруппа), гипопластическим – 87 (вторая подгруппа), группа контроля составила 54 здоровых младенцев. ЗВУР диагностировался при антропометрии с оценкой центильными таблицами (основная группа показатели P10 и ниже, контроль выше P10). Уровень гормонов определялся в сыворотке крови младенцев и их матерей с их информированного добровольного согласия. СТГ определялся ИФА сыворотки крови, ИПФР II методом иммунофлюорисценции. Данные сопоставлены с показателями группы контроля. Определялись медиана (Me) и межквартильный интервал (от 25 до 75 перцентиль). Группы попарно сравнивались при помощи критерия Манна-Уитни, обработка в программе Statistica 6.0.

Результаты. У группы контроля уровень СТГ соответствовал 22,3 нг/мл [1,17–58,9], у матерей 1,35 нг/мл [0,05–9,8]. При пренатальной гипотрофии показатели СТГ у ребенка превышали в 1,4 раза уровень здоровых детей, соответствовали 29,7 нг/мл [6,96–62,62], уровень у матерей идентичен с контролем 1,32 нг/мл [0,01–9,12]. Во второй подгруппе СТГ у детей не имел различий с контролем: 22,3 нг/мл [1,23–68,79], у матерей этот гормон снижен на 33,4% 0,9 нг/мл [0,01–9,69]. ИПФР II у младенцев группы контроля соответствовал 192,82 мг/л [55,67–360,56] у их матерей 456,6 мг/л [123,56–1341,06]. Уровень ИПФР II у детей первой подгруппы снижен на 29,2% относительно контроля 136,56 мг/л [11,13–484,26], у их матерей показатели сопоставимы с контролем 462,37 мг/л [106,9–1110,48]. У детей и их матерей второй подгруппы ИПФР II 176,88 мг/л [29,06–521,22] и 490,34 мг/л [131,29–1131,9] не имел статистической разницы с контролем.

Таким образом, при гипотрофическом типе ЗВУР у младенцев СТГ в 1,4 раза повышен, а ИПФР II снижен на 29,2%. При гипопластическом типе ЗВУР у матерей СТГ снижен на 33,4%. Вероятно, генетическое влияние изменений гормонального статуса на внутриутробный рост и вес ребенка.

Полиморфизм гормона роста и уровень соматотропного гормона у новорожденных с задержкой внутриутробного роста

Кочерова В.В., Щербак В.А.

Читинская государственная медицинская академия

Цель: оценить уровень соматотропного гормона (СТГ) и полиморфизм его гена (GN1:-119 T > G) у младенцев с задержкой внутриутробного роста (ЗВР) гипотрофического (подгруппа 1), гипопластического типа (подгруппа 2) и их матерей. Результаты сравнить с показателями здоровых младенцев и их матерей.

Исследование проводилось в «ГРД» г. Читы, за период январь–декабрь 2014 г. В исследование включены доношенные новорожденные дети с ЗВР ($n = 133$: подгруппа 1 = 46, подгруппа 2 = 87, контроль = 54). Полиморфизм выявлялся в сыворотке пуповинной крови детей при рождении, уровень гормонов на 4–5-й день жизни в сопоставлении с контролем. СТГ определялся методом ИФА сыворотки крови, полиморфизм – ПЦР. Оценивался t -критерий, в программе Statistica 6.0.

В контроле нормальная гомозигота Т/Т выявлена у 17,8% детей, гетерозигота Т/Г 44,4%, мутантная гомозигота G/G у 26,7%, у их матерей Т/Т выявлена у 4,4%, Т/Г у 66,7%, G/G у 26,7%, в 11,1% G/G диагностирована у обоих. В подгруппе 1 у детей Т/Т выявлена в 2 раза реже (8,7%), Т/Г (43,5%) и G/G (21,7%) идентичны контролю; у их матерей Т/Т у 17,4%, Т/Г у 50%, G/G выявлена чаще на 6% (32,6%), у обоих исследованных G/G встречается чаще в 2 раза, чем в контроле (23,9%). В подгруппе 2 у младенцев Т/Т определено у 10,7% детей, Т/Г у 46,4%,

что сопоставимо с контролем, а G/G у 32,1%; у матерей Т/Т-7,1% и Т/Г у 52,4%, G/G выявлена в 1,5 раза чаще, чем у матерей контроля (40,5%), у обоих G/G выявлена у 22,6%.

СТГ в контроле с Т/Т 26,9 нг/мл, с Т/Г 21,2 нг/мл, с G/G 20,4 нг/мл. При гипотрофии СТГ при Т/Т был выше на 30% (33,9 нг/мл), при Т/Г – 26,9 нг/мл без достоверной разницы с контролем, а при G/G – 30,6 нг/мл, что так же на треть превосходит контроль. У гипопластиков СТГ сопоставим с контролем 21,3 нг/мл у Т/Т, 21,6 нг/мл- Т/Г, у G/G 21,2 нг/мл. СТГ матерей контроля с Т/Т 1,1 нг/мл, при Т/Г 1,4 нг/мл, с G/G 1,3 нг/мл, в подгруппе 1 при Т/Т показатель СТГ в 3 р выше, чем в контроле 3,22 нг/мл, при Т/Г и G/G показатели идентичны контролю 1,1 нг/мл и 1,2 нг/мл соответственно. В подгруппе 2 при Т/Т уровень СТГ 0,8 нг/мл, что ниже на 20% контроля, при Т/Г ниже на 40% (1 нг/мл), при G/G СТГ (0,8 нг/мл) в 1,6 р меньше контроле.

Т.О. в подгруппе 1 G/G СТГ у матери и уровень СТГ у ребенка выше на треть чем в контроле, а СТГ матери повышен только при Т/Т ребенка. В подгруппе 2 чаще выявляется G/G СТГ у детей и матерей уровень СТГ ребенка сопоставим с контролем, а показатели СТГ матери ниже в среднем в 1,5 р чем в контроле.

Возрастные особенности болезней органов дыхания у детей

Кошимбетова Г.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Среди общей педиатрической заболеваемости болезни органов дыхания занимают лидирующее положение, составляя более половины всех болезней, свойственных детскому организму. Анализ показателей заболеваемости болезни органов дыхания среди детского населения г. Ташкента за последнее десятилетие свидетельствует об устойчивой тенденции к увеличению этой группы болезней, причем преимущественно за счет болезни органов дыхания инфекционной этиологии (около 80%). Несмотря на большой антибактериальный терапия препаратов, разработанных и внедренных в лечебную практику в последней годы, лечение респираторных инфекцией продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем педиатрии.

Пациенты и методы. Проведен катamnестический анализ заболевания органов дыхания у 350 подростков. Выявлена структура перенесенных заболевания органов дыхания у детей: 45%-острой бронхит (ОБ), 22% – острая пневмония (ОП), 24% – острый обструктивный бронхит (ООБ), 14% – рецидивирующий обструктивный бронхит (РОБ). ОБ дети чаще болели 2–3 года (28%) и 5–7 лет (17%). ОП 24% детей болели в 1–2 года и 25% – в 11–13 лет. ООБ у 30% детей встречался в 1–2 года и 5–7 лет.

Результаты. Нами проанализированы исходы заболеваний. Так, у 75% детей, переболевших ОБ, отмечалось

выздоровление, у 5% – РОБ и 6% – БА. У детей, перенесших ООБ в 68% отмечалось выздоровление к подростковому возрасту и у 15% выставлен диагноз БА. У детей после ОП во всех случаях отмечалось полное выздоровление. Нами проведено непосредственное обследование всех детей с БА. Выявлено, что 45% имеют степень тяжести легкую интермиттирующую, 41% – легкую персистирующую, 8% – средней степени тяжести и 6% – тяжелую.

Выводы. Таким образом возраст детей 1–3 года и 5–7 лет является наиболее критическим для возникновения обструктивных заболеваний бронхов и у части (6% – ОБ и 15% – ООБ) детей может быть БА, которая продолжается в подростковом возрасте.

Особенности перекисного окисления белков в сыворотке крови у детей при вирусных энцефалитах и энцефалической реакции

Крюгер Е.А.

*Медицинская академия им. С.И.Георгиевского
Крымского федерального университета
им. В.И.Вернадского, Симферополь*

Перекисное окисление белков (ПОБ) является жизненно важным звеном в регуляции белкового состава, дифференцировки и строению биологических мембран. Как известно, при активации процессов перекисного окисления белков образуются активные формы кислорода в результате восстановления молекул кислорода, к которым относят O_2^- , HO_2 , OH^- , которые в свою очередь и вызывают окислительную деструкцию не только липидов, но и белков.

Мы исследовали окислительную модификацию белков в сыворотке крови по методу Дубининой Е.Е и Бурмистрова С.О.

Нами было обследовано 50 детей, из которых 20 больных было с диагнозом «вирусный энцефалит» и 30 – с диагнозом «Энцефалическая реакция». Наблюдаемые дети были сопоставимы по возрасту и полу.

Результаты исследований показали, что при инфекционных поражениях нервной системы, независимо от этиологического фактора происходит активация ПОБ в сыворотке крови. Степень этих изменений находятся в прямой зависимости от тяжести и периода заболевания.

Наиболее выраженные изменения активности ПОБ в сыворотке крови наблюдались в период разгара заболевания, особенно при тяжелых формах.

Так, на высоте токсикоза активность ПОБ в сыворотке крови у всех больных детей с вирусными энцефалитами увеличивалась на 10-12 % ($56,6 \pm 1,01$ Ед экс/белка), по сравнению с группой сравнения $-50,10 \pm 0,88$ Ед экс/белка, ($p < 0,05$).

При энцефалитической реакции на фоне острой респираторной вирусной инфекции активации процессов перекисного окисления белков в сыворотке крови не выявлено.

Таким образом, проводимые исследования и приведенные выше данные свидетельствуют о том, что у детей в остром периоде вирусного энцефалита отмечается ак-

тивация процессов перекисного окисления белков в сыворотке крови; у больных с энцефалической реакцией не наблюдалось таких изменений. Это обстоятельство может послужить диагностическим критерием, позволяющим на ранних этапах заболевания проводить дифференциальную диагностику между вирусным энцефалитом и энцефалической реакцией у детей, а также включать в терапию вирусных энцефалитов препарат антиоксидантного действия – «Мексидол».

Характеристика сопутствующей патологии

Левашева С.В., Эткина Э.И., Гурьева Л.Л.,
Фазылова А.А., Сакаева Г.Д.

*Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа*

Атопический дерматит (АД) – это хроническое рецидивирующее мультифакторное заболевание кожи, характеризующееся высыпаниями, зудом и сухостью кожи.

Цель. Анализ структуры сопутствующих заболеваний у детей с атопическим дерматитом. Пациенты и методы. Обследовано 257 пациентов с диагнозом АД и 200 детей группы контроля от 6 до 17 лет. Использовались клинико-анамнестические и статистические методы исследования.

Результаты исследования. Среди перенесенных заболеваний периода новорожденности у детей с АД преобладали внутриутробное инфицирование ($p = 0,02$) и пролонгированная неонатальная желтуха ($p = 0,01$). В грудном возрасте у детей с АД выявлен ряд заболеваний, статистически значимо чаще встречающийся в сравнении с контролем: острые респираторные заболевания (ОРЗ) ($p = 0,003$), острые обструктивные бронхиты (ООБ) ($p < 0,0001$), нарушение микробиоценоза кишечника ($p < 0,0001$). На втором году дети с АД статистически значимо чаще страдали патологией как верхних, так и нижних дыхательных путей: ОРЗ ($p = 0,002$), острыми простыми бронхитами ($p = 0,01$), а также ООБ ($p < 0,0001$). На третьем году жизни и далее патология респираторной системы оставалась прерогативой основной группы, дети которой статистически значимо чаще страдали ОРЗ ($p < 0,0001$), пневмониями ($p = 0,03$) и ООБ ($p < 0,0001$). У детей с АД чаще встречалась патология ЛОР-органов: хронический риносинусит ($p = 0,002$), хронический аденоидит ($p < 0,0001$). Расстройство вегетативной нервной системы практически с одинаковой частотой встречалось в обеих исследуемых группах ($p = 0,99$), однако малые аномалии развития сердца обнаружены практически у половины детей основной группы, тогда как в группе контроля – только у каждого третьего ребенка ($p = 0,01$). Тубинфицирование встречалось только в группе больных детей ($p = 0,04$).

Заключение. Дети с аллергическим воспалением кожи чаще страдают сопутствующей патологией в сравнении со своими сверстниками без АД и нуждаются в систематическом диспансерном наблюдении с обязательным привлечением врачей-узких специалистов.

Факторы риска и протекции атопического дерматита у детей, проживающих в Республике Башкортостан

Левашева С.В., Эткина Э.И., Орлова Н.А., Данилова Л.Я., Якута С.Э.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Атопический дерматит (АД) – это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся высыпаниями, зудом и сухостью кожи. В течение последних трех десятилетий прослеживается неуклонный рост частоты АД.

Цель. Анализ факторов риска и протекции атопического дерматита у детей, проживающих в Республике Башкортостан.

Пациенты и методы. Обследовано 257 пациентов с диагнозом АД и 200 детей группы контроля от 6 до 17 лет. В работе использованы клинико-anamnestические и статистические методы исследования.

Результаты. В детской популяции Республики Башкортостан факторами риска развития АД являются отягощенный семейный алергоанамнез ($p < 0,0001$), патологическое течение беременности ($p < 0,0001$) (особенно гестоз I и II половин ($p < 0,0001$)), железодефицитная анемия беременных ($p < 0,0001$), обострения хронических экстрагенитальных заболеваний ($p < 0,0001$), угроза прерывания беременности ($p < 0,0001$), прием будущей матерью медикаментов ($p < 0,0001$), а также проживание семьи вблизи городских магистралей ($p = 0,02$). Прикладывание ребенка к груди матери в первые два часа после рождения ($p = 0,02$) и грудное вскармливание продолжительностью более полугода обладают протективным эффектом в отношении развития АД ($p < 0,0001$).

Заключение. Пополнение знаний в изучении факторов риска и протекции формирования кожных проявлений атопии позволит усовершенствовать мероприятия по профилактике АД у детей.

Инфаркт миокарда в подостром периоде болезни Kawasaki у ребенка с ожирением

Ликанова С.О., Глазырина А.А., Жолобова Е.С., Торсян Г.Г.

Московский городской детский ревматологический центр на базе Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения г. Москвы

Болезнь Kawasaki или слизисто-лимфо-нодулярный синдром, описанный впервые в 1967 г., относится к аутоиммунным васкулитам. Наиболее вероятным триггером данного заболевания, по данным различных авторов, представляется вирусная инфекция, чаще вызываемая вирусом Эпштейн-Барр, цитомегаловирусом, простым герпесом 1, 2, 6 типов.

В остром периоде болезни Kawasaki отмечаются следующие симптомы: лихорадка более 5 дней, пятнисто-папулезная либо скарлатиноподобная сыпь на теле, отек ладоней и стоп, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, хейлит, склерит. В подострой стадии заболевания, продолжающейся со 2-й по 8-ю неделю, могут отмечаться крупно-пластинчатое шелушение ладоней и стоп, начинающееся с проксимальных отделов дистальных фаланг, коронарит, формирование аневриз коронарных артерий различного диаметра, тромбоцитоз и тромбоз сосудов различного диаметра и локализации, повышение СОЭ и СРБ.

В различные периоды болезни Kawasaki возможны такие осложнения как ишемическая болезнь сердца, острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, асептический менингит, мозжечковые расстройства, эпилептические припадки, сенсоневральная тугоухость, поведенческие расстройства, связанные течением васкулита и с тромбозом соответствующих сосудов.

В Городском детском ревматологическом центре, сформированном на базе ГБУЗ МДГКБ ДЗМ мы наблюдали детей с болезнью Kawasaki, осложненной ОНМК, симптоматической эпилепсией, тромбозом правой общей сонной артерии, синус тромбозом, тромбозом средней мозговой артерии, тромбозом левой плечевой артерии, тромбозом обеих коронарных артерий (летальный исход), инфарктом миокарда.

Скрининговый метод диагностики дисфункции эндотелия у детей по уровню факторов риска атеросклероза и клиническим признакам вегетативных расстройств

Максимович Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Методические подходы диагностики зависимой от оксида азота вазоактивной дисфункции эндотелия пока не получили должного применения в диагностике вегетативных расстройств. В детской практике может быть широко использован неинвазивный метод измерения скорости артериальной пульсовой волны, что также дает ценные сведения об артериальной «ригидности», как раннем предвестнике начавшегося атерогенеза у ребенка. Изменения в соотношении толщины слоев интима-медиа стенок сонных артерий или аорты, измеренные ультразвуком, также являются объективным признаком начинающегося атеросклероза.

Цель работы. Разработать простой скрининговый метод диагностики дисфункции эндотелия у детей по уровню факторов риска атеросклероза и клиническим признакам вегетативных расстройств.

Методы и полученные результаты. Для диагностики дисфункции эндотелия у детей с вегетативными расстройствами, наряду со стандартным протоколом обследования, использован тест с реактивной гиперемией

($n = 324$). При дискриминантном анализе массива данных всей когорты пациентов с расстройствами вегетативной нервной системы обнаружен вариант оптимального сочетания минимального количества (7) признаков-маркеров дисфункции эндотелия (уровень отягощенности факторами риска, атерогенная наследственность, головные боли, боли в области сердца, пассивное и активное курение, гиподинамия и ожирение), позволяющий при общем проценте 93,8% ($p < 0,0001$, лямбда-Уилкса = 0,24) осуществить правильную классификацию обследованных детей и подростков на 2 группы: больных с дисфункцией эндотелия (1-я группа) и без дисфункции эндотелия (2-я группа). Процент правильной классификации при применении данного набора признаков остается высоким как для пациентов с дисфункцией эндотелия (97,1%), так и для детей без дисфункции эндотелия (91,4%).

Выводы. Широкое внедрение данного подхода в клиническую практику позволит без использования инструментального обследования, выделить среди детей и подростков с расстройствами вегетативной нервной системы группу риска по раннему атерогенному поражению сосудов и развитию первичной артериальной гипертензии.

Острые алкогольные отравления у детей (по данным у «ГОКБ»)

Малолетникова И.М., Зарянкина А.И.

Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Острые отравления играют важную роль в патологии детского возраста. Среди всех несчастных случаев они занимают 3-е место, уступая по численности уличной травме и ожогам. В последние годы особую актуальность приобрели острые отравления алкоголем у детей, которые обычно связаны с приемом этилового спирта или различных алкогольных напитков с содержанием этилового спирта более 12%.

Проведен ретроспективный анализ 76 медицинских карт стационарного пациента, находившихся на лечении в Учреждении «Гомельская областная клиническая больница» с диагнозом острое бытовое отравление в период с 2011 по 2013 гг. Из 76 детей с диагнозом «острое бытовое отравление», отравления алкоголем встречались у 48 детей (63,3%), неизвестными веществами – у 11 детей (14,5%), растительным ядом – у 10 детей (13,1%), средствами бытовой химии – у 5 детей (6,5%), 2 ребенка (2,6%) имели отравления наркотическими веществами.

Учитывая ведущую роль, а также широкий спектр используемых алкогольных веществ, нами проанализирована структура алкогольных отравлений. Из 48 детей с алкогольным отравлением наибольший удельный вес составил: неизвестный алкогольный напиток – 20 детей (41,6%), водка – 9 детей (18,7%), смешанное вещество – 6 детей (12,5%), пиво – 4 ребенка (8,3%), шампанское и коньяк – по 3 детей (6,3%) соответственно, джин-тоник, самогон, настойка боярышника – по 1 ребенку (2,1%) соответственно. Средний возраст составил 13,8 лет. Наиболее

часто алкогольное отравление встречается у мальчиков (66,7%), частота отравлений у девочек составила 33,3%.

Наше исследование отмечает положительную динамику с уменьшением количества алкогольных отравлений по годам за период с 2011 по 2013 гг. (2011 г. – 45,8%, 2012 г. – 37,6%, 2013 г. – 16,6%), что говорит о хорошей профилактикой работе в образовательных учреждениях. Наибольший удельный вес составили отравления в осенний период (30,2%), чаще у детей среднего и старшего школьного возраста, связанные с употреблением алкогольных напитков. Можно предположить, что после окончания летней отпускной компании взрослых и каникул у детей школьники более длительно проводят время без контроля взрослых, группируясь в компании с желанием «попробовать» новых впечатлений. У 10 детей (13,1%) с алкогольным отравлением имело место наличие травмы, чаще это была закрытая черепно-мозговая травма, а также ушибы мягких тканей.

Таким образом, в динамике структуры острых экзогенных отравлений у детей за период с 2011–2013 гг. стабильно высокий процент (63,3%) занимают отравления алкоголем. Отмечается положительная динамика алкогольных отравлений по годам, что говорит о хорошей профилактикой работе в образовательных учреждениях.

Прогнозирование развития острого почечного повреждения у детей с нефротическим синдромом

Маматкулов Б.Б., Шарипов А.М., Хамзаев К.А., Ахматалиева М.А., Абдуллаев К.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Часто нефротический синдром (НС) вызывает различные осложнения, в том числе и острое почечное повреждение (ОПП). Причинами острого почечного повреждения при нефротическом синдроме может быть: гемодинамические изменения, почечный интерстициальный отек, лекарственное повреждение, сужение сосудов почек и сильная утечка концентрированного белка. Выявляя причины острой почечного повреждения, мы можем эффективно ее прогнозировать и предотвратить.

Цель: определить эффективные тесты прогнозирования развития острого почечного повреждения при нефротическом синдроме у детей

Пациенты и методы. В исследование были включены 50 пациентов с первичным нефротическим синдромом с признаками развития острого почечного повреждения, получавшие лечение в клинике ТашПМИ с 2010 по 2014 гг. Гиперволемия была выявлена у 29, гиповолемия у 21 ребенка. Всем больным определена фракционная экскреция натрия (FeNa) и калия, также ультразвуковое исследование нижней полой вены. Отечным пациентам с гиповолемией были назначены комбинация трансфузии альбумина и использования мочегонных средств. Пациенты с гиперволемией для устранения отеков получили только мочегонные средства.

Результаты. Не было обнаружено никаких существенных различий в клинических признаках и лабораторных результатах за исключением FeNa. В то время как между FeNa и UK/(UNa + UK) была выявлена существенная отрицательная корреляция, а у ультразвуковым исследованием нижней полой вены, мочевиной крови и UK/(UNa + UK) была определена существенная положительная корреляция. Выделение мочи после лечения отеков уменьшения азотемии была эффективна. В обеих группах не было выявлено никаких побочных эффектов связанных с лечением.

Заключение. Проведенное исследование указывает на необходимость разработки эффективного метода оценки объема внутрисосудистой жидкости, применимого в широкой клинической практике, так как эта информация позволит прогнозировать ОПП при нефротическом синдроме. Ультразвуковое исследование нижней полой вены наряду с FeNa, мочевиной и UK/(UNa + UK) является доступным, неинвазивным и информативным методом, позволяющим судить о динамике состояния внутрисосудистого объема при нефротическом синдроме у детей и тем самым предупреждает развитие острого почечного повреждения.

Клиническая картина сепсиса у детей

Маматкулов И.Б., Нурмухамедов Х.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования – определение факторов, влияющих на клиническое течение сепсиса у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Целенаправленно, у 65 детей раннего возраста (1 мес до 1,5 лет) определяли медиаторную направленность иммунной системы по продукции специфических (противовоспалительных) лимфотоксинов к возбудителям сепсиса (протее, коли-бактерии, энтерококкам, синегнойной палочки, грибок, стрептококкам) и спонтанных лимфотоксинов.

Результаты. Согласно полученным анамнестическим, клиничко-лабораторным данным была сформулирована концепция существования определенных вариантов сепсиса: с угнетением выработки лимфотоксинов, с увеличением количества противовоспалительных лимфотоксинов, с преобладанием противовоспалительных специфических лимфотоксинов над спонтанными.

При первом варианте сепсиса направленность медиаторного ответа возникает как следствие результата бурной смешанной антогонистической реакции с пролонгированным течением (дисрегуляция системного воспалительного ответа). Формирование глубокой иммунодепрессии клинически проявляется хронизацией, дессиминацией инфекции, нарушением процессов репарации с быстрым развитием полиорганной недостаточности (ПОН), что способствует индуцированному апоптозу (некрозу клеток-иммуноцитов) и как следствие инфекционно-токсической энцефалопатии, судорожному синдрому, при летальности до 25%.

Для второго варианта, характерна бурная смешанная антогонистическая реакция с пролонгированным течением, с сохранной, компенсаторной возможностью иммунной системы, но с формированием ПОН, определяющей летальность до 10%.

Третий вариант характеризуется непролонгированным взлетом про- и противовоспалительных цитокинов, в некоторых случаях способствующему формированию индуцированного апоптоза иммуноцитов. Летальность в данном случае минимальна.

Выводы. Таким образом, рассматриваемые первые два варианта медиаторной недостаточности (угнетение или усиление выработки противовоспалительных лимфотоксинов) сопровождается тяжелым течением сепсиса у детей раннего возраста и высокой частотой летальных исходов.

Развитие кардитов при пневмонии у детей

Маматкулов И.Б., Нурмухамедов Х.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Клиническая практика показывает, что в большинстве случаев пневмонии у детей протекают на фоне кардитов. Остаются нерешенными многие вопросы формирования кардитов при острой пневмонии (ОП), клиническое течение и исходы которых требуют определенных подходов.

Цель исследования – изучение частоты факторов риска кардитов у детей раннего возраста при острой пневмонии.

Пациенты и методы. Обследовано 36 детей (1 мес – 1 год) с ОП, из которых в 58% поступали в ОРИТ с сопутствующим кардитом, 42% – без признаков кардита. Группу сравнения составили 20 практически здоровых ребенка. Изучали анамнестические, клинические, инструментальные, лабораторные, статистические данные.

Результаты. Ретроспективный анализ 375 историй болезней (анамнез, клинические, лабораторные и инструментальные данные) у 18,3% пациентов с ОП, пролеченных в ОРИТ, диагностирован кардит. Изучение факторов риска развития кардита в обеих группах устанавливает зависимость коэффициента риска развития кардита при ОП от особенностей антенатального периода, его уровень повышается при анемиях, нефропатиях и респираторных инфекциях у матерей во время беременности, при осложненных родах и кесаревом сечении. Перинатальная патология также участвует в формировании кардитов при ОП у детей, непосредственное влияние имели асфиксия, родовая травма и задержка внутриутробного развития (ЗВУР). Изучение влияния сопутствующих заболеваний на частоту развития кардитов при ОП (количественная оценка связи между патологиями) показало, что дети имеющие в анамнезе пневмонии (OR = 0,375; AR = 1,56), и сопутствующие заболевания как диатез (OR = 0,667; AR = 3,0), тимомегалия (OR = 0,443; AR = 1,79), гипотрофия (OR = 0,658; AR = 2,8) также подвержены высокому риску развития.

Выводы. Ретроспективно частота развития кардитов при ОП составляет 18,3%, когда основными факторами могут явиться неблагоприятный преморбитный фон, перинатальная патология и сопутствующие заболевания. Установленные факторы риска предопределяют особенности течения, выраженность и исход нарушений функции миокарда, обуславливающее необходимость создания группы риска и проведения патогенетически обоснованной терапии и профилактических мероприятий.

Нейробиологическая обратная связь коррекции психоэмоционального состояния при синдроме дефицита внимания и гиперактивности у детей

Мамырбаева М.А., Жумагалиева Г.Д.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

В последние годы достигнуты большие успехи в изучении одной из самых актуальных проблем нейрopedиатрии – синдрома дефицита внимания/гиперактивности у детей. Русскоязычное название СДВГ является адаптированной версией англоязычного термина «расстройство с дефицитом внимания/гиперактивностью» (attentiondeficit/hyperactivitydisorder). Актуальность проблемы определяется высокой частотой данного синдрома в детской популяции и его большой социальной значимостью. Дети с синдромом дефицита внимания имеют нормальный или высокий интеллект, однако, как правило, плохо учатся в школе. Помимо трудностей обучения, синдром дефицита внимания проявляется двигательной гиперактивностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими. Частота синдрома дефицита внимания/гиперактивности, по данным разных авторов, варьирует от 2,2 до 18% у детей школьного возраста. Согласно данным Американской ассоциации психиатров, синдромом дефицита внимания/гиперактивности страдают около 5% детей школьного возраста. В исследовании Н.Н.Заваденко и соавт. частота синдрома дефицита внимания у школьников составила 7,6%. Наряду с генетическими, выделяют семейные, пре- и перинатальные факторы риска развития синдрома дефицита внимания/гиперактивности. Генетическая опосредованность СДВГ свойственна 40–75% случаев. Биохимическим субстратом в патогенезе СДВГ являются нарушения катехоламинового обмена. Играет роль факторы внутриутробного риска (гипоксия, внутриутробные инфекции), и факторы окружения в постнатальной жизни ребенка.

В последние годы эффективно применяется немедикаментозное лечение СДВГ у детей путем коррекции Биологической Обратной Связи (БОС). Принцип метода БОС основан на фундаментальном законе, гласящем, что эффективное функционирование любой биологической системы зависит от возврата информации о работе этой системы. Это положение справедливо как на молекуляр-

ном уровне, так и на макроуровне. Все гомеостатические механизмы организма основаны на механизмах обратной связи, определяющих стабильность внутренней среды организма. При использовании метода БОС физиологический ответ или реакция организма, проявляющиеся изменением параметров функционирования той или иной системы или органа, могут быть скорректированы путем постановки определенной задачи и наличия положительного подкрепления при успешном выполнении этой задачи. При этом подкрепляемый по принципу обратной связи ответ получает свое дальнейшее развитие. В этом заключается суть метода БОС.

Использование метода БОС при относительно малых затратах достигает хорошего лечебного эффекта, а кроме того, это неинвазивные и немедикаментозные методы практически не имеют нежелательных побочных последствий.

Факторы риска и особенности клинических проявлений рахита у детей раннего возраста

Марталог П.Н., Пырцу Л.Я., Ченуша Ф.В., Ротарь А.В.

Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова

Рахит продолжает занимать значительное место в структуре заболеваемости детей раннего возраста, оказывая негативное влияние на реактивность организма, на течение и исход соматических заболеваний, на дальнейший рост и развитие детей.

Цель работы: изучение факторов риска дефицита витамина D и их роль в развитии рахита, клинико-биохимических проявлений рахита у детей раннего возраста в зависимости от степени тяжести и активности патологического процесса.

Пациенты и методы. В исследование включено 76 детей в возрасте от 2 до 30 мес. Верификация диагноза Рахит осуществлялась в соответствии с Протоколом диагностики и лечения рахита: клинически, лабораторно, инструментально.

Результаты. Результаты исследования выявили в 53% случаев сочетание патологического течения беременности и родов: несбалансированное питание беременной, гестозы, экстрагенитальные заболевания, вредные привычки, оперативные роды, пренатальная гипотрофия. Специфическую антенатальную профилактику рахита витамином D получали только 16% беременных. Специфическая постнатальная профилактика рахита проводилась у большинства детей, однако только у 29% она началась своевременно и проводилась регулярно. В 83,5% случаев в первые 6 мес жизни дети вскармливались грудью, дети на искусственном вскармливании и после 6 мес часто получали неадаптированные молочные смеси, разведенное коровье молоко (дети сельской местности). Большинство (62,5%) детей с рахитом были рождены в период с августа по декабрь месяца, что указывает на за-

висимость заболеваемости рахитом от активности ультрафиолетового излучения. В 41% случаев дети имели ускоренные темпы прибавки в массе, у более половины детей отмечались повторные ОРЗ, железодефицитная анемия. В начальном периоде заболевания клинически преобладали внескелетные, вегето-висцеральные проявления (облысение затылка, нарушение сна, вздрагивание, потливость, снижение аппетита), мышечная гипотония, изменения со стороны костей черепа, которые выявлялись с 1–2-месячного возраста, нарастали в течение первого полугодия. К концу первого началу второго полугодия, определялось нарастание процессов гиперплазии костной ткани в виде усиления роста бугров черепа, утолщения затылка, расширение нижней апертуры грудной клетки. Снижение содержания общего кальция в сыворотке крови было выявлено у 25 пациентов (32,8%), снижение содержания уровня фосфора в сыворотке выявлено лишь у 13 пациентов (18%). У 80% детей с рахитом выявлена дефицитная анемия разной степени тяжести, на что указывают и другие авторы.

Заключение. Ведущими факторами риска дефицита витамина Д и развития рахита являются перинатальные факторы, ускоренные темпы прибавки в массе, частые заболевания ОРЗ. Рахиту подвержены дети вне зависимости от характера вскармливания и проводимой специфической профилактики. Начальные проявления рахита в виде внескелетных, вегето-висцеральных симптомов, мышечная гипотония, изменения со стороны костей черепа требуют своевременного назначения лечебных доз витамина Д с целью предотвращения развития костных проявлений.

Особенности течения кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза у детей

Матуш Л.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Актуальность изучения иерсиниозной инфекции у детей обусловлена повсеместным ее распространением. Данные официальной статистики не отражают истинную заболеваемость этой инфекцией. Так, например, в РБ в 2013 г. было зарегистрировано только 56 детей с иерсиниозной инфекцией. Причем, в основном были дети с кишечным иерсиниозом (53 ребенка) и лишь у троих диагностирован псевдотуберкулез. С целью сравнительного изучения клинико-лабораторных проявлений кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза у детей проведен анализ 70 медицинских карт детей с иерсиниозной инфекцией (50 детей с кишечным иерсиниозом, 20 – с псевдотуберкулезом), находившихся на лечении в Городской детской инфекционной клинической больнице города Минска. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, инструментального (УЗИ) и лабораторного исследования (бактериологического, серологического (РПГА) и методом ПЦР). Анализ показал отсутствие патогномичного симптомокомплекса для этих инфекций. Обе инфек-

ции характеризовались синдромом интоксикации и гастроинтестинальным синдромом. Последний был более выраженным при кишечном иерсиниозе в виде тошноты, рвоты, болей в животе. Диарейный синдром протекал в виде энтерита или энтероколита. При псевдотуберкулезе преобладал экзантемный вариант течения в виде мелкоочечных высыпаний, что требовало проведение дифференциальной диагностики со скарлатиной. У части больных в обеих группах отмечался респираторный синдром, с одинаковой частотой встречалась гепатомегалия. Решающее значение в постановке диагноза имело место лабораторное исследование (серологическое – РПГА или ПЦР). Таким образом, при наличии у ребенка гастроинтестинального синдрома и отрицательных результатах бактериологического исследования кала, необходимо проводить диагностику иерсиниозной инфекции серологическими методами или методом ПЦР.

Этиология гнойно-воспалительных заболеваний и чувствительность возбудителей к антибиотикам

Мирзаева М.А., Гафурова Н.С., Атаходжаева Д.Р., Эсамуратов А.И., Ходжаева Д.Х., Рахимов К.Л.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан;
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан*

Гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) вызывается различными микроорганизмами, относящиеся к разным родам и семействам. В связи с этим при патогенетическом лечении применение антибиотиков вполне оправдывается. Первоначальная антибиотикотерапия ГВЗ основывается на тяжести заболевания, вида этиологического агента, принимал ли пациент антибиотиков до этого и каких препаратов принимал. В процессе лечения учитываются результаты бактериологических анализов и результаты изучения возбудителей к антибиотикам, для того, чтобы выбрать правильный путь при корреляции.

С этой целью нами исследован патологический материал, взятый от больных с ГВЗ зарегистрированных в туманах г. Ташкента: острый проктатит (7), остеомиелит (15), фурункул в головной части тела (17), загрязненные язвы (13). Возраст обследованных больных варьировал от 3 до 14 лет.

С учетом, что этиологическими факторами могут быть разнообразные бактерии, патологический материал засеивали в различные питательные среды (нейтральный агар, среда Эндо, Сабуро, ЖСА, кровяной агар), с целью выделения чистой культуры.

От больных выделяли: *S.aureus*, *S.epidermidis*, *Proteus*, *Candida*, энтеробактерии. По росту в дифференциально-диагностических средах, степени роста, характер выросших колоний свойства трех сахарном агаре, биохимические активности, агглютинабельность с моноретсепторными свертками мы определяли принадлежность выделенных культур к виду и роду.

Чувствительность к антибиотикам выделенных культур определяли дискодиффузным методом. Для этого на чашки Петри со средой засеяли выделенные культуры и на поверхность положили диски носителями антибиотиками и культивировали в термостате при 37°C в течение 24 часов. Основным критерием оценки результатов являлась диаметр стерильные зоны в окружности диска (мм). Чем шири стерильная зона, тем выше чувствительность возбудителя к данному антибиотику.

Полученные результаты показали, что при лечении ГВЗ целесообразно применять: цефomezин (диапазон стерильной зоны 35 мм), цефомед (32 мм), ровомицин (30 мм), цефотаксим (28 мм), квинторм (27 мм), сульперозон (25 мм).

Таким образом, при ГВЗ в большинстве случаев этиологическими факторами являются *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Proteus*, *Candida*, энтеробактерии и они проявляют высокую чувствительность к выше указанным антибиотикам.

С учетом вышеизложенного для получения высокой эффект при антибиотикотерапии ГВЗ целесообразно выделять возбудителей и изучать их чувствительность к антибиотикам.

Этиология острого среднего отита у детей в современных условиях

Мирзаева М.А., Исламов А.Й., Атаходжаева Д.Р., Эсамурадов А.И., Махкамова Д.Э., Гафурова Н.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан;
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

В настоящее время острый средний отит является достаточно распространенным заболеванием среди детей и составляет 30–42% всех ушных заболеваний. Острый процесс чаще всего наблюдается среди младшей возрастной группы детей, особенно 5 мес (50–55%).

С учетом вышесказанного нами проведено обследование 35 детей с острым средним отитом. При бактериологическом исследовании выделений из ушей высевались в основном *S. aureus*, *H. influenza*, *M. catarralis* и др. микроорганизмы. В основном бактерии высевались в монокультурах и в отдельных случаях в ассоциации.

Изучения чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам показало, что *S. Pneumonia*, *H. Influenza* проявляют высокую резистентность (20–40%) Котримаксозолу, тогда как *M. catarralis* проявлял сравнительно меньшую (3–11%) резистентность к этому препарату.

Исследуемые штаммы проявляли сравнительную чувствительность к таким препаратам, как амоксиклав клавулант, цефаклор, цефутоксим, цефтриаксам, азитромицин, кларитромицин, цифрофлаксацин, цефалексинидр.

Особенно высокую чувствительность проявляли *S. aureus*, *S. Pneumonia* к цефолексину, тогда как эти же штаммы были резистентны к антибиотикам пенициллиновой группы.

Однако следует учитывать, что среди *S. Pneumonia*, *H. Influenza*, *M. catarralis* в 33–78% случаев встречаются В-лактамы продуцирующие штаммы, от которых зависит их чувствительность к В-лактамам препаратам.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать вывод, что чувствительность микроорганизмов к антибиотикам различных групп и поколений неодинаковы, следовательно, при выборе антибиотикотерапии острого среднего отита следует применять антибактериальные препараты с учетом чувствительности возбудителей к этим препаратам и их способности вырабатывать ферменты, блокирующие действие антибиотиков.

Способы коррекции микрофлоры кишечника у детей

Мирзаева М.А., Тургунова Х.З., Каримова З.К., Исламов А.Й., Эсамурадов А.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. В настоящем сообщении приведены данные полученные при изучении микробиоценоза толстого кишечника у детей больных острой кишечной инфекцией (ОКИ) проживающих в республике Каракалпакстан и их коррекции с применением биокорректоров.

Пациенты и методы. Всего обследовано 85 детей в различных возрастных группах (от 6 месяцев до 14 лет). Материалом для исследования служили фекальные массы.

Результаты. У 37 был установлен диагноз дизентерия, у 30 – сальмонеллез, 23 – колиэнтерит и у 10 – ОКИ с неясной этиологией. При изучении микрофлоры кишечника у всех обследованных детей наблюдали снижение количества эндогенной микрофлоры на 1–2 порядка по сравнению с контролем. При этом наблюдалось повышение количества факультативной микрофлоры. Так, количество грибов *Candida* повышалось у больных детей в среднем до 4 раз в зависимости от возраста, а золотистые стафилококки – в среднем до 8,8 раз. Больных детей разделили на 2 группы: в 1 группе детей (25) для коррекции применяли Бифидобактерин PL, во 2 группе (25) для коррекции применяли Бифилин, приготовленный на основе местного штамма *Bifidobacterium bifidum*. Бифидобактерин PL давали по 2 дозы 2 раза в день, а Бифилин в виде кисломолочного продукта кефира по 50 мл детям до 1 года и по 100–150 мл детям 1–3 года 4 раза в день в течение 14 сут. После коррекции биокорректором Бифидобактерином PL отечественного производства микробиоценоз кишечника достоверно изменился в сторону улучшения. Отмечалось достоверное повышение количества индигенных микроорганизмов на фоне достоверного снижения количества факультативных микроорганизмов, такая же тенденция наблюдалась и при коррекции Бифилин приготовленного из местного штамма *Bifidobacterium bifidum*.

Таким образом, анализ результатов исследования по изучению микрофлоры кишечника у детей с инфекционными заболеваниями показал, что достоверное снижение

количества облигатных бактерий кишечника и одновременное повышение факультативных бактерий является основанием для применения корректирующих микрофлору биокорректоров. Проведена коррекция детей, страдающих дисбиозом кишечника местным штаммом бифидобактерий (*Bifidobacterium bifidum*), которая способствовала восстановлению показателей микробиоциноза кишечника

Клинические особенности острой пневмонии, ассоциированной с хламидийной пневмонией у детей раннего возраста

Мирсалихова Н.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии Ташкент, Узбекистан

В клиническом плане еще в 30–40-годах XX века все большее и большее число исследователей стали выделять среди всех форм пневмоний отдельную, весьма значительную группу, характеризовавшуюся выраженной спецификой клинического течения. Данные литературы показывают, что важным фактором, оказывающим значительное влияние на особенности развития эпидемического процесса при хламидийной инфекции, является длительность сохранения возбудителя в организме больных и способность инфицированного организма к дальнейшему распространению инфекции. В связи с чем представляет интерес изучить течение пневмонии с хламидийной инфекцией у детей для разработки эффективных методов лечения.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 30 детей с острой пневмонией, у которых в период обследования выявлена хламидийная инфекция. Пневмония хламидийной этиологии диагностирована на основании жалоб, анамнеза, данных объективных исследований, рентгенологических и лабораторно-иммунологических показателей. Комплекс иммунологических исследований выполнен в лаборатории института Иммунологии АН РУз.

Результаты. Основными клиническими симптомами были влажный кашель (100%), интоксикация (55%), у 20% детей была субфебрильная температура, фарингит (75%), потливость (90%), увеличение лимфоузлов (54%). У (56%) больных отмечалось гепатомегалия – размеры печени в остром периоде болезни были увеличены (+2–+4 см). В анамнезе у всех детей отмечались склонность к частым респираторным инфекциям, а также повторные ОРЗ и пневмонии. У 100% детей с острой пневмонией микоплазменной этиологии регистрировалась положительная титры антител классов IgG и IgM. 4-х кратное увеличение титров IgG и IgM антител свидетельствует об обострении и остром течении хламидийной пневмонии. Результаты анализа показали, что у детей с хламидийной пневмонией уровни Т и В- звеньев иммунитета и ФАН, натуральных киллеров были достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p > 0,01$).

Выводы. Таким образом, результаты исследований указывают на целесообразность изучения иммунного статуса, имеющих решающее значение при назначении патогенетической терапии больным хламидийной пневмонией. Несвоевременное выявление и нецеленаправленное лечение детей с частыми простудными заболеваниями, способствует сенсбилизации организма ребенка, может привести к рецидивирующему, затяжному течению пневмонии или переходу ее в хронический процесс.

Современные технологии профилактики негативных поведенческих факторов риска в отношении питания московских школьников

Мирская Н.Б., Коломенская А.Н.

НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Москва

Здоровое питание является одним из неотъемлемых компонентов здорового образа жизни, обеспечивающее сохранение здоровья, поддержание высокой работоспособности, устойчивости к действию инфекций и других внешних факторов, тогда как нездоровое питание рассматривается как один из основных факторов риска развития острых и хронических заболеваний, в том числе костно-мышечной-системы (КМС) и органа зрения (ОЗ). Выявленная авторами высокая распространенность поведенческих факторов риска в отношении питания московских школьников, негативно влияющих на КМС и ОЗ явилась объективной медико-социальной предпосылкой для устранения этих факторов.

Цель. Разработать современные технологии для устранения выявленных факторов риска в отношении питания школьников Москвы.

Материалы и методы. Для устранения выявленных факторов риска, среди которых нарушения питания, негативно влияющих на состояние КМС и ОЗ московских школьников авторами разработаны инновационные технологии: Концептуальная модель, основой которой является медико-образовательный модуль, и Информационная система для ЭВМ, направленные на своевременную диагностику, коррекцию и профилактику нарушений КМС и ОЗ учащихся. Подготовлен обучающий семинар «Роль микронутриентов в питании современных школьников», рекомендованный для внедрения в практику медицинских и образовательных учреждений Центром гигиенического образования населения Роспотребнадзора.

Заключение. Разработанные технологии для медицинских работников, педагогов, родителей и учащихся апробированы и внедрены в детские поликлиники и образовательные учреждения и доказали свою эффективность.

Рациональное использование сырьевых ресурсов носителей биологически активных веществ

Могильный М.П., Шалтумаев Т.Ш.

Московский государственный университет технологий и управления им. К.Г.Разумовского; Северо-Кавказский федеральный университет» (филиал) в г. Пятигорске

Питание человека определяет его здоровье. Имеются данные, что от 30 до 50% всех заболеваний человека связано с нарушениями питания. С питанием связаны и такие болезни как избыточная масса, ожирение, подагра, гипертоническая болезнь, остеопороз и др.

В фундаменте здорового, оптимального питания лежит два основных закона.

Закон первый: необходимость соответствия энергетической ценности (калорийности) суточного рациона суточным энерготратам человека. Достаточно длительное и серьезное отклонение от требований этого закона приводит к развитию заболеваний: недостаточное получение с пищей энергии – это риск развития наиболее опасного осложнения – анорексии. Избыточное потребление же энергии неминуемо и достаточно быстро приводит к появлению избыточной массы тела и ожирению и соответственно к заболеваниям сердечно-сосудистым, сахарному диабету, остеопорозу, болезням опорно-двигательного аппарата.

Значительно более сложно соблюдать требования второго закона науки о питании. Он гораздо более наукоемок и предполагает необходимость обеспечения соответствия химического состава суточного рациона человека его физиологическим потребностям в пищевых и минорных биологически активных веществах.

Организм человека практически не создает запасов пищевых и биологически активных соединений. Все поступающие в организм вещества используются по назначению, так как ткани и органы человека в течение всей жизни постоянно обновляются. И поэтому разнообразные вещества пищи должны в полном ассортименте, необходимом количестве и соотношении друг с другом постоянно поступать в организм с пищей.

Пищевая ценность и физиологическое действие безалкогольных напитков определяются их химическим составом и входящими в рецептуру компонентами. Для приготовления безалкогольных напитков используют фруктовые и овощные соки.

Возрастет потребность в использовании лекарственных растений при производстве пищевых продуктов, как сырья богатых биологически активными веществами.

Основным показателем качества лекарственного растительного сырья является содержание в нем биологически активных веществ.

По показателям содержания биологически активных веществ необходимо использовать лекарственные растения в качестве сырьевых компонентов для обогащения пищевых продуктов функционального назначения. На основании этих данных разработаны функциональные напитки, кексы и маффины с низким гликемическим индексом

из отечественного сырья. Продукция рекомендована для использования в различных видах питания.

Особенности формирования культуры здорового питания в дошкольной образовательной организации

Могильный М.П., Шленская Т.В.

Московский государственный университет технологий и управления им. К.Г.Разумовского

Работа по формированию культуры здорового питания у детей в дошкольной образовательной организации должна носить постоянный характер, обеспечивающий преемственность и непрерывность этого процесса на различных ступенях, уровнях дошкольного образования.

Кроме того, организация формирует нормативную базу работы по формированию культуры здорового питания, в которую включают:

- акты организации, обеспечивающие реализацию данного направления деятельности;
- соответствующие разделы (информационные блоки, мероприятия) в основной образовательной программе, плане воспитательной работы.

Дошкольная образовательная организация должна обеспечивать методическое сопровождение, контроль, анализ результатов работы по формированию культуры здорового питания у детей различных возрастных групп.

Особое внимание при проведении данной работы уделяется системе помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, просветительской работе с родителями.

Работа по формированию культуры здорового питания в образовательной организации должна вестись с учетом возрастных и индивидуальных особенностей детей, регионального и этнокультурного компонента, должны быть разработаны программы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни.

При разработке образовательных программ необходимо разграничивать:

- требования к результатам работы по формированию культуры здорового питания;
- требования к структуре образовательных и воспитательных программ по формированию культуры здорового питания;
- требования к условиям реализации указанных программ (материально-техническим, кадровым и другим).

С учетом специфики работы по формированию культуры здорового питания в образовательной организации предметом итоговой оценки должно быть достижение результатов.

Нормативный срок освоения образовательных программ определяется на этапе каждого года обучения, с учетом принципа преемственности образовательных программ дошкольного и последующих уровней образования.

Воспитательная программа по формированию культуры здорового питания строится с применением максимально широкого набора форм работы: экскурсии, конференции, олимпиады, круглые столы, уроки здоровья,

Дни национальной кухни, Дни качества, а также с учетом возможностей организации каникулярного времени детей (профильные смены, летние школы и т.д.). При составлении воспитательных программ указанной направленности необходимо учитывать мнение родительской общественности и привлекать различных специалистов.

Частота и структура заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей и подростков города Барановичи в 2010–2014 годах

Мощенко Ю.П.¹, Сапотницкий А.В.²

¹Барановичская детская городская больница, Барановичи, Республика Беларусь;

²Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Цель исследования – изучение частоты и структуры заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей и подростков в 2010–2014 гг. в городе Барановичи и Барановичском районе.

Методы исследования. Проведен аналитический обзор следующей медицинской документации: годовых статистических отчетов и амбулаторных карт детей, находившихся на диспансерном наблюдении в кардиоревматологическом кабинете детской поликлиники №1 Барановичи в 2010–2014 гг.

Результаты. На протяжении пяти лет отмечено неуклонное увеличение числа детей и подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Так, в 2010 г. на диспансерном учете состояло – 373 пациента, в 2011 г. – 394, в 2012 г. – 376, в 2013 г. – 420, 542 – в 2014 г. Врожденные пороки сердца (ВПС) продолжают занимать ведущее место в нозологической структуре детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Число детей с ВПС постоянно увеличивается: 284 ребенка в 2010 г. (76,1% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), 298 детей в 2011 г. (75,6%), 300 детей в 2012 г. (79,8%), 328 в 2013 г. (78,1%), 414 в 2014 г. (76,4%).

Также имеется тенденция к увеличению детей и подростков с нарушениями сердечного ритма и проводимости. В 2010 г. зарегистрировано 35 детей с этой нозологией (9,4% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), в 2011 г. 42 пациента (10,7%), в 2012 г. – 28 (7,5%), в 2013 г. – 41 (9,7%) и в 2014 г. – 55 детей и подростков (9,9%). Число детей с системными заболеваниями соединительной ткани остается относительно стабильным. На диспансерном учете состояло 20 детей в 2010 г. (5,4% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), 22 ребенка в 2011 г. (5,6%), 23 в 2012 г. (6,0%), 19 пациентов в 2013 г. (4,5%) и 22 в 2014 г. (4,1%).

Также имеется тенденция к росту числа пациентов с подтвержденной артериальной гипертензией. В 2010 г. на диспансерном учете состояло 15 пациентов (4,0% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), в 2011 г. также 15 (3,8%), в 2012 г. – 10 (2,7%), в 2013 г. – 16 (3,8%) и в 2014 г. – 36 детей и подростков (6,6%).

Выводы. Число детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на протяжении последних пяти лет имеет устойчивую тенденцию к росту. ВПС являются наиболее частыми в структуре сердечно-сосудистых болезней у детей и подростков. Существенное место занимают также нарушения ритма и проводимости, системные заболевания соединительной ткани, артериальная гипертензия.

Парентерально-энтеральное питание у новорожденных с атрезией пищевода в послеоперационном периоде

Мукинова К.В., Кадыров З.С.

Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить варианты нутритивной поддержки у новорожденных с атрезией пищевода на этапах послеоперационного периода.

Пациенты и методы. Исследование проводилось у 44 новорожденных с атрезией пищевода в послеоперационном периоде на базе ОПИТ за период с 2014–2015 гг. Дети были прооперированы в течение 48 часов после поступления в стационар. После коррекции нарушений показателей гемодинамики и кислотно-основного состояния крови проводилось полное сбалансированное парентеральное питание с дальнейшим переходом на частичное ПП. В ходе исследования мы использовали раствор аминокислот (Амирем 5%) и 20% раствор глюкозы. Для оценки эффективности ПП проводили антропометрические измерения, биохимические исследования, показатели эндогенной интоксикации.

Результаты. При подсчете энергетической потребности у детей с данным пороком развития было установлено, что она колеблется в пределах 30–50 ккал/кг/сут. Для достижения положительного азотистого баланса необходимо придерживаться соотношения небелковых калорий к общему азоту в среднем 1 грамм азота к 120–150 ккал. Углеводы вводили в дозе 6 г/кг/сут, с последующим увеличением на 1–2 г/кг/сут. Уровень гликемии контролировался 2 раза в сутки. Наиболее оптимальным препаратом для парентерального питания у новорожденных считается препарат Амирем 5%. Начальная доза 0,5 г/кг/сут с последующим увеличением на 0,5 г/кг/сут. К 5-м суткам доза белка составляет 2,5 г/кг/сут. Обязателен динамический контроль уровня общего белка, остаточного азота, мочевины, КОС, АЛТ, АСТ, билирубина. С целью покрытия жиров назначался Липофундин 20% в начальной дозе 0,5 г/кг/сут, с последующим увеличением дозы на 0,5 г/кг/сут, и доведением до 3 г/кг/сут. с обязательным контролем уровня триглицеридов в плазме. Полное ПП дети получали в течение 10 дней. Учитывая положительную динамику общего состояния, ребенок переводился на зондовое кормление и частичное ПП.

Выводы. Данный стандарт дает возможность добиться более раннего восстановления нутритивного статуса у новорожденных детей с атрезией пищевода в послеопе-

рациональном периоде, способствует оптимизации качества лечения и укорочению сроков пребывания в отделении реанимации.

Влияние тиреотоксикоза у подростков на интеллект

Муратова Ш.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии, Ташкент, Узбекистан

Проблема влияния тиреотоксикоза на когнитивные функции у детей и подростков практически не изучена. В имеющейся литературе данный вопрос касается взрослых (старше 18 лет) и пожилых людей [Williamson S., 2010, Ritchie M., 2015, Vadiveloo T., 2011].

Цель: изучить коэффициент интеллекта (IQ) у детей подросткового возраста с тиреотоксикозом.

Пациенты и методы. В РСНПМЦ Эндокринологии МЗ РУз обследовано 18 детей подросткового возраста с тиреотоксикозом, группу сравнения составили 15 здоровых детей (контрольная группа). Диагностика и терапия патологии ЩЖ проводились согласно международным стандартам. С целью оценки уровня IQ использована методика исследования личности – тест «Дом–Дерево–Человек» (ДДЧ), предложенная Джон Буком в 1948 г., коэффициент ранговой корреляции с другими тестами для оценки интеллекта составляет 0,4–0,75. Уровень интеллектуального развития определялся с точки зрения основной информации (детали), пространственных отношений (пропорции и перспектива), сформированности концепции (на основании организации и качества рисунка в целом), воспроизведения образов памяти или их комбинации в 2- или 3-х мерных рисунках.

Результаты. Средний возраст обследованных подростков контрольной группы был $13,7 \pm 0,2$ лет, в группе подростков с тиреотоксикозом $13,8 \pm 0,6$ лет, $p \geq 0,05$. Проведенный количественный анализ результатов теста на коэффициент интеллекта «ДДЧ» показал, что в группе подростков с тиреотоксикозом процент сырых G-баллов, обозначающий потенциальный уровень интеллектуального функционирования, составил $70,7 \pm 2,0$ баллов, что ниже таковых показателей контрольной группы ($88,3 \pm 1,9$, $p \leq 0,001$). При переводе этих значений в IQ разница между группами по данному показателю оказался ниже на 29,2 балла ($86,1 \pm 2,1$ против $115,3 \pm 3,2$ соответственно, $p \leq 0,001$), что соответствует уровню интеллекта ниже среднего. Показатель Чистой взвешенной оценки указывает на существующий функциональный уровень интеллекта. У подростков контрольной группы она была на 71,1 балл выше таковой в опытной группе ($98,9 \pm 7,1$ против $27,9 \pm 3,1$, $p \leq 0,001$).

Выводы. Тиреотоксикоз у подростков оказывает негативное влияние на уровень IQ. Необходимо дальнейшее исследование интеллектуальных особенностей у подростков с тиреотоксикозом и дальнейшая их психологическая реабилитация.

К вопросу о диагностике лямблиоза у детей

Мурашко И.И., Белая П.В., Пискун Т.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Лямблиоз – одна из наиболее распространенных паразитарных инвазий. Отсутствие патогномичных признаков лямблиоза делает необходимым обязательное лабораторное подтверждение диагноза.

Проанализировано 56 медицинских карт пациентов УЗ ГДИКБ и 4 ГДКБ г. Минска за 2012–2014 гг. с положительными результатами серологического исследования крови на выявление специфических антител к антигенам лямблий. Группа сравнения: 25 медицинских карт пациентов, с отрицательными результатами серологического исследования крови.

В обеих группах преобладали мальчики (62,96 и 60,83%) и дети от 0 до 3 лет (43 и 39%). Частота встречаемости заболевания была выше в январе (17 (15,18%)), апреле (17 (15,18%)) и сентябре (15 (13,39%)). Зараженность детей, посещающих детские дошкольные учреждения, была существенно выше (67,86%), чем у детей, их не посещающих (32,14%).

Наиболее часто лямблиоз диагностировался у пациентов с атопическим дерматитом (10(20,8%)), обструктивным бронхитом (9(18,78%)), ринофарингитом (9(18,75%)).

Показаниями к обследованию на лямблиоз послужили: аллергические проявления – у 51,79%, диарея – у 41,07%, снижение аппетита – у 30,36%, боли в животе – у 25%, тошнота и рвота – у 14,29% пациентов основной группы. У 35,71% пациентов была эозинофилия (от 8 до 19%). В контрольной группе все симптомы встречались значительно реже: аллергические проявления в 4,5 раза (у 12%), диарея – в 1,5 раза (у 28%), снижение аппетита в 3 раза (только у 10%).

В 2013 году в УЗ ГДИКБ было проведено 1041 серологическое исследование крови на лямблиоз. Положительными результаты оказались лишь у 10,76% пациентов (112 человек). Практически половине (45%) пациентов было проведено копрологическое исследование на цисты лямблий, которое дало положительные результаты лишь у 10,76% обследованных.

Таким образом, самыми частыми показаниями к обследованию на лямблиоз были аллергические проявления (51,79%), диарея (41,07%) и снижение аппетита (30,36%).

Наиболее часто диагноз лямблиоза ставился только на основании положительного результата серологического обследования, хотя классическим методом диагностики является протозоологическое исследование фекалий.

В связи с большим количеством отрицательных результатов серологического обследования на лямблиоз следует уделять особое внимание четкому отбору пациентов и, по возможности, использовать методы с высокой чувствительностью и специфичностью (метод копроиммунодиагностики).

Пробиотики в лечении заболеваний пищеварительного тракта у детей

Мырзабекова Г.Т., Нургалиева С.З.,
Рахметилдаева Г.М.

Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Республика Казахстан

Для нормализации кишечной микрофлоры сегодня используют различные пробиотические препараты.

Цель работы. Оценка клинической эффективности пробиотического препарата лабицидаS4 в терапии детей с воспалительно-деструктивными заболеваниями пищеварительного тракта.

Пациенты и методы. Проведено клиническое исследование с участием 60 детей в возрасте от 5 лет до 15 лет, из них 35% девочек и 65% мальчика. Нозологическая структура была следующей: язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки (5,5%), эрозивный гастродуоденит (11,5%), хронический поверхностный гастродуоденит (83%). Курс лечения составил 2 нед.

При оценке жалоб у детей установлено следующее: головная боль – 38,6%, ощущение тяжести и переполнения в желудке – 48%, тошнота – 59%, рвота – 18%, отрыжка – 11%, изжога – 22%, неприятный, горький вкус во рту – 6,8%, боли в животе и подложечной области после еды – 8%, боли в правом подреберье – 14%, боли натощак, ночью или независимо от еды – 22%, острые боли в эпигастральной области, которым предшествовала обильная неукротимая рвота – 3,4%, тупые постоянные боли – 13,4%, метеоризм – 11,2%, запор или неустойчивый стул – 36,7%.

При бактериологическом исследовании фекалий у всех детей клинические проявления соответствовали субкомпенсированной форме дисбиоза кишечника. У 20% детей отмечались запоры с частотой стула 1 раз в 2–3 дня, у 68,5% стул был от 2 до 5 раз в сутки с патологическими примесями в виде слизи и зелени. Нарушение стула сопровождалось метеоризмом и болевым синдромом в 57,1% случаев, снижением аппетита – в 37,1%. Нарушение биоценоза кишечника I степени выявлено у 22,8% детей, II степени – у 77,2%. Дефицит индигенных бактерий имели 51,4% детей. У 62,8% детей выделены различные УПМ (клебсиеллы, *S. aureus*, протей и др.), в том числе у 28,5% детей обнаружены ассоциации 2–3 видов.

У всех пациентов после лечения проведено контрольное бактериологическое исследование кала. Улучшение лабораторных показателей отмечено у 71,4% пациентов, что проявлялось снижением частоты выделения УПМ и повышением уровня бифидо- и лактобактерий и молочнокислых стрептококков. После проведенного курса лечения положительная динамика по кишечному синдрому наблюдалась у 80% детей, что проявлялось нормализацией стула у 22,8% детей, улучшением характера стула у 77,1%. При этом за весь период лечения не было зарегистрировано случаев непереносимости пробиотика лабицидаS4 и не было обнаружено нежелательных явлений.

Изменения вегетативного статуса у детей с хроническим пиелонефритом

Нестеренко О.В., Горемыкин В.И., Елизарова С.Ю.,
Сидорович О.В., Хижняк А.В.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского

Цель исследования: изучение состояния вегетативной нервной системы у детей с вторичным хроническим пиелонефритом.

Пациенты и методы. В ходе работы были обследованы 124 ребенка в возрасте 5–15 лет, из них с вторичным хроническим пиелонефритом 90 детей, находящихся на лечении в клинике факультетской и 34 здоровых детей аналогичных возрастных групп, составивших контрольную группу. У 65 детей выявлен вторичный обструктивный пиелонефрит, у 25 – вторичный дисметаболический пиелонефрит. Среди причин обструкции у 50 детей – внутрипочечные сосуды, у 5 – дистопия почек, у 4 – удвоение почек, у 6 – ПМР. Состояние вегетативной нервной системы оценивали методом кардиоинтервалографии. В основе метода лежит математический анализ вариативности синусового сердечного ритма, как индикатора адаптационно-компенсаторной деятельности целого организма. Для оценки состояния вегетативной нервной системы ребенка применялась динамическая запись кардиоинтервалограмм при выполнении клинортогностической пробы.

Результаты. Установлено, что у 62 (68,9%) детей с вторичным пиелонефритом преобладал тонус парасимпатической нервной системы. В группе здоровых ваготония зарегистрирована у 35,4%. Симпатикотония была свойственна лишь 5 (5,5%) детей с пиелонефритом и 4,6% здоровых; эйтония – 23 (25,6%) и 60% соответственно. При исследовании вегетативной реактивности мы пришли к выводу, что у детей с вторичным хроническим пиелонефритом чаще, чем у здоровых встречается гиперсимпатикотоническая реактивность (37,8 и 25%) и асимпатикотоническая (27,8 и 10%). У преобладающего большинства больных отмечалось недостаточное вегетативное обеспечение (70%), в то время как в контрольной группе такая ситуация была у 34% детей. У здоровых детей чаще отмечалась нормотоническая реактивность. Значимого различия между группами детей с дисметаболическим и обструктивным пиелонефритом мы не обнаружили.

Выводы. У детей с хроническим вторичным пиелонефритом выявлены признаки вегетативного дисбаланса: у 70% выявлена ваготония; нарушение вегетативной реактивности в виде гиперсимпатикотонии у 37,8% пациентов. Недостаточное вегетативное обеспечение выявлено у 70% больных.

Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта цитомегаловирусной этиологии у новорожденных детей

Нургалиев Н.М., Мамырбаева М.А.,
Жумагалиева Г.Д., Досмагамбетов С.П.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова,
Актобе, Республика Казахстан

Врожденная цитомегаловирусная инфекция встречается у 0,4–3,5% новорожденных в мире. Она может протекать как бессимптомно, так и в тяжелой форме с 10–30% летальностью. Пороки развития у них формируются у 41,2%. В Республике Казахстан в структуре младенческой смертности до 60% составляют заболевания перинатального периода. Удельный вес ВПР в структуре причин перинатальной смертности в Республике Казахстан составляет 12–16%.

Цель исследования – изучение частоты и структуры ВПР пищеварительной системы у новорожденных г. Актобе Западного Казахстана.

Пациенты и методы. В областной детской клинической больнице г. Актобе с открытием 2 коек неонатальной хирургии, с 2012 по 2014 гг. находилось на лечении 46 детей с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта (ВПР ЖКТ). Общая структура ВПР представлена следующим образом. С наибольшей частотой встречались атрезия подвздошной кишки у 8 новорожденных (17,39%); синдром Ледда в 15,21% (7 случаев); с одинаковой частотой по 13,04% встречались атрезия пищевода, аноректальная атрезия и болезнь Гиршпрунга. Пилоростеноз в 10,8%, стеноз 12-перстной кишки был в 4 случаях (8,69%). С одинаковой частотой по 2,17% наблюдались атрезия желчевыводящих протоков, атрезия 12-перстной кишки, дивертикул Меккеля и врожденная киста печени. Только у 15 (33,5%) детей ВПР пищеварительного тракта были изолированными. В 43,47% (20 детей) ВПР пищеварительной системы сочетались с врожденным пороком сердца, с пороком развития мочевыделительной системы (гидронефроз) у 2 (4,34%) детей, с болезнью Дауна 1 ребенок (2,17%). Для диагностики цитомегаловирусной инфекции использовались серологические методы с определением специфических IgM и IgG. Обнаружение ДНК ЦМВ в крови осуществлялось методом ПЦР. В 43% была выявлена цитомегаловирусная этиология ВПР ЖКТ. В 33,5% роль внутриутробной ЦМВ инфекции была исключена. В 23,5% ВПР ЖКТ осложнился развитием цитомегаловирусного гепатита с печеночной недостаточностью в виде цитолиза, холестаза и нарушением белково-синтетической функции печени с последующим прогрессирующим развитием фиброза печени в течение 2–3 мес жизни. Все новорожденные дети были оперированы. Из 46 новорожденных детей умерло 18 (39,13%) детей. Из 18 умерших детей от ВПР ЖКТ у 12 (66,66%) детей отмечались сочетанные пороки развития с ВПС. В 38,88% (7 новорожденных) умерли от фиброза печени.

Заключение. Таким образом, ЦМВ инфекция играет определенную роль в формировании ВПР ЖКТ. Необходимо тесное сотрудничество неонатологов, детских хирургов и врачей первичной медико-санитарной помощи.

Врожденная патология сердечно-сосудистой системы у детей

Нургалиева С.З., Мырзабекова Г.Т.

Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Республика Казахстан

Врожденные пороки сердца (ВПС) представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. Изучения их обусловлены значительным удельным весом данной патологии в структуре младенческой, перинатальной смертности и детской инвалидности.

Цель. Изучение структуры, частоты, и характера течения ВПС.

Материалы и методы. Проанализированы 120 (из них 14 умерших) истории болезни детей, находившихся в отделении кардиоревматологии ДГКБ №2 г. Алматы с 2011–2013 гг.

Результаты. По половым признакам мальчиков было 56,7%, девочек – 43,3%. Детей от 1 до 12 месяцев – 56,7%, от 1–3 лет – 15%, старше 3 лет – 28,3%. По возрастному аспекту больше женщин от 25–35 лет – 45,8%. В структуре факторов наибольшую значимость имели отягощенный акушерский анамнез – 29,7%, признаки позднего гестоза – 15,2%, перенесенная ОРВИ – 20,8%, анемии – 26,6%. У детей ведущие клинические синдромы, определяющие тяжесть состояния, были сердечная недостаточность – 43,5%, артериальная гипоксемия – 38,8%, сердечная недостаточность и артериальная гипоксемия – 10,2%, нарушение ритма сердца – 7,5%. Самой распространенной группой пороков сердца являются пороки с обогачением малого круга кровообращения – 75%, пороки с обеднением легочного кровотока – 12,5%, комбинированные пороки – 11,7%, пороки с неизменным легочным кровотоком – 0,83%.

В I группе пороков у детей чаще встречался ДМЖП – 45,8%, ДМПП – 21,7%, ДМЖП в сочетании с ДМПП – 17,8%, АВК полная форма – 9,7%, ДМЖП с ОАП – 3,9%, коарктация аорты – 0,83%. Во II группе дети с тетрадой Фалло – 68,5%, пентада – 5%, изолированный стеноз легочной артерии – 15,5%, общий артериальный ствол (ложный) аномалия Эбштейна – 5,5%, общий артериальный ствол (ложный) – 5,5%. В III группе встречались ТМС в сочетании с ДМПП – 22,5%, ТМС с ДМЖП – 11,5%, трехкамерное сердце – 22,5%, двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка – 21,5%, общий артериальный ствол – 12,7%, синдром гипоплазии левого желудочка – 9,3%. В IV группе отмечались у ребенка с декстрокардией и болезнью Толочинова-Роже – 56,9%, аномалия дуги аорты – 43,1%.

Выводы. Проблемы ВПС требует комплекса мер по профилактике и пренатальной диагностике тяжелых

форм врожденных пороков сердца, необходимости раннего выявления ВПС у детей первого года жизни и своевременное реконструктивное лечение врожденной патологии сердца, способствующее улучшению качества жизни пациентов.

Прогнозирование дыхательной и почечной недостаточности при черепно-мозговой травме у детей

Нурмухамедов Х.К., Бабаназаров Б.Б.,
Исмоилова М.У., Бобониязов К.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Узбекистан

Почечная и дыхательная недостаточность (ПН + ДН) при черепно-мозговой травме (ЧМТ) рассматриваются как определенные проблемы, выполнения которых требуют незамедлительных решений. Однако механизм дыхательных и почечных расстройств еще остается полемичным и новые сведения нуждаются в подтверждении.

Цель исследования – изучение нарушений функции почек и легких при ЧМТ у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 87 детей (3–14 лет) в остром периоде ЧМТ, с установленным нарушением функции почек в первые 6 часов от травмы. ЧМТ было обусловлено дорожно-транспортной (50%) травмой (ДТТ), падением с высоты (22%), спортивной (28%) травмой. Дети доставлялись в стационар до 3 часов от травмы. В 76% производилась первичная хирургическая обработка ран, в 55% – иммобилизации, в 84% – реанимационные мероприятия (РМ) и интенсивная терапия (ИТ). У 34% детей в первые 8 часов были произведены хирургические и травматологические операции.

Результаты. Недостаточность функции почек при ЧМТ в основном носила преренальный характер, обусловленное гиповолемией, со снижением перфузии органа. Установление диагноза преренальной олигурии устанавливалось на основании снижения диуреза (часовой диурез (ЧД) – 0,8 мл/ч), что подтверждалось ее концентрированностью, повышенной относительной плотностью и осмоляльностью. Если значения мочевины и креатинина в моче были в пределах нормальных величин, то выражен был низкий уровень натрия, являющийся свидетельством сохранности азотовыделительной функции. При сохраняющейся гипоперфузии почек развивается ишемия нефронов и отек почечной паренхимы (повышение экзогенности на УЗИ до 45%), выявляемая как картина перехода преренальной ПН в истинную ОПН.

Критериями неблагоприятного прогноза ЧМТ являются снижение линейной скорости мозгового кровотока в 2 раза, рост P_i более чем в 2 раза выше нормы, расстройство ауторегуляции мозгового кровотока и формирование зависимости его от центральной гемодинамики у пациентов с неблагоприятным прогнозом на t-3 сутки от момента травмы; стрессовая гипергликемия на 2–5-е сутки от момента травмы; рост палочко-ядерного сдвига, уровня мочевины и АПТ; снижение фибриногена и про-

лактна, общего белка сыворотки крови. Дыхательный режим SIMV является методом выбора у детей с ТЧМТ: предупреждает эпизоды десинхронизации, рост внутригрудного давления, а также является более физиологичным в отношении биомеханики дыхания, сокращает продолжительность респираторных расстройств и длительность лечения в отделении реанимации с $21,4 \pm 1,3$ до $11,5 \pm 0,8$ сут. Установлена ведущая роль расстройств центральной гемодинамики, нарушений газообменной функции легких, биомеханики дыхания, а также транспорта кислорода (достоверное снижение доставки и потребления кислорода уже на 1–2-е сутки – D_{O2} с $353,9 \pm 9,6$ мл/мнн/мг в сравнении $427,9 \pm 8,5$ μufrurW ($p < 0,05$), V_{O2} соответственно $564,7 \pm 12,6$ мл/мин $\times A^2$ и $869,4 \pm 29,2$ мл/мин/м 3 ($p < 0,05$)) в нарушении ауторегуляции мозгового кровотока и в развитии неблагоприятного исхода при ЧМТ у детей.

Системный подход в лечении детей с ЧМТ, основанный на анализе факторов патогенеза и математическом прогнозе состояния, позволяет сократить длительность ИВЛ (с $13,8 \pm 2,4$ до $7,6 \pm 0,9$ сут), время лечения в ОАР (с $17,1 \pm 3,2$ до $9,3 \pm 0,8$ сут), в 2 раза снизить количество респираторных и воспалительных осложнений, что в свою очередь улучшает частоту благоприятных исходов.

Важность длительной элиминационной диеты при пищевой непереносимости белка коровьего молока у детей до года

Обидина Н.М., Еремина О.Л.

Ассоциация «Региональный медицинский центр
«Открытая медицина», Тольятти

Пищевая непереносимость (ПН) в настоящее время является важной и достаточно распространенной проблемой детского возраста. Наиболее значимым агентом непереносимости для детей раннего возраста являются белки коровьего молока (БКМ). Важным диагностическим и лечебным мероприятием при обоснованном подозрении на пищевую непереносимость и/или аллергию является элиминационная диета.

Диагноз пищевой непереносимости устанавливается на основании клинической картины заболевания и положительного семейного аллергологического анамнеза.

Необходимо обратить внимание, что в настоящее время частыми клиническими проявлениями ПН у детей раннего возраста наряду с кожными симптомами, являются гастроинтестинальные – срыгивания, колики, слизь в стуле, функциональные запоры. Нередко именно гастроинтестинальные симптомы являются ведущими и/или единственными в клинике ПН.

Цель: оценить эффективность элиминационной диеты в исчезновении клинических симптомов ПН.

Пациенты и методы. В течение двух лет под наблюдением находилось 160 детей в возрасте от 0 до года. Оценивалась динамика проявления ПН при назначении элиминационной диеты кормящим матерям или детям (при искусственном вскармливании).

Результаты. На грудном вскармливании находилось 80% (128) детей. С отягощенным семейным аллергологическим анамнезом выявлено 30% (48). Кожные проявления непереносимости наблюдались у 14% (22) детей. Гастроинтестинальные симптомы – у 26% (42) пациентов. Сочетанная симптоматика – у 25% (40). Таким образом, 65% (104) из наблюдаемых детей имели симптомы непереносимости белка коровьего молока. Матерям, у которых дети находились на грудном вскармливании, назначалась диета с исключением молочных продуктов. При этом исключались не только белки коровьего, но и козьего молока. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, были переведены на гидролизаты. Степень расщепления назначаемого белка зависела от тяжести проявления симптоматики, либо от «скученности» аллергологического анамнеза в семье (аллергии у ребенка и со стороны матери, и со стороны отца). Длительность диеты варьировала от 2 до 6 мес. Уменьшение симптоматики начиналось со второй недели диеты элиминации БКМ. Прежде снижались гастроинтестинальные симптомы.

Выводы. Таким образом, при наличии у детей до года гастроинтестинальных симптомов, кожных высыпаний, учитывая распространенность непереносимости БКМ, разумно назначать элиминационную диету на длительные сроки.

Факторы риска развития бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста

Олехнович В.М., Мещеряков В.В., Добрынина О.Д.

Сургутский государственный университет ХМАО-Югры

Цель. Выявить предикторы бронхиальной астмы (БА) у детей дошкольного возраста.

Пациенты и методы. Обследовано 135 детей в возрасте 2–7 лет. Группа I – 40 часто длительно болеющих детей (ЧДБ) с отягощенным аллергическим анамнезом. Группа II – 32 ЧДБ ребенка. Группа III – 38 детей с легкой БА в ремиссии, Группа IV – 25 здоровых детей. Всем больным проведена оценка индекса массы тела (ИМТ), исследована ФВД с помощью компьютерной бронхофонографии. Одновременно определен уровень оксида азота (FeNO) и угарного газа (СО) в выдыхаемом воздухе. В качестве статанализа метод Манна-Уитни.

Результаты. Отягощенная аллергонаследственность чаще отмечалась у пациентов группы I – 26 (0,65) и в группе III – 28 детей (0,74). Эозинофилия выявлена в группе I – у 29 детей (0,72), в группе III – 28 (0,74), как правило, у этих же пациентов гипериммуноглобулинемия. У детей групп II и IV эти показатели были существенно ниже ($p < 0,05$). При оценке ИМТ у детей в 2, 3-летнем возрасте избыточная масса выявлена у детей группы I – 21 ребенок (0,52); в группе II – 8 (0,25) детей; в группе III – 23 (0,61) пациента, в группе IV – 7 (0,28) детей. Избыточная масса тела чаще регистрируется у детей, в I и III группах. Сравнительный анализ КБФГ детей с избыточной массой тела показал: в группе I без вентиляционных нарушений – 6 детей (0,38), со скрытыми нарушениями – 10 детей

(0,62); в сравнении с подгруппой детей с нормальной массой тела: без вентиляционных нарушений – 16 (0,66), со скрытыми нарушениями – 8 (0,34) ($p < 0,05$). В группе II с избыточной массой тела: без вентиляционных нарушений – 5 (0,45); со скрытыми нарушениями – 6 детей (0,55); сравнительно достоверных различий не выявлено. В группе III с избыточной массой тела: детей без вентиляционных нарушений не зарегистрировано; со скрытыми нарушениями – 18 (0,75); с выраженными – 6 (0,25), в сравнении с показателями у больных имеющих нормальную массу тела ($p < 0,05$). В группе здоровых детей не зависимо от массы тела изменений бронхиальной проводимости не выявлено. По предварительным данным, при определении уровня NO и СО увеличены показатели у детей, со скрытыми и явными нарушениями дыхания. Таким образом, в совокупности выявленные повышенные показатели массы тела, уровня NO и СО у детей из группы риска, могут рассматриваться как предикторы формирования БА.

Роль натрийуретического пептида В-типа в патофизиологии, диагностике и оценке прогноза сердечной недостаточности при врожденных пороках сердца у детей

Палий И., Ватаману Э., Ешану В.

Государственный медицинский и фармацевтический университет им. «Николае Тестемицану», Кишинев, Республика Молдова

Цель исследования. Определение роли натрийуретического пептида В-типа в патофизиологии, диагностике, оценке прогноза и степени тяжести синдрома хронической сердечной недостаточности у детей

Пациенты и методы. Исследование проведено у 17 детей с врожденными пороками сердца (системнолегочные шунты), осложненными хронической сердечной и выраженной легочной артериальной гипертензией. Группу сравнения составили 10 здоровых детей, имеющих функциональные сердечные шумы.

Результаты. Средний уровень натрийуретического пептида В-типа у пациентов основной группы более чем в 20 раз превышал таковой у практически здоровых детей и был равен $3159,65 \pm 625,26$ пг/мл ($p < -0,001$). Концентрация нейропептида у трех впоследствии умерших пациентов была значительно выше, чем у выживших ($5386,67 \pm 2242,18$ и $2682,43 \pm 565,03$ пг/мл соответственно).

Выводы. Таким образом, была подтверждена средней степени выраженности корреляционная связь между уровнем нейропептида и функциональным классом сердечной недостаточности по классификации NYHA и некоторыми гемодинамическими и функциональными параметрами пациентов.

Современное течение острой внебольничной пневмонии у детей

Парфёнова И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Пневмония – распространенное заболевание со сложным прогнозом и актуальная причина смертности детей разного возраста в мире. Заболеваемость пневмонией составляет 20–40/1000 детей до 3 лет и 5–8/1000 детей старше 3 лет.

Цель работы – дать характеристику современного течения острой внебольничной пневмонии у детей и ее стартового лечения.

Пациенты и методы. Проведен анализ анамнестических, клинических, рентгенологических данных, а также предшествующей госпитализации антибактериальной терапии у 70 пациентов, госпитализированных в пульмонологическое отделение УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в возрасте от 8 до 17 лет.

Результаты. Во всех случаях пациенты были госпитализированы в соответствии с показаниями после неудачной амбулаторной терапии. В среднем, госпитализация осуществлена на 7-е сутки от начала пневмонии. У всех детей имелись симптомы ОРВИ. Антибиотики амбулаторно получали 42,9%. Чаще в качестве стартовых применялись β-лактамы, реже – макролиды. Так, из получавших антибиотики, у 27,1% – применялись аминопенициллины, у 24,3% цефалоспорины, у 5,7% – макролиды, у 11,4% – принимали курсы аминопенициллина и цефалоспорина и у 1,4% – цефалоспорина и макролида и аминопенициллина и макролида.

У всех обследованных при поступлении наблюдался кашель: сухой у 62,9%, влажный – у 37,1% пациентов. В начале заболевания у всех детей отмечалась лихорадка, которая сохранялась и при госпитализации. При аускультации хрипы выслушивались у 44,3% пациентов, хрипы и ослабление дыхания – у 18,2%, ослабление дыхания – у 3,8%. Отсутствие очаговой симптоматики имело место у 6,7% детей. Рентгенологическое распределение пневмонии по морфологии: очаговая пневмония (62,9%), сегментарная – у 32,9%, полисегментарная – у 4,3%. В большинстве случаев пневмония имела неосложненное течение – 92,3%. Осложненная пневмония наблюдалась у 7,7%. Длительность госпитализации составила 14 дней.

Стартовыми препаратами чаще были цефалоспорины III поколения 61,4%, у 15,7% – аминопенициллины, у 11,4% – аминогликозиды и у 21,4% – макролиды.

Выводы. В начале заболевания кашель и лихорадка наблюдается у 100%, очаговые симптомы поражения легких – у 93% из них. Преобладает очаговая и сегментарная пневмонии. Самыми частыми осложнениями при пневмонии являются плевриты и ателектазы. Препаратами выбора для стартовой антибактериальной терапии являются цефалоспорины III поколения.

Организация наблюдения за детьми с патологией печени

Первишко О.В., Баум Т.Г., Соболева Н.Г., Бевзенко О.В., Леденко Л.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар; Специализированная клиническая детская инфекционная больница, Краснодар

Отсутствие четких регламентированных протоколов по тактике терапии и диспансеризации детей с патологией печени обуславливает необходимость постоянного контроля, как участковой педиатрической службой, так и врачами стационара.

Цель: оценить результаты диспансерного наблюдения за детьми с патологией печени в ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница» г. Краснодара за период 2009–2013 г.

Пациенты и методы. За указанный период было осмотрено 2512 детей из районов и городов края. В полном объеме использовалась лабораторная диагностика: общий анализ крови, биохимия крови, ИФА, avidность антител, ПЦР-диагностика на основные виды гепатитов, сонографическое обследование печени и желчевыводящих путей. При отсутствии необходимых обследований, в частности, определение генотипа вируса, определение стадии аутоиммунного процесса, наличие или отсутствие фиброза печени, пациенты направлялись в Детский диагностический центр ДККБ г. Краснодара. Консультации врачей-специалистов (невролог, гастроэнтеролог, хирург, гематолог и др.) осуществлялись в том же лечебном учреждении.

Результаты. За указанный период первичные обращения составили 35,5%, оставшиеся носили повторный характер. При первичном обращении проводилось полное клинико-лабораторное обследование, что позволяло определиться с диагнозом и необходимым объемом лечебных и диспансерных мероприятий. При первичном обращении количество детей, направленных на госпитализацию составило 6,2%, а большинство пациентов принимались амбулаторно. Количество осмотренных детей за 2013 г. составило 613 (24,4%) детей, что в три раза превышает число консультаций 207 (8,2%) в 2009 г. Число пациентов мужского пола (62,7%) преобладает, по характеристике возрастного аспекта наблюдаемых, большую часть составляют дети до 12 мес (53,5%), 1–5 лет (12,9%), 6–10 лет (7,2%) и 11–18 лет (26,4%). Пациентов, направленных на консультативный прием, разделяли по территориальному признаку, наибольшее количество детей направлялись из г. Краснодара и составило 79%.

Выводы. Таким образом, дети с патологией печени получили полное клинико-лабораторное обследование, длительное динамическое наблюдение, проведение противорецидивных мероприятий, отбор пациентов для последующих этапов реабилитации.

Метод оценки риска развития холестеатомы при перфоративных средних отитах в детском возрасте

Петрова Л.Г.¹, Майсюк М.М.²

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь;

²Республиканский научно-практический центр оториноларингологии, Минск, Республика Беларусь

Развитию холестеатомы в детском возрасте предшествуют как перфоративные, так и неперфоративные формы среднего отита. Выявление перфоративных форм среднего отита, постановка на диспансерный учет, ведение наблюдения, своевременное хирургическое лечение данной категорией пациентов дает положительные результаты: снижается риск внутричерепных осложнений, дает больший выбор в тактике хирургического лечения.

Проведенная нами работа по изучению факторов, влияющих на формирование холестеатомы в детском возрасте, позволила выделить наиболее уязвимую и непредсказуемую группу пациентов по развитию данного заболевания – это дети с неперфоративными формами среднего отита. Неперфоративный средний отит – это наиболее распространенная форма среднего отита в детском возрасте. С данной патологией достаточно часто встречается не только врач-оториноларинголог, но и врач-педиатр. Своевременно оценить риск развития холестеатомы у данных пациентов достаточно сложно. Мы предлагаем дифференцированно подойти к сбору жалоб и анамнеза заболевания, считая данный начальный этап основополагающим для выявления групп риска по развитию холестеатомы. С этой целью нами разработан перечень факторов риска с балльной системой оценки, который необходимо использовать при сборе жалоб и анамнеза заболевания. Что позволяет оптимизировать работу врача и своевременно решить вопрос необходимости дальнейшего наблюдения и обследования пациента с неперфоративным средним отитом у узкого специалиста. Таким образом, дети из группы высокого риска направляются на обследование (клиническое, аудиологическое, рентгенологическое). Результаты обследования так же оцениваются по предложенной схеме (перечень факторов риска с указанием соответствующих баллов) и уже на данном этапе врач-оториноларинголог определяет необходимость стационарного или амбулаторного лечения пациента с неперфоративным средним отитом, что является залогом проведения раннего профилактического лечения холестеатомы среднего уха, в том числе хирургического.

Предложенный метод позволит без привлечения дорогостоящих и трудоемких затрат снизить вероятность возникновения холестеатомы у пациентов детского возраста, определив риск ее развития при неперфоративных средних отитах, тем самым целенаправленно наблюдать и лечить пациентов с неперфоративными средними отитами из группы высокого риска.

Технологии искусственного интеллекта в диагностике различных клинических форм перинатального поражения центральной нервной системы

Пиянзин А.И.¹, Жилин С.И.², Шайдунов А.А.², Шатохин А.С.³, Ивченко Е.В.⁴, Федоров А.В.¹, Акинина З.Ф.⁴, Жукова Е.Н.⁴, Сапкина М.Р.⁴

¹Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул;

²Алтайский государственный университет, Барнаул;

³Алтайский государственный технический университет им. И.И.Ползунова, Барнаул;

⁴Алтайская краевая клиническая детская больница, Барнаул

Новым и перспективным направлением современной медицины являются методы анализа клинических данных с помощью технологий искусственного интеллекта.

Цель работы: оценка возможности использования технологий искусственного интеллекта в диагностике различных клинических форм перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС).

Пациенты и методы. Строилась система принятия диагностических решений на основе информации клинических данных о новорожденном в первые дни после рождения, течения беременности и родов матери. Было 39 параметров, из них 32 качественных и 7 количественных. Количество новорожденных с ППЦНС – 970, группа сравнения – 1294. На гематологическом анализаторе Sysmex XT-2000i (Sysmex Corporation, Япония) определяли 30 параметров крови у 187 доношенных новорожденных и 47 без данной патологии (возраст 4–7-й день после рождения). Выделены 4 клинические формы ППЦНС: 1 – гипоксически-ишемическое, 2 – гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС, 3 – натальная спинальная травма, 4 – натальная краниоспинальная травма, 5 – группа сравнения. Для постановки компьютерного диагноза использовались автоматизированные искусственные нейронные сети.

Результаты. На первом этапе проводилось исследование исходной информации при помощи методов классического статистического анализа. В результате были выделены статистически значимые различия симптомов. Проведено сокращение входного вектора без потери информативности. На втором этапе значимые симптомы обрабатывались искусственными нейронными сетями. Результаты работы нейронных сетей по клиническим данным были следующими (безошибочность, %): гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы – 75; гипоксически-геморрагическое поражение центральной нервной системы – 93; натальная спинальная травма – 78; натальная краниоспинальная травма – 89; отсутствие перечисленных выше диагнозов – 94. Искусственные нейронные сети по данным гематологического анализатора в процессе обучения показали 100%-ю точность, специфичность и чувствительность, а на тестовой выборке точность диагноза составила 87%, специфичность – 71%, чувствительность – 91%.

Выводы. Показано, что используемые нами нейросетевые диагностические системы позволяют с близким к оптимальному соотношением чувствительности и специфичности прогнозировать и определять у новорожденных клиническую форму ППЦНС.

Социальные аспекты грудного вскармливания

Полякова Т.А., Жамлиханов Н.Х., Полякова Е.Ю.

Городская клиническая больница №1, Чебоксары;
Чувашский государственный университет
им. И.Н.Ульянова, Чебоксары

Активная поддержка и поощрение грудного вскармливания детей раннего возраста – неотъемлемая часть многих социальных целевых программ здравоохранения.

Цель исследования. Изучить социальные аспекты грудного вскармливания: состояние психосоматического здоровья кормящих матерей, определить информативную грамотность матерей, а также спектр проблем, возникающих при кормлении грудью, и предложить способы их решения

Пациенты и методы. Проведено анкетирование 530 женщин, родивших здоровых детей, не нуждающихся в специальном питании и лечении, находящихся в роддоме на этапе совместного пребывания по системе «мать–и–дитя». Опрос имел социальную направленность и проводился перед выпиской из родильного дома на участок в детскую поликлинику.

Результаты. Среди опрошенных матерей во время беременности стационарное лечение по поводу гестозов, пиелонефритов, артериальной гипертензии, гестационного сахарного диабета и другой патологии проводилось у 48% (254) женщин и каждая пятая (20,3%) имела проявления острых респираторных заболеваний. Большинство (92%) женщин считали себя «абсолютно здоровыми», беременность у них развивалась «нормально» и никакой угрозы состоянию плода не представляла. Успешное становление лактации у женщины зависит и от первого прикладывания к груди: в родзале 84% (445) детей были приложены к груди матери, причем, противопоказания к раннему прикладыванию в 2 раза чаще были со стороны матери 10,9% (58), чем у ее новорожденного ребенка 5,1% (27). 17% (90) женщин не посещали школу матерей, где специалистами даются основы успешного грудного вскармливания. Многие мамы не готовы к проблемам становления лактации, в 13,4% (69) случаях незамедлительно кормили ребенка смесью и не пытались решить проблемы грудного вскармливания. Большой процент матерей не считают опасным для плода наличие вредных привычек. Курение отмечено у 14% (74) женщин и употребление алкоголя даже в небольших дозах не считали пагубным 9% матерей. После проведенных бесед лишь половина женщин решили отказаться от вредных привычек.

Заключение. По результатам проведенной работы в учреждении создана программа «Проблемы молодых родителей», создан круглосуточный пост инструкторов по

грудному вскармливанию, своевременно решаются проблемы лактации, даются рекомендации по сохранению грудного вскармливания в дальнейшем. Это позволило повысить количество новорожденных на грудном вскармливании с 81% в 2006 г. до 96% в 2015 г.

Частота агрессивной ретинопатии у детей с ЭНМТ

Полякова Т.А., Жамлиханов Н.Х., Чернова Ю.Г.

Городская клиническая больница №1, Чебоксары

Ретинопатия недоношенных занимает лидирующее положение среди причин детской слепоты и слабовидения.

Цель исследования. Изучить степень выраженности изменений глазного дна детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), рожденных в перинатальном центре БУ «Городская клиническая больница №1» города Чебоксары.

Пациенты и методы. Было осмотрено 39 детей с экстремально низкой массой тела (средняя масса тела пациентов составила 734 ± 58 г, средний гестационный возраст – $26,1 \pm 0,8$ нед). Осмотр проводился с помощью ретиальной педиатрической камеры RetCam 3.

Результаты. Среди осмотренных детей у 13 развилась ретинопатия недоношенных I стадии, что составляет 33%, 8 детей – ретинопатия недоношенных II стадии (21%), 3 детей – ретинопатия недоношенных III стадии, допороговая – 8%. У 6 детей – ретинопатия недоношенных III стадии, пороговая – 15%. У 2 детей – задняя агрессивная форма ретинопатии, что составило 5%. 7 детей выписались с незрелостью сетчатки – 18%. Среди детей с I, II и допороговой III стадией заболевания (24 ребенка – 61,5%), произошел самопроизвольный регресс. Транспупиллярная лазерная коагуляция сетчатки проведена 8 детям (20,5%). У детей с ретинопатией III степени были выявлены факторы перинатального риска, среди которых тяжелая асфиксия при рождении составила 27%, нарушения перфузии головного – 32%, респираторная поддержка в режиме ВЧ-ИВЛ – 16% и БЛД – 11%.

Заключение. На этапе реабилитации необходимо выделение группы высокого риска по ретинопатии у недоношенных детей с ЭНМТ, офтальмологическое обследование по индивидуальному плану для выявления ранних стадий этого заболевания и проведения активной консервативной терапии, своевременное выполнение лазерной коагуляции сетчатки для предотвращения отслойки.

Сравнительная оценка предикторной способности модифицированной шкалы оценки тяжести новорожденных SOFA и шкалы NEOMOD

Попова И.Н.¹, Тюкавина С.П.¹, Боронина И.В.²

¹Воронежская областная детская клиническая больница №1;

²Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко

В настоящее время сохраняется актуальность объективизации тяжести состояния новорожденных, находящихся на лечении в отделениях интенсивной терапии. Год от года увеличивается количество шкал, предлагаемых для оценки степени тяжести новорожденных. В 2008 г. J. Janota et al. была предложена шкала NEOMOD, в 2009 г. А.Н.Шмаков адаптировал для новорожденных используемую у взрослых шкалу SOFA.

Целью данного исследования было сравнение предикторной способности указанных шкал в предсказании летального исхода у новорожденных.

Пациенты и методы. У 577 новорожденных, последовательно поступивших в отделение реанимации областной детской клинической больницы №1 г. Воронежа с января 2014 г. по июнь 2015 г., тяжесть состояния при поступлении была оценена, используя шкалы SOFA и NEOMOD. Из 577 новорожденных 391 (67,8%) родились недоношенными, из них 104 (26,65) ребенка имели массу тела при рождении менее 1000 грамм. Летальный исход наступил у 46 (7,9%) пациентов в среднем на $29,5 \pm 32,3$ (2,5–123) день. Среди умерших экстремально низкую массу тела имел 21 (45,7%) ребенок.

Результаты. Тяжесть состояния при поступлении, оцененная по шкале SOFA, в группе выживших детей составила $11,95 \pm 0,18$ баллов, а в группе умерших $12,67 \pm 0,51$ баллов ($p = 0,35$). Тяжесть состояния при поступлении по шкале NEOMOD в группе выживших составила $4,23 \pm 0,07$ балла, а в группе умерших $6,24 \pm 0,25$ ($p = 0,0001$). Обращает на себя внимание тот факт, что средняя оценка по шкале SOFA у выживших детей в 2015 г. была выше, чем в 2014 году: $12,62 \pm 0,22$ и $11,95 \pm 0,18$ соответственно ($p = 0,02$), в то время как в группе умерших столь явных различий не было выявлено: $14,13 \pm 0,70$ и $13,20 \pm 0,52$, соответственно ($p = 0,29$). Различий в тяжести состояния детей, поступивших в 2014 и 2115 гг., при оценке по шкале NEOMOD ни в группе выживших ($4,01 \pm 0,10$ и $3,92 \pm 0,13$, соответственно, $p = 0,58$) ни в группе умерших детей ($6,2 \pm 0,28$ и $6,33 \pm 0,52$, соответственно, $p = 0,86$) зафиксировано не было. При исследовании корреляционных связей в общей когорте детей установлено, что в группе умерших имела место положительная корреляция оценки тяжести по шкалам SOFA и NEOMOD с $r = 0,3856$ ($p = 0,008$), как и в группе выживших, где коэффициент корреляции составил $r = 0,301$ ($p = 0,0001$).

Выводы. Шкала NEOMOD более надежно, по сравнению с модифицированной шкалой SOFA, предсказывает летальный исход у новорожденных в критическом состоянии.

Некоторые механизмы формирования функциональной диспепсии в детском возрасте

Пошехонова Ю.В., Махмутов Р.Ф.

Национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк, Украина

В настоящее время диагностика и лечение функциональной диспепсии (ФД) вызывают значительные трудности, поскольку многие стороны патогенеза заболевания, особенно в детском возрасте, остаются недостаточно ясными и требуют дальнейшего исследования.

Цель. Изучение механизмов формирования ФД у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 134 ребенка с ФД в возрасте от 5 до 15 лет, 62 ребенка с хроническим гастродуоденитом такого же возраста (первая контрольная группа), 30 здоровых дети – такой же возрастной категории (вторая контрольная группа). Диагностика ФД проводилась в соответствии с Римскими критериями II. Клинико-лабораторно-инструментальное обследование включало изучение наличия стигм дисгении соединительной ткани (ДСТ) и дизэмбриогенеза (ДЭ), психологического типа лица по шкалам Айзенка Х.Д. и Спилберга Ч.Д., исходного вегетативного тонуса по А.М.Вейну с вычислением вегетативного индекса Кердо, ФЭГДС с уреазы тестом и внутрижелудочной рН-метрией, УЗИ органов брюшной полости, ирригографию (по показаниям), исследование в сыворотке крови уровней гистамина, серотонина по методу Л.Я.Прошиной (1981 г.), кортизола и инсулина методом ИФА.

Результаты. Было определено, что в детском возрасте преобладает дискинетический вариант ФД ($47,8 \pm 4,3\%$, неспецифический – $34,3 \pm 4,1\%$, язвенноподобный – $18,0 \pm 3,3\%$), частота язвенноподобного варианта с возрастом растет (с $10,5 \pm 7,0\%$ у детей 5–7 лет до $27,1 \pm 5,8\%$ у подростков, $p \leq 0,05$). Фенотип $88,0 \pm 2,8\%$ больных с ФД характеризовался наличием стигм ДСТ и ДЭ, при этом 6 и больше признаков ДСТ и ДЭ имели $37,3 \pm 4,0\%$ детей, преимущественно больные язвенноподобным вариантом ($41,7 \pm 10,1\%$, $p \leq 0,01$). Вегетативная дисфункция в виде гиперсимпатотонии и гиперпарасимпатотонии с преимуществом ваготонии, отклонения психоэмоционального статуса и гиперинсулинемия ($16,4 \pm 1,6$ мМЕ/л, $p \leq 0,02$) были у всех больных на ФД, в $89,6 \pm 2,6\%$ детей они сопровождалась гипергистаминемией ($0,08 \pm 0,01$ мкл/мл, $p \leq 0,05$) и гиперсеротонинемией ($0,107 \pm 0,01$ мкл/мл, $p \leq 0,05$), что может свидетельствовать о роли этих патогенетических звеньев в реализации ФД. Содержание кортизола в сыворотке крови при ФД было в пределах нижней границы нормы ($368,1 \pm 35,2$ нМоль/л), а повышен он был только у больных с язвенноподобным вариантом ($510,3 \pm 25,8$ нМоль/л, $p < 0,1$).

Заключение. Таким образом, для реализации функциональной диспепсии в детском возрасте нужно соединенное влияние нескольких патогенетических механизмов: изменение психологического типа лица, вегетативная дисфункция, гиперинсулинемия, гипергистаминемия и гиперсеротонинемия.

Маловесные к сроку гестации: новые подходы к оценке физического развития новорожденных детей

Прилуцкая В.А., Анкудович А.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

В настоящее время отмечается увеличение интереса к детям, родившимся с задержкой внутриутробного развития, что связано с сохраняющейся высокой частотой этой патологии среди младенцев и новыми методами оценки состояния новорожденного. Маловесными к сроку гестации считаются дети, имеющие недостаточную массу тела по отношению к их гестационному возрасту [Володин Н.Н., 2011].

Цель: проанализировать особенности физического развития (ФР) новорожденных в зависимости от пола и гестационного срока, закономерности распределения маловесных новорожденных с учетом Z-score массы тела.

Пациенты и методы. Проанализированы показатели ФР 331 доношенных новорожденных (мальчиков 178 (53,8%), девочек 153 (46,2%)), рожденных и/или получавших лечение в педиатрических отделениях ГУ РНПЦ «Мать и дитя» в период с ноября 2014 по март 2015 гг. Проводили анализ прямых (длина и масса тела, окружности головы и груди) и производных показателей (ИМТ, Z-score массы тела), рассчитанных с помощью антропометрического калькулятора программы WHO Anthro 3.2.2. Все новорожденные рождены от одноплодной беременности, не имели отечного синдрома, пороков развития. Состояние детей при рождении оценено как удовлетворительное или средней степени тяжести.

Результаты. Средняя масса тела новорожденных при рождении составила $3232,3 \pm 24,6$ г, длина тела – 51,3 см, окружность груди – 32,8 см, окружность головы – 34,2 см, ИМТ – 12,1 кг/м². С учетом гестационного возраста масса тела была у детей 37 нед $2597,6 \pm 65,1$ г, 38 нед – $2936,3 \pm 83,0$ г, 39 нед – $3463,4 \pm 75,7$ г, 40 нед – $3506,0 \pm 65,0$ г, 41 нед – $3658,0 \pm 165,2$ г. 41 (12,4%) ребенок имел значение Z-score массы тела менее -2σ , частота регистрации маловесных среди мальчиков составила 10,1%, девочек – 15,0%. Детей с Z-score менее -3σ было трое. Внутригрупповой анализ выявил зависимость регистрации низких показателей массы тела от срока гестации: среди детей, рожденных в 37 нед – 37,8%, 38 нед – 19,7%, 39 нед – 7,7%, 40 нед – 5,0%, 41 нед – 0%. 53 (16,0%) ребенка имели значение Z-score массы тела в интервале от $-1,5\sigma$ до $-1,99\sigma$.

Выводы:

1. Среди обследованных новорожденных частота регистрации маловесных детей составила 12,4% с более высоким уровнем у девочек по сравнению с мальчиками (15,0 и 10,1% соответственно).

2. Параметры ФР детей при рождении зависели от срока гестации, отмечалось снижение частоты регистрации Z-score массы тела менее -2σ в интервале с 37 по 41 нед гестации.

3. Программа WHO Anthro 3.2.2 оптимизирует оценку ФР у новорожденных детей.

Прегавидарный индекс массы тела матерей и особенности физического развития новорожденных детей

Прилуцкая В.А.¹, Анкудович А.В.¹, Жидко Д.И.²

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь;

²Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

Ожирение значительно повышает риск патологического течения беременности у женщин и опосредованно влияет на перинатальную заболеваемость и смертность у новорожденных. Аналогичным по вреду воздействию на плод является и недостаточность нутритивного статуса, при которой нарушаются все виды обмена у беременной. Ожирение, как и дефицит массы тела (ДМТ), являются модифицируемыми факторами риска.

Цель: оценить влияние прегавидарного ИМТ (приИМТ) матерей на параметры физического развития (ФР) и его гармоничность у новорожденных детей.

Пациенты и методы. Исследование проведено на базе ГУ РНПЦ «Мать и дитя» (директор Вильчук К.У.). Данные анамнеза матерей и развития детей получены в результате клинических осмотров, опроса матерей и выкопировки результатов обследования из медицинской документации: форма 096/у «История родов», форма 113/у «Обменная карта», форма 097/у «История развития новорожденного». Группу наблюдения составили 130 доношенных (мальчиков – 75 (57,7%), девочек – 55 (42,3%)), рожденных 2014–2015 гг. Гармоничность ФР новорожденных оценена с использованием коэффициента гармоничности (КГ). Гармонично развитыми считали детей, у которых КГ находится в пределах $22,5 \div 25,5$ кг/м³ [Грищенко В.И. и соавт., 1990]. Данные статистически обработаны с использованием Microsoft Excel.

Результаты. Младенцы были разделены на четыре группы соответственно величине приИМТ матерей: I группа – дети, рожденные от матерей с ИМТ до 18,5 кг/м² (ДМТ) – 16 (12,3%), II – $18,5 \div 24,9$ кг/м² – 88 (68,2%), III – $25,0 \div 29,9$ кг/м² (избыток массы тела) – 20 (15,4%), IV – 30 кг/м² и более (ожирение) – 6 (4,6%). Выявлено, что антропометрические показатели у детей, рожденных матерями с ДМТ были достоверно ниже, средняя масса тела составила 2785 ± 145 г, длина тела $52,06 \pm 1,74$ см. ФР рожденных матерями с ожирением оценивалось как высокое – 4205 ± 309 г и $55,31 \pm 1,55$ см. Новорожденные из II и III групп наблюдения имели антропометрические характеристики в пределах нормальных значений – 3479 ± 72 г и 3851 ± 167 г соответственно. Среднее значение КГу обследованных детей представлено следующим образом: I группа – $22,5 \pm 2,11$ кг/м³; II – $23,9 \pm 1,84$ кг/м³; III – $24,6 \pm 1,99$ кг/м³; IV – $25,8 \pm 2,06$ кг/м³.

Заключение. Новорожденные от матерей с ДМТ имели достоверно более низкие показатели средней массы и длины тела при рождении. Крупновесные к сроку гестации дети достоверно чаще встречались у матерей с приИМТ более 30 кг/м². Выявленные взаимосвязи обуславливают важность оценки приИМТ.

Диагностическая значимость показателя NSE-нейронспецифической еналазы в прогнозировании клинического течения сепсиса у детей раннего возраста с инфекционно-токсическим поражением нервной системы

Пулатова Р.З., Шомансуров Ш.Ш.,
Пазылова С.А., Турсунов Ш.Б., Насирова Ш.С.,
Тахтабекова М.Ф., Жалилова Ш.А.

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

Сепсис у детей раннего возраста остается одной из актуальных проблем в педиатрии в связи с высокой летальностью. Весьма актуальным остается разработка критериев прогноза отдаленного исхода заболевания. Нейронспецифические белки, а в частности NSE, являются структурными компонентами клеток нервной ткани и выполняют специфические функции для ЦНС (ферментные, рецепторные, регуляторные, транспортные, модуляторные и др.). Актуально было бы определить диагностическую значимость NSE в прогнозировании сепсиса у детей с инфекционно-токсическим поражением нервной системы.

Цель исследования: определить диагностическую информативность маркера –NSE в прогнозировании клинического течения сепсиса у детей с инфекционно-токсическим поражением нервной системы.

Пациенты и методы. Обследовано 45 больных сепсисом детей в возрасте от 1 мес до 1 года с инфекционно-токсическим поражением нервной системы. Контрольную группу составили 20 здоровых больных аналогичного возраста. Определение NSE в сыворотке крови проводили иммуноферментным методом до и после лечения ребенка в стационаре.

Результаты. Полученные данные указывают на диагностическую значимость NSE в прогнозировании течения сепсиса у детей с инфекционно-токсическим поражением нервной системы, и является перспективным специфичным маркером повреждения нейронов в определении степени тяжести патологических процессов, характерных для поражения ЦНС. Динамичное определение данного маркера, и высокие значения NSE после проведенного лечения в период клинической ремиссии заболевания является неблагоприятным прогностическим признаком отдаленного исхода заболевания.

Перспективные подходы лечения детей с недостаточностью вертебробазиллярной артериальной системы

Пшеничная Е.В., Тонких Н.А.,
Бордюгова Е.В., Дудчак А.П.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Головная боль является наиболее частой жалобой, предъявляемой детьми с вегетативной дисфункцией (ВСД). Один из механизмов развития цефалгий – нарушение кровотока в бассейне вертебробазиллярной артериальной системы.

Недостаточность вертебробазиллярной артериальной системы (НВБАС) – это обратимое нарушение функции мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения области, питаемой позвоночными и основной артериями.

Цель работы: оценка состояния вертебробазиллярной артериальной системы при цефалгиях у детей с ВСД и оптимизация тактики ведения данных пациентов.

Объект исследования: 88 детей от 7 до 18 лет (50 девочек и 38 мальчиков) с цефалгиями при вегетативной дисфункции.

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные (в том числе ультразвуковая доплерография и триплексное сканирование сосудов головы и шеи, рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами). Самочувствие детей и динамику жалоб оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). При составлении лечебно-реабилитационной программы основное внимание уделялось немедикаментозному воздействию. Все дети были обучены изометрической гимнастике, ознакомлены с движениями, которых следует избегать при нестабильности в шейном отделе позвоночника. Динамику самочувствия оценивали на 3-и сутки терапии и при выписке (15–17-й день лечения).

Результаты. НВБАС (G 45.0) была диагностирована у 67 (76,1%) обследованных детей. При этом, нестабильность шейного отдела позвоночника выявлена у 57 (85,1%) детей, остеоартроз, спондилолистез – у 8 (11,9%) пациентов, ротационный подвывих С1-С2 – у 2 (3,0%) чел. При поступлении степень выраженности цефалгий составила от 3 до 9 баллов (в среднем 6,7 баллов), головокружения от 3 до 8 баллов (в среднем 5,9 баллов), астено-невротический синдром в виде слабости, вялости, плохой переносимости физических нагрузок от 6 до 9 баллов (в среднем 7,5 баллов). На фоне проводимого лечения выраженность цефалгий и головокружения значительно снизилась. Средний балл качественной оценки головной боли согласно ВАШ на третьи сутки составил 3,8 балла, при выписке – 1,7 балла; головокружения – 3,1 и 1,2 балла соответственно. У всех больных улучшилось настроение и переносимость физических нагрузок.

Выводы. Недостаточность ВБАС выявлена у 78,0% детей с цефалгиями при ВСД, что стало основанием для включения в комплексную лечебно-реабилитационную

программу мероприятий по стабилизации состояния шейного отдела позвоночника. В качестве индикатора динамики самочувствия у пациентов с НВБАС целесообразно использовать ВАШ. Включение изометрической гимнастики позволило достигнуть положительного эффекта у всех пациентов и является перспективным методом на всех этапах лечения и реабилитации.

Исходы и принципы дифференцированной терапии бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии

Рахимов К.Б., Барзуев С.Н.

*Городская детская больница,
Канибадам, Республика Таджикистан*

Бронхообструктивный синдром – на сегодняшний день является одним из часто встречающихся заболеваний у детей раннего возраста (от 30 до 50% детей первых трех лет жизни), обусловленный обструкцией бронхиального дерева за счет бронхоспазма и слабо выраженных симптомов интоксикации.

Цель исследования. Клинический анализ гемодинамических нарушений, показатели сатурации крови и оценка эффективности консервативного лечения бронхообструкции у детей раннего возраста в условиях реанимационного отделения соматического профиля.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 90 больных с бронхообструктивным синдромом из них от 1 мес до 1 года 46,7%, от 1 года до 2 лет – 32,2%, с 2 до 3 лет – 21,1%. Длительность обструкции у 81,2% больных длился 3 дня – 219 к/дн, у 18,8% больных – 5 дней (85 к/дн), средняя пребываемость 3,5 к/дн. Среди исследуемых больных поступили с нейротоксикозом – 20%, с ОДН 3-й степени – 24,26,6%.

Результаты. Бронхообструктивный синдром протекал на фоне: перинатальная энцефалопатия и поражение ЦНС отмечалось у 56,6%, экссудативно-катаральный диатез – у 41%, паратрофия – у 18%, кардиопатия – у 12%, ВПС – у 10%, гипотрофия – у 4,5% и болезнь Дауна – у 1,1%. Повторные эпизоды бронхообструктивного синдрома наблюдались у 18,9% больных преобладающие у детей с 1–2 лет – 8,9%, с 1 мес до 1 года – 4,5%, с 2 до 3 лет – 5,8%. Нарушение термодинамики с субфебрильной лихорадкой отмечались у 64,5% и с гипертермией выше 39°C у 35,5% больных. У всех исследуемых больных был выраженный одышка экспираторного характера – у 51,1%, смешанная – у 17,8%. Тахипноэ свыше 90 в минуту отмечалось у 31,1%. Из них 21% случаев отмечалось в возрасте от 5 месяцев до 1 года и 10% с 1 до 2 лет. Аускультативно в легких на фоне ослабленного дыхания прослушивались рассеянные влажные разнокалиберные хрипы, а у детей старшего года преобладали сухие свистящие хрипы. Клинико-рентгенологически у 18,9% больных на 4–5-е дни болезни была выявлена пневмония, у 24,5% – бронхо-

лит, у 37,8% – признаки вздутия легких и повышение прозрачности легочной ткани.

Выводы. Свыше 80% случаев бронхообструктивный синдром встречается у больных имеющих плохой преморбидный фон (перинатальная энцефалопатия, аллергический диатез, паратрофия). При своевременной госпитализации и оказании неотложной и интенсивной терапии острой дыхательной недостаточности обусловленной обструктивным бронхитом можно избежать тяжелых осложнений и летальных исходов.

Прогноз тяжести пневмонии у детей

Рахимов К.Б., Тучиев Б.

*Городская детская больница,
Канибадам, Республика Таджикистан*

В изучении пневмонии имеются определенные достижения. Важнейшими из этих результатов является обоснование первичности инфекционного токсикоза и вторичности дыхательной недостаточности, дифференцирование проявлений токсикоза по степени тяжести. В связи с высокой смертностью ВОЗ рекомендует стандартизировать диагноз пневмонии на основании критериев: кашель, одышка более 50 дыханий в минуту у детей 2–12 мес и более 40 у детей 1–5 лет, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. В.Ф.Шемитов (1978) рекомендует оценивать тяжесть пневмонии и состояние больных по токсикозу.

Цель работы. Разработать критерии прогноза претерминальное и терминальное состояния у детей пневмонией.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 126 больных пневмонией грудных детей: от 1 до 3 мес – 45, от 3 до 6 мес – 39, от 6 до 12 мес – 42 ребенка. Все больные были разделены на четыре группы: первая группа (30 больных), где заболевание протекало с токсикозом 1-й степени; вторая группа (39 больных) – пневмония с Т2; третья группа (34 больных) – с Т3 и благоприятным исходом; четвертая группа (23 больных) – с Т3 и летальным исходом. В последней группе выделены претерминальное и терминальное состояния. Дети, имеющие до 10 баллов, относятся к 1-й группе риска, от 11 до 20 баллов – 2-я группа, больше 20 баллов – 3-я группа риска.

Результаты. Для оптимизации диагностики пневмонии и оценки ее тяжести разработана формула тяжести пневмонии (ТП): $P + O + \Phi + T + ДН$. Физикальные данные БЛС в абсолютном большинстве случаев легкого течения не позволяют подтвердить или исключить пневмонию. Рентгенологически очаговая пневмония с единичными очагами была в 22 случаях, в 7 – с множественными очагами, и лишь в 1 случае она была очагово-сливной односторонней. ДН у этих больных в 2/3 случаев характеризовалась компенсаторной одышкой с ПИ ЧД до 10 в мин, у остальных 1/3 больных – ДН2, ПИ ЧД до 20 в мин. ДН2 в большинстве случаев была обусловлена наличием обструктивного синдрома инфекционно-воспалительного генеза, который быстро купировался под влиянием адекватной антибактериальной терапии.

Таким образом, прогноз пневмонии и исход заболевания является многофакторным. При этом определяющие – исходный уровень здоровья и тяжесть состояния больного. Время начала терапии и характер инфекции, особенно внутрибольничной, – факторы, реализующие темп развития и прохождения стадий тяжести.

Методы диагностики аномалий развития уретерovesикального сегмента у детей

Рахматуллаев А.А., Алиев М.М., Теребаев Б.А., Саттаров Х.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан*

Несмотря на достижения в лечении аномалий уретерovesикального сегмента (УВС), надо отметить наличие недостаточного количества достоверных критериев диагностики и оценки нарушений УВС, а также способов выявления признаков обструкции уродинамики органического, функционального или динамического характера.

Цель исследования. Изучить значение специальных методов исследования в диагностике аномалий развития уретерovesикального сегмента у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 161 детей с аномалиями развития УВС, находившихся на стационарном лечении с 2009 по 2014 гг. Для определения характера обструкции УВС всем больным были проведены специальные методы исследования, включающие УЗИ, трансформационную эхопелоскопию с диуретической нагрузкой, импульсно-волновой доплерометрию мочеточниковых выбросов, экскреторную урографию с катетеризацией мочевого пузыря на время исследования, рентгенокинематографию, гидродилатацию и профилометрию УВС.

Результаты. Для диагностики вариантов нарушений уретерovesикального сегмента нами наряду с рутинными методами исследования использованы специальные методы. С помощью применения этих методов исследования нам удалось выявить характер обструкции УВС на основании оценки признаков расширения чашечно-лоханочной системы и мочеточника, проходимости и его функционального состояния. В зависимости от характера обструкции УВС был установлен диагноз органической обструкции (стеноз внутривезикулярного отдела мочеточника, стеноз интрамуральной части, уретероцеле) у 53 (33%) больных, функциональной обструкции (отсутствие стеноза и рефлюкса при наличии компенсированного мегауретера) у 31 (19%) больных и динамической обструкции (нарушение антирефлюксного механизма УВС) у 77 (48%) больных. Полученные результаты специальных методов исследования способствуют выявлению признаков обструкции уродинамики органического, функционального или динамического характера и служат для разработки дифференциально-диагностических критериев аномалий развития уретерovesикального сегмента.

Таким образом, специальные методы исследования позволяют у детей в любых возрастных группах четко дифференцировать виды нарушений УВС. Это поможет добиться качественно лучших результатов при диагностике и выборе метода лечения данной патологии у детей.

Трансуретральное рассечение уретероцеле у детей

Рахматуллаев А.А., Алиев М.М., Теребаев Б.А., Султанов А.К.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан*

В последнее время при лечении детей с уретероцеле в основном используются эндоскопические методы хирургического вмешательства, в частности различные варианты рассечений уретероцеле.

Цель. Совершенствование эндоскопического лечения интравезикулярной формы уретероцеле у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 46 больных в возрасте от 1 года до 14 лет с интравезикулярной формой уретероцеле. Всем больным проведено трансуретральное рассечение уретероцеле в виде V-образного разреза. Для эндоскопического лечения использовали резектоскопы фирмы «Karl Storz» (Германия) № 10 СН. Эффективность вмешательства после операции оценивали по регрессии мочевого синдрома, УЗИ дистальной части мочеточника, доплерометрии мочеточникового выброса мочи и микционной цистографии.

Результаты. В результате исследований внутривезикулярное уретероцеле солитарного мочеточника было диагностировано у 19 (41,3%) больных, удвоенный мочеточник – у 27 (58,7%) детей. Во всех наблюдениях выявлена внутривезикулярное расположение уретероцеле с размерами от 1 до 3 см. Задержка мочеточникового выброса мочи и отсутствие уменьшения диаметра дистальной части мочеточника в ранние сроки отмечена у 18,5% больных с удвоенным мочеточником, которая требовала выполнение повторной цистоскопии и рассечения через 3 мес. В отдаленные сроки у 15 детей с интравезикулярным уретероцеле солитарного мочеточника и 16 детей с удвоенным мочеточником отмечена стабильная ликвидация мочевого синдрома и отсутствие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). У 9 (19,6%) больных развился ПМР, из которых мочевой синдром сохранялся у 4 (8,7%) детей с внутривезикулярным уретероцеле солитарного мочеточника и у 5 (10,9%) детей с удвоенным мочеточником. Проведенная трансуретральная коррекция по методике HIT1 и HIT2 с помощью водорастворимого биополимера дала положительный результат после однократной инъекции в 66,7% наблюдений, после повторных инъекций – в 33,3% наблюдений. У 6 (13%) больных после восстановления оттока мочи функция пораженного сегмента отсутствовала и требовала проведение геминефруретерэктомия.

Заключение. Разработанный вариант эндоскопического рассечения интравезикальной формы уретероцеле позволяет минимизировать риск возникновения вторичного ПМП за счет адекватной декомпрессии и сохранения максимальной длины внутрипузырного отдела мочеточника.

Выявление избыточной массы тела у детей подросткового периода

Ревенко Н.Е., Долапчиу Е.В.

Государственный медицинский и фармацевтический университет им. Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова

Цель: выявление детей с избыточной массой тела с определением особенностей их физического развития.

Пациенты и методы. Проведено скрининговое обследование 734 детей (366 мальчиков (49,9%) и 368 девочек (50,1%)) в возрасте 10–16 лет (средний возраст – $12,9 \pm 1,8$ лет) среди учеников 4–9 классов. Для решения поставленной задачи проводились измерения роста, массы тела, окружностей талии, бедер, шеи, плеча, были определены индексы ОТ/Р, ОТ/ОБ, а также процент жировой ткани методом биоимпедансного анализа. Избыточная масса тела констатировалась при выявлении у ребенка ИМТ более 85 перцентили для данного пола и возраста.

Результаты. В ходе обследования было выявлено 85 детей с избыточной массой тела, что составило 11,6% от общего числа обследованных детей. Среди них было 45 мальчиков (12,6% всех мальчиков) и 40 девочек (10,6% всех девочек). Для дальнейшего исследования были выделены две группы детей, в I группу включили 85 детей с избытком массы тела, во II группу – 85 детей того же возраста и пола с массой тела в пределах нормы.

Средний возраст детей с нормальным весом и детей с избыточной массой тела составили $12,8 \pm 1,7$ и $12,9 \pm 1,6$ лет соответственно. Рост детей в первой группе составил в среднем $157,5 \pm 11,4$ см, во второй группе – $158,7 \pm 10,1$ см. Средняя масса тела у детей I группы была $63,7 \pm 12,2$ кг ($39,1–98,8$ кг) по сравнению с $46,1 \pm 10,1$ кг ($22–84,2$ кг) во II группе. У 60 детей из I группы (75%) и 3 детей из II группы (3,8%) наблюдался повышенный процент жировой ткани. Окружность талии и бедер у детей с избытком веса составила в среднем $78,9 \pm 8,4$ см и $94,1 \pm 9,1$ см, а у детей с нормальным весом – $64,1 \pm 6,5$ см и $80,9 \pm 8,7$ см соответственно. Индекс ОТ/ОБ был более 0,9 у 17 детей с избытком массы тела, а индекс ОТ/Р составил более 0,5 у 40 детей с избытком массы тела (включая всех детей с повышенным индексом ОТ/ОБ), что показывает наличие абдоминального типа ожирения. Окружность шеи у детей I группы составила $29,0 \pm 2,9$ см, а у детей II группы – $31,2 \pm 2,8$ см. Окружность плеча составила $21,6 \pm 2,9$ см и $26,3 \pm 2,8$ см в I и II группе соответственно.

Выводы. Дети с избыточной массой тела составляют 11,6% всех обследованных детей. При наличии избытка массы тела наблюдается увеличение процента жировой ткани, а также увеличение окружностей шеи, плеча,

тали и бедер, индексов ОТ/ОБ, ОТ/Р. Простота определения данных показателей позволяет использовать их в качестве дополнительных критериев выявления избыточной массы тела совместно с ИМТ.

Влияние β -адреноблокаторов на вариабельность ритма сердца у детей с пролапсом митрального клапана

Романчук Л.В., Ревенко Н.Е.

Государственный медицинский и фармацевтический университет им. Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова

Механизм действия β -адреноблокаторов заключается в высоко специфической конкурентной блокаде β -адренергических рецепторов миокарда, сосудов и других органов и тканей, что приводит к снижению сократимости миокарда, уменьшению артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Цель исследования: изучение влияния β -адреноблокатора (биспролол) на статистические параметры вариабельности ритма сердца у детей с пролапсом митрального клапана (ПМК).

Пациенты и методы. В группу исследования были включены 50 пациентов с ПМК симптоматическим. I группа – 30 детей, которые принимали биспролол 1,25–2,5 мг/24 часа – 1 мес; II группа – 20 детей сопоставимых по возрасту, полу и клиническим признакам, принимали препарат плацебо. Были анализированы: клинические признаки, показатели систолического АД, диастолического АД и ЧСС (при общем осмотре и по результатам анализа Холтер – мониторинг ЭКГ в течение 24 часов с определением параметров вариабельности ритма сердца).

Результаты. Анализ клинических симптомов у детей с ПМК выявил в обеих группах боли в области сердца (90,0%), сердцебиение (88,0%), нарушений ритма сердца (74,0%). Изучение результатов Холтер ЭКГ 24 часа выявило преобладание у детей с ПМК: наджелудочковых экстрасистол 100–1000/24 часа, синусовой тахикардии и наджелудочковых тахикардий в обеих группах ($p > 0,05$). Через 1 мес после лечения в группе детей получавших биспролол отмечено достоверное снижение ЧСС в сравнении с плацебо ($-8,9$; $p < 0,001$), тогда как в значениях АД не было отмечено снижение ($-0,26$; $p > 0,05$). Анализ параметров ЧСС (средних, максимальных и минимальных) по данным Холтер ЭКГ 24 часа через 1 мес в группе (биспролол) отметил: снижение ЧСС максимальной ($-8,74$; $p < 0,01$) и ЧСС средней ($-4,70$; $p < 0,001$), без снижения ЧСС минимальной ($-0,11$; $p > 0,05$).

Динамика показателей вариабельности ритма сердца при Холтер ЭКГ 24 часа выявила снижение PNN50 ($-6,42$; $p < 0,001$) в I группе (биспролол), что характеризует повышенную активность симпатической вегетативной нервной системы у детей с ПМК.

Заключение:

1. Влияние биспролола на основные статистические показатели вариабельности сердечного ритма у пациен-

тов с симптоматическим ПМК позволило снизить показатель PNN50 (-6.42 ; $p < 0,001$) ответственный за активацию симпатической вегетативной нервной системы.

2. Применение бисопролола у детей с симптоматическим ПМК привело к достоверному снижению ЧСС ($-8,9$; $p < 0,001$) по сравнению с плацебо, без влияния на САД и ДАД.

Клинические и функциональные признаки поражения сердца у детей, больных хроническими вирусными гепатитами

Сабитова В.И., Иноятова Ф.И.

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

Цель – изучить структурно-функциональное состояние миокарда у детей с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ).

Пациенты и методы. Обследовано 98 детей с ХВГ (64,3% мальчиков и 35,7% девочек) в возрасте $11,2 \pm 0,6$ лет. Кардиальные изменения выявлены у 66,3%. Этиология вирусного гепатита подтверждалась обнаружением маркеров HBV, HCV, HDV в сыворотке крови методами ИФА, ПЦР. В исследование включены дети с умеренной активностью ХВГ – 33,8% (I группа) и выраженной – 24,6% (II группа). Оценка структурно-функционального состояния миокарда включала ЭКГ в 12 отведениях (BTL-08SD, Великобритания), ЭхоДКГ (Philips HD3, Голландия), определение NT-proBNP в сыворотке крови методом ИФА («BIOMEDICA», США).

Результаты. Изменения на ЭКГ выявлены у 75,3% детей. Синусовые аритмии ($68,7 \pm 7,3$), внутрижелудочковые блокады ($43,7 \pm 9,3$) и нарушение процессов реполяризации ($50,0 \pm 10,3$) регистрировались чаще у детей II группы, в отличие от детей I группы – $36,3 \pm 8,5$; $13,6 \pm 5,8$ и $9,5 \pm 6,5$ соответственно, $p < 0,05$. Перегрузка правого желудочка (ПЖ) ($12,5 \pm 8,2$), гипоксия миокарда ($6,6 \pm 6,6$) и снижение сократимости ($12,5 \pm 8,2$) отмечались только у детей II группы. ЭхоДКГ выявила нарушение диастолической функции у 43,7% детей II группы и у 13,6% детей I группы. Это выражалось в удлинении IVRT ($70,4 \pm 6,9$ и $68,3 \pm 9,4$ соответственно), увеличении соотношения VE/VA ($2,03 \pm 9,6$ у детей II группы и $1,88 \pm 6,5$ у детей I группы). Систолическая функция была нарушена только у детей II группы (12,5%), что подтверждалось снижением ФУ ($29 \pm 8,2$ у детей II группы и $34 \pm 8,1$ у детей I группы). Изменение геометрии сердца выражалось в незначительном увеличении КДР ЛЖ ($46,3 \pm 1,66$ мм у детей II группы и $37,2 \pm 2,08$ мм – I группы, $p < 0,01$). У 24,6% больных II группы также отмечалось увеличение объема ПЖ у 16,9% и гипертензия в легочной артерии у 10,8% (ДЛАСр = $41,5 \pm 1,66$ мм рт. ст. у детей II группы и $29,4 \pm 1,86$ мм рт. ст. – I группы, $p < 0,001$). Отмечалось нередкое отсутствие клинических признаков сердечной недостаточности на фоне указанных изменений показате-

лей сердечного цикла. Уровень NT-proBNP был достоверно выше во II группе детей – $108,22 \pm 15,76$ и $86,32 \pm 12,35$ пг/мл соответственно.

Заключение. Исследованием установлено поражение миокарда у детей, тяжесть которого зависела от активности ХВГ с преобладанием диастолической дисфункцией сердца (57,3%). Повышение концентрации NT-proBNP свидетельствовало о повышении преднагрузки на сердце, тем самым указывая на риск развития застойной сердечной недостаточности.

Репродуктивное здоровье и качество жизни девушек-подростков в условиях реализации принципов «Клиники, дружественной к молодежи»

Саламатова Т.В., Мещеряков В.В.

Сургутский государственный университет

Цель. Оценить эффективность внедрения принципов «Клиники, дружественной к молодежи» (КДМ) в деятельность отделения медико-социальной помощи подросткам (ОМСПП) детской поликлиники по повышению уровня репродуктивного здоровья девушек и их качества жизни (КЖ).

Пациенты и методы. На первом этапе проведено сплошное когортное сравнительное ретроспективное исследование, куда были включены все девушки 15–17 лет на территории обслуживания поликлиники №2 г. Сургута, где с 2006 г. реализуются принципы КДМ. Исследовалась динамика числа случаев беременности и аборт на 1000 девушек 15–17 лет за период с 2006 по 2015 гг. На 2-м этапе проведено одномоментное выборочное сравнительное исследование – анкетирование девушек 15 и 17 лет из КДМ (подгруппы А1 и А2, 98 и 102 человека соответственно) и ОМСПП со стандартным регламентом работы (подгруппы Б1 и Б2, 50 и 54 человека соответственно). Первая часть анкеты включала вопросы, позволяющие оценить уровень знаний по репродуктивному здоровью, вторая – для оценки КЖ (русифицированная версия MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Статистическая обработка проведена методами углового преобразования Фишера, Манна-Уитни, χ^2 и ранговой корреляции.

Результаты. Результатом деятельности ОМСПП в области охраны репродуктивного здоровья девушек явились снижение у них частоты случаев беременности и абортов. При этом установлен высокий уровень сопряженности числа случаев беременности и абортов на 1000 девушек 15–17 лет с динамикой основных объемных показателей, характеризующих уровень охвата лечебно-диагностической и психологической помощью ($\chi^2 = 193,4$ для случаев беременности, $\chi^2 = 153,6$ для случаев абортов; $p < 0,001$ в обоих случаях). Установлено отсутствие статистически значимых различий ($p > 0,05$) между показателями КЖ и уровнем знаний по репродуктивному здоровью в подгруппах А1 и Б1. Нами установлен статисти-

чески значимый ($p < 0,01$) рост всех составляющих КЖ, кроме физического функционирования, и уровня знаний (при сравнении подгрупп А1 и А2) в то время как между подгруппами Б1 и Б2 различия оказались недостоверными ($p > 0,05$). Между уровнем знаний в целом по всем вопросам первой части анкеты и интегральным показателем КЖ установлена прямая сильная и статистически значимая связь ($r = 0,81$; $p < 0,05$).

Заключение. Внедрение в деятельность ОМСПП детской поликлиники принципов КДМ позволяет сократить частоту случаев беременности и аборт у подростков-девушек и повысить их КЖ.

Современный алгоритм профилактики тугоухости у детей раннего возраста с аденоидами, перенесших острый средний отит

Сапожников Я.М., Мхитарян А.С.

Научно-клинический центр оториноларингологии, Москва

Острый средний отит (ОСО) является одним из самых распространенных заболеваний детского возраста. ОСО переносят к 3-летнему возрасту – 71–74% детей. Отмечено, что чем меньше возраст ребенка, тем чаще острое воспаление среднего уха носит двусторонний характер.

Проблема тугоухости, которая развивается после ОСО, особенно актуальна у детей раннего возраста, т.к. первые 2–3 года жизни ребенка являются «критическим возрастом» по развитию речи.

Определенная сложность диагностики заболевания у этой категории больных с ОСО, неадекватность жалоб, развитие нарушений слуха во время ОСО и часто после клинического выздоровления и вторично возникающие в этой связи нарушения речи ведут к задержке интеллектуального и эмоционального развития ребенка.

Установлено что дисфункция слуховой трубы является основной причиной кондуктивной тугоухости особенно в детском возрасте.

В свою очередь к дисфункции слуховой трубы приводят патологические процессы в носоглотке, такие как гипертрофия аденоидных вегетаций, хронический аденоидит, гипертрофия трубных миндалин, патологический рефлюкс, аллергический риносальпингит и др.

Всего было обследовано 264 ребенка в возрасте от 1 года до 3 лет. Обследовались дети, которые находились на стационарном лечении (176 детей), а также лечились амбулаторно (88 детей).

Алгоритм обследования детей раннего возраста, перенесших острый средний отит включает: сбор анамнеза; ЛОР осмотр; аудиологическое обследование объективными методами; исследование носоглотки (рентгенография, эндоскопическое обследование с использованием оптики); консультация логопеда, сурдопедагога для выявления и установления характера нарушений речи.

Разработанный нами алгоритм обследования детей раннего возраста, перенесших острый средний отит, с ис-

пользованием современного аудиологического и эндоскопического оборудования, позволяет своевременно и точно определить причины, приводящие к ОСО, снижению слуха, связанному с патологией носоглотки, и соответственно подобрать оптимальную в каждом конкретном случае схему лечения, исключив в дальнейшем развитие стойкой тугоухости и сократить до минимума необходимость операции шунтирования барабанной полости, а также обеспечить гармоническое речевое развитие ребенка.

Показатели красной крови у детей с крупной и низкой массой тела при рождении

Сапотницкий А.В., Сукало А.В., Прилуцкая В.А., Горячко А.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Для новорожденных детей, как крупно-, так и маловесных, характерен более высокий риск нарушений адаптации на первом году жизни, что может находить отражение в изменении показателей общего анализа крови.

Цель исследования – выявить особенности показателей красной крови у детей с крупной и низкой массой тела при рождении.

Пациенты и методы. В исследование было включено 42 крупновесных ($4340,0 \pm 292,7$ г) и 35 маловесных детей ($2410,3 \pm 230,1$ г). Контрольную группу составили 47 детей с нормальной массой тела при рождении ($3380,0 \pm 247,5$ г). Общий анализ крови выполнен в 1 и 3 месяца жизни. Для расчетов использован пакет программ «Statistica 7.0». Данные представлены в виде средних значений и стандартной ошибки среднего.

Результаты. В возрасте 1 месяца жизни у крупновесных детей выявлены были достоверно более низкие ($p = 0,03$) концентрации эритроцитов: $3,9 \pm 0,5 \times 10^{12}/л$ против $4,3 \pm 0,5 \times 10^{12}/л$. Концентрация гемоглобина имела тенденцию к снижению – $129,6 \pm 14,6$ г/л и $136,6 \pm 13,5$ г/л соответственно. Не было отличий в показателях гематокрита: $39,3 \pm 3,4\%$ и $39,2 \pm 4,0\%$ соответственно. Выявлены более высокие ($p = 0,029$) показатели среднего объема эритроцитов (MCV): $100,3 \pm 10,3$ фл против $91,8 \pm 5,6$ фл у детей группы контроля. В 3 месяца жизни у крупновесных достоверно ниже уровень эритроцитов ($3,7 \pm 0,4 \times 10^{12}/л$ против $4,1 \pm 0,3 \times 10^{12}/л$, $p = 0,03$) и гематокрита ($30,83 \pm 1,57$ против $34,54 \pm 2,03\%$, $p = 0,002$). Не было отличий в концентрациях гемоглобина, MCV, MCH.

У маловесных детей в 1 месяц жизни выявлены достоверно более низкие показатели гемоглобина ($106,1 \pm 33,4$ против $136,6 \pm 13,5$ г/л, $p < 0,001$). Не было отличий в концентрациях эритроцитов ($4,8 \pm 3,4 \times 10^{12}/л$ и $4,3 \pm 0,5 \times 10^{12}/л$), MCV ($85,2 \pm 24,9$ и $91,8 \pm 5,6$ фл); MCH ($31,4 \pm 1,4$ пг и $31,9 \pm 1,8$ пг). Схожая картина наблюдалась у маловесных детей и в 3 месяца жизни. Были достоверно ниже ($p = 0,04$) концентрации гемоглобина: $112,0 \pm 12,6$ г/л про-

тив $121,9 \pm 8,2$ г/л. Не отличались показатели содержания эритроцитов: $4,0 \pm 0,5 \times 10^{12}/л$ и $4,1 \pm 0,3 \times 10^{12}/л$ соответственно, MCV: $83,7 \pm 8,8$ и $80,6 \pm 8,2$ фл, MCH: $30,2 \pm 2,7$ и $29,7 \pm 1,8$ пг.

Выводы. Выявленные особенности гематологических показателей у детей с различной массой тела при рождении в течение первых трех месяцев жизни обуславливают важность мониторинга показателей красной крови у этих категорий младенцев.

Вычислительные подходы в разработке интегральной шкалы оценки детей с неотложными состояниями

Сафаров З.Ф., Хакимов Д.П., Умарова З.С., Касымова Н.А., Шоикрамов Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Оценочные шкалы необходимы для принятия решения о тактике ведения больного. Одна из проблем – различная эффективность способов начисления баллов и вычисления диагностического решения. Общий балл не указывает на то, какая именно система пострадала и степень поражения ее. Наблюдается стремление к увеличению количества параметров, и максимально большей детализации. В отношении благоприятного исхода специфичны 90%. По прогнозу смерти чувствительны в 50–70%.

Цель. Определение эффективности вычислительных подходов интегральной шкалы раннего оповещения и сортировки

Пациенты и методы. Нами была предпринята попытка разработки оценочной шкалы для детей, поступающих в экстренное отделение. В ней были определены параметры основных жизненных функций по анатомо-физиологическим системам и эффектам мероприятий экстренной медицинской помощи. Проверены несколько вычислительных подходов (экспертная оценка, метод Вальда, термодинамические функции, регрессионные уравнения, степень корреляции). Принятие решение предусматривалось на каждом этапе оценки и в итоговом вычислении. Были рассчитаны чувствительность и специфичность, а также точность прогноза.

Результаты. Чувствительность тестов находились в пределах от 83 до 90%, специфичность от 65 до 75%, точность прогноза 0,86–0,92. Причем лучшие результаты были получены при использовании метода экспертной оценки и применении термодинамических функций.

Выводы. Разработанная нами шкала может служить основой для разработки эффективного универсального подхода вычислительной диагностики.

Влияние билиарных дисфункций на формирование остеопенического синдрома у подростков

Сиротченко Т.А., Бобрышева А.А., Бобрышева И.В.

Луганский государственный медицинский университет, Украина

Хронические расстройства пищеварения – наиболее частая причина формирования вторичной остеопении у подростков. Билиарные дисфункции сопровождают 80% гастроэнтерологических заболеваний, однако, их воздействие на формирование остеопении у подростков изучено недостаточно.

Цель работы. Определение дефицита кальция и процессов деминерализации костной ткани у подростков с дисфункцией билиарного тракта на фоне хронического гастродуоденита.

Пациенты и методы. Проведен анализ биохимических показателей костного гомеостаза и денситометрических показателей качества костной ткани с помощью аппарата SONOST–2000 (с педиатрической референтной базой). Обследование было выполнено 57 больным (12–15 лет), имеющим клинические проявления билиарных дисфункций без признаков обострения хронического гастродуоденита на протяжении последних двух лет. Статистическая обработка полученных результатов проведена вариационно-статистическими методами в программе Microsoft Excel.

Результаты. По результатам денситометрии у 59,3% подростков были выявлены признаки остеопении. Результаты исследования состояния костного гомеостаза показали, что у всех подростков уровень ионизированного кальция и фосфора был в пределах нормы, у 56,8% больных наблюдалась гипомагниемия, но только у 18,9% детей определялось повышение уровня общей щелочной фосфатазы (в 1,22 раза). Маркер резорбции костной ткани (молярное соотношение кальция и креатинина мочи) был повышен в 1,56 раза у 55,5% больных.

Выводы. Остеопенический синдром может формироваться под воздействием длительных нарушений функции билиарного тракта за счет изменения кальциевого гомеостаза.

Предикторы риска формирования метаболических нарушений у детей раннего возраста с избыточной массой тела

Сиротченко Т.А., Миргородская А.В.

Луганский государственный медицинский университет, Украина

В детской популяции в течение последних десятилетий наблюдается уменьшение доли лиц, имеющих нормальные показатели физического развития, за счет роста количества детей с избыточной массой тела (ИМТ) и ожирением.

Цель исследования: анализ особенностей раннего онтогенеза для определения ведущих факторов риска формирования избыточной массы тела (ИМТ) у детей раннего возраста с оценкой их состояния здоровья.

Пациенты и методы. Обследовано 407 детей из дошкольных учреждений г. Луганска. Дети с ИМТ (76 человек) составили основную группу (ОГ), контрольную группу (КГ) сформировали по принципу «копия–пара». Провели комплексную оценку состояния здоровья, которая включала данные о состоянии здоровья матерей, оценку особенностей акушерского анамнеза и родов, динамики показателей физического развития и особенностей вскармливания детей на первом году жизни.

Результаты. Течение беременности у матерей ОГ сопровождалось проявлениями гестоза (39,5 и 23,7%, $p < 0,05$), ХФПН (53,9 и 31,6 %, $p < 0,001$), сопутствующей гинекологической патологией (36,8 и 26,3%, $p < 0,05$) и АГ беременных (42,1 и 25,0%, $p < 0,05$). Изучение генеалогического анамнеза определило преобладание случаев отягощенной наследственности в ОГ: ожирение у обоих родителей (19,7 и 14,4%), ожирение у матери (47,4 и 14,4%, $p < 0,01$), артериальная гипертензия (АГ) у обоих родителей (17,1 и 7,5%), АГ у матери (25,0 и 13,8 %). Количество детей с избыточной массой тела при рождении в ОГ было достоверно выше показателей КГ (27,6–10,5%); 73,9% матерей ОГ имели прибавку массы в течение беременности от 18,9 кг и выше. Уже в первые три месяца жизни 83,3 % детей ОГ имели высокие показатели МТ (выше 80-го перцентиля), у 33,9% детей ОГ избыток МТ колебался от 15,3 до 36,8% от нормы, большинство детей ОГ сохранили ИМТ к концу первого года жизни и в дальнейшем.

Выводы. Формирование ИМТ у большинства детей раннего возраста происходит в течение первого года жизни и зависит как от наследственных факторов риска (ожирение, артериальная гипертензия, заболевания гепатобилиарной системы у матерей), так и от негативных факторов воздействия в течение перинатального периода онтогенеза. Необходим тщательный контроль со стороны педиатров и семейных врачей, как в отношении «антенатального переадреса», так и в отношении нерационального вскармливания в течение первого года жизни.

Эффективность комплексной медицинской реабилитации детей с морбидным ожирением

Солнцева А.В., Сукало А.В.,
Емельянцева Т.А., Загребавва О.Ю.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Комплексная медицинская реабилитация детей с морбидным ожирением (МО) предусматривает изменения в пищевом рационе и увеличение физической активности, включение индивидуальных и семейных обучающих программ по изменению стереотипа поведения, коррекцию эмоциональных нарушений.

Цель. Определение эффективности кратковременных комплексных программ по коррекции массы тела (МТ) у детей с МО.

Пациенты и методы. Обследовано 30 детей (м/д = 13/17) с МО (SDS индекса массы тела (ИМТ) $> 3,0$ или SDS ИМТ $> 2,3$ и наличие осложнений заболевания) в возрасте 11–17,5 лет (средний возраст $13,7 \pm 1,8$ лет, ИМТ $31,5 \pm 4,9$ кг/м²). Возраст мальчиков $13,6 \pm 1,6$ лет, ИМТ $31,4 \pm 3,2$ кг/м²; возраст девочек $13,7 \pm 2$ лет ($p = 0,9$), ИМТ $31,5 \pm 6,2$ кг/м² ($p = 0,3$). В зависимости от стадии пубертата выделены группы: раннего пубертата (Таннер 2-3) 11 детей (36%), м/д = 7/6; позднего пубертата (Таннер 4-5) 19 детей (64%), м/д = 6/11. Курс обучения состоял из 10 занятий, 2 раза в неделю продолжительностью 5 недель: по 4 занятия эндокринолога с детьми и родителями (диетическая коррекция, физическая активность); 2 занятия психотерапевта с родителями и 4 занятия с детьми по программе психологической коррекции эмоциональных нарушений и социальной дезадаптации.

Результаты. После завершения курса у пациентов общей группы выявлено снижение по сравнению с исходными показателями МТ ($86,2 \pm 5,2$ кг vs $83,2 \pm 5$ кг, $p = 0,03$) и ИМТ ($31,1 \pm 5,3$ кг/м² vs $29,9 \pm 5,5$ кг/м², $p = 0,008$), более значимое у девочек (МТ $77,7 \pm 8,5$ кг vs $76 \pm 8,1$ кг, $p = 0,016$; ИМТ $30,0 \pm 6,8$ кг/м² vs $29,1 \pm 6,5$ кг/м², $p = 0,006$; мальчики МТ $94,7 \pm 5,1$ кг vs $90 \pm 5,3$ кг, $p = 0,08$; ИМТ $31,4 \pm 3,2$ кг/м² vs $30,7 \pm 1,5$ кг/м², $p = 0,05$). Установлено, что Δ МТ в общей группе составила $3,1 \pm 1,2$ кг (девочки Δ МТ $1,6 \pm 0,5$ кг, мальчики Δ МТ $4,6 \pm 2,3$ кг, $p = 0,23$), Δ ИМТ $1,2 \pm 0,4$, (девочки Δ ИМТ $0,8 \pm 0,2$ кг/м², мальчики Δ ИМТ $1,6 \pm 0,7$ кг/м², $p = 0,3$). Отмечено снижение Δ МТ и тенденция уменьшения Δ ИМТ у детей группы позднего пубертата (Δ МТ $4,8 \pm 2,6$ кг; Δ ИМТ $1,7 \pm 0,8$ кг/м²) по сравнению группой со стадиями Таннер 2–3 (Δ МТ $1,03 \pm 0,4$ кг, $p = 0,055$; Δ ИМТ $0,5 \pm 0,1$ кг/м², $p = 0,1$).

Выводы.

1. Выявлено уменьшение показателей МТ ($p = 0,047$) и ИМТ ($p = 0,015$) у детей пубертатного возраста с МО после кратковременного курса комплексной медицинской реабилитации.

2. Установлено более выраженное снижение Δ МТ у детей с МО возраста позднего пубертата по сравнению с группой со стадиями Таннер 2–3 ($p = 0,055$).

Состояние здоровья детей школьного возраста с эндемическим зобом

Сорокман Т.В., Чечул А.И.

Буковинский государственный медицинский университет,
Черновцы, Украина

Цель работы – оценить состояние здоровья детей с эндемическим зобом.

Всем детям проводилось анкетирование. Основную группу составили дети с эндемическим зобом (989 человек), группу сравнения – дети (984 человека) с идентичных территорий проживания без отклонений со стороны щитовидной железы. Клинико-лабораторное исследова-

ние с определением гормонального профиля проведено в 250 детей.

Самооценка состояния здоровья детей показала, что на отлично (не болеет) свое здоровье оценили 11,9%, на хорошо (иногда болеет) – 71,7%, удовлетворительно (часто болеет) – 16,3% опрошенных. 11,9% детей отмечают быструю утомляемость, 4,3% – снижение памяти, 2,1% – плохой сон. Значительная часть детей (79,3%) жаловалась на наличие в них болевого синдрома. Периодические головные боли отмечались в 30,4%, боли в животе у 25,0% в области сердца – 16,3%, другой локализации – 7,6%. 15,2% опрошенных отмечают у себя нарушение зрения. Отягощенный аллергологический анамнез имеет место в 5,4% анкетированных.

Всего к первой группе здоровья можно отнести 11,6% детей, ко второй – 69,7%, и к третьей – 18,5%. Анализируя распределение детей по группам здоровья в зависимости от района проживания, можно сделать вывод, что количество детей первой группы с равнинной зоны проживания и г. Черновцы существенно не отличалось и имело достоверную разницу по отношению к горной зоне проживания. В отношении детей третьей группы здоровья, то в равнинной зоне их проживает 15,5%, то есть на 7,4% меньше, чем в горной и на 3,6% чем в г. Черновцы.

В 7–8, 10–11 и 16 лет количество детей I группы составляет 12,5–15,9% и на 6,4 и 7,7%, соответственно, отличается от 13–14-летних. Группа часто болеющих детей составила 11,2%. Наибольшее количество часто болеющих детей наблюдалась в 13–14 лет – 32,3%. Среди перенесенных заболеваний преобладали ОРВИ, причем среди детей, проживающих в горной местности, они наблюдались в 64,4%, а среди проживающих на равнине – в 42,5% детей.

Болезни органов дыхания в среднем среди обследованных детей составляли 36,5%, причем чаще они встречались у детей горной зоны.

Болезни органов пищеварения имели место у 14,2% детей. Существенной разницы в зависимости от зоны проживания не получено. Болезни нервной системы и органов чувств, системы кровообращения почти в 2 раза чаще встречались у детей г. Черновцы.

В 18,0% детей наблюдались болезни костно-мышечной системы (кифоз, сколиоз и т.д.). Нарушение осанки чаще наблюдалось после 12-летнего возраста. В 67,3% детей отмечается кариес.

эндемического кретинизма. Одним из основных механизмов адаптации организма человека к снижению продукции тиреоидных гормонов в условиях йодной недостаточности является гиперплазия и гипертрофия щитовидной железы, то есть зоб.

Цель исследования – изучить распространенность эндемического зоба среди детского населения Черновицкой области.

Оценку морфо-функционального состояния щитовидной железы проводили по показателям визуального мануального обследования. Степень увеличения щитовидной железы оценивали согласно классификации ВОЗ.

Нами изучено распространение зоба среди школьников в зависимости от проживания в районах с разной степенью йодного обеспечения. Наличие и размеры зоба определяли двумя методами: пальпаторным и ультразвуковым. Пальпаторно метод исследования щитовидной железы не утратил своей актуальности при проведении массовых эпидемиологических исследований. Результаты обследования показали значительную частоту зоба среди детей Черновицкой области – 53,2%. В разных климато-географических зонах частота зоба разная и составляет у детей, проживающих в горной зоне (65,5%) и значительно ниже частота зоба среди детей, проживающих на равнинной зоне и в г.Черновцы (40,6 и 35,1% соответственно, $p < 0,05$).

Анализ полученных результатов показал, что у детей допубертатного периода, проживающих в г. Черновцы и равнинной зоне зоб несколько чаще встречается у мальчиков, тогда как у детей горной местности половой разницы не наблюдается. Вместе с этим у девочек пубертатного периода, независимо от места проживания, зоб встречается чаще, чем у мальчиков ($p < 0,05$).

По данным распределения детей по степени увеличения щитовидной железы независимо от места проживания, как у мальчиков, так и у девочек преобладает зоб I степени. В общей популяции исследуемых детей зоб I степени зарегистрирован в 785 (78,5%) детей, II – у 131 (13,9%), III – у 72 (7,6%). Заслуживает внимания распределение детей с зобом в горной зоне проживания. Так, в этой популяции детей чаще регистрировались тяжелые степени зоба (зоб II степеней составил 43,7 против 28,8% у детей г. Черновцы, $p < 0,05$), доля детей с зобом III степени была достоверно большей по сравнению с таковой у детей г. Черновцы и равнинной зоны проживания.

Распространенность зоба среди детей школьного возраста

Сорокман Т.В., Чечул А.И.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Тиреоидные гормоны играют важную роль в развитии мозга ребенка. На фоне недостатка йода, эндемического зоба и гипотиреоза происходят нарушения в его формировании, что проявляется в широком диапазоне – снижение интеллекта от легкой степени до его тяжелых форм –

Зміни показників окремих ланок антиоксидантної системи у новонароджених

Сторожук І.В., Шаламай М.О.

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

Актуальність вивчення метаболічних процесів адаптації у новонароджених дітей визначається тим, що виснаження та зрив різних ланцюжків антиоксидантної системи визначають характер та інтенсивність розвитку того чи

іншого процесу. Мета дослідження-вивчення показників ферментативної ланки антиоксидантного захисту у недоношених новонароджених дітей на протязі раннього неонатального періоду.

При вивченні активності СОД у доношених новонароджених визначено її коливання у широких межах – 101,4–272,7 од/мл (при середньому показнику $147,2 \pm 6,1$ од/мл). У недоношених I ст. коливання активності СОД були значно вищі – 108,7–492,1 од/мл, а середня активність фермента вірогідно підвищувалась у порівнянні з доношеними новонародженими $234,4 \pm 23,2$ од/мл. У недоношених II ст. коливання активності СОД залишалось таким же, як і у недоношених I ст., а середній рівень суттєво збільшився – $247,6 \pm 24,7$ од/мл, що вірогідно вище від такого у доношених дітей. Найбільш висока активність СОД відмічена у недоношених III–IV ст. – $312,0 \pm 67,2$ од/мл. Коливання рівня ферментів також було дуже значним – 117,5–727,2 од/мл. У доношених новонароджених максимальна активність СОД відмічена в перші 3 доби життя – $162,9 \pm 10,7$ од/мл. До кінця раннього неонатального періоду рівень СОД вірогідно знизився ($127,2 \pm 7,7$ од/мл). У недоношених новонароджених з пневмопатіями в перші три доби життя вміст ЦП був нижче ($0,380 \pm 0,044$ мкмоль/л), ніж у доношених дітей. Клінічне покращення стану дітей з пневмопатіями супроводжувались відчутним підвищенням вмісту ЦП. Однак рівень його залишався нижчим, ніж у здорових новонароджених. Сумарна активність ЛДГ еритроцитів у недоношених новонароджених суттєво підвищувалась у порівнянні з доношеними новонародженими. Так, при I ст. недоношеності активність ЛДГ дорівнювала $183,1 \pm 6,4$ мкм НАДФН/мл крові/хв, що є високо вірогідним підвищенням ($p < 0,001$) в порівнянні з доношеними новонародженими ($130,1 \pm 8,1$ мкм НАДФН/мл крові/хв). У глибоко недоношених новонароджених сумарна активність ЛДГ склала $203,3 \pm 7,7$ мкм НАДФН/мл крові/хв, ($p < 0,001$). Висновок. У новонароджених дітей різного гестаційного віку в динаміці раннього неонатального періоду спостерігаються фазові зміни активності основних ферментів антиоксидантної системи, що свідчить про напруженість захисно-приспосувальних механізмів організму немовлят після пологового стресу.

Антропометрические показатели детского населения в Казахстане

Тажибаев Ш.С., Долматова О.В., Ергалиева А.А., Сарсембаева А.П., Толысбаева Ж.Т.

Казахская академия питания, Алматы, Республика Казахстан

Распространенность нарушений питания среди детей и подростков изучена недостаточно. Данная работа выполнена в рамках заказа Министерства образования и науки Республики Казахстан.

Объекты исследований. В 2014 г. изучены весо-ростовозрастные показатели у 2051 детей в возрасте 0–18 лет, в том числе 977 девочек (47,6%) и 1074 мальчиков (52,4%), проживающих в 2100 домохозяйствах, вошедших

в национально репрезентативную выборку, состоявшей из 70 выборочных кластеров и 2100 домохозяйств, по 30 домохозяйств в каждом кластере.

Цель работы. Уменьшение распространенности нарушенной статуса питания и улучшение здоровья детей Казахстана путем разработки и внедрения в практику комплекса профилактических мер с учетом международного опыта.

Методы исследования. Рост в см определяли обычным ростомером, вес в кг (г) – на приборе Body Composition Monitor BF511, OMRON, Japan Technology and Design, Clinically validated. Результаты исследований обработаны с использованием компьютерных программ Excel, Statistica и SPSS. Для вычисления весо/росто/возрастных показателей использовались соответствующие стандарты ВОЗ.

Результаты. В среднем 14,7% детей в возрасте 0–18 лет имели избыток массы тела (ИзМТ) или ожирение, в том числе 9,2% – ИзМТ, а 5,5% – ожирение. Среди мальчиков ИзМТ (9,7%) и ожирения (6,9%) встречались несколько чаще, чем среди девочек (8,5 и 3,9%, соответственно). Гипотрофия в виде дефицита индекса массы тела выявлена у 8,4% детей, в том числе у 8,1% мальчиков и 8,7% девочек.

Распространенность низкого показателя «рост к возрасту» (низкорослость) была выявлена у 10% детей, в том числе у 11,3% мальчиков и у 8,6% девочек. Наибольшая распространенность низкорослости выявлена в возрастной группе 1–4 года (16,8%), а наименьшая – возрастной группе 15–18 лет (3,5%). Повышение показателя «рост к возрасту» установлено у 5,1% детей, в том числе у 4,7% девочек и 5,4% мальчиков.

Низкий показатель «вес к возрасту» выявлен у 7,2% детей в возрасте 1–9 лет, в том числе у 7,3% мальчиков и 7,1% девочек. Повышение показателя «вес к возрасту» установлено у 5,8% детей в возрасте 1–9 лет, в том числе у 5,8% мальчиков и 3,8% девочек.

Заключение. Результаты работы свидетельствуют о высокой распространенности нарушений статуса питания детей в Казахстане. Эти данные будут использованы при разработке комплексных рекомендаций по улучшению питания и здоровья детей.

Оценка эффективности лечения заболеваний нижних дыхательных путей в амбулаторных условиях при различных путях введения антибиотиков

Таирова Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Острые заболевания дыхательных путей в настоящее время являются одной из самых актуальных проблем педиатрии. По данным эпидемиологических исследований, острые респираторные заболевания ежегодно переносят 64% детей, не достигших 5-летнего возраста; в целом распространенность заболеваний органов дыхания у детей и подростков в 6,3 раза выше, чем у взрослых.

Оказание медицинской помощи детям с данной патологией обычно осуществляется амбулаторно, соответственно выбор терапии обуславливается личными предпочтениями врача-педиатра. Основной проблемой при выборе врачом тактики лечения является решение вопроса об использовании антибактериальных препаратов. Изучение их применения в последние годы проводится во всем мире. Такие исследования позволяют обнаружить закономерности развития бактериальной устойчивости, служат основой для разработки образовательных программ, издания справочной литературы.

Цель исследования – оценка эффективности парентерального и перорального способов антибактериальной терапии острых пневмоний и бронхитов у детей в амбулаторных условиях, оценить влияние антибактериальных средств на течение заболевания.

Материалы и методы исследования.

Перед нами были поставлены задачи:

1. Проанализировать назначение антибиотиков при острых заболеваниях нежных дыхательных путей у детей в амбулаторных условиях.
2. Сравнить эффективность различных форм (per os и парентерально) антибактериальных средств при заболеваниях нежных дыхательных путей.
3. Разработать практические рекомендации по рациональному использованию антибиотиков при заболеваниях нижних дыхательных путей у детей в амбулаторных условиях.

Результаты и их обсуждение. Методами исследования явилось проведение обследования и наблюдение за 50 больных с острой пневмонией.

Выводы. Выявлено преимущество перорального способа введения антибиотиков при неосложненном течении заболеваний нижних дыхательных путей в амбулаторных условиях. Такие исследования позволяют обнаружить закономерности развития бактериальной устойчивости, служат основой для разработки образовательных программ, издания справочной литературы.

Скрининг состояния здоровья детей школьного возраста

Таирова Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Техногенное развитие современного мира, высокая активность культурных, социальных и политических процессов, внедрение электронных средств информации в повседневную жизнь требуют неуклонного расширения и усложнения учебных программ в общеобразовательных учреждениях. Возник порочный круг, при котором интенсификация учебного процесса в современной школе неблагоприятно сказывается на состоянии здоровья детей, что в свою очередь препятствует достижению высоких результатов в учебе. В этой связи представляет большой интерес изучение состояния здоровья учащихся общеобразовательных школ Ташкента в возрасте от 7 до 16 лет.

Цель исследования. Изучение состояния здоровья учащихся общеобразовательных школ Ташкента в возрасте от 7 до 16 лет.

Пациенты и методы. Изучены данные 3-летней обрабатываемости школьников за медицинской помощью в поликлиники, а также заболеваемость по обращаемости у 1750 учащихся 2 общеобразовательных школ, расположенных Юнус-Абадском районе Ташкента.

Результаты. При анализе структуры заболеваемости учащихся выявлен наибольший удельный вес (72,5%) болезней органов дыхания. Второе место (18,2%) занимают инфекционные и паразитарные болезни. На третьем месте находятся болезни нервной системы и органов чувств, затем следует болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни кожи и подкожной клетчатки, органов пищеварения. Необходимо отметить, что в школах не уделяется требований организации образовательного процесса.

Выводы. В целях укрепления здоровья детей необходимо обеспечить оптимальные условия для формирования здоровья на всех этапах роста и развития детей.

Применение высокотехнологического оборудования при организации питания детей

Тапешкина Н.В.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

Проблема организации качественного и доступного горячего питания в образовательных учреждениях является сегодня одной из наиболее значимых как для государства, так и для общества в целом.

Успешной организации питания в образовательных учреждениях в соответствии с санитарными нормами и физиологическими потребностями способствует использование высокотехнологического оборудования – пароконвектоматов. Универсальное оборудование с высокой степенью автоматизации позволяет поднять технологический процесс приготовления пищи на новый уровень, стабилизировать качество продукции, обеспечить ее безопасность, диетическую направленность, устранить негативное влияние «человеческого фактора». Однако практика показывает, технологический процесс приготовления кулинарной продукции в пароконвектоматах несколько отличается от традиционного. В частности, меняется температурно-влажностный режим, продолжительность тепловой обработки, последовательность операций; вносятся коррективы в рецептурный состав традиционных блюд, требуется пересмотр описательной части технологической документации в разделе «Технология приготовления». Очень важно это учитывать, как и то, что ребенок является потребителем услуги питания и в первую очередь обращает внимание не только на консистенцию блюда в целом, но и на его органолептические показатели. Проведенные ранее исследования в Кемеровской области показали, что дети чаще всего отказываются от

приема пищи из-за вкусовых качеств предлагаемых блюд. В связи с этим, адаптация технологических карт для работы на пароконвектомате сегодня является актуальным и необходимым составляющим звеном в реализации мероприятий по совершенствованию организации питания детей.

Научные подходы при организации питания детей и подростков при внедрении в производственный процесс современного оборудования, вошедшие в методические рекомендации «Приготовление блюд в пароконвектомате при организации питания детей и подростков в организованных коллективах», разработанные специалистами кафедры технологии и организации питания ФГБОУ ВО КемТИППа (университет) и кафедры гигиены, эпидемиологии и здорового образа жизни ГБОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей» и использование накопленного опыта работы с пароконвектоматами специалистов Комбината питания МКУ «Управление образованием Междуреченского городского округа» (2010–2015 гг.), сегодня обеспечивают качество и безопасность блюд в регионе, способствуют снижению риска возникновения и распространения инфекционных заболеваний, связанных с пищевым путем передачи инфекции, пищевых отравлений среди детей и подростков.

К вопросу о диспансеризации детей младшего школьного возраста г. Ташкента, перенесших острые респираторные инфекции

Тахирова Р.Н., Ахмедова М.А.

Ташкентский медицинский педиатрический институт, Ташкент, Узбекистан

Комплексный подход к изучению кардиогемодинамики детей младшего школьного возраста в период реконвалесценции их после острых респираторных вирусных инфекций позволил выявить ряд нарушений в показателях электрокардиограмм, реограмм аорты и легочной артерии, оксигемометрий и наметить ряд конкретных предложений по совершенствованию диспансеризации таких детей.

При инструментальном исследовании сердечно-сосудистой системы 235 детей 7–11 лет в период реконвалесценции после острых респираторных вирусных инфекций обнаружены изменения биоэлектрической активности миокарда, которые выразились в увеличении внутрисердечной, предсердно-желудочковой и внутрижелудочковой проводимости. У 7% детей наблюдалась неполная преходящая блокада правой ножки пучка Гиса, 13% детей – миграция водителя ритма, 17% детей – ритм коронарного синуса, 28% детей – нарушение реполяризации и депполяризации миокарда. Отмечено также у 32% детей снижение сократительной способности сердца в сочетании с невозможностью восстановления оксигенации крови. Это диктует необходимость проведения в условиях школы электрокардиографического исследования в период реконвалесценции с целью профилактики дальнейшего

прогрессирование сердечно-сосудистых расстройств и своевременного назначения при необходимости соответствующей патогенетической терапии.

В экспериментальных классах заболеваемость острой респираторной инфекцией оказалась в два раза, а высеваемость бета-гемолитического стрептококка в три раза ниже по сравнению с детьми, которым не проводилась восстановительная терапия.

Таким образом, проведенные нами клинико-электрокардиологические исследования у школьников младшего класса, перенесших острую респираторную инфекцию, показали, что назначение им ряда реабилитационных мероприятий способствует сокращению периода реконвалесценции и предупреждению развития сердечно-сосудистой патологии.

Избыточная масса тела у школьников как фактор риска в развитии артериальной гипертензии

Тахирова Р.Н., Ражабов И.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Целью данного исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии у школьников с избыточной массой тела в г. Ташкента Республики Узбекистана для разработки основных направлений профилактического вмешательства. Кардиологическим скринингом было охвачено 64 школьников 7–14 лет (33 мальчика и 31 девочка). Исследование проводилось с применением стандартизованных методов и включало: предварительный сбор анамнеза о наличии жалоб; антропометрию с определением индекса массы тела ($ИМТ = \text{кг}/\text{м}^2$) в соответствии с рекомендациями ВОЗ; трехкратное измерение артериального давления стандартизованным методом (АД); Масса тела считалась избыточной, значения ИМТ превышали значения от 25 до 30 $\text{кг}/\text{м}^2$, и считались ожирением, если $M + 2\delta$ его значения были выше.

В результате проведенного исследования школьников распространенность артериальной гипертензии в популяции мальчиков составила 12,7%, девочек – 8,2%. Учеников с ожирением выявлено около 5%: 5,3% мальчиков и 4,2% девочек; с избыточной массой тела – около 9,2%. Среди школьников с избыточной массой тела встречаемость артериальной гипертензии наблюдалась значительно чаще (более, чем в 2 раза), особенно среди школьников с ожирением – у мальчиков почти в 3 раза, у девочек – в 4 раза чаще. Жалобы, характерные для функциональной вегетативной дисфункции, имели около 80% обследованных детей. Выявление жалоб наблюдалось чаще среди школьников с избыточной массой тела более чем на 5%, с ожирением – на 7,5%, чем с нормальной массой тела. Процессы роста, являясь физиологическими, не должны сопровождаться значительными расстройствами. Отклонения от нормального течения возрастной эволюции сердечно-сосудистой системы у школьников с избыточной массой тела и ожирением, причиной обуслов-

лены. Корреляционный анализ показал прямую статистически достоверную связь между АД, ИМТ и жалобами: головокружением ($p = 0,04$), плохим сном ($p = 0,05$), чувством нехватки воздуха ($p = 0,004$), сердцебиением ($p = 0,07$), раздражительностью и головной болью ($p = 0,08$).

Высокая распространенность артериальной гипертензии, с избыточной массой тела и ожирениями, функциональной кардиоваскулярной патологии определяют необходимость изучения влияния этого фактора на формирование нарушений сердечно-сосудистой системы уже в младшем школьном возрасте.

Электрокардиографические показатели у детей грудного возраста и их значение для выявления частоты распространения сердечно-сосудистой патологии

Тахирова Р.Н., Ражабов И.Б., Ахмедова М.А.

Ташкентский медицинский педиатрический институт, Узбекистан

Учитывая, что электрокардиографические данные у здоровых детей грудного возраста, полученные разными авторами, разноречивы. Проведены объективный осмотр и электрокардиографические исследования у 45 детей грудного возраста, находившихся на воспитании в дом ребенка №1 города Ташкента.

Из 45 детей у 3 (1,5%) выявлен врожденный парок сердца. В картах развития 42 детей длительные время не было зафиксировано каких-либо заболеваний, физическое и психомоторное развития их соответствовало возрасту.

Девочек было 21, мальчиков – 24; в возрасте от 1 до 3 мес – 4; от 3 до 6 мес – 10; от 6 до 9 мес – 16; от 9 мес до 1 года – 15 детей. По данным электрокардиографии, частота сердечного ритма у этих детей достигала 160 – 120 ударов в 1 мин.

Ширина комплекса QRS колебалась от 0,04 до 0,06 сек. У 2 детей была выявлена неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

У зубца Q отмечено изменчивость его амплитуды. Амплитуда зубца R варьирует в зависимости от отведения. Наиболее высокий зубец R регистрируется во II, III, VI, VII отведения. В 6% случаев зубец R отсутствовал в отведениях aVR и aVL. Зубец S непостоянен, отмечено увеличение его в III стандартным отведением. У 58% детей наблюдалось отсутствие зубца S в V6. Зубец T у 17% детей изоэлектричен, а в VL и VII–VIII амплитуда его в любом из отведений не превышает 3мм.

Оценка интервала Q–T проводилась с учетом частоты сердечных сокращений. Продолжительность интервала Q–T у детей грудного возраста в среднем составляет 0,25 – 0,3сек. Систолический показатель равен в среднем 55%.

В результате электрокардиографических исследований у 42 детей грудного возраста за норму можно принять

изменчивость амплитуды зубца Q, отсутствие зубца S в V6, и QRS – 0,05 сек.

Таким образом, необходимо с профилактической целью в яслях, домах грудного ребенка исследовать состояние сердечно-сосудистой системы для своевременного выявления нарушений развития сердца, с последующим проведением лечебных мероприятий.

Анализ региональных норм физического развития детей от 0 до 17 лет пришлого населения в ХМАО-Югре

Тепляков А.А., Якушина О.А., Мещеряков В.В., Гирш Я.В.

Сургутский государственный университет

Цель работы – разработка норм физического развития детей 0–17 лет Среднего Приобья и их сравнение с разработанными на когортах детей других территорий.

Пациенты и методы. Проведено сплошное когортное одномоментное исследование – антропометрия 21 660 рожденных на территории Ханты-Мансийского автономного округа-Югры детей и подростков в возрасте 0–17 лет 1–2-й групп здоровья во время диспансеризации в школах и выкопировка данных амбулаторных карт детских поликлиник г.г. Сургута и Нижневартовска. Полученные результаты подвергались математической обработке непараметрическим методом определения отрезных точек 3, 10, 25, 75, 90 и 97-го перцентилей роста (длины тела), массы тела, окружности головы, груди и производного показателя – индекса массы тела (ИМТ). Сформированы центильные таблицы для каждого показателя отдельно для мальчиков и девочек. Осуществлен сравнительный анализ полученных данных с показателями, разработанными на удаленных от ХМАО-Югры территориях.

Результаты. Сравнительный анализ центильных таблиц и номограмм физического развития показал более высокие цифры отрезных точек, в сравнении с полученными в средней полосе России, по всем параметрам. Наибольшее различие выявлены по массе тела и росту. Наиболее информативным при этом оказался ИМТ, который наглядно доказал преимущественно более высокие нормы именно массы тела у детей и подростков Среднего Приобья, по сравнению с проживающими в средней полосе России. Такую закономерность можно связать с особенностями обмена веществ при постоянном проживании на северной территории. Установлено, что использование нерегиональных норм может быть причиной гипердиагностики избыточной массы тела преимущественно за счет когорты детей старшего возраста и подростков.

Заключение. При разработке нормативов и оценке физического развития детей и подростков необходимо учитывать территорию проживания ребенка. Наиболее объективным следует считать использование при этом региональных норм физического развития. Разработанные региональные показатели физического развития следует использовать в педиатрической практике на территории ХМАО-Югры.

Результаты применения Диаскинтеста в Республике Узбекистан

Тилляшайхов М.Н., Абсадыкова Ф.Т.,
Ташпулатова Ф.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент, Узбекистан; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель: изучение эффективности «Диаскинтеста» в выявлении туберкулеза (ТВ) у детей из групп риска.

Пациенты и методы. В Республике Узбекистан исследование проводилось 12 642 детям с факторами риска по развитию ТВ и 226 детям больным ТВ. Обследованные дети были разделены на две группы с подгруппами А, Б, В. В IA группу вошли 10 037 детей, состоящих на учете диспансере по IV группе – дети из контакта с активным ТВ больным. По IB наблюдались 2524 детей с частыми простудными заболеваниями, наблюдаемые у педиатра. в IB – 81 ребенка, наблюдаемые по поводу ВИЧ инфицирования. Обследуемые II группы были разделены на 3 подгруппы: II A – 46 детей с активным ТВ; II Б – 138 детей с неактивным ТВ; II В – 42 ребенка с ТВ/ВИЧ.

Результаты. Положительные реакции на пробу с «Диаскинтест» отмечены у 36,4% обследованных из I группы и 39,4% – больных II группы. Установлено преобладание положительных результатов на «Диаскинтест» у детей из контакта с ТВ больными (28,9%) в 3 раза, чем у часто болеющих, и в 24 раза, чему ВИЧ-инфицированных детей. Сомнительные реакции преобладали у детей, часто болеющих заболеваниями дыхательных путей (22,4%), что больше идентичных результатов IB группы в 2,5, IB – 4,5 раза. Дети с положительными, сомнительными результатами на «Диаскинтест» (всего 4600 детей) были обследованы в условиях диспансера. У 1,2% обследованных IA, 0,5% – IB, 1,2% – IB группы диагностированы локальные формы первичного ТВ. У 1,07% детей групп риска диагностирован локальный ТВ, что превышает почти в 20 раз результатов туберкулинодиагностики проведенного в Республике Узбекистан за 2008 г.

Выводы. Проведенное широкомасштабное исследование в 14 регионах республики с использованием «Диаскинтест» у детей групп риска показали преобладание положительных результатов на пробу и учащение диагностики ТВ почти в 3 раза у детей из контакта с больными активным ТВ чем в группе детей с медицинскими факторами риска.

Цервикальная патология и синкопе у детей. Существует ли взаимосвязь?

Тонких Н.А., Пшеничная Е.В.,
Бордюгова Е.В., Дубовая А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Актуальность синкопальных состояний определяется их значительной распространенностью и высоким риском развития жизнеугрожающих ситуаций, как вследствие причинного фактора, так и условий, при которых возник обморок. В настоящее время даже при комплексном клиническом обследовании больных у 26-60% пациентов установить точную причину синкопе не удается.

Цель: изучение состояния шейного отдела позвоночника у детей с обмороками неуточненного генеза.

Методы: обследованы 254 ребенка от 3 до 18 лет (145 девочек и 109 мальчиков) с синкопальными состояниями неуточненного генеза. Комплекс обследования включал проведение стандартной ЭКГ, ЭХОКГ, 24-часового мониторинга ЭКГ и АД с проведением тилт-теста, ЭЭГ, триплексное сканирование сосудов головы и шеи, рентгенографию шейного отдела позвоночника с функциональными пробами.

Результаты. Анализ анамнеза свидетельствовал о том, что нормальное течение родов имело место только у 35 (13,8%) матерей, у 219 (86,2%) беременных констатировано их патологическое течение: у 86 (39,1%) чел. – затяжные роды, у 93 (42,5%) чел. – стремительные, у 10 (4,6%) чел. применялись акушерские пособия. При этом в результате минимального смещения при поворотах головы шейных позвонков, травмированных в родах, возникает острая ишемия ретикулярной формации ствола мозга, формируется недостаточность кровообращения вертебробазилярной артериальной системы, которая приводит к синкопе.

Среди обследованных недостаточность вертебробазилярной артериальной системы (G 45.0) диагностирована у 108 (42,6%) детей. У 123 (48,3%) чел. синкопальный вертебральный синдром развился на фоне упорных головных болей, носящих пульсирующий, давящий, сжимающий характер. У 48 (39,0%) больных периодически отмечались боли в шее, нарастающие при поворотах головы. У всех пациентов данной группы имелись различные фенотипические проявления синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани: у 228 (89,7%) чел. – нарушения осанки различной степени, у 129 (50,6%) чел. – плоскостопие, у 172 (67,8%) чел. – диспластический рост зубов, у 137 (54,0%) чел. – гипермобильность суставов, у 90 (35,6%) чел. – миопия, спазм аккомодации, у 43 (16,9%) чел. – деформация грудной клетки. У 222 (87,4%) пациентов при УЗИ сердца выявлены различные проявления фибродисплазии.

Выводы. Результаты проведенной работы свидетельствуют о значительной частоте патологии шейного отдела позвоночника у детей с синкопе, что позволяет предположить роль вертебробазилярной недостаточности в этиопатогенезе обморочных состояний. Указанное является

основанием для включения в диагностический алгоритм обследования больных с синкопе неясной этиологии триплексного сканирования сосудов головы и шеи и рентгенографии шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, особенно при отягощенном перинатальном анамнезе и наличии признаков соединительнотканной дисплазии.

Оценка рисков здоровью новорожденных

Туйчиев Б., Собиров Н.

Городская детская больница,
Канибадам, Республика Таджикистан

Одно из ведущих мест в структуре нарушений функции жизненно-важных органов занимает синдром дыхательных расстройств, основной причиной которого у доношенных и переношенных новорожденных является синдром мекониальной аспирации. От 1,7 до 35,8% случаев осложняет течение своевременных родов, при этом летальность новорожденных остается достаточно высокой и составляет 5-40%.

Цель. Определение методов оценки риска здоровью новорожденных при аспирации.

Пациенты и методы. В исследования включены 82 женщины и их дети, рожденные на 39–42-й неделях гестации (62 детей родились в нормальный срок, 20- от запоздалых родов с явными признаками перенашивания). В 1-ю – основную группу вошли 48 женщин и их детей, во 2-ю – группу сравнения – 34 женщины и их дети без аспирации. У беременных основной группы течение родов осложнилось несвоевременным излитием околоплодных вод у 12 (25%) рожениц, слабостью родовой деятельности у 8 рожениц (16,6%). В группу сравнения вошли 34 роженицы. Из них беременность была доношенной у 26 (82,3%) и переношенной – у 8 (17,7%) пациенток.

Результаты. В группе детей было выявлено 109 зависимостей, в то время как в группе детей с аспирацией – 58, что свидетельствует о напряженности регуляторных процессов у новорожденных, имеющих аспирацию. Возраст матери, как и наличие у нее заболеваний желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, не оказывает значимого влияния на возникновение аспирации у новорожденного. В то же время, с вероятностью 34%, можно утверждать, что наличие патологии органов дыхания и заболеваний сердечно-сосудистой системы значительно чаще встречаются у матерей, которые родили детей, впоследствии развивших с аспирацией. Оценка же суммарного воздействия, свидетельствует о том, что вероятность статистической значимости сочетанного воздействия составляет 98%. Суммарный вклад влияний параметров аномалий родовой деятельности на частоту возникновения невелик около 10%, но степень достоверности данного вклада составляет 90%.

Таким образом, ни один из изученных параметров соматического статуса матери по отдельности не влиял на вероятность развития аспирации. Более значимыми яви-

лись факторы, определяющие течение настоящей беременности, перенашивание свыше 40 недель и запоздалые роды, фетоплацентарная недостаточность и аномалии родовой деятельности.

Ренальная гемодинамика у недоношенных детей в неонатальном периоде при различных способах родоразрешения

Тумаева Т.С.¹, Балыкова Л.А.²,
Науменко Е.И.², Рязина И.Ю.³

¹Мордовский республиканский клинический перинатальный центр, Саранск;

²Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск;

³Детская республиканская клиническая больница, Саранск

Цель исследования – ренальная гемодинамика у недоношенных детей при различных способах родоразрешения в неонатальном периоде.

Пациенты и методы. Исследованы 270 детей: 170 после кесарева сечения(КС); 100 после естественных родов. Критерии исключения: врожденные аномалиями развития, инфекционные процессы, синдромальная патология. Контроль – 57 здоровых доношенных детей. Оценивалась структура почек в В-режиме; проводилось цветное картирование сосудистого рисунка, количественная оценка спектральных характеристик магистральных почечных артерий (МПА) и магистральных почечных вен (МПВ).

Результаты. Выявлено повышение резистивных характеристик артериального кровотока (по индексу RI) у детей после КС ($0,80 \pm 0,01$ против $0,78 \pm 0,01$ и $0,79 \pm 0,01$, $p > 0,05$). Снижение линейных скоростных показателей на уровне МПА у детей I–II групп, особенно после КС: $V_{max} 34,7 \pm 1,6$ см/сек ($p < 0,05$), $35,7 \pm 1,79$ см/сек ($p > 0,05$) против $40,1 \pm 1,97$ см/сек; $V_{min} 6,6 \pm 0,44$ см/сек ($p < 0,001$), $7,2 \pm 0,63$ см/сек ($p < 0,05$) против $9,0 \pm 0,62$ см/сек. Резкое обеднение ренального кровотока на уровне критичных показателей 20 см/сек и ниже выявлено у 31(18%) ребенка после КС против 4 (4%) из II группы ($\chi^2 = 11,309$, $p = 0,004$). Низкие показатели венозного кровотока выявлены у 21(12%) ребенка после КС (до 2,8–6,0 см/сек) против 2(2%) детей II группы (4,0–6,1 см/сек) при $\chi^2 = 8,660$, $p = 0,013$. В контроле данный показатель не опускался ниже 6,3 см/сек. Выявлена зависимость снижения V_{max} и V_{min} от тяжести гипоксически-ишемического поражения головного мозга ($rs = 926$, $p = 0,000$), функционирования гемодинамически значимого артериального протока ($rs = 980$, $p = 0,000$), размеров фетальных коммуникаций при их сочетанном функционировании ($r = 854$, $p = 0,000$). При динамическом контроле состояния ренального кровотока к окончанию неонатального периода у недоношенных, особенно после КС, отмечался замедленный процесс восстановления показателей: сохранялся высокий RI ($0,85 \pm 0,01$ и $0,81 \pm 0,01$ против $0,74 \pm 0,03$,

$p < 0,05$), низкие показатели диастолического кровотока V_{min} ($8,4 \pm 0,57$ см/сек и $8,9 \pm 1,82$ см/сек против $12,9 \pm 1,46$ см/сек, $p < 0,05$) в отличие от здоровых детей.

Выводы. Недоношенные дети – группа высокого риска по развитию различной патологии как в перинатальном периоде, так и за его пределами. Сочетанное воздействие повреждающих факторов на плод и новорожденно-го (недоношенность, рождение оперативным путем, негативное влияние гипоксии-ишемии) способствуют нарушению гемодинамической адаптации, в частности формированию адекватной ренальной гемодинамики.

Встречаемость сочетанных заболеваний при хронической гастродуоденальной патологии у школьников

Турдыева Ш.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

В структуре патологии пищеварительного тракта у детей ведущее место занимают хроническая гастродуоденальная патология (ХГДП) (Шестопалова М.А., 2012). Следовательно, изучение сопутствующих болезней при ХГДП сохраняет свою актуальность в современной детской гастроэнтерологии.

Цель. Изучение встречаемости сочетанных заболеваний при хронической гастродуоденальной патологии у школьников.

Пациенты и методы. Были обследованы 286 детей и подростков от 6 до 15 лет с ХГДП. Среди обследованных хронический гастродуоденит (ХГД) был диагностирован у 174 (60,84%), хронический гастрит различных форм – 43 (15,03%), хронический дуоденит – 22 (7,69%), язвенная болезнь желудка – 8 (2,8%) и язвенная болезнь двенадцатиперстного кишечника (ЯБДПК) у 39 (13,64%) пациентов.

Результаты. В ходе нашего исследования, было отмечено, что у 214 (74,8%) детей школьного возраста с ХГДП, основное заболевание протекает в сочетании с другими патологиями желудочно-кишечного тракта. У 57,7% детей диагностирован хеликобактериоз. При этом, следует отличить сопутствующую патологию от сочетанной. Хотя оба термина по смыслу очень похожи, но по медицинской терминологии отличаются. Заболевания, ставшие причиной или сами возникшие после основной патологии, интерпретируются как сочетанная патология. В ходе исследования у 156 (72,9%) из 214 школьников с ХГДП эндоскопически была диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). При этом ГЭРБ с эзофагитом отмечено у 62 (29%) пациентов, с эрозиями пищевода – 21 (9,8%). У 41 (19,2%) школьников с ХГДП эндоскопически диагностирована диодено-гастральный рефлюкс (ДГР).

Одновременно у 87 (30,4%) пациентов отмечена сочетание ХГДП с патологией билиарной системы: хронические холециститы – у 29 (13,55%), дискинезии желчных путей – 58 (27,1%) пациентов. Реактивным панкреатит диагностирован у 8 (3,7%) школьников с ХГДП.

Изменения поджелудочной железы и гепатобилиарной системы наиболее были выражены при ЯБДК и меньше при неязвенных поражениях желудка и 12-перстной кишки.

Вывод. Полученные данные показали, что у детей и подростков школьного возраста с ХГДП в 74,8% случаев отмечается сочетание данной патологии с ГЭРБ, ДГР, а также заболеваниями билиарной системой и поджелудочной железой. При этом данные сочетания меняются в зависимости от клинической формы ХГДП.

Определение уровня комплайенса у родителей детей, находящихся на стационарном лечении

Туякбаев А.М., Исмамбетова Г.К., Мамырбаева М.А., Сыдыгалиева З.М., Шильманова А.Б., Кушаева А.М.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Комплаиенс (согласие, соответствие) – добровольное следование пациента предписанному ему лечению. COMPLIANCE описывает отношения врача к больному, трактовке правильности приема лекарственных средств, точности выполнения рекомендаций и формирования здорового образа жизни. Актуальность проблемы состоит в том, что по данным ВОЗ и Министерства здравоохранения врачи стационарного звена не в полном объеме дают необходимую информацию относительно лечения и дальнейшей реабилитации пациента, особенно если этот пациент детского возраста. Неполное информирование пациента о состоянии его здоровья, недостаточная поддержка больного и его родственников может повлиять на исход и прогноз заболевания.

Цель исследования. Определить уровень комплайенса среди родителей, чьи дети находятся на стационарном лечении в детской клинической больнице.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования были опрошены родители, находящиеся по уходу за детьми, в соматическом, неврологическом, травматологическом, нейрохирургическом и хирургическом отделениях. Опросник состоял из 14 вопросов с 2 вариантами ответа (да, нет). Обязательно перед исследованием было получено согласие главного врача на проведение анкетирования родителей детей, находившихся на стационарном лечении. Кроме того родители заполняли Информированное согласие на анкетирование.

Результаты. Было проведено анкетирование 90 родителей, чьи дети получали стационарное лечение. Результаты опроса разделили на группы относительно ответов: да, нет. Например: на вопрос: «Проявляет ли врач к вам во время обхода элементы эмпатии» утвердительно ответили 69 человек, что составляет 76,6 % из всех опрошенных. На вопрос: «Дает ли вам врач всю необходимую информацию относительно заболевания вашего ребенка» утвердительно ответили 71 родитель, что составляет 78,8%. 75,5% опрошенных утвердительно ответили на во-

прос: «Дает ли вам врач всю необходимую информацию относительно лечения вашего ребенка». Относительно вопроса об информировании родителей больного ребенка о возможных побочных действиях то или иного лекарственного препарата утвердительно ответили 61 опрошенный, что составляет 67,7% от всех опрошенных. На вопрос: «Повторяет ли врач неясную для вас информацию относительно реабилитации вашего ребенка» утвердительно ответили 66 опрошенных, что составляет 73,3% из общего числа опрошенных.

Заключение. Таким образом, уровень комплаенса у стационарных больных составляет 75,8%, что указывает о недостаточно высоком уровне комплаенса у родителей больных детей с медицинскими работниками.

Оценка эффективности клинических тестов в прогнозировании развития критических дыхательных расстройств у детей раннего возраста

Умарова З.С., Джубатова Р.С.,
Хакимов Д.П., Кариева Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Узбекистан

В педиатрической практике используются ряд клинических тестов для выявления дыхательных расстройств, диагностики заболевания, вызвавшего их, для прогнозирования развития критического состояния. Большая часть их проявляются в поздние сроки развития, некоторые не оценены в доказательных исследованиях. Практический интерес представляют тесты, выявляемые рано и обладающие прогностической ценностью.

Цель. Изучить прогностическую ценность клинических тестов развития дыхательных расстройств у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Проведено когортное исследование, в котором проспективно обследовано 356 детей в возрасте от 2 мес до 3 лет, поступивших приемное отделение с признаками дыхательных расстройств. Для контроля было исследовано 320 детей в этом же возрасте, у которых не развилось критическое респираторное состояние. Оценены чувствительность и специфичность каждого теста. Диагноз и прогноз верифицировался по исходу заболевания.

Результаты. Были выявлены значимые показатели чувствительности (Ч) и специфичности (С) в прогнозировании развития критических дыхательных расстройств: изменение оральных звуков, таких как свист (Ч – 81%, С – 65%), стридор (Ч – 89%, С – 70%), грантинг (Ч – 93%, С – 74%), хрип на выдохе (Ч – 68%, С – 53%), психомоторное возбуждение (Ч – 64%, С – 51%) или угнетение (Ч – 75%, С – 58%), частота дыхательных движений более 30 у детей до года, более 40 у детей старше года (Ч – 77%, С – 65%), тахикардия (Ч – 54%, С – 48%) и брадикардия (Ч – 84%, С – 89%), периоральный цианоз заходящий на подбородок при плаче (Ч – 95%, С – 87%), удлинение длительности выдоха более 9 секунд (Ч – 95%, С – 89%),

более 3 баллов по шкале Alder Hey (Ч – 88%, С – 71%), набухание яремных вен (Ч – 82%, С – 66%), увеличение границ тупого звука при перкуссии С7-Т2 (Ч – 91%, С – 83%) и ниже яремной вырезки (Ч – 78%, С – 58%), курение родителей (Ч – 86%, С – 79%), прием стероидов последние 3 мес (Ч – 83%, С – 88%).

Вывод. Полученные данные позволяют рекомендовать выше перечисленные тесты для определения показателя к госпитализации для проведения расширенного обследования и лечения.

Проявления кишечной недостаточности в хирургии позвоночника

Умарходжаев Ф.Р., Нурмухамедов Х.К.,
Искандаров М.М., Алиев Т.Г., Маманазарова Д.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Узбекистан

Цель исследования – разработка ранней нутритивной поддержки у детей после операций на позвоночнике.

Пациенты и методы. Обследовано 56 (12–16 лет) детей с врожденными кифозами (18), кифосколиозами (14), сколиозами (24) которым в плановом порядке проводились истинические спондилолистезы, дегенеративные спондилолистезы (LII–LV) под общей тотальной внутривенной анестезией (ТВА – в положении на животе) в течение $4,2 \pm 0,8$ часов, с кровопотерей $80,1 \pm 4,3$ мл. Исследовали состояние желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), моторно-эвакуаторную функцию (МЭФ), потребности пациентов в энергии (по уравнению Гарриса-Бенедикта), белках, жирах и углеводах. Энтеральное питание рекомендовали смесью «Нутрикамп-Файбер» (компания Б.Браун, Германия) обогащенная волокнами с общим количеством (в 100 г смеси) 6,5 г; растворимых 1,4 г; нерастворимых 5,1 г., в послеоперационном периоде через $20 \pm 3,5$ часа при парезе кишечника (ПК) 1-й степени у 58,2% детей; при ПК 2-й степени – у 36,4%; при ПК 3-й степени – у 5,4%.

Результаты. Согласно предварительным данным проведенных исследований «условное голодание» накануне операции и в послеоперационном периоде негативно сказывается на результатах оперативного лечения (парез ЖКТ, нарушение МЭФ), в связи с чем всем больным накануне операции назначали «Нуртикомп Файбер (500 мл). При этом учитывали метаболизм белков (альбумин). Анализ уровня мочевины отмечен достоверным снижением у всех пациентов, что указывал на переход от катаболизма к анаболизму. На фоне энтерального питания были устранены симптомы кишечной аритмии, нормализовалась фаза дефекации с восстановлением ее физиологической регулярности. Бактериологическое исследование на дисбактериоз отмечено положительно направленным изменением состава кишечной микрофлоры в виде увеличения бифидо-и лактобактерий, уменьшения условно-патогенной флоры (протей, грибов *Candida*, кишечной палочки с атипичными свойствами, что значительно снижало риск возможности микробной транслокации и сеп-

тических осложнений в послеоперационном периоде. Увеличение достоверного числа лимфоцитов (в 2 раза) обусловлена прежде всего восстановлением лимфоцитарной ткани кишечника, что положительно влияло на иммунный статус. При раннем осуществлении ЭП установлено снижение уровня кортизола (до нормы), что можно рассматривать как блокаду катаболизма, раннюю активацию анаболических процессов, тем самым устранялись иммунологические нарушения, что весьма важно при имплантации конструкций.

Выводы. Парез ЖКТ является типичным клиническим фактором операционного и анестезиологического риска у детей при сколиотической болезни, приводящее к синдрому кишечной недостаточности, когда наблюдаются нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника, повышенный распад белков, микробная транслокация, снижение иммунитета. Раннее осуществление энтерального питания нормализует белковый метаболизм, основные функции кишечника.

Коррекционность нарушений костного метаболизма у детей

Усманов Ш.У.

НИИ травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан

Состояние костной ткани – это показатель, отражающий качество общего развития детей и подростков, их функциональный статус, а также уровень общего здоровья, характеризующийся снижением плотности костной массы и микроструктурной перестройкой костной ткани, приводящими к повышению ломкости костей и риска переломов. Несвоевременная диагностика метаболических нарушений кости приводит к формированию необратимых изменений со стороны скелета, сколиозу, ювенильному остеопорозу. Актуальность проблемы остеопороза в педиатрической практике определяется тем, что прогрессивное увеличение числа больных остеопорозом в популяции происходит не только за счет «старения» населения, но и вследствие «омоложения» заболевания.

Рекомендуемые методы терапии остеопороза у взрослых имеют ограниченное применение в детской практике. До настоящего времени не проводились исследования по оценке длительности и эффективности курсов терапии препаратами кальция и витамина Д при различных видах снижения костной прочности (КП) с учетом состояния костного метаболизма и генотипа ребенка. Изучение эффективности профилактических и терапевтических мероприятий у пациентов с переломами под контролем исследования биохимических маркеров ремоделирования костной ткани и денситометрии, является на настоящий момент перспективным направлением.

Цель исследования. Установить влияние факторов риска на костный метаболизм и прочность костной ткани у детей с различными видами ее снижения.

Пациенты и методы. Обследовано 134 ребенка (5–16 лет) установленным остеопеническим синдромом, на фоне ортопедических заболеваний (врожденный вывих

бедрца, Х-О-образные деформации нижних конечностей, системный остеогенез). Исследовали антропометрические данные (возраст, массу и рост, индекс массы тела, площадь поверхности тела), минеральную плотность кости (рентгеноденситометрия, шкала Z-score, педиатрическая программа, аппарат «Stratos» Франция), с применением перцентильных таблиц и регрессионных шкал, уровень цитокинов как маркеров ремоделирования костной ткани,

Результаты. Известно, что половина здоровых детей школьного возраста и в группах риска по снижению минеральной плотности костной ткани, потребляют недостаточное количество пищевого кальция и имеют низкую физическую активность, что определяет пути планирования первичной и вторичной профилактики остеопороза. Исследования позволили установить, что для первичного остеопороза характерен отягощенный по переломам анамнез, большее количество и выраженность жалоб, клинических проявлений. Анализ полученных данных позволил установить, что высокая распространенность модифицируемых факторов риска снижения минеральной плотности костной ткани (низкая физическая активность, несоответствие потребления кальция возрастным нормам, наличие вредных привычек) является провоцирующим в развитии остеопении. Нарушения костного метаболизма в большей части корректируются восполнением кальция за счет пищевого и назначения его препаратов; при наличии переломов при первичном остеопорозе назначение препаратов карбоната кальция с витамином Д недостаточно в течение шести месяцев.

Дезорганизация ремоделирования костной ткани при первичном снижении костной прочности характеризуются низкой функциональной активностью остеобластов (снижение уровня остеокальцина) и неполноценностью органического компонента костного матрикса (повышенный уровень С-концевых телопептидов). При снижении костной прочности на фоне основного заболевания наблюдается угнетение функциональной активности основных клеточных компонентов, что клинически проявляется при первичном снижении костной прочности, характеризующиеся жалобами на боли в спине (39%), в конечностях (51%), парестезии (44%), нарушением осанки (53%), плоскостопием (16%), кариесом зубов (88 %).

Для первичного снижения костной прочности характерно повышение уровня С-концевых телопептидов, для вторичного – угнетение костного метаболизма (низкое содержание остеокальцина). Результаты полученных данных рекомендательны в терапии препаратами карбоната кальция и витамина Д, что свидетельствует о недостаточном их применении при первичном снижении костной прочности с переломами в течении 6 мес. Необходимо профилактическое продолжение коррекционного лечения в зависимости от результатов МПК (денситометрия), уровня Ca²⁺ в крови, клинических проявлений заболевания.

Оптимизация терапии рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей с недифференцированной соединительнотканной дисплазией

Федько Н.А., Калмыкова А.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности медикаментозной коррекции слабости соединительной ткани у детей с затяжным и рецидивирующим синдромом бронхиальной обструкции (СБО).

Проведены клинический анализ и динамическое наблюдение на протяжении 2 лет за 117 пациентами школьного возраста (7–14 лет) с СБО, у которых при внешнем осмотре были выявлены многочисленные (8 и более) фенотипические признаки недифференцированного синдрома дисплазии соединительной ткани (НСДСТ). Среди наиболее часто встречающихся: сколиоз (51%), тонкая кожа с выраженностью подкожного сосудистого рисунка (48%), преобладание продольных размеров тела (46%), плоскостопие (43%), гиперэластичность кожи (24%).

Контрольную группу составили 57 пациентов, из которых 38 страдали бронхиальной астмой среднетяжелого (27) и тяжелого (11) течения, а у 19 часто болеющих детей рецидивирующий СБО провоцировался проявлением ОРВИ. Пациенты этой группы получали традиционную, адекватную нозологии и тяжести течения терапию. В основную группу вошли 60 пациентов с аналогичной патологией (40 – с бронхиальной астмой среднетяжелого (31) и тяжелого (9) течения, 20 – часто болеющие дети с рецидивирующим СБО), которым наряду с традиционной терапией с целью коррекции «слабости» соединительной ткани применяли комплексно: витамин Е, рибоксин, хондроитинсульфат. Все дети получили не менее 4 курсов указанной терапии, средняя продолжительность которых составила 60 дней (2 раза и год по 30 дней). Эффективность комплекса оценивали по индексу рецидивности СБО (случаев/год) и клиническим особенностям.

Сравнительный анализ показал, что количество случаев СБО, как и их продолжительность (в днях), в течение анализируемого периода у детей II группы уменьшились втрое, а в контрольной группе – лишь в 1,7 раза ($p < 0,01$). Наряду с этим, кашель как у часто болеющих детей, так и у пациентов с приступным периодом бронхиальной астмы купировался в среднем на $4 \pm 0,7$ дня позже у пациентов I группы, чем у детей основной группы. Кроме того, в случаях СБО, сопровождающихся лихорадкой, у детей первой группы наблюдали более продолжительный период (в среднем на $2 \pm 0,08$ дня) и более резистентный к терапии.

Вывод. Таким образом, у пациентов с недифференцированными соединительнотканными дисплазиями для оптимизации терапии затяжного и рецидивирующего СБО целесообразно включать корректоры «слабости» соединительной ткани.

Особенности липидного обмена у детей с семейной отягощенностью ишемической болезнью сердца

Федько Н.А., Калмыкова А.С., Галимова О.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) и смертность от нее занимают ведущее место в структуре соматической патологии в России. Основой ИБС, как известно, является коронарный атеросклероз, корни которого уходят в детский возраст.

Цель исследования: изучить уровень холестерина и артериального давления у детей в возрасте 11–14 лет с семейной отягощенностью по ИБС.

Пациенты и методы. С помощью многоэтапного метода обследовано 204 ребенка в возрасте 11–14 лет. Исследование включало: анкетирование детей и их родителей, объективный осмотр, двукратное измерение артериального давления (АД), определение в сыворотке крови общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Основную (I) группу составили 93 школьника с семейной отягощенностью по ИБС по линии матери и/или отца, контрольную (II) группу – 89 детей, не имеющие такой отягощенности. У детей I группы (43 ребенка – 46,2%) достоверно чаще в сравнении со II группой (14 детей – 12,6%) встречался повышенный в сравнении с нормой уровень ОХС ($9,3 \pm 0,6$ и $7,6 \pm 0,9$ ммоль/л, соответственно, при показателях у здоровых – $6,5$ ммоль/л, $p < 0,05$).

Показатели ХС ЛПНП были достоверно выше ($p < 0,05$) у 17 (18,3%) школьников I группы ($7,2 \pm 1,1$ ммоль/л при норме $3,89$ ммоль/л), чем у 6 (6,74%) детей II группы ($4,9 \pm 0,9$ ммоль/л). Одновременно отмечалось достоверное увеличение уровня ТГ ($p < 0,05$) ($2,3 \pm 0,7$ ммоль/л при норме $1,56$ ммоль/л) у 17 (18,3%) детей I группы по сравнению со II – у 4 (3,6%).

Показатели АД выше 75 центиля встречались достоверно чаще в I группе у 20 (21,5%) школьников в сравнении с пациентами II группы – у 7 (7,86%) детей ($p < 0,05$).

Заключение. Среди детей в возрасте 11–14 лет с семейной отягощенностью ИБС достоверно выше частота встречаемости артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии, что важно учитывать в программах ранней диагностики и профилактики сердечно-сосудистой патологии у детей.

Результаты внедрения глобальной инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в медицинские учреждения г. Красноярска

Фурцев В.И.

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

Инициаторами внедрения глобальной инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» явились: Красноярская государственная медицинская академия, главное управление здравоохранения администрации г. Красноярска. С 1998 г., когда менее 30% детей в возрасте старше шести месяцев находились на ГВ, в соответствующих учреждениях (родильные дома, женские консультации и детские поликлиники) начали проводить обучение медицинских работников по курсу «Консультирование по грудному вскармливанию». Центром внимания в данных учреждениях действительно стала беременная женщина, кормящая женщина и ее ребенок. В 2000 г. родильному дому дорожной больницы, после соответствующей экспертной оценки, присвоено звание «Больница доброжелательная к ребенку». Другие лечебно-профилактические учреждения города также активно включились в Глобальную инициативу ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». Основной целью внедрения «ИБДР» является расширение практики грудного вскармливания и как итог – снижение детской заболеваемости и улучшение качества жизни в дальнейшем. В 2003 г. для координации политики грудного вскармливания в соответствующих лечебных учреждениях был организован Красноярский центр грудного вскармливания. В 2005 г. 4 родильных дома и 12 детские поликлиники были удостоены звания «БДР». Проводимая работа дала свои результаты. По городу увеличилось количество детей, находящихся на грудном вскармливании более 6 мес до 57,2%. Значительно увеличилось количество детей, получающих этот уникальный продукт до 1 года и старше. Начиная с 2004 г. Красноярским центром грудного вскармливания стали ежегодно проводится городские акции «Неделя грудного вскармливания в Красноярске» Целью мероприятий данной акции явилось дальнейшее расширения практики и продолжительности грудного вскармливания путем широкомасштабного информирования населения о доступности и безальтернативности грудного вскармливания и профессионального роста и мастерства медицинских работников по вопросам успешного становления и поддержания грудного вскармливания. Многогранная деятельность центра совместно с практическими врачами позволила увеличить количество детей, получающих материнское молоко до 70–76% за последние 7 лет.

Сравнительный анализ успешного становления грудного вскармливания в родильных домах г. Красноярска, удостоенных и не удостоенных звания «Больница, доброжелательная к ребенку»

Фурцев В.И.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» («БДР») с начала своего существования (1991 г.) привлекла к себе внимание большое число практических врачей и преподавателей высшего и среднего профессионального образования, научных работников. В России данная Инициатива стартовала во 2-й половине 90-х годов. Медперсонал родильных домов (РД) осваивал и внедрял в практику основные принципы успешного грудного вскармливания (ГВ), опубликованные в совместной декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ в 1989 г. При условии успешного внедрения данной практики в работу РД и после соответствующей экспертной оценки, эти учреждения удостоиваются международного звания «БДР». Подтверждением приверженности принципам «БДР» после аттестации является процесс переаттестации с кратностью 1 раз в 3 года.

Целью нашей работы явилось изучение состояния дел по систематической реализации принципов «БДР» в учреждениях родовспоможения удостоенных и не удостоенных звания «БДР», путем интервьюирования рожениц в день выписки из РД. Получены данные от 394 рожениц: из них 218 анкет из РД удостоенных звания «БДР» – 1 гр. и 176 из РД не аттестованных на соответствующее звание, однако внедрившие отдельные принципы успешного становления ГВ – 2 гр. Выкладывание новорожденного после родов на живот матери в 1 гр. состоялось в 86,7% ± 6,2% случаев во 2 гр. 57,6 ± 6,8%. Длительность 1-го контакта матери с ребенком более 30 мин составляла в 1 гр. от 52,9 до 81,2%, во 2-й группе от 24,3 до 38,2%. Количество женщин в течение 2 послеродовых часов находились вместе со своими детьми в 1-й гр. от 61 до 90%, во 2-й от 48 до 68,2%. Совместное пребывание матери и ребенка с первого дня в 1-й гр. составляло от 58 до 91% (78% ± 11,4%), во 2-й, в среднем не превышал 50% (45,1–57,3%). Оказание помощи со стороны медперсонала в первых прикладываниях ребенка к груди в 1гр осуществлялось в 92–97%, во второй 72–74% случаев. Результатом проводимых или не проводимых выше описанных мероприятий являлся факт срока «прилива» молока. В 1-й группе он составлял от 2,6 до 2,9 суток (2,8 ± 0,12), во 2-й гр. от 2,9 до 3,1 (3.0 ± 0,1).

Распространенность и влияние психовегетативного болевого синдрома на качество жизни школьников

Хайтович Н.В., Очеретько В.В., Мисюра А.Н.

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

Целью исследования было изучить распространенность, связанного со стрессом, хронического болевого синдрома среди школьников и его влияние на качество их жизни.

Пациенты и методы. В 2012 г. нами при помощи специально разработанной анкеты в двух средних учебных заведениях г. Киева проанкетировано 189 школьников (96 девочек и 93 мальчика). Возраст исследуемых был 13–16 лет. Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36.

Результаты. Частая головная боль беспокоила 16,9% школьников (в 2,4 раза чаще учеников гимназии; $p = 0,037$). У 14,3% школьников (у 20,9% учеников гимназии и 8,2% учеников средней школы; $p = 0,013$) головная боль была высокой интенсивности. 42,8% учеников головную боль связывали со стрессом (в средней школе 52,8% девочек и 28,9% мальчиков; $p = 0,024$), у остальных среди причин боли была метеочувствительность, интеллектуальное или физическое перенапряжение. Частую боль в животе отмечали 11,1%, умеренно частую – 21,7% школьников; периодически высокой интенсивности боль в животе беспокоила 19,6% (26,0% девочек и 12,9% мальчиков; $p = 0,009$). Периодическая (чаще 1 раза в месяц) боль в грудной клетке беспокоила 7,4% школьников (5,2% девочек и 9,7% мальчиков), как интенсивную ее характеризовали 6,9% школьников, 16,4% детей связывали боль в грудной клетке со стрессом.

В целом у 99 детей (52,4%) болевой синдром провоцировался (у 65,9% учеников гимназии и у 47,5% учеников средней школы). У детей, у которых болевой синдром был вызван стрессом, показатели качества жизни были существенно ниже: физическое функционирование $85,4 \pm 20,3$ баллов против $89,9 \pm 14,9$ баллов ($p = 0,04$); боль – $66,8 \pm 21,1$ баллов против $72,3 \pm 18,9$ баллов ($p = 0,03$); жизнеспособность $61,7 \pm 18,9$ баллов против $68,0 \pm 19,9$ баллов ($p = 0,01$); ролевое эмоциональное функционирование – $70,3 \pm 30,3$ баллов против $77,9 \pm 31,1$ баллов ($p = 0,04$); психическое здоровье – $65,7 \pm 16,2$ баллов против $74,0 \pm 16,2$ баллов ($p < 0,001$). Выявлена достоверная ($p < 0,05$) обратная корреляционная зависимость между частотой, интенсивностью болевого синдрома и показателями качества жизни. По показателю общего здоровья дети средней школы существенно отличались от детей гимназии ($66,49 \pm 18,05$ баллов против $75,44 \pm 18,52$ баллов; $p = 0,0005$).

Таким образом, несмотря на то, что показатель общего здоровья у учеников гимназии был достоверно выше, хронический психовегетативный болевой синдром сочетался со снижением у них психического здоровья, физического и ролевого эмоционального функционирования, жизнеспособности.

Окислительный стресс в генезе сахарного диабета 1-го типа у детей

Хайтович Н.В., Сытник И.Н.

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

Сахарный диабет (СД) 1-го типа – одно из самых распространенных эндокринологических заболеваний. В современных условиях СД 1-го типа оказывает пагубное влияние на детей, начиная с раннего возраста. Наибольшая заболеваемость наблюдается в возрастной группе до 15 лет и составляет от 20 до 50% общего числа больных СД 1-го типа. В Европе ежегодный прирост показателей распространенности СД 1-го типа среди детей составляет 3,9%. В Украине данный показатель приближается к 3,4%, что связано с уменьшением количества детского населения. Согласно данным Центра медицинской статистики МОЗ Украины (2013), сахарным диабетом болеют 8178 детей в возрасте до 18 лет.

Остроту проблемы определяет стремительное развитие осложнений, которые вызывают инвалидизацию, ухудшают качество и сокращают продолжительность жизни больных. В большинстве стран за последние 50 лет удалось снизить проявления тяжелой нефропатии, ретинопатии и микрососудистых осложнений в детской практике. Существующие принципы лечения осложнений СД позволили снизить их частоту, улучшить качество жизни больных, но не решили проблему в целом.

Известно, что гипергликемия, и, вызванная ею, генерация активных форм кислорода, вносят значительный вклад в развитие не только СД 1 типа, но и его осложнений. Окислительный стресс активирует каскад различных сигнальных путей, включая полиольный, увеличивает образование конечных продуктов гликирования (AGE) и т.д. При этом активируются транскрипционные факторы (NF- κ B, Sp1, AP-1, STAT), индуцируются или ингибируются соответствующие микроРНК, что обуславливает нарушение генной экспрессии и эпигенетической регуляции, запуска программы апоптоза. Например, при СД, индукция miR-375 способствует снижению экспрессии миотропина, уменьшая инсулиновую секрецию; ингибирование miR-146a повышает регуляцию про-воспалительных цитокинов, повреждая ретиноциты и кардиомиоциты.

Активно изучаются фармакологические свойства различных антиоксидантных соединений (включая биофлавоноиды, ресвератрола, N-ацетилцистеина, ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и т.д.) как в комплексном лечении СД 1 типа, так и в предупреждении его осложнений. Обсуждаются перспективы комплексного антиоксидантного лечения кардиальной дисфункции. При этом отмечено снижение активации NF- κ B и уменьшение апоптоза кардиомиоцитов.

Таким образом, целесообразно разрабатывать новые пути фармакологической коррекции окислительного стресса для предупреждения развития осложнений при СД 1 типа.

Феномен сочетанной патологии респираторной и пищеварительной системы у детей старшего школьного возраста

Хакимов Д.П., Умарова З.С., Ахматалиева М.А., Касымова Н.А., Шоикрамов Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

В развитии заболеваний у детей редко уделяется внимание на возможность сочетанного формирования поражения нескольких органов и систем. Такой феномен был выявлен для респираторной и пищеварительной систем при бронхиальной астме, проявляющегося гастроудоденитами с усилением тяжести течения, которого совпадало с ухудшением течения астмы. Предполагалось участие *Helicobacter pylori* в формировании сочетанного течения. Также уделялось внимание вероятного влияния симпатомиметиков на развитие гастроудоденита. Наличие такого феномена не исследовалось у детей с рецидивирующими эпизодами бронхообструкции с преимущественным компонентом бронхоспазма, не принимающих симпатомиметики.

Цель. Изучить наличие связи развития эпизодов бронхообструктивного синдрома у детей с гиперактивностью бронхов с развитием гастроудоденита у детей 15–18 лет с инфицированием *Helicobacter pylori*.

Пациенты и методы. Было проведено поперечное исследование 32 детей, поступивших в течении года в пункт экстренной медицинской помощи клиники ТашПМИ, которые перенесли 2 и более эпизода бронхообструкции, проявляющегося эпизодом экспираторного диспноэ, свистящего дыхания, респираторного дисстресса, физикальные признаки бронхиальной обструкции и 35 детей без таких эпизодов в этой же возрастной группе. Критерием исключения было применение симпатомиметиков. Всем детям было проведена недельная 2-разовая в сутки пикфлоуметрия, ультразвуковое исследование желчного пузыря, иммуноферментное исследование на наличие антител против *Helicobacter pylori*. В группе исследования было выделено 24 детей с жалобами на боли в верхнем этаже живота и болезненностью пальпации эпигастрия. Им было проведено эзофагогастроудоденоскопия (ЭФГДС). В контрольной группе было выявлено 7 таких детей. Они тоже были подвергнуты ЭФГДС

Результаты. В группе исследования было выявлено значимое уменьшение пиковой объемной скорости форсированного выдоха более, чем 10% (должные величины соотносили с ростом) у 29 детей. В контрольной группе таких детей обнаружено не было. У 6 детей в группе исследования выявлен высокий титр антител против *Helicobacter pylori*. У 2 из них ЭФГДС выявил гастрит. У 18 детей на ультразвуковом исследовании были выявлены изменения желчного пузыря: утолщение стенки у 14, деформации у 7, густая желчь у 5, признаки неадекватной эвакуации желчи у всех 18. В контрольной группе ЭФГДС не выявил гастрита, у всех детей с жалобами на боль в эпигастрии были признаки неадекватной эвакуации желчи.

Выводы. Результаты исследования подвергает сомнению наличия связи инфицированности *Helicobacter pylori* и формированию сочетанной патологии респираторной и пищеварительной систем у детей с эпизодами бронхообструкции. Преимущественная патология пищеварительной системы в исследуемом феномене – неадекватная эвакуации желчи из желчного пузыря, а не гастрит. Это дает нам основание предполагать о значимом участии вегетативной нервной системы.

Клинико-инструментальная характеристика состояния гастродуоденальной системы при ювенильном ревматоидном артрите

Халдарбекова М.А., Каримова М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Ревматические болезни у детей – важная и наиболее социально значимая часть общей ревматологической проблемы. Одним из наиболее частых и инвалидизирующих ревматических заболеваний является ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Несмотря на достижения современной фармакотерапии, лечение остается одной из наиболее сложных проблем современной детской ревматологии. Базисные препараты, действующие на основные патогенетические механизмы заболевания, одновременно обладают рядом побочных действий, в первую очередь на органы гастродуоденальной системы.

Цель. Изучить характер поражения гастродуоденальной системы при ювенильном ревматоидном артрите у детей.

Пациенты и методы. Проведен анализ воздействия базисной терапии на гастродуоденальную систему у 38 больных ЮРА. Из них 27 (71,1%) с суставной формой и 11 (28,9%) суставно-висцеральной формой болезни. Из 38 больных 20 (52,6%) мальчики и 18 (47,4%) девочки в возрасте от 5 до 16 лет. Продолжительность заболевания составляла от 3 мес до 8 лет. Изучен анамнез заболевания, выявлены факторы, предшествовавшие развитию болезни, проведен анализ жалоб больных с акцентом на выявление патологии органов пищеварения, оценен данные клинических, лабораторных исследований, сделана ЭФГДС желудочно-кишечного тракта.

Результаты. В зависимости от пола среди обследованных больных несколько преобладали мальчики – 20 (52,6%). Из 38 больных 10 (26,3%) были дети с давностью болезни до 1 года, 25 (65,8%) от 1 года до 3 лет и 3 (7,9%) свыше 3 лет. Из 10 больных с продолжительностью заболевания до года у 3 (30,0%), из 25 больных со сроком болезни от 1 года до 3 лет у 11 (44,0%) и у всех больных со сроком болезни более 3 лет отмечались признаки поражения гастродуоденальной системы. У детей на ранних этапах заболевания определялись функциональные расстройства со стороны желудка, при прогрессировании болезни отмечались признаки гастрита, гастродуоденита, иногда с образованием эрозии и язв.

Больные предъявляли жалобы на снижение аппетита, тошноту, рвоту, боли в животе, диарею. При эндоскопии было выявлено поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у 12 больных: 8 (66,7%) в желудке и у 4 (33,3%) больных в двенадцатиперстной кишке.

Заключение. Таким образом, поражения гастродуоденальной системы у детей с ЮРА является частой патологией, что диктует необходимость раннего включения в комплекс терапии препаратов, обеспечивающих защиту слизистой оболочки желудка.

Оценка эффективности вакцинопрофилактики вирусного гепатита В у детей с хронической болезнью почек

Чингаева Г.Н., Диканбаева С.А., Шепетов А.М., Досым С.М.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Хронические вирусные гепатиты В и С у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) представляют главную медицинскую и эпидемиологическую проблему, из-за существенной заболеваемости и смертности.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности вирусных гепатитов В и С у детей с хронической болезнью почек, оценить эффективность вакцинации против гепатита В и определить возможности назначения противовирусной терапии.

Пациенты исследования: были обследованы 254 детей с различными стадиями ХБП в возрасте от 2,6 до 18 лет (в среднем составил $11,7 \pm 0,25$ лет). При распределении по стадиям ХБП преобладали дети на программном гемодиализе (ПГД) с терминальной (пятой) – 111/43,7% ($p < 0,001$) и второй стадией – 63/24,8% ($p < 0,05$). Реже встречались дети с первой (26/10,2%), третьей (32/12,6%) и четвертой стадиями ХБП (22/8,7%).

Результаты. В ходе обследования установлено, что 98 (38,6%) детей из 254 инфицировались вирусными гепатитами В и С, из них наиболее часто дети на ПГД – 62 (63,3%). Хронический вирусный гепатит В (ХГВ) был выявлен у большинства детей – 75 (76,5%), хронический вирусный гепатит С (ХГС) у 23 детей, при этом у 14 (14,3%) был в виде моно-инфекции, а у 9 (9,2%) в сочетании с вирусным гепатитом В. У пациентов на лечении ПГД выявлено сочетание вирусного гепатита В с гепатитом D у 2 (1,8%). Хронический гепатит В в фазе репликации был выявлен у 46 (61,4%) детей с сохранением высокой инфекционности у 27 (58,7%) и у 19 (41,3%) с негативным HBeAg, 29 (38,6%) – имели маркеры перенесенной HBV-инфекции. По нозологии гломерулярные болезни чаще ассоциировались с вирусными гепатитами – 57 (58,2%), частота встречаемости на фоне врожденных заболеваний почек составила – 41 (41,8%) ($p < 0,01$). По стадиям ХБП вирусные гепатиты (ВГ) чаще встречались у детей с 4-й и 5-й стадией – 31,8 и 55,8% соответственно. При этом преобладал ХГВ – 22,7 и 43,2% соответственно, с нарастани-

ем частоты микст-гепатита по мере прогрессирования почечной недостаточности. Течение ВГ характеризовалось преобладанием безжелтушных форм заболевания, с умеренными клиническими проявлениями у детей с поздней стадией ХБП (3–5 стадии) с ХГС и микст-гепатитом. Со стороны показателей трансаминаз выявлено умеренное повышение уровня АЛТ при ХГВ и ХГС на фоне ранней стадии и незначительное у детей с поздней стадией ХБП при нормальных показателях АСТ, общего билирубина и тимоловой пробы.

Инфицирование ВГ пациентов на ПГД произошло преимущественно в ранние периоды лечения гемодиализом (53,2%) и коррелировало с продолжительностью ПГД и количеством проведенных гемотрансфузий.

Лечение ХГВ у детей с ХБП является актуальной проблемой. Проведение противовирусной терапии ХГВ препаратом ламивудин (3 мг/кг/сутки у детей с ранней стадией и 1 мг/кг/сут – с поздней стадией) в нашем исследовании способствовало достижению клинико-лабораторной ремиссии у детей с различными стадиями ХБП и в посттрансплантационном периоде. Только у 2 (10,5%) детей на ПГД сопровождалось развитием ламивудин-резистентности.

Важное место в современной системе мер защиты от вирусного гепатита В занимает вакцинация. Установлено, что проведение вакцинации стандартным методом у детей с ХБП малоэффективно, по мере прогрессирования почечной недостаточности отмечалось снижение поствакцинальных титров в 73,2% случаев. В связи с этим мы проанализировали эффективность вакцинации по усиленной схеме – в двойной дозе по схеме 0–1–6 мес и 0–1–2–6 мес. При оценке эффективности вакцинации был достигнут положительный эффект у большинства пациентов в предиализной группе по сравнению с диализными. Показатель сероконверсии (ПС) в течение 3-х лет наблюдения в предиализной группе составил: 100; 97,2%; 94,3%, что свидетельствует о достаточной частоте сероконверсии для этой группы больных. В группе диализных больных ПС составил: 92,6; 88,8; 66,7%, что свидетельствует о не достаточной сероконверсии. С целью улучшения результатов вакцинации мы проанализировали комбинированное использование вакцины против гепатита В и иммуномодулятора левамизол (1 мг/кг после каждого сеанса гемодиализа) у детей на ПГД. В ходе исследования установлено, что применение иммуномодулятора сопровождалось достаточной серопротекцией с сохранением поствакцинального иммунитета в течение 3-х и более лет в отличие от группы, вакцинированной без иммуномодулятора. ПС в группе больных, вакцинированных с левамизолом, составил 100% в течение 3-х лет. В группе без левамизола ПС имел тенденцию к снижению – 92,6; 88,8% и к 3 году наблюдения снизился до 66,7% ($p < 0,001$). Дополнительными факторами, влияющими на эффективность вакцинации, являются мужской пол, младший возраст, гломерулярные болезни и длительность ПГД.

Заключение. Проведение ранней вакцинации против вирусного гепатита В и противовирусной терапии в случае инфицирования у детей с хронической болезнью почек способствует снижению риска инфицирования и улучшает прогноз и выживаемость детей.

Распространенность вирусного гепатита В в отделении гемодиализа г. Алматы

Чингаева Г.Н., Исмаилов Д.Б., Кулкаева М.Н., Алимжанова Э.Б., Оханова М.И.

Казахский национальный медицинский университет, Алматы, Республика Казахстан

Гепатит В остается серьезной проблемой, особенно актуальной для пациентов с терминальной стадии хронической болезни почек (тХБП), получающих заместительную терапию программным гемодиализом (ГД) и оказывает негативное влияние на выживаемость реципиентов почечного трансплантата

Целью исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей HBV-инфекции у больных с тХБП, получающих лечение ГД.

Пациенты и методы. Обследованы 50 детей, получавших лечение ГД на базе двух детских отделений гемодиализа (мальчиков 27 и девочек 23 в возрасте от 1,8 до 17,6 лет). Среди причин терминальной стадии хронической почечной недостаточности преобладали врожденные аномалии мочевой системы 27(54%), хронический гломерулонефрит был у 22 (44%) и диабетическая нефропатия у 1(2%) детей. Длительность гемодиализа составила от 3 до 74 мес в среднем $14,4 \pm 2,0$ мес.

Результаты. Среди обследованных детей вирусом гепатита В (HBV) были инфицированы 15(30%) не имевших поствакцинальный иммунитет, 4 имели микст инфекцию с вирусом гепатита С. Период инфицирования составил от 2 до 12 мес от начала ГД.

Дети с а-HBV позитивными антителами по сравнению с а-HBV негативными антителами имели достоверно большую продолжительность лечения ГД ($23 \pm 4,83$ и $10,7 \pm 1,82$ мес, $p < 0,001$, соответственно), количество проведенных сеансов ГД ($204,7 \pm 49,2$ и $98,9 \pm 17,5$ $p < 0,001$, соответственно) и гемотрансфузий ($13,4 \pm 4,0$ и $5,91 \pm 0,89$, $p < 0,001$ соответственно). Концентрация креатинина в сравниваемых группах соответственно составила $793,7 \pm 49,6$ и $805 \pm 41,1$ мкмоль/л. У 9(60%) детей с а-HBV позитивными антителами выявлено повышение АЛТ $1,20 \pm 0,27$ и $0,48 \pm 0,06$ соответственно.

Выявлена корреляция у а-HBV-позитивных с длительностью ГД в месяцах ($r = -0,39$, $p < 0,01$), с количеством проведенных сеансов ($-0,344$, $p < 0,05$) и количеством гемотрансфузий ($0,347$, $p < 0,05$).

Трансплантация почки проведена 25 детям с тХПН, из них 8(53,3%) с HBV. Из них 6(40%) продолжают иммуносупрессивную терапию, в 2(13,3%) случаях – летальный исход вследствие развития острого криза отторжения.

Таким образом, риск инфицирования вирусами гепатитов в детском отделении возрастает по мере увеличения продолжительности диализной терапии и проведения гемотрансфузий. Необходима вакцинация детей против вируса гепатита В в додиализной стадии для уменьшения риска инфицирования и улучшения выживаемости.

Оценка эффективности комплексного лечения бронхиальной астмы у детей с метаболическим синдромом

Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д.

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

Проблема медикаментозной коррекции метаболических синдромов у детей при бронхиальной астме (БА) не разработана. Хорошо известно, что прогрессирование избытка веса в детском и подростковом возрасте при сочетанных патологиях сопровождается значительными метаболическими нарушениями, которые могут стать «пусковым» звеном в развитии МС. Использовании в педиатрической практике появились лишь в последние 3–4 года. Однако исследования о применении метформина у детей являются единичными, не учитывают различных форм ожирения, его стадии, длительности проводимого лечения и побочные действия.

Цель работы. Изучить эффективность применение препарата метформин при бронхиальной астме у детей с метаболическим синдромом.

Пациенты и методы. Критерием отбора детей и подростков в основную группу являлось наличие БА с МС. Отбор в группу сравнения осуществлялся по критерию нормальной массы тела с БА. Обследовано 53 детей БА с МС, средний возраст – $10,44 \pm 0,2$ г. На момент включения в исследование среднее значение индекса массы тела (ИМТ) составило $24,79 \pm 3,94$, ОТ/ОБ – $0,9 \pm 0,01$. Группа сравнения состояла из 46 детей в возрасте от 6 до 14 лет (в среднем $10,44 \pm 0,2$ г) нормальной массой тела. Первая группа больных находилась на стандартной терапии (в виде сочетания редуцированной по калориям диеты с адекватными физическими нагрузками), вторая – помимо стандартной терапии получала метформин.

Результаты. В результате проведенного лечения в первой и второй группе через 3-6 месяцев зарегистрировано увеличение средних значений роста, но без достоверных различий ($p > 0,05$). Статистически значимых изменений средних значений роста не зарегистрировано и между подгруппами с БА и МС как на фоне стандартного лечения, так и на фоне лечения с метформином. До начала терапии у 28 пациента (70%) выявлена гипергликемия натощак (у 40 детей определялся ИР). Для диагностики ИР пациентам рассчитывался НОМА-R, определяемый по индексу глюкоза натощак/инсулин натощак. ИР выявлена у 30 детей (75%). Исходно повышенный уровень инсулина натощак определялся у 24 детей (60%), а через 2 часа после нагрузки – у 28 детей (70%). Через 12 мес терапии метформином выявлено достоверное снижение уровня глюкозы натощак с $6,2 \pm 0,15$ до $5,4 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,001$). У детей этой группы исходные уровни иммунореактивного инсулина (ИРИ) натощак, также постпрондиального были выше нормы ($N < 12,5$ мкМЕ/мл) и составили, в среднем, $18,7 \pm 6,98$ и $35,1 \pm 1,083$ мкМЕ/мл соответственно. На фоне 12-месячной терапии метформином отмечалась тенденция к снижению концентрации ИРИ на-

тощак в среднем до $13,1 \pm 9,12$ мкМЕ/мл и его постпрандиального уровня, в среднем, до $31,62 \pm 7,13$ мкМЕ/мл. НОМА-R индекс, характеризующий уровень ИР, значимо не изменился. При анализе у 48 детей (80%) на фоне сиофора зафиксировано снижение уровня, как глюкозы натощак, так и постпрандиальной глюкозы, причем у 42 детей (70%) среди всех больных с исходно диагностированной гипергликемией натощак удалось достичь целевых значений уровня глюкозы натощак. Снижение уровня инсулина натощак обнаружено у 30 больных (50%), а через 2 часа после нагрузки – у 36 пациентов (60%). Снижение НОМА-R произошло у 16,2 (27%) больных.

Таким образом, у 70% детей терапия метформинном привела к восстановлению целевого уровня глюкозы натощак (глюкоза в плазме крови натощак $<6,1$ ммоль/л).

Клинические особенности дисмикроэлементов при бронхиальной астме у детей

Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И.

Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Нарушение микроэлементного гомеостаза может опосредованно воздействовать на реактивность бронхиального дерева. В патогенезе развития БА ведущая роль принадлежит ионам кальция, магния, которые принимают непосредственное участие в сокращении бронхов; такие микроэлементы как селен, цинк, медь оказывают влияние на процессы перекисного окисления липидов и формирование аллергического воспалительного процесса трахеобронхиального дерева – морфологической основы для развития бронхиальной астмы

Цель исследования. Определить характер изменений микроэлементного статуса при и бронхиальной астме и обструктивном бронхите у детей дошкольного возраста. Провести сравнительную оценку полученных данных.

Пациенты и методы. Обследовано 20 детей дошкольного возраста с бронхиальной астмой (БА) и 25 детей того же возраста с обструктивным бронхитом (ОБ). Микроэлементный статус детей определялся в Институте ядерной физики АН РУз путем изучения содержания микроэлементов в волосах методом нейтронно-активационного анализа.

Результаты. Было проведено комплексное исследование 20 химических элементов периодической системы Д.И.Менделеева в волосах у детей, больных бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом. Впервые наиболее точным методом нейтронно-активационного анализа получены показатели содержания в волосах: I, Mg, Cl, Cu, Mn, Na, K, Ca, Au, Br, Se, Hg, Cr, Ag, Sc, Ba, Rb, Fe, Zn, Co. При изучении микроэлементного гомеостаза были обнаружены дисмикроэлементозы у всех детей. Сравнивая полученные показатели микроэлементов при БА и ОБ с нормативными данными, было выявлено, что у детей с

бронхиальной астмой отмечается гипермикроэлементоз хлора ($2237 \pm 481,1$), натрия ($820 \pm 346,8$), брома ($3,63 \pm 0,741$) и железа ($34,7 \pm 7,69$), а также дефицит йода ($0,72 \pm 0,32$), меди ($8,9 \pm 1,39$), марганца ($0,35 \pm 0,05$), стронция ($0,005 \pm 0,0012$), бария ($<1,0 \pm 0,2$), магния ($<10 \pm 0,1$), кальция ($528 \pm 83,9$), золота ($0,008 \pm 0,002$), ртути ($0,03 \pm 0,0088$) и серебра ($0,058 \pm 0,015$). При обструктивном бронхите наблюдался гипермикроэлементоз йода ($6,24 \pm 2,35$), калия ($1662,8 \pm 258,37$), рубидия ($1,207 \pm 0,39$), брома ($9,96 \pm 6,15$) хлора ($4179 \pm 874,6$) и натрия ($1281 \pm 480,98$), а также дефицит меди ($10,3 \pm 3,15$), золота ($0,0222 \pm 0,0034$), стронция ($0,00423 \pm 0,00073$), кобальта ($0,0479 \pm 0,006$) и кальция ($587 \pm 191,16$).

Выводы. Изучение микроэлементного статуса при обструктивных бронхитах и бронхиальной астме у детей дошкольного возраста позволило определить особенности накопления минералов и микроэлементов в волосах. На основании полученных данных было выявлено изменения в составе микроэлементов у всех обследуемых детей. При бронхиальной астме отмечается гипермикроэлементоз хлора, натрия, брома и железа, и дефицит йода, меди, марганца, стронция, бария, магния, кальция, золота, ртути и серебра. При обструктивном бронхите наблюдался гипермикроэлементоз йода, калия, рубидия, брома, хлора и натрия и дефицит меди, золота, стронция, кобальта и кальция. Контроль содержания в организме человека по крайней мере таких элементов, как Na, K, Mg, Ca, Fe, Zn, Cu, Co, Se очень важен, поскольку выявляемые даже незначительные нарушения их метаболизма позволяют обеспечить своевременную донозологическую диагностику заболеваний и контролировать эффективность лечения.

Уточнение критериев гемодинамической нестабильности при суправентрикулярной и желудочковой тахикардиях у детей 5–15 лет

Шарипов А.М., Сафаров З.Ф., Джубатова Р.С., Ахматалиева М.А., Маматкулов Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

В течении неотложных состояний у детей часто развиваются нарушения ритма сердца, которые сами могут привести к ухудшению состояния и неблагоприятному исходу. Поэтому распознавание ритма и антиаритмическая помощь вошли в первичную и вторичную ABCD оценку и помощь в работе бригад продвинутого уровня. Выбор способа помощи зависит от результатов определения гемодинамической стабильности. Не вызывает сомнений в выборе применения кардиоверсии в синкопальных состояниях. Однако в остальных случаях использование стандартных критериев нестабильности являются, чаще всего, избыточными. В то время как, кардиоверсия у детей в сознании требует медикаментозной седатации, которая является дополнительным фактором вызываю-

щего ухудшения их состояния. Разработка более точных критериев показаний применений кардиоверсии может сократить частоту его применения.

Цель. Исследование диагностической эффективности клинических тестов, входящих в разработанную нами шкалу догоспитальной первичной оценки детей старшего возраста в определение показания проведения кардиоверсии.

Материалы и методы. Было проведено исследование случай-контроль историй болезней 189 детей в возрасте от 5 до 15 лет, поступивших в экстренный пост приемного отделения клиники института, не подвергнутые кардиоверсии по результатам стандартных критериев нестабильности и госпитализированных в профильные отделения. Все дети были обследованы в соответствии стандарту первичного обследования продвинутого уровня, включающего в себя кардиомониторинг и оценены по шкале, разработанной нами. По данным анализа динамики состояния для всех клинических тестов были определены чувствительность (Ч) и специфичность (С) в отношении формирования ухудшения состояния течения.

Результаты. Значимые результаты были получены по тестам соотношение частоты сердечных сокращений к частоте дыхания более 4,5 (Ч – 94%, С – 89%), шоковому индексу более 1,0 (Ч – 97%, С – 92%), исчезновение периферического пульса (Ч – 98%, С – 78%), менее 12 баллов по шкале Глазго (Ч – 82%, С – 77%).

Выводы. Выше перечисленные клинические тесты рекомендуются в качестве критериев гемодинамической нестабильности для определения показания выполнения кардиоверсии при тахикардиях.

Применение панкреатических ферментов в комплексной терапии atopического дерматита у детей

Шевченко И.Г., Титкова Е.В.

Одесский национальный медицинский университет,
Украина

У больных atopическим дерматитом (АтД) часто отмечаются изменения в поджелудочной железе, которые служат дополнительным фактором сенсibilизации. Основанием для назначения панкреатических ферментов является выраженная экзокринная недостаточность органов пищеварения. Проведено сравнительное контролируемое исследование в параллельных группах детей больных АтД, находящихся на стационарном лечении в отделении раннего возраста Одесской областной клинической больницы. Основную группу составили 29 детей, на протяжении 2 нед получавшие перорально панкреатические ферменты в дозе 1000 МЕ/кг липазы в сутки. Контрольную группу составили 30 детей, получивших стандартную терапию АтД без панкреатических ферментов. При поступлении в стационар проявления АтД отмечались в виде: папулезно-везикулярные высыпания ($\chi^2 - 12,60, p = 0,001$), гнейс ($\chi^2 - 12,00, p = 0,002$), бледность лица с ярким румянцем ($\chi^2 - 11,18, p = 0,003$), поражение области про-

межности ($\chi^2 - 8,56, p = 0,01$), повышение уровня эозинофилов ($\chi^2 - 8,55, p = 0,01$), повышение уровня IgE ($\chi^2 - 7,85, p = 0,01$), кожный зуд ($\chi^2 - 6,27, p = 0,04$), себорейный дерматит ($\chi^2 - 6,04, p = 0,04$). По данным шкалы SCORAD в основной группе легкое течение АтД наблюдалось у 41,37% (95% ДИ 23,44–59,29) больных, среднетяжелое течение у 34,48% (95% ДИ 17,18–51,77), тяжелое у 24,15% (95% ДИ 8,57–39,72). В контрольной группе у 33,33% (95% ДИ 16,46–50,19) детей отмечались среднетяжелое и у 23,33% (95% ДИ – 8,19–38,46) – тяжелое течение АтД. Через 14 дней оценивалась динамика изменений шкалы SCORAD с помощью ROC-анализа. Наиболее эффективной статистической моделью следует отметить основную группу исследуемых больных. В основной группе площадь под кривой (ППК) составила 0,80 (95% ДИ 0,68–0,91), чувствительность – 93,1%, специфичность – 58,6% ($p = 0,0009$). В контрольной группе – ППК 0,74 (95% ДИ 0,61–0,86), чувствительность – 90%, специфичность – 46,6% ($p = 0,0076$).

Таким образом, включение в комплексную терапию АтД у детей в дозе 1000 МЕ на 1 кг массы тела зарекомендовало себя наиболее эффективным методом лечения.

Динамика адипокинового профиля детей в процессе адаптации к трудной жизненной ситуации

Шестопалов А.В., Полевиченко Е.В.,
Ковалева А.М., Борисенко О.В.

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Минздрава России, Москва;
Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону;
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва

Дети, попавшие в трудную жизненную ситуацию, нуждаются в персонализированных и адресных реабилитационных мероприятиях. С целью изучения динамики адаптационных изменений было исследовано содержание лептина, адипонектина, апелина, резистина в сопоставлении с содержанием кортизола, инсулина, глюкозы в крови у детей, находящихся в социально-реабилитационных центрах (СРЦ) в течение 1,0 (0,5–2,5) мес (1-я группа) и детей, проживающих в детских домах в течение 38 (22–44) мес (2-я группа), в сравнении с показателями здоровых детей из благополучных семей (группа контроля).

У детей, находящихся в СРЦ, выявлено сниженное содержание лептина в крови ($5,35 \pm 1,55$ vs $14,00 \pm 3,10$ нг/мл), высокий уровень кортизола и повышенный индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR). Кроме этого, у детей этой группы обнаружен высокий уровень апелина ($4,07 \pm 0,82$ vs $2,19 \pm 0,41$ нг/мл) – адипокина, тормозящего адипогенез в преадипоцитах. Вероятно, адипогенез у детей данной группы затормозился на уровне преадипоцитов из-за стресса, дефицита нутриентов и развития инсулинорези-

стенности. С другой стороны, учитывая то, что апелин является фактором, предотвращающим развитие гипертрофии миокарда и его сократительной дисфункции, повышение его содержания может играть положительную адаптационную роль.

У детей 2-й группы уровень кортизола был статистически значимо ниже в сравнении с детьми из 1 группы и соответствовал показателю группы контроля. Также у детей 2-й группы отмечено более чем двукратное снижение концентрации инсулина в крови и индекса инсулинорезистентности в сравнении как с детьми из СРЦ, так и с детьми контрольной группы. У детей из детских домов была статистически значимо снижена концентрация резистина ($4,99 \pm 0,32$ vs $7,16 \pm 0,7$ нг/мл), что, вероятно, и явилось причиной развития высокой сенситивности к инсулину. Также отмечалось еще более выраженное, по сравнению с 1-й группой, снижение содержания лептина ($2,69 \pm 0,4$ нг/мл).

Таким образом, адипокиновый профиль у детей в трудной жизненной ситуации отражает адаптационные сдвиги, позволяющие обеспечить мобилизацию липидов и кардиопротекцию в условиях стресса с последующим формированием регуляторных настроек на компенсацию нутритивного дефицита. Вместе с тем данные механизмы адаптации несут и опасность развития метаболического синдрома, что делает особенно актуальным формирование стереотипов здорового образа жизни и пищевого поведения в персонифицированных программах реабилитации детей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

Эффективность ЭХОКГ-исследования при выявлении немых форм пролапса митрального клапана у детей

Шильманова А.Б., Мамырбаева М.А.,
Исмамбетова Г.К., Кушаева А.М.,
Туякбаев А.М., Сыдығалиева З.М.

*Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет им. Марата Оспанова,
Актобе, Республика Казахстан*

В детском возрасте пролапс митрального клапана является по данным ВОЗ у 3–15% детей и чаще всего встречается в возрасте от 7 до 15 лет, преимущественно страдают девочки. С точки зрения этиологического подхода разграничивают первичный и вторичный пролапс митрального клапана. По локализации пролабирования выделяют пролапс передней, задней и обеих створок митрального клапана. С учетом наличия и отсутствия выслушиваемых звуковых феноменов говорят о «немой» и аускультативной форме синдрома. Имеются определенные трудности в диагностике «немых» форм пролапса митрального клапана.

Цель исследования: оценить эффективность Эхо-кардиографического исследования при выявлении немых форм пролапса митрального клапана у детей в возрасте до 15 лет.

Пациенты и методы. Были проведены Эхо-кардиографические исследования детей в возрасте до 15 лет за

последние 3 года (2013–2014–2015 гг.) с изменениями на ЭКГ в виде возникновения нарушений процесса реполяризации (уплощение или инверсия зубца Т, смещение сегмента ST). Основные диагнозы при направлении на эхокардиографическое исследование: ВСД, гипервентиляционный синдром. Жалобы были больше неврологического характера, в частности в виде чувства нехватки воздуха, страха. Для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики проводились ЭХО-кардиографические исследования. Всего было обследовано 750 детей. Из них преобладали девочки 485 (64,6%) и 265 мальчиков (35,4%). Средний возраст детей составил $10 \pm 3,5$ года. Из 750 детей пролапс митрального клапана был выявлен у 122 детей (16% от общего количества детей). При этом немая форма ПМК была зафиксирована в 57 случаях, что составляет 46,7% от всех выявленных случаев ПМК. При этом минимальный возраст обследованных детей составлял 2–3 года, максимальный возраст 14–15 лет.

Особо учитывались при ЭХОКГ типы пролабирования и глубина провисания створок. Таким образом, основными критериями для постановки диагноза пролапса митрального клапана, наряду с клинической картиной в виде жалоб неврологического характера были следующие эхокардиографические изменения:

1. Выгибание одной или обеих створок за линию коаптации (проекцию митрального отверстия) в парастернальной проекции длиной оси левого желудочка или проекции 4 камер с верхушки.
2. Умеренная утолщенность и избыточность створок.
3. Увеличение площади митрального отверстия (более чем 4 см^2)
4. Избыточная экскурсия левого атриовентрикулярного кольца.

Заключение: Эхокардиография в диагностике пролапса митрального клапана является наиболее физиологичным и высокоинформативным методом исследования по сравнению с другими инвазивными (ангиокардиография) и неинвазивными (фонокардиография) методами.

Профилактика ОРВИ у часто болеющих детей

Шит С.М., Ревенко Н.Е.

*Государственный университет медицины и фармации
им. Н.Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова*

Детей, чаще, чем их сверстники, подверженных ОРВИ объединяют в группу диспансерного наблюдения «часто болеющие дети» (ЧБД). Целью работы является профилактика ОРВИ и их осложнений у ЧБД препаратом Кагоцел – индуктором интерферонов (НИАРМЕДИК ПЛЮС, Россия). У детей в возрасте от 3 до 7 лет в качестве критерия для включения в группу ЧБД использовали инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы всех случаев ОРВИ в течение года к возрасту ребенка: $\text{ИИ} = (\text{сумма всех случаев ОРВИ в течение года}) / (\text{возраст ребенка в годах})$. Под наблюдением находилось 90 ЧБД с 3 до 7 лет с 2013 по 2015 гг. Дети были разделе-

ны на 2 группы: I – 60 детей с частыми ОРВИ (8 и более раз в году), II – 30 детей с рецидивирующими вирусно-бактериальными инфекциями. Группу контроля составили 30 детей того же возраста, редко болеющие ОРВИ (2–3 раза в год). ИИ у обследованных детей составил 2,0–3,5 (ИИ у детей группы контроля составил 0,2–1,0). При первичном обследовании всем детям, наряду с общеклиническим обследованием, была сделана иммунограмма: выявлено снижение количества Т-лимфоцитов с повышением Т-хелперов и снижением Т-супрессоров, снижение количества В-лимфоцитов, а также снижение общего IgA и SIgA в назальном секрете у всех обследованных, повышение IgE у 50%. Всем обследованным в осенне-зимний период (с сентября по февраль) назначался курс профилактического лечения Кагоцелом по схеме: два дня подряд по 1 таблетке 1 раз в день, затем 5 дней перерыв в течение 5–6 нед. При необходимости (повышенная эпидемическая обстановка по вирусным заболеваниям) курс лечения продлевался до 8 нед, либо повторялся через месяц в течение 5 нед. После проведенного лечения у больных сократилось количество респираторных заболеваний до 2–3 в сезон. Эффективность препарата Кагоцел оценивалась не только клинически по количеству ОРВИ, но и на основании данных лабораторного обследования: по окончании профилактического курса лечения у наблюдаемых детей отмечали нормализацию показателей иммунограммы: увеличение Т-, В-лимфоцитов и IgA. В случае заболевания детьми ОРВИ, Кагоцел назначался в лечебной дозе (указанной в инструкции). При этом было отмечено более легкое течение заболевания и зарегистрировано меньшее количество осложненных форм (в 3 раза по сравнению с контрольной группой). Прием препарата не вызывал развития побочных реакций. Проведенная терапия Кагоцелом в период сезонного нарастания частоты респираторных заболеваний у ЧБД показала свою эффективность со всех точек зрения.

Особенности социально-бытовых условий проживания детей с эндемическим зобом

Шлык О.Г., Сорокман Т.В.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Критерии оценки состояния здоровья детей являются ключевыми в современной педиатрии. С целью изучения социально-бытовых условий проживания детей с эндемическим зобом нами проанкетированы 1973 ребенка школьного возраста, проживающих в Черновицкой области. Диагноз эндемического зоба устанавливали на основании клинико-лабораторного и УЗ-исследования (I–III степень увеличения объема щитовидной железы без нарушения функции). Для определения социально-бытовых условий проживания детей их родителями заполнялась специальная анкета. По результатам анкетирования можно сделать вывод, что, в основном, обследуемые нами дети проживали в удовлетворительных

социально-бытовых условиях: был свой дом или квартира. На неблагоприятные условия проживания указали 6,1% анкетированных. По материальному обеспечению 2,1% семей считают, что они живут зажиточно, 19,4% имеют хорошее материальное обеспечение, 47,2% – удовлетворительное, 31,1% – неудовлетворительное. 91,3% детей с эндемическим зобом проживают в полных семьях. В основном их отцы имели среднее образование (65,2%), неполное среднее образование имели 4,3% отцов, высшее – 30,4%. Матери распределились следующим образом: высшее образование – 27,1% матерей, среднее – 66,3% неполное среднее – 6,5%. 38,0% отцов и 75,0% матерей алкоголь не употребляют. Изредка употребляют 54,3% отцов и 24,0% матерей. 7,6% опрошенных отцов и 1% матерей алкоголь употребляют систематически. 51,0% отцов не курят, 30,4% курят до 20 сигарет и 18,4% – более 20 сигарет в сутки. Систематически курят 3,2% матерей, некурящих матерей 91,0% и изредка курят 5,7% матерей.

Анализируя характер питания детей, можно сделать вывод, что в их меню преобладали хлеб и мучные изделия (63,4%), молочные продукты употребляют только 55,2% детей, мясные – 34,6%. Овощи употребляли 47,3% детей, рыбные продукты – 5,5%. Стоит заметить, что по результатам исследования ни один ребенок с обследованной группы не употреблял морепродукты, богатые содержанием йода, йодированную соль использует только 1 семья из 50, но и они используют и хранят соль без соблюдения элементарных гигиенических требований. Рацион питания большей части детей состоит из местных продуктов питания, в том числе выращенных на приусадебных участках, в условиях естественного йодного дефицита.

Таким образом, обследованные нами дети с эндемическим зобом проживали в удовлетворительных социально-бытовых условиях, однако рацион питания большей части детей деформирован, состоит из продуктов, вмещающих мало йода.

Особенности питания детей от 1 до 3 лет: мнения врачей и родителей Восточной Сибири

Щербак В.А.¹, Щербак Н.М.¹, Фурцев В.И.², Будникова Е.В.³, Гринь Т.С.⁴, Каргина И.Г.¹

¹Читинская государственная медицинская академия;

²Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого;

³Красноярская городская детская больница №83;

⁴Детский клинический медицинский центр, Чита

Цель исследования. Проанализировать питание детей от 1 до 3 лет Читы и Красноярска и оценить рекомендации педиатров данных городов по вопросам вскармливания.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование 186 родителей детей 1–3 лет и 86 врачей-педиатров Читы, а также 230 родителей и 117 педиатров Красноярска по стандартизированной анкете Союза педиатров России. Оценивали продолжительность грудного вскармливания, рацион питания детей, качество приготовления и сроки

введения продуктов, режим питания, рекомендации педиатров по вопросам грудного вскармливания, использования молочных смесей, переходу к «общему» столу, встречаемость алиментарно-зависимых заболеваний. Сравнение проводили по критерию Пирсона.

Результаты. Врачи, как в Чите, так и Красноярске в большинстве своем, рекомендуют продолжить грудное вскармливание до 2 лет. Рекомендуют обогащенные молочные смеси для детей старше 1 года подавляющее большинство педиатров, причем в Красноярске чаще (89,7%), чем в Чите (76,7%). Однако родители данные смеси дают гораздо реже рекомендаций – только 38,3% в Красноярске и 49,0% в Чите. Большинство врачей обоих городов рекомендуют детям старше 1 года продукты прикорма промышленного производства (81,4% в Чите и 75,2% в Красноярске). Однако матери используют данную продукцию только в 52,1% и 38,7% соответственно. В питании детей старше 1 года «третьи» формулы используют 49% родителей Читы и 38,3% Красноярска. Из молочных продуктов большинство родителей обоих городов дают детям творог и кисломолочные продукты. В Чите 9% детей получают козье молоко. При анализе производства продуктов было выявлено, что большая часть родителей Читы использует в питании детей продукты промышленного производства (52,1%), большинство же родителей Красноярска используют пищу собственного приготовления (61,3%).

Заключение. Проведенный опрос свидетельствует о недостаточной информированности родителей и педиатров в вопросах вскармливания детей в возрасте 1–3 лет. Специализированные продукты для детей старше года употребляются далеко не всегда, тогда как их применение позволило бы существенно повысить качество здоровья подрастающего поколения. Создание «Национальной программы оптимизации питания детей от 1 до 3 лет жизни в РФ» необходимо для улучшения качества жизни и согласования рекомендаций врачами-педиатрами.

Вариабильность клинических симптомов при синдроме Марфана у детей

Щука С., Бурлак-Пасат К.,
Налбуш О., Бивол Н., Негру А.

*Государственный университет медицины и фармации им. Н.Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова
НИИ охраны здоровья матери и ребенка,
Кишинев, Республика Молдова*

Синдром Марфана – генетическое моногенное аутосомно-доминирующее заболевание с полиморфизмом клинических симптомов, характеризующееся поражением соединительной ткани, обусловленное мутацией в гене хромосома 15 q21.1.

Цель. Изучение клинических проявлений синдрома Марфана у детей разных возрастов.

Пациенты и методы. В данной работе представлены 3 случая синдрома Марфана у детей разных возрастных групп – 9 мес, 8 и 17 лет. Клинический диагноз был подтвержден на основании критериев Gent, которые имеют

высокую информативность для подтверждения синдрома Марфана. Отягощенный семейный анамнез синдрома Марфана был выявлен в 2 случаях (девочка 9 мес и 17-летний подросток).

Результаты. Комплексное обследование позволило подтвердить диагноз синдрома Марфана у ребенка грудного возраста на основании следующих клинических признаков: деформация грудины, гипермобильность суставов, арахнодактилия рук и ног, плоскостопие; осложнения – пневмония, обструктивный бронхит, анемия, синдром мальабсорбции. У пациентки школьного возраста синдром Марфана проявлялся дилатацией аорты, пролапс ом митрального и трехстворчатого клапана, осложненной миопией, сколиозом грудного и поясничного отдела позвоночника, вальгусной деформацией коленных голеностопных суставов, плоскостопием, гипермобильностью суставов, арахнодактилией, хронической болезнью легких (хронический обструктивный бронхит, воздушные кисты, пневмофиброз левой нижней доли). Мальчик подросток страдал тяжелой формой синдрома Марфана с выраженной деформацией грудной клетки, сколиозом, артрозом тазобедренного сустава, плоскостопием, пороком сердца, миопией, ХОБЛ. Хотя повреждение легких не характерно для синдрома Марфана, у всех пациентов при рентгенологическом исследовании обнаруживали кистозные изменения в легких, эмфизематозные поражения, пневмофиброз, бронхоэктазы, пневмония, лобулярную гиперинфляцию.

Вывод. Синдром Марфана у детей характеризуется вариабельностью клинических синдромов, ранним присоединением осложнений костной системы, сердечно-сосудистой системы, легких, что приводит к тяжелым функциональным нарушениям у детей школьного возраста.

Микрофлора кишечника у новорожденных детей с врожденной кишечной непроходимостью

Эргашева Н.Н., Акрамова Х.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Узбекистан*

Процесс родов является сильнейшим физиологическим стрессом для организма матери и ребенка, истощаются все естественные механизмы адаптации, в том числе происходит угнетение облигатной микрофлоры. В условиях незавершенного процесса формирования органов и систем все функции организма ребенка в периоде неонатальной адаптации находятся в состоянии неустойчивого равновесия. Воздействие неблагоприятных факторов приводит к срыву адаптационных механизмов и развитию патологических процессов, которые могут представлять угрозу для жизни ребенка (61, 78)

Цель исследования – изучить количественные и качественные изменения в микрофлоре кишечника у детей при врожденной кишечной непроходимости.

Пациенты и методы. Для решения поставленной цели нами было исследовано 51 новорожденных детей на

1-й неделе жизни с мальротацией. При изучении нами микрофлоры кишечника у новорожденных детей с мальротацией были определены следующие характеристики (ед. $M \pm m$ КОЕ/г). Общее число анаэробов у новорожденных до операции составило $8,60 \pm 0,7$, после операции – $9,15 \pm 0,6$ ($n = 10,2 \pm 0,6$), бифидобактерии – $5,15 \pm 0,3$, после – $6,60 \pm 0,3$ ($n = 8,7 \pm 0,5$), лактобактерии до – $4,30 \pm 0,4$, после – $7,15 \pm 0,4$ ($n = 9,2 \pm 0,4$), пептострептококки до – $4,6 \pm 0,3$, после – $4,0 \pm 0,2$ ($6,1 \pm 0,2$), общее количество аэробов до – $8,90 \pm 0,6$, после – $8,0 \pm 0,3$ ($n = 10,3 \pm 0,7$), грибы рода *Candida* до операции – $8,15 \pm 0,5$, после операции – $5,10 \pm 0,3$ (при норме $3,8 \pm 0,3$). У новорожденных детей с мальротацией кишечника до операции флора довольно разнообразна. Хотя следует отметить, что в целом мы видим картинку существенного снижения количества микроорганизмов, как в анаэробной, так и в факультативной группе. При этом по показателям анаэробов достоверно снижены количества бифидо и лактобактерии 4–5 порядков. В факультативной группе микробов, почти все виды изученных штаммов снижены на 3–5 порядков. Это фактически выше нормы на 5 порядков. Вполне очевидно, что невмешательство лечащего врача на этом этапе приведет к развитию молочницы.

Выводы. Основываясь на полученных микробиологических данных у новорожденных детей с данной патологией, возможно понять, что оперативное лечение новорожденных детей вполне оправдано, так как практически приводит к нормализации флоры кишечника.

Роль и место нарушений пищевого поведения у детей дошкольного возраста в формировании избыточной массы тела и ожирения

Юдицкая Т.А., Гирш Я.В.

*Сургутский государственный университет, Сургут;
Областная детская клиническая больница, Омск*

Пациенты и методы. Сплошное проспективное сравнительное исследование 342 детей в возрасте от 1 до 7 лет с определением индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ). Наличие ожирения устанавливалось при ИМТ более 95 перцентили, избыточной массы тела при ИМТ более 85 перцентили. Проведено анкетирование родителей с использованием опросника SEBQ для оценки типов пищевого поведения детей. По отчетам 303 родителей о своем весе и росте был рассчитан их ИМТ. Используются критерии Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты исследований. Группа здоровых составила 285 ребенка (83%), группа с избыточной массой тела – 30 (9%), группа с ожирением – 27 человек (8%). Показатели физического развития детей в группе с ожирением превышали таковые в группе с нормальной массой тела ($p < 0,05$). Корреляционный анализ показал положительную связь веса родителей и детей в группе детей с ожи-

рением ($p < 0,05$). В группе детей с нормальной массой тела «реакция насыщения» была выше, чем в группе с ожирением ($p < 0,05$), в которой преобладали уровень «реагирование на еду» и показатель «эмоциональное переживание» ($p < 0,05$). Определение корреляционных связей между признаками в анкетах позволило выявить преобладание средних по силе стохастических связей, которые различались в зависимости от массы тела пациентов.

Выводы. Доказана взаимосвязь избыточного веса детей и массы их родителей. В отличие от детей с неизменной массой тела, дети с избыточной массой тела и ожирением имели низкое чувство сытости, повышенный интерес к пище, выше аппетит на фоне эмоций. Формирование нарушений пищевого поведения с риском развития ожирения вызывает необходимость коррекции пищевого поведения, которые должны начинаться уже в дошкольном возрасте.

Атрезия хоан

Юнусов А.С., Молодцова Е.В.

*Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА
России, Москва*

Среди пороков развития носа и околоносовых пазух у детей врожденная атрезия хоан является предметом особого внимания детских оториноларингологов. Этиология и патогенез атрезии хоан до настоящего времени остаются невыясненными, хотя общепризнан мультифакторный характер врожденных аномалий челюстно-лицевой области.

При нарушениях архитектоники структур полости носа происходят изменения функций носа, что способствуют развитию патологии со стороны верхних дыхательных путей, околоносовых пазух и уха. При длительном нарушении носового дыхания страдает психофизическое развитие ребенка в целом.

Жизненно важным моментом является своевременная диагностика врожденной двусторонней атрезии хоан, так как главной проблемой является асфиксия и смерть новорожденных в первые недели жизни ребенка.

Усовершенствование существующих методов диагностики, лечения и поиск новых прогрессивных решений проблемы врожденной атрезии хоан остаются актуальными, так как до сих пор не существует метода операции по устранению атрезии хоан с гарантией отсутствия рецидива, и нет единого мнения о сроках оперативного вмешательства.

Перспективным и многообещающим подходом к решению данной проблемы является применение новой хирургической методики с транссептальным доступом, разработанный в нашей клинике.

Операция по формированию хоан при двусторонней и односторонней атрезии хоан по жизненным показаниям проводится в первые недели жизни ребенка. При условии компенсированного носового дыхания второй этап по формированию хоан при двусторонних атрезиях проводят в 1,5–2 года, а при отсутствии компенсированного носо-

вого дыхания с одной стороны оперативное вмешательство рекомендуется проводить через 3–4 мес.

Ранняя реабилитация детей с атрезиями хоан является условием для правильного психофизического развития ребенка и профилактики сопутствующих и сопряженных заболеваний ЛОР-органов у детей.

Проблема инородных тел полости носа у детей

Юнусов А.С., Молодцова Е.В.

Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва

Инородные тела – широко распространенное явление в практической деятельности детских оториноларингологов. Большая часть инородных тел полости носа не угрожает жизни пациента, но, в дальнейшем, неправильная лечебная тактика врача-оториноларинголога может стать причиной осложнений в отдаленном периоде.

Проблема инородных тел ЛОР органов в детском возрасте год от года становится более актуальной. В последнее десятилетие в связи с техническим прогрессом резко изменился характер инородных тел. Значительно возросло количество неорганических инородных тел полости носа: пластик, детали от игрушек, батареи-таблетки, магниты. Многие из них не только механически травмируют слизистую оболочку полости носа, но и вызывают ее химическую деструкцию. От физико-химических свойств инородного тела зависит не только клиника заболевания, но и его прогноз, частота осложнений (перфорации перегородки носа, синехии, рубцовые изменения полости носа, воспаление околоносовых пазух, вплоть до внутричерепных и орбитальных осложнений).

Немногочисленны данные в доступной научной литературе об отдаленном наблюдении пациентов в катамнезе, возможных нарушениях функций носа, общего состояния и способов профилактики осложнений, неблагоприятно сказывающиеся на развитии детского организма в целом.

Следовательно, остается актуальным вопрос ведения детей с инородными телами полости носа в раннем и отдаленном периодах.

В последние годы наша клиника разработала уникальные методы ведения и профилактики осложнений детей с данной проблемой.

Ультразвуковые особенности изменений гемодинамики сосудов печени и селезенки при хронических вирусных гепатитах у детей

Юсупалиева Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Одной из актуальных проблем современного здравоохранения является диагностика хронических вирусных ге-

патитов (ХВГ) у детей. Отсутствие явной клинической картины и конкретных жалоб в начальных этапах развития заболевания часто служит причиной поздней диагностики, что приводит к необратимым изменениям структуры печени. Эти обстоятельства обуславливают потребность в совершенствовании диагностических методов, направленных на выявление, контроль и прогнозирование течения патологического процесса.

Цель работы. Улучшение комплексной клинко-эхографической диагностики хронических вирусных гепатитов у детей.

Пациенты и методы. Нами было обследовано всего 261 больных, из них с ХГВ – 206 детей, ХГС – 36 детей, ХГД – 19. Комплексное ультразвуковое исследование выполнялось на ультразвуковом сканере Sonoscape 5000 и ISTYL-TOSHIBA конвексным датчиком частотой 3,5–5,0–7,5 МГц.

Результаты. Больные ХВГ с учетом выраженности клинических проявлений и степени нарушения функциональных проб печени были разделены на группы по степени активности патологического процесса: минимальной – 67, умеренной – 111, выраженной степени активности – 83 больных. При ХВГ в зависимости от тяжести, периода, клинического течения и возраста детей наблюдалась определенная эхографическая картина изменений в печени и селезенке. При интерпретации данных серошкальной эхографии у детей, больных ХВГ одним из важных диагностических критериев являются изменения эхоструктуры паренхимы печени в виде повышения эхогенности. Паренхима печени независимо от возраста в основном имеет зернистый вид. У детей с ХВГ умеренной и выраженной степени активности определяется повышение звукопроводимости в паренхиме печени и изменение сосудистого рисунка. Изменения эхоструктуры селезенки в разгар болезни достаточно однотипны, независимо от возраста детей и характеризуются изменением формы, эхогенности и сосудистого рисунка. Орган приобретает серповидную форму, имеет тенденцию к закруглению краев и приобретению двояковыпуклой формы, а также отмечается утолщение капсулы. Дополнительное включение доплерографии в сочетании с эхографией позволяет не только повысить эффективность диагностики на 35,3%, но и расширить представления о состоянии паренхимы печени и селезенки, коллатеральных нарушениях кровообращения и выраженности портальной гипертензии. В диагностике портальной гипертензии учитываются основные и косвенные критерии патологических изменений в печени при доплерофлуометрии (ДФ). Установлено, что независимо от возраста, направленность нарушений гемодинамики имеет одинаковую тенденцию отклонений по всем параметрам, среди которых с диагностических позиций, можно отметить, в чревном стволе резистивный индекс (RI), в общей печеночной артерии пульсативный индекс (PI), в селезеночной артерии (PI и RI) индексы сопротивления. Увеличение показателей индексов сопротивления на фоне снижения скорости объемного кровотока в исследуемых артериях свидетельствуют о наличии более глубоких структурно-функциональных нарушениях пече-

ночных сосудов, обусловленных выраженностью морфологических изменений в пораженном органе.

Выводы. Доступность, неинвазивность и отсутствие облучения ультразвукового исследования определяют его как первичный метод лучевой диагностики при ХВГ у детей. Применение современных технологий эхографии, включая доплерофлуометрию повышает информативность эхографии и расширяет диагностические возможности клинициста.

Комплексная эхографическая диагностика пневмоний у детей

Юсупалиева Г.А., Махкамова О.Д., Вахидова Н.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Своевременная диагностика пневмоний у детей является одной из актуальных в педиатрии. Высокий уровень заболеваемости и существенные показатели летальности от острых пневмоний (ОП) влияют на индекс продолжительности и качество жизни в стране.

Цель исследования. Улучшение диагностики пневмоний у детей путем применения эхографического сканирования в системе комплексного обследования больных.

Пациенты и методы. Нами были проведены комплексные клинические и инструментально-лабораторные обследования 75 детей с пневмониями в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института (ТашПМИ). Эхографические исследования органов грудной клетки выполнялись на ультразвуковых аппаратах Acuson (США) и Соноскейп 5000 (Китай) в основном линейным, а при необходимости конвексным и секторным датчиками частотой 3,5–5–7,5 МГц.

Результаты. Установлено, что в преобладающем большинстве наблюдений поражение легкого было двухсторонним 86,8% больных. У 9,8% детей отмечена правосторонняя пневмония, а у 3,4% – левосторонняя пневмония. У всех больных детей пневмониями при обзорной рентгенографии грудной клетки определялось затемнение легочного поля, размеры которого зависели от распространенности поражения. Для определения его характера больным была выполнена эхография органов грудной полости. Клинико-эхографически у 84% были диагностированы очаговые, у 4,5% – очагово-сливные, у 10,5% полисегментарные, а у 1% – долевыми формы пневмонии. При эхографическом исследовании у всех больных воспалительный инфильтрат легкого визуализировался в виде паренхиматозного гипозоногенного участка с четкими ровными наружными контурами. Внутрилегочные контуры были нечеткими за счет граничащей с инфильтратом воздушной легочной паренхимой. Форма пневмонического очага была различной. В случае очаговой пневмонии он имел округлую или неправильную форму, при очагово-сливных формах отмечались безвоздушные очаги пониженной эхогенности, которые сливались друг с другом, при полисегментарной имел пирамидальную форму с основанием, обращенным к плевре, в случае долевого

пневмонии он повторял форму доли. У 71,4% больных с инфильтратом легкого на стороне поражения при УЗИ было выявлено скопление жидкости в плевральной полости в небольшом количестве: при этом наблюдалось разобщение плевральных листков не более 15 мм. У больных с полисегментарной пневмонией при динамическом эхографическом контроле в легочном инфильтрате в пределах одной или нескольких долей появилось несколько анэхогенных мелких включений, размеры которых не превышали 2–4 мм. (формирующиеся очаги деструкции легочной ткани). Данная эхографическая картина коррелировала с отрицательной динамикой клинического процесса. При последующих контрольных УЗИ данные очаги постепенно уменьшались в размерах и количестве, а затем исчезли. Всем детям на фоне проводимой комплексной интенсивной терапии осуществляли регулярный динамический эхографический контроль за состоянием пневмонического очага и плевральной полости. У 78,0% детей при динамическом ультразвуковом исследовании наблюдались следующие эхографические критерии выздоровления: легочный инфильтрат постепенно уменьшался в размерах, контуры его становились нечеткими, размытыми, количество визуализируемых мелких бронхов, заполненных воздухом, увеличивалось – т.е. восстанавливалась пневматизация легочной ткани. Пневматизация происходила по направлению от корня легкого к периферии. Количество экссудата в плевральной полости на стороне поражения также постепенно уменьшалось в размерах, а в случае выздоровления выпот не визуализировался.

Выводы. Диагностическая точность эхографии в диагностике неосложненных пневмоний, по нашим данным составила $96,7 \pm 1,3\%$, а обзорной рентгенографии $80,2 \pm 3,0\%$. Исследования свидетельствовали о том, что эхография в диагностике воспалительных инфильтратов при неосложненных пневмониях у детей по информативности превосходит обзорную рентгенографию. Ультразвуковая диагностика позволила определить характер затемнения при рентгенографии и при обнаружении воспалительного инфильтрата – провести контроль в динамике лечения, без применения повторных рентгенологических исследований, что является актуальным в педиатрической радиологии.

Результаты оценки качества медицинской помощи матерям и новорожденным в родильных учреждениях Республики Узбекистан

Ядгарова К.Т.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Повышение качества медицинских услуг населению является приоритетной задачей систем здравоохранения. Оценка качества медицинской помощи матерям и новорожденным проведена в 6 родильных учреждениях республики.

Проведенная оценка показала, что качество услуг для матерей и новорожденных в родильных учреждениях значительно улучшилось за последние годы благодаря реализации Государственных программ в области охраны материнства и детства. Во всех родильных учреждениях проведены капитальный ремонт и реконструкция, улучшена инфраструктура. Также реорганизована структура: организованы индивидуальные родильные залы, упразднены предродовые палаты и палаты новорожденных, послеродовые палаты преобразованы в палаты совместного пребывания матери и ребенка. Родильные учреждения оснащены современным медицинским оборудованием и аппаратурой. Также организованы отделения патологии новорожденных. Во всех родильных учреждениях в практику внедряются семейно ориентированные эффективные перинатальные технологии. Практикуются партнерские роды. В родильных залах используется контакт «кожа к коже», раннее прикладывание ребенка к груди, 2 разовая термометрия новорожденных, поощряется грудное вскармливание. В послеродовых отделениях практикуется совместное пребывание матери и новорожденного. Всем новорожденным проводят профилактику против гонобленореи, туберкулеза, полиемиелита и гепатита В. Применяется улучшенная практика контроля температуры новорожденных и профилактики инфекций. Поощряется ранняя выписка для здоровых матерей и новорожденных после родов на 3–5-й день.

Наряду с позитивными изменениями, оценка показала необходимость значительного улучшения таких аспектов как консультирование и информирование женщин и их партнеров, как на уровне антенатального ухода, так и в родильном учреждении. Недостаточна осведомленность медицинского персонала о важности предоставления адекватной информации пациентам и обеспечения комплексной медицинской помощи.

Большая часть выявленных проблем в ходе оценки вызвана неэффективной организацией медицинских услуг для матерей и новорожденных на уровне медучреждений, и они могут решаться на местном уровне посредством улучшения знаний, отношения, распределения и вовлеченности медицинского персонала.

Бактериологический алгоритм при отомикозе

Якубов М.М., Исломов Ш.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

В настоящее время отмечается увеличение числа больных с микотическим поражением ЛОР-органов и, в частности, наружного и среднего уха, включая послеоперационные полости среднего уха. Рост числа больных обусловлен как существенным увеличением факторов риска развития микоза, так и бессистемным неконтролируемым применением местных антибактериальных препаратов при лечении отита. Кроме того, отмечено повышение удельного веса хронического грибкового воспали-

ния с частыми рецидивами, не поддающимися медикаментозной коррекции.

Цель исследования. Определение частоты заболеваемости отомикозом с повышением эффективности диагностики и лечения грибкового поражения уха.

Пациенты и методы. Объект исследования – 162 ребенка (4–14 лет) с воспалительными заболеваниями ушей. Методы исследования: клиническое, эндомикроскопическое, микробиологическое, микологическое, рентгенологическое (включая КТ, МРТ), эпидемиологическое. Микологические исследования у больных отомикозом проводили в два этапа: 1-й этап – экспресс-методы – отомикроскопию (осмотр уха под операционным микроскопом), исследование в световом и люминесцентном микроскопе с использованием просветляющих растворов, метиленового синего, комплекса красителей Грама, и впервые применен метод окрашивания калькофлюором белым (определение рода гриба). Видовую идентификацию дрожжеподобных грибов проводили с помощью тест-систем API 20 (bioMerieux, Франция), плесневых по протоколу MI 38.

2-этап – параллельно отбирали материал для микологических исследований, в ходе которых проводился посев патологического отделяемого на жидкие или твердые питательные среды с последующим подсчетом колоний, оценкой интенсивности роста, видовой идентификации и чувствительности к антимикотическим препаратам.

Результаты. Примененный комплексный подход к диагностике отомикоза позволил установить грибковую природу заболевания у 40 больных (24,69%). С целью выявления особенностей этиологии, патогенеза, клинической картины и разработки оптимального лечения все больные отомикозом были разделены на 3 группы в соответствии с локализацией воспалительного процесса: 1-я группа – 18 детей (48%) с наружным грибковым отитом, 2-я группа – 15 (37,5%) с грибковым поражением среднего уха и 3-я группа – 7 (17,5%) – пациенты с микотическим поражением послеоперационной полости среднего уха. У 17 (42,5%) больных процесс был двусторонним. Длительность заболевания составила от 2 мес до 5 лет.

Монокультура гриба выявлена в 40 случаях, а еще у 32 имелись грибково-грибковые или грибково-бактериальные ассоциации. Так, при наружном грибковом отите основными возбудителями являлись плесневые грибы, выявленные у 180 больных (64,3%), при этом на долю рода *Aspergillus* приходилось 162 наблюдения (57,85%). Дрожжеподобные грибы определены как этиологический фактор в 100 наблюдениях (35,7%), при этом наиболее патогенный вид грибов *Candida albicans* выделен только у 21 больного. Установлена этиопатогенетическая значимость и других видов грибов рода *Candida*: *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. sake*, *C. parapsilosis*, *C. pseudotropicalis*, *C. glabrata*, *C. hellermanii*, *C. ciferrii*, *C. dubliniensis*, *C. famata*, *C. globosa*, *C. curvata*, *C. intermedia*, *Candida spp.*

У 15 больных возбудителем среднего отита были различные плесневые грибы: *Aspergillus niger* – 10 наблюдений, у 2 больных возбудителем воспалительного процесса были грибы *Aspergillus fumigatus*, и у 2 больных – другие

виды аспергилл. У одного больного причиной заболевания являлся грибок рода *Mucor*.

При терапии отомикоза мы придерживались определенных принципов: лечение должно быть направлено не только на грибковую инфекцию, но и на устранение различного рода факторов, играющих роль в патогенезе данного микоза. Нами применялась системная и местная терапия. При лечении больных отомикозом, вызванным дрожжеподобными грибами, может быть применен препарат Кандибиотик.

Выводы. При лечении больных с длительно текущим воспалением в наружном и среднем ухе необходимо проведение комплексного микологического обследования патологического отделяемого из уха, включающего микроскопическое и культуральное исследования. Препаратом выбора является Кандибиотик.

Адекватная терапия при боли у новорожденных с поражением ЦНС

Якубов Ш.Т., Рахимов К.Б., Барзуев С.Н.

Городская детская больница,
Канибадам, Республика Таджикистан

Лечение боли и предотвращение болевого синдрома является одной из важных проблем современной медицины в целом и неонатологии, в частности. Выявлено, что 90% всех болезней у новорожденных сопровождаются болью. Все испытываемые ребенком болевые ощущения относятся к категории острой и рецидивирующей или персистирующей боли, которая без коррекции приводит к болевому синдрому.

Целью исследования явилось изучение путей обезболивания новорожденных с поражением центральной нервной системы.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 59 доношенных новорожденных, из них 43 – с поражен-

ем ЦНС легкой, средней и тяжелой степени – основная группа. В зависимости от проводимого лечения последняя была разделена на 3 подгруппы: в первую вошли 14 детей, получившие традиционное лечение без анальгезии (группа сравнения); во вторую – 10 новорожденных, получивших как традиционное, так и антигомотоксическое (препарат Траумель С в виде инъекции – в/в, в/м); оставшиеся 19 новорожденных составили третью подгруппу в которой проводилась терапия препаратом Траумель С *per os*.

Результаты. При анализе выявлено, что у младенцев с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС, получившим традиционную терапию с первых суток жизни, выявляется значительно высокий уровень Нейрокинина А и Субстанции П. Наиболее выраженный эффект получен при применении *per os* Траумеля С. Последнее обусловлено, по-видимому, идентичностью путей восприятия болевого и сладкого. При использовании Траумеля С, концентрация Субстанции П уменьшается в 2 раза, принимая значения 7,22 ng/ml, что связано с его анальгетическим эффектом на болевую реакцию. Проведение корреляционного анализа выявило наличие прямой зависимости между уровнем Нейрокинина А и числом болезненных процедур, в том числе инъекций, что свидетельствует о важности определения данного показателя для оценки тяжести болевого синдрома и эффективность проводимой терапии. При сравнительной оценке эффективности Траумеля С у новорожденных основной группы выявлено, что показатели шкалы DAN и Parker достоверно снижаются по сравнению с новорожденными, получившими стандартное лечение ($P < 0,001$).

Таким образом, полученные результаты показали, что у новорожденных основной группы отмечалось более динамичное улучшение поведенческих, вегетативных и лабораторных данных при применении препарата Траумель С повышается эффективность анальгезии, и снижает частоту и тяжесть болевого синдрома.

Содержание

Impact of physical activity on biochemical indices and cardiovascular system of children Akhmedova D.I., Akhmedova N.R.	3	Лечение делирия в раннем послеоперационном периоде у детей после кардиохирургических операций Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Тохиоров Ш.М., Маматкулов И.Б., Бекназаров А.Б.	9
Efficacy of aerosolized antibiotic therapy in cystic fibrosis with Ps.aeruginosa pulmonary infection in children Sciuca S., Dimitrova O., Balanetchi L.	3	Оптимизация контроля и терапии бронхиальной астмы у детей в периоде клинико-фармакологической ремиссии Акамбатова А.Х., Мещеряков В.В.	9
Foreign bodies in the lower airways – a major pediatric emergency Sciuca S., Rascov V., Garbi I., Cotoman A., Negru A.	3	Клинико-диагностические особенности коклюша у детей на современном этапе Акиншева А.С.	10
Bronchopulmonary syndromes in primary immunodeficiency in children Sciuca S., Selevestru R., Neamtu L., Adam I., Cotoman A., Dimitrova O., Visnevschi L., Rodovan I.	4	Фокусы и техники психологической поддержки детей с ОВЗ и их семей Арпентьева М.Р.	10
Evolutionary peculiarities of bronchopulmonary dysplasia in premature infants Sciuca S., Selevestru R., Neamtu L., Cotoman A., Visnevschi L., Adam I.	4	Эффективность стартовой терапии при гемофильных инфекциях у детей Астапов А.А.	11
Phenotypic peculiarities of bronchial asthma in schoolchildren Selevestru R., Sciuca S., Adam I., Neamtu L.	4	Физическая нагрузка и некоторые показатели гормонального и иммунного статуса у детей Ахмедова Д.И., Ахмедова Н.Р., Закирова Н.И.	11
Опыт внедрения инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации Абольян Л.В.	5	Оценка риска развития эссенциальной артериальной гипертензии среди школьников г. Ташкента: результаты скрининг-исследования Ахмедова Ф.М.	12
Научное обоснование программы подготовки медицинских кадров и консультантов по грудному вскармливанию Абольян Л.В., Новикова С.В., Дерю А.В.	5	Влияние анемии матери во время беременности на вес ребенка при рождении Ахрарова Ф.М., Ахрарова Н.А.	12
Разработка оптимальных режимов профилактики туберкулеза у детей из очагов лекарственно устойчивого туберкулеза Абсадыкова Ф.Т., Медведева Н.В.	6	Нейротоксикоз у детей: клиника, диагностика и лечение Барзиев С.Н., Собиров Н.	13
Подходы к лечению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей Абсадыкова Ф.Т., Медведева Н.В., Абдуразакова З.К.	6	Эффективность синбиотиков для нормализации микрофлоры кишечника у детей раннего возраста Баум Т.Г., Первишко О.В., Салман А.Ф., Бевзенко О.В.	13
Болезнь Вильсона-Коновалова в Казахстане Абуова Г.Н., Абенова И.Н., Мищенко А.С., Рахманова Ф.А., Айдарова А.М.	7	Факторы риска при рецидивирующем бронхите у детей Бекназаров А.Б., Нурмухамедов Х.К.	14
Корь в Южном Казахстане Абуова Г.Н., Камытбекова К.Ж., Мищенко А.С., Айдарова А.М., Рахманова Ф.А.	7	Оценка влияния йодной профилактики на функционирование гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы у детей грудного возраста Белых Н.А.	14
Гематологические показатели и особенности состояния здоровья детей раннего возраста, внутриутробно инфицированных герпесвирусами Агзамова Ш.А.	8	Анализ заболеваемости инвазивными диареями у детей в Южно-Казахстанской области Бердалиева Ф.А., Камбарова З.М., Жумагулова К.Ж., Ходжабеков Б.К.	15
Влияние церебрального перфузионного давления и сердечного выброса на оксигенацию и метаболизм головного мозга Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К., Маматкулов И.Б., Джаббаров Д.Р., Умаров И.М., Бабаниязов К.К.	8	Клинический случай острого бруцеллеза у ребенка грудного возраста Бердалиева Ф.А., Маханов Т.Б., Жумагулова К.Ж.	15
		Отравления в детском возрасте Бердовская А.Н., Леошко К.В.	16

Микробная ассоциация носоглотки у детей с врожденными пороками сердца Бордюгова Е.В., Конов В.Г., Усенко Н.А.	16	Роль среднего медицинского персонала в пропаганде и поддержке грудного вскармливания Гринь Е.Г., Захарова Е.Н.	23
Влияние метилксантинов на частоту развития и выраженность микроаспирации желудочного содержимого у новорожденных Брыксина Е.Ю., Брыксин В.С., Почивалов А.В., Савченко А.П., Ониангет Е.П.	17	Участие среднего медицинского персонала в поддержке семьи с ребенком-инвалидом Гринь Е.Г., Захарова Е.Н.	24
Школа коррекции и профилактики ожирения для детей Краснодарского края Бурлуцкая А.В., Шадрин С.А., Статова А.В., Трубилина М.М., Черняк И.Ю.	17	Операции на перегородке носа у детей, перенесших хейлоуранопластику Губеев Р.И., Юнусов А.С.	24
Эффективность активных форм оздоровления детей в дошкольных образовательных учреждениях Бухарина К.А., Мещеряков В.В.	18	Эффективность внедрения современных перинатальных технологий Дакинова Л.Н., Ермошкаева Т.У., Суянова Л.С., Бадмаева Д.Э., Сагаева Н.М., Кекеева С.А.	25
Молекулярно-биологические особенности хронических вирусных микст «В + С» и «В + С + D» гепатитов у детей Валиева Н.К., Иноятлова Ф.И.	18	Применение противовоспалительной терапии при заболеваниях бронхолегочной системы у детей Даукш И.А., Муратходжаева А.В., Пирназарова Г.З.	25
Хламидиально-микоплазменная инфекция у глубоко недоношенных детей с бронхолегочной дисплазией Василевский И.В.	19	Профилактическое применение пробиотиков у детей с первых месяцев жизни Даукш И.А., Муратходжаева А.В., Хакимова У.Р.	26
Распространенность метициллинрезистентного золотистого стафилококка у детей с внебольничными респираторными заболеваниями Василевский И.В., Скепьян Е.Н., Топтун П.Д.	19	Инфантильная анорексия Делягин В.М.	26
Роль системы L-Аргинин-NO в патогенезе пиелонефрита у детей Вильчук К.У.	20	Эпидемиология врожденных пороков развития в регионах РФ Демикова Н.С., Лапина А.С., Подольная М.А.	27
Новорожденные с экстремально низкой массой тела при рождении: оценка исходов неонатального периода Вохидов А.В., Вохидов Р.А., Хасанова М.А.	20	Влияние грудного вскармливания на снижение показателей заболеваемости и смертности от острых респираторных инфекций и диарейных болезней Дехконов Х.Х., Исокова Ш.	27
Оценка распространенности и структуры ожирения в детской возрастной группе в условиях северных территорий Герасимчик О.А., Гирш Я.В., Вернигорова Н.В.	21	Характеристика метаболических нарушений миокарда при сердечной недостаточности у детей Джубатова Р.С., Бабаджанова З.О., Сайфуллаева Д.В.	27
Особенности структуры тела у детей и подростков с различной массой тела Герасимчик О.А., Гирш Я.В., Тепляков А.А.	21	Клинические проявления дилатационной кардиомиопатии у детей раннего возраста Джубатова Р.С., Голубина И.В.	28
Мониторирование гликемии в диагностике аффективных расстройств у детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа Гирш Я.В., Донникова Н.А., Велиева О.А.	22	Клещевой боррелиоз: решена ли проблема? Довнар–Запольская О.Н.	28
Организация специализированной и высокотехнологичной помощи детям с ревматическими заболеваниями в г. Москве: путь от участкового педиатра до стационара Глазырина А.А., Жолобова Е.С., Торосян Г.Г.	22	Опыт организации и эффективность неонатального скрининга и молекулярной диагностики муковисцидоза в ХМАО-Югре Донников М.Ю., Колбасин Л.Н., Урванцева И.А., Мещеряков В.В., Гильнич Н.А.	29
Туберкулиновая чувствительность у детей с латентным, активным и излеченным туберкулезом Горбач Л.А.	23	Возможности реабилитации детей после хирургической коррекции врожденных пороков сердца Дубовая А.В., Пшеничная Е.В., Бордюгова Е.В.	29
		Новые аспекты развития сердечной недостаточности у детей с врожденными пороками сердца после оперативной коррекции Дудник В.М., Зборовская О.А.	30

Характеристика развития эндотелиальной дисфункции при пурпуре Шенлейн-Геноха у детей в зависимости от активности заболевания Дудник В.М., Король Т.Г. 30	Материнский стафилококк – основная причина младенческих кишечных колик у детей Зрячкин Н.И., Елизарова Т.В. 38
Нарушение вазорегуляторной функции сосудистого эндотелия у детей, больных аллергической бронхиальной астмой Дудник В.М., Хромых Е.В. 31	Практический подход к созданию запаса лекарственных препаратов на эпидемию гриппа Зубаров П.Г., Солошенко Н.Г. 39
Совершенствование системы организации хирургической помощи новорожденным в Республике Казахстан Ерекешов А.А., Ембергенова М.Х. 31	Выявление патологии органов слуха на первом году жизни у детей Изюмец О.И., Изюмец С.О., Мурашко Т.В. 39
Наш первый опыт в организации хирургической помощи новорожденным с врожденными пороками развития на базе родовспомогательного учреждения города Ерекешов А.А., Туракабаева Д.А., Жельдибаев Н.С. 32	Нейропротекторная терапия для коррекции перинатальных повреждений центральной нервной системы у новорожденных детей Изюмец С.О., Изюмец О.И., Мурашко Т.В. 39
Особенности течения неврологических нарушений при сепсисе у детей раннего возраста Жалилова Ш.А., Шомансуров Ш.Ш., Пулатова Р.З., Пазылова С.А. 33	Этиологические факторы в развитии осложнений цирроза печени у детей Иногамова Г.З., Иноятова Ф.И. 40
Реабилитация детей раннего возраста с проявлениями соединительно-тканной дисплазии, перенесших острые лекарственные отравления Жамлиханов Н.Х., Ларина М.Н. 33	Анемия воспаления в течении хронической HBV-вирусной инфекции у детей Иноятова Ф.И., Икрамова Н.А. 40
Организация помощи при острых отравлениях психоактивными веществами среди детей и подростков г. Чебоксар Жамлиханов Н.Х., Федоров А.Г. 34	Эффективность общей анестезии промедолом при ортопедических операциях у детей Исмаилова М.У., Нурмухамедов Х.К. 41
Токсикологическая помощь детям Чувашской республики: принципы организации Жамлиханов Н.Х., Федоров А.Г. 34	Комплексная терапия часто болеющих детей, страдающих кишечными заболеваниями Исокова Ш., Дехконв Х.Х. 41
Организация катamnестического наблюдения за маловесными детьми в Краснодарском крае Жданова И.А., Смычкова Е.В., Картавцева А.В., Краковец И.В., Дудий С.Е. 35	Особенности течения бронхиальной астмы у детей с поверхностными и деструктивными поражениями пищеварительного тракта Каличевская М.В. 42
Состояние плода и новорожденного у ВИЧ-инфицированных беременных с герпесвирусной инфекцией Жданович А.И., Аношина Т.Н. 35	Семейный фенотип синдрома дисплазии соединительной ткани Калмыкова А.С., Федько Н.А., Зарытовкая Н.В., Калмыкова В.С. 42
Расстройства ЦНС при различных типах иммунного ответа у новорожденных с врожденной пневмонией Жданович Р.И. 36	Показатели соматического здоровья организованных детей дошкольного возраста Калмыкова А.С., Федько Н.А., Калмыкова Д.С. 43
Коррекционная диагностика плоскостопия у детей Закирходжаев М.А. 36	Влияние факторов риска на формирование гастроинтестинальной формы пищевой аллергии у детей Камилова А.Т., Ахмедова И.М., Умарназарова З.Е., Дустьмухамедова Д.Х., Султонходжаева Ш.С., Убайходжаева Х.Т. 43
Токсокароз у детей Зарянкина А.И., Шкарубо М.А. 37	Клиническая характеристика гастроинтестинальных форм пищевой аллергии у детей Камилова А.Т., Умарназарова З.Е., Геллер С.И., Дустьмухамедова Д.Х., Султонходжаева Ш.С., Убайходжаева Х.Т. 44
Чувствительность сальмонелл к антибактериальным средствам на современном этапе Заяц Т.П. 38	Применение стреоидных препаратов при нефротической форме гломерулонефрита у детей Каримова Д.И., Носирова Г.Р. 44
	Актуальность ранней профилактики ДЦП у детей сотягощенным анамнезом Коваленко Н.М., Матвеев С.В. 45

Влияние инфекционных факторов на уровень гомоцистеина и стабильных метаболитов оксида азота при гломерулонефрите у детей Конюх Е.А.	45	Факторы риска и особенности клинических проявлений рахита у детей раннего возраста Марталог П.Н., Пырцу Л.Я., Ченуша Ф.В., Ротарь А.В.	52
Показатели гормона роста и инсулиноподобного фактора роста II у новорожденных с различными вариантами задержки внутриутробного развития Кочерова В.В., Щербак В.А.	46	Особенности течения кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза у детей Матуш Л.И.	53
Соматотропный гормон и инсулиноподобный фактор роста II у новорожденных с задержкой внутриутробного роста Кочерова В.В., Щербак В.А.	46	Этиология гнойно-воспалительных заболеваний и чувствительность возбудителей к антибиотикам Мирзаева М.А., Гафурова Н.С., Атаходжаева Д.Р., Эсамуратов А.И., Ходжаева Д.Х., Рахимов К.Л.	53
Полиморфизм гормона роста и уровень соматотропного гормона у новорожденных с задержкой внутриутробного роста Кочерова В.В., Щербак В.А.	47	Этиология острого среднего отита у детей в современных условиях Мирзаева М.А., Исламов А.И., Атаходжаева Д.Р., Эсамуратов А.И., Махкамова Д.Э., Гафурова Н.С.	54
Возрастные особенности болезней органов дыхания у детей Кошимбетова Г.К.	47	Способы коррекции микрофлоры кишечника у детей Мирзаева М.А., Тургунова Х.З., Каримова З.К., Исламов А.И., Эсамуратов А.И.	54
Особенности перекисного окисления белков в сыворотке крови у детей при вирусных энцефалитах и энцефалической реакции Крюгер Е.А.	48	Клинические особенности острой пневмонии, ассоциированной с хламидийной пневмонией у детей раннего возраста Мирсалихова Н.Х.	55
Характеристика сопутствующей патологии Левашева С.В., Эткина Э.И., Гурьева Л.Л., Фазылова А.А., Сакаева Г.Д.	48	Современные технологии профилактики негативных поведенческих факторов риска в отношении питания московских школьников Мирская Н.Б., Коломенская А.Н.	55
Факторы риска и протекции атопического дерматита у детей, проживающих в Республике Башкортостан Левашева С.В., Эткина Э.И., Орлова Н.А., Данилова Л.Я., Якута С.Э.	49	Рациональное использование сырьевых ресурсов носителей биологически активных веществ Могильный М.П., Шалтумаев Т.Ш.	56
Инфаркт миокарда в подостром периоде болезни Кавасаки у ребенка с ожирением Ликанова С.О., Глазырина А.А., Жолобова Е.С., Торосян Г.Г.	49	Особенности формирования культуры здорового питания в дошкольной образовательной организации Могильный М.П., Шленская Т.В.	56
Скрининговый метод диагностики дисфункции эндотелия у детей по уровню факторов риска атеросклероза и клиническим признакам вегетативных расстройств Максимович Н.А.	49	Частота и структура заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей и подростков города Барановичи в 2010–2014 годах Мощенко Ю.П., Сапотницкий А.В.	57
Острые алкогольные отравления у детей (по данным у «ГОКБ») Малолетникова И.М., Зарянкина А.И.	50	Парентерально-энтеральное питание у новорожденных с атрезией пищевода в послеоперационном периоде Мукинова К.В., Кадыров З.С.	57
Прогнозирование развития острого почечного повреждения у детей с нефротическим синдромом Маматкулов Б.Б., Шарипов А.М., Хамзаев К.А., Ахматалиева М.А., Абдуллаев К.Г.	50	Влияние тиреотоксикоза у подростков на интеллект Муратова Ш.Т.	58
Клиническая картина сепсиса у детей Маматкулов И.Б., Нурмухамедов Х.К.	51	К вопросу о диагностике лямблиоза у детей Мурашко И.И., Белая П.В., Пискун Т.А.	58
Развитие кардитов при пневмонии у детей Маматкулов И.Б., Нурмухамедов Х.К.	51	Пробиотики в лечении заболеваний пищеварительного тракта у детей Мырзабекова Г.Т., Нургалиева С.З., Рахметилдаева Г.М.	59
Нейробиологическая обратная связь коррекции психоэмоционального состояния при синдроме дефицита внимания и гиперактивности у детей Мамырбаева М.А., Жумагалиева Г.Д.	52	Изменения вегетативного статуса у детей с хроническим пиелонефритом Нестеренко О.В., Горемыкин В.И., Елизарова С.Ю., Сидорович О.В., Хижняк А.В.	59

Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта цитомегаловирусной этиологии у новорожденных детей Нурғалиев Н.М., Мамырбаева М.А., Жумағалиева Г.Д., Досмағамбетов С.П.	60	Маловесные к сроку гестации: новые подходы к оценке физического развития новорожденных детей Прилуцкая В.А., Анкудович А.В.	67
Врожденная патология сердечно-сосудистой системы у детей Нурғалиева С.З., Мырзабекова Г.Т.	60	Прегавидарный индекс массы тела матерей и особенности физического развития новорожденных детей Прилуцкая В.А., Анкудович А.В., Жидко Д.И.	67
Прогнозирование дыхательной и почечной недостаточности при черепно-мозговой травме у детей Нурмухамедов Х.К., Бабаназаров Б.Б., Исмоилова М.У., Бобониязов К.К.	61	Диагностическая значимость показателя NSE-нейронспецифической еналазы в прогнозировании клинического течения сепсиса у детей раннего возраста с инфекционно-токсическим поражением нервной системы Пулатова Р.З., Шомансуров Ш.Ш., Пазылова С.А., Турсунов Ш.Б., Насирова Ш.С., Тахтабекова М.Ф., Жалилова Ш.А.	68
Важность длительной элиминационной диеты при пищевой непереносимости белка коровьего молока у детей до года Обидина Н.М., Еремина О.Л.	61	Перспективные подходы лечения детей с недостаточностью вертебробазиллярной артериальной системы Пшеничная Е.В., Тонких Н.А., Бордюгова Е.В., Дудчак А.П.	68
Факторы риска развития бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста Олехнович В.М., Мещеряков В.В., Добрынина О.Д.	62	Исходы и принципы дифференцированной терапии бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии Рахимов К.Б., Барзуев С.Н.	69
Роль натрийуретического пептида В-типа в патофизиологии, диагностике и оценке прогноза сердечной недостаточности при врожденных пороках сердца у детей Палий И., Ватаману Э., Ешану В.	62	Прогноз тяжести пневмонии у детей Рахимов К.Б., Тучиев Б.	69
Современное течение острой внебольничной пневмонии у детей Парфёнова И.В.	63	Методы диагностики аномалий развития уретеровезикального сегмента у детей Рахматуллаев А.А., Алиев М.М., Теребаев Б.А., Саттаров Х.А.	70
Организация наблюдения за детьми с патологией печени Первишко О.В., Баум Т.Г., Соболева Н.Г., Бевзенко О.В., Леденко Л.А.	63	Трансуретральное рассечение уретероцеле у детей Рахматуллаев А.А., Алиев М.М., Теребаев Б.А., Султанов А.К.	70
Метод оценки риска развития холестеатомы при неперфоративных средних отитах в детском возрасте Петрова Л.Г., Майсюк М.М.	64	Выявление избыточной массы тела у детей подросткового периода Ревенко Н.Е., Долапчиу Е.В.	71
Технологии искусственного интеллекта в диагностике различных клинических форм перинатального поражения центральной нервной системы Пиянзин А.И., Жилин С.И., Шайдуров А.А., Шатохин А.С., Ивченко Е.В., Федоров А.В., Акинина З.Ф., Жукова Е.Н., Сапкина М.Р.	64	Влияние β-адреноблокаторов на вариабельность ритма сердца у детей с пролапсом митрального клапана Романчук Л.В., Ревенко Н.Е.	71
Социальные аспекты грудного вскармливания Полякова Т.А., Жамлиханов Н.Х., Полякова Е.Ю.	65	Клинические и функциональные признаки поражения сердца у детей, больных хроническими вирусными гепатитами Сабитова В.И., Иноятова Ф.И.	72
Частота агрессивной ретинопатии у детей с ЭНМТ Полякова Т.А., Жамлиханов Н.Х., Чернова Ю.Г.	65	Репродуктивное здоровье и качество жизни девушек-подростков в условиях реализации принципов «Клиники, дружественной к молодежи» Саламатова Т.В., Мещеряков В.В.	72
Сравнительная оценка предикторной способности модифицированной шкалы оценки тяжести новорожденных SOFA и шкалы NEOMOD Попова И.Н., Тюкавина С.П., Боронина И.В.	66	Современный алгоритм профилактики тугоухости у детей раннего возраста с аденоидами, перенесших острый средний отит Сапожников Я.М., Мхитарян А.С.	73
Некоторые механизмы формирования функциональной диспепсии в детском возрасте Пошехонова Ю.В., Махмутов Р.Ф.	66		

Показатели красной крови у детей с крупной и низкой массой тела при рождении Сапонтицкий А.В., Сукало А.В., Прилуцкая В.А., Горячко А.Н.	73	Анализ региональных норм физического развития детей от 0 до 17 лет пришлого населения в ХМАО-Югре Тепляков А.А., Якушина О.А., Мещеряков В.В., Гирш Я.В.	80
Вычислительные подходы в разработке интегральной шкалы оценки детей с неотложными состояниями Сафаров З.Ф., Хакимов Д.П., Умарова З.С., Касымова Н.А., Шоикрамов Ш.Ш.	74	Результаты применения Диаскинтеста в Республике Узбекистан Тилляшайхов М.Н., Абсадыкова Ф.Т., Ташпулатова Ф.К.	81
Влияние билиарных дисфункций на формирование остеопенического синдрома у подростков Сиротченко Т.А., Бобрышева А.А., Бобрышева И.В.	74	Цервикальная патология и синкопе у детей. Существует ли взаимосвязь? Тонких Н.А., Пшеничная Е.В., Бордюгова Е.В., Дубовая А.В.	81
Предикторы риска формирования метаболических нарушений у детей раннего возраста с избыточной массой тела Сиротченко Т.А., Миргородская А.В.	74	Оценка рисков здоровью новорожденных Туйчиев Б., Собиров Н.	82
Эффективность комплексной медицинской реабилитации детей с морбидным ожирением Солнцева А.В., Сукало А.В., Емельянцева Т.А., Загребаева О.Ю.	75	Ренальная гемодинамика у недоношенных детей в неонатальном периоде при различных способах родоразрешения Тумаева Т.С., Балыкова Л.А., Науменко Е.И., Рязина И.Ю.	82
Состояние здоровья детей школьного возраста с эндемическим зобом Сорокман Т.В., Чечул А.И.	75	Встречаемость сочетанных заболеваний при хронической гастродуоденальной патологии у школьников Турдыева Ш.Т.	83
Распространенность зоба среди детей школьного возраста Сорокман Т.В., Чечул А.И.	76	Определение уровня комплаенса у родителей детей, находящихся на стационарном лечении Туякбаев А.М., Исмамбетова Г.К., Мамырбаева М.А., Сыдыгалиева З.М., Шильманова А.Б., Кушаева А.М.	83
Зміни показників окремих ланок антиоксидантної системи у новонароджених Сторожук І.В., Шаламай М.О.	76	Оценка эффективности клинических тестов в прогнозировании развития критических дыхательных расстройств у детей раннего возраста Умарова З.С., Джубатова Р.С., Хакимов Д.П., Кариева Ш.А.	84
Антропометрические показатели детского населения в Казахстане Тажибаев Ш.С., Долматова О.В., Ергалиева А.А., Сарсембаева А.П., Толысбаева Ж.Т.	77	Проявления кишечной недостаточности в хирургии позвоночника Умарходжаев Ф.Р., Нурмухамедов Х.К., Искандаров М.М., Алиев Т.Г., Маманазарова Д.К.	84
Оценка эффективности лечения заболеваний нижних дыхательных путей в амбулаторных условиях при различных путях введения антибиотиков Таирова Н.Н.	77	Коррекционность нарушений костного метаболизма у детей Усманов Ш.У.	85
Скрининг состояния здоровья детей школьного возраста Таирова Н.Н.	78	Оптимизация терапии рецидивирующей бронхиальной обструкции у детей с недифференцированной соединительнотканной дисплазией Федько Н.А., Калмыкова А.С.	86
Применение высокотехнологического оборудования при организации питания детей Тапешкина Н.В.	78	Особенности липидного обмена у детей с семейной отягощенностью ишемической болезнью сердца Федько Н.А., Калмыкова А.С., Галимова О.И.	86
К вопросу о диспансеризации детей младшего школьного возраста г. Ташкента, перенесших острые респираторные инфекции Тахирова Р.Н., Ахмедова М.А.	79	Результаты внедрения глобальной инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в медицинские учреждения г. Красноярск Фурцев В.И.	87
Избыточная масса тела у школьников как фактор риска в развитии артериальной гипертензии Тахирова Р.Н., Ражабов И.Б.	79	Сравнительный анализ успешного становления грудного вскармливания в родильных домах г. Красноярск, удостоенных и не удостоенных звания «Больница, доброжелательная к ребенку» Фурцев В.И.	87
Электрокардиографические показатели у детей грудного возраста и их значение для выявления частоты распространения сердечно-сосудистой патологии Тахирова Р.Н., Ражабов И.Б., Ахмедова М.А.	80		

Распространенность и влияние психовегетативного болевого синдрома на качество жизни школьников Хайтович Н.В., Очеретько В.В., Мисюра А.Н. 88	Профилактика ОРВИ у часто болеющих детей Шит С.М., Ревенко Н.Е. 94
Окислительный стресс в генезе сахарного диабета 1-го типа у детей Хайтович Н.В., Сытник И.Н. 88	Особенности социально-бытовых условий проживания детей с эндемическим зобом Шлык О.Г., Сорокман Т.В. 95
Феномен сочетанной патологии респираторной и пищеварительной системы у детей старшего школьного возраста Хакимов Д.П., Умарова З.С., Ахматалиева М.А., Касымова Н.А., Шоикрамов Ш.Ш. 89	Особенности питания детей от 1 до 3 лет: мнения врачей и родителей Восточной Сибири Щербак В.А., Щербак Н.М., Фурцев В.И., Будникова Е.В., Гринь Т.С., Каргина И.Г. 95
Клинико-инструментальная характеристика состояния гастродуоденальной системы при ювенильном ревматоидном артрите Халдарбекова М.А., Каримова М.Н. 89	Вариабильность клинических симптомов при синдроме Марфана у детей Щука С., Бурлак-Пасат К., Налбуш О., Бивол Н., Негру А. 96
Оценка эффективности вакцинопрофилактики вирусного гепатита В у детей с хронической болезнью почек Чингаева Г.Н., Диканбаева С.А., Шепетов А.М., Досым С.М. 90	Микрофлора кишечника у новорожденных детей с врожденной кишечной непроходимостью Эргашева Н.Н., Акрамова Х.А. 96
Распространенность вирусного гепатита В в отделении гемодиализа г. Алматы Чингаева Г.Н., Исмаилов Д.Б., Кулкаева М.Н., Алимжанова Э.Б., Оханова М.И. 91	Роль и место нарушений пищевого поведения у детей дошкольного возраста в формировании избыточной массы тела и ожирения Юдицкая Т.А., Гирш Я.В. 97
Оценка эффективности комплексного лечения бронхиальной астмы у детей с метаболическим синдромом Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д. 91	Атрезия хоан Юнусов А.С., Молодцова Е.В. 97
Клинические особенности дисмикрозлементов при бронхиальной астме у детей Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И. 92	Проблема инородных тел полости носа у детей Юнусов А.С., Молодцова Е.В. 98
Уточнение критериев гемодинамической нестабильности при суправентрикулярной и желудочковой тахикардиях у детей 5–15 лет Шарипов А.М., Сафаров З.Ф., Джубатова Р.С., Ахматалиева М.А., Маматкулов Б.Б. 92	Ультразвуковые особенности изменений гемодинамики сосудов печени и селезенки при хронических вирусных гепатитах у детей Юсупалиева Г.А. 98
Применение панкреатических ферментов в комплексной терапии атопического дерматита у детей Шевченко И.Г., Титкова Е.В. 93	Комплексная эхографическая диагностика пневмоний у детей Юсупалиева Г.А., Махкамова О.Д., Вахидова Н.Т. 99
Динамика адипокинового профиля детей в процессе адаптации к трудной жизненной ситуации Шестопалов А.В., Полевиченко Е.В., Ковалева А.М., Борисенко О.В. 93	Результаты оценки качества медицинской помощи матерям и новорожденным в родильных учреждениях Республики Узбекистан Ядгарова К.Т. 99
Эффективность ЭХОКГ-исследования при выявлении немых форм пролапса митрального клапана у детей Шильманова А.Б., Мамырбаева М.А., Исмамбетова Г.К., Кушаева А.М., Туякбаев А.М., Сыдыгалиева З.М. 94	Бактериологический алгоритм при отомикозе Якубов М.М., Исломов Ш.Ж. 100
	Адекватная терапия при боли у новорожденных с поражением ЦНС Якубов Ш.Т., Рахимов К.Б., Барзуев С.Н. 101