

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт
материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России

Департамент здравоохранения Ивановской области
Ивановское региональное отделение Союза педиатров России

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ
И РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

Материалы
межрегиональной научно-образовательной конференции,
посвященной 45-летию организации
детской специализированной службы Ивановской области

Иваново, 10 октября 2017 года

Иваново 2017

Ответственный редактор: **А. Е. Баклушин**

В сборник вошли материалы, посвященные наиболее актуальным проблемам профилактики развития заболеваний в детском возрасте, а также вопросам клинической педиатрии, использования современных алгоритмизированных диагностических технологий, безопасных и эффективных методов лечения.

Адресован врачам-педиатрам, неонатологам, детским врачам-специалистам.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Подписано в печать 21.09.2017. Формат 60×84¹/16.

Усл. печ. л. . Тираж экз. Заказ.....

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России
153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8
Тел. : (4932) 32-95-74
E-mail: rioivgma@mail.ru

Типография «Артграфика»
603146, г. Н. Новгород, Бекетова, 37, оф. 6
Тел.: (831) 283-50-85
E-mail: 2835085@mail.ru, www.artgrafica-nn.ru

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| <i>Предисловие</i> | 8 |
| <i>Адмакин О. И., Хакимова Д. Ф.</i> УРОВЕНЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГОВ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ СИСТЕМОЙ | 9 |
| <i>Антышева Е. Н., Кочерова О. Ю.</i> ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕНАДЕЖНОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ К ПРИЕМНОЙ МАТЕРИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧЕРЕЗ ГОД ВОСПИТАНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ | 10 |
| <i>Баклушин А. Е., Карпук Н. Л., Кузнецова О. В.</i> ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ | 12 |
| <i>Балакирева А. В., Жданова Л. А., Бобошко И. Е., Баклушина Е. К.</i> ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ В СИСТЕМЕ АТПК | 13 |
| <i>Баликин В. Ф., Философова М. С., Караваев В. Е., Гордеев Н. Н., Варникова О. Р., Аленина Т. М., Тезикова И. В.</i> ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ, В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ | 15 |
| <i>Баликин В. Ф., Смирнова Л. А., Философова М. С., Тезикова И. В., Галкина А. Б.</i> СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ | 17 |
| <i>Бобошко А. В., Молькова Л. К.</i> ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ «БОЛЕВОГО ОПЫТА» У ПАЦИЕНТА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ | 20 |
| <i>Бобошко А. В., Бобошко И. Е., Нуждина Г. Н.</i> ОПЫТ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ОЦЕНКЕ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ | 22 |
| <i>Бобошко И. Е., Жданова Л. А., Новиков А. Е.</i> ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПО- МОЩИ ПОДРОСТКАМ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ НАПРЯЖЕНИЯ | 23 |
| <i>Виноградова Е. Е., Широкова О. С., Уланова Т. Ю.</i> ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И РИСК ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ | 25 |
| <i>Влах М. А., Рогинский В. В., Надточий А. Г., Овчинников И. А., Павелко Г. А., Гавеля Е. Ю.</i> ДИАГНОСТИКА И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ | 27 |

| | |
|--|-----------|
| <i>Влах М. А., Рогинский В. В., Надточий А. Г., Овчинников И. А., Гавеля Е. Ю.</i> ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГИПЕРПАЗИЯМИ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ | 29 |
| <i>Воробьев М. В., Тропина А. А.</i> ВЫБОР КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ | 30 |
| <i>Денисова Н. Б., Полякова А. Н., Позднякова Т. В.</i> МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ И ПУТИ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ | 32 |
| <i>Долотова Н. В., Филькина О. М., Воробьева Е. А., Кудряшова И. Л.</i> ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ В ВОЗРАСТЕ ДО 4 ЛЕТ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДОМЕ РЕБЕНКА, С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ | 34 |
| <i>Жданова Л. А., Бобошко И. Е., Молькова Л. К.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К НАБЛЮДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА | 36 |
| <i>Жданова Л. А., Бобошко И. Е., Молькова Л. К., Рогачева Н. К.</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ | 38 |
| <i>Завьялова А. В., Фадеева О. Ю., Никитина Т. А., Тонеев П. Ю.</i> СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ | 40 |
| <i>Иванова М. Д., Чкадуа Т. З., Бруслова Л. А.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЕБА: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ | 42 |
| <i>Караваев В. Е., Варникова О. Р., Аленина Т. М., Философова М. С.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ | 43 |
| <i>Качанова Л. А., Ласкарева Л. Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ | 45 |
| <i>Ларюшкина Р. М., Рывкин А. И., Побединская Н. С., Глазова Т. Г., Решетова Т. Г., Баклушин А. Е.</i> ТЕХНОЛОГИЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ОТКЛОНЕНИЙ ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА В СУРФАКТАНТНОЙ СИСТЕМЕ ЛЕГКИХ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ | 47 |
| <i>Ларюшкина Р. М., Глазова Т. Г., Рывкин А. И., Побединская Н. С.</i> СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ | 49 |

| | |
|--|-----------|
| <i>Ласкарева Л. Н., Качанова Л. А.</i> ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ | 50 |
| <i>Липакова К. В., Новожилова И. Ю., Вотякова О. И., Краснова О. Е.</i> ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ | 52 |
| <i>Майсина А. И., Кулида Л. В., Рокотьянская Е. А.</i> ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТ И СТРУКТУРА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ | 53 |
| <i>Мандров С. И., Жданова Л. А.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА КАК НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ | 55 |
| <i>Митрузаева Ю. А., Виноградова Е. Е., Уланова Т. Ю., Широкова О. С.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЕФАЛОГЕМАТОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ | 57 |
| <i>Можяева А. Н., Пшеничная П. В., Орехова Д. И., Воронова М. Ю., Новикова А. А., Терентьева Т. В., Шниткова Е. В.</i> ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ | 59 |
| <i>Мошкова А. В., Косицкая Е. Н., Шниткова Е. В., Краснова О. Б., Выдрицкая Н. И.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО И ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА | 61 |
| <i>Мустафина Ф. К., Рогинский В. В.</i> МЕТОД КОМПЬЮТЕРНОЙ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ | 63 |
| <i>Новожилова И. Ю., Вотякова О. И., Батыгина Т. Н.</i> АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЗА 2013–2016 гг. | 64 |
| <i>Нуждина Г. Н., Жданова Л. А., Бобошко И. Е., Молькова Л. К.</i> КОМПЛЕКСНЫЙ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ | 66 |
| <i>Орлова С. Н., Машин С. А., Лебедев С. Е., Федотова Н. Н.</i> О РОСТЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ А У ДЕТЕЙ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2017 ГОДУ | 68 |
| <i>Орлова С. Н., Сучкова Г. Д., Тумаркин М. Б., Ковалевская К. Д., Колобова Д. Д.</i> АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИИ У ДЕТЕЙ | 70 |
| <i>Павлова О. Л., Кузнецова О. В., Баклушин А. Е., Побединская Н. С., Карпук Н. Л.</i> ОСОБЕННОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА | 72 |

| | |
|--|----|
| <i>Панфилова А. В., Плетнева А. В.</i> ПОРАЖЕНИЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА | 73 |
| <i>Побединская Н. С., Рывкин А. И., Баклушин А. Е., Кузнецова О. В., Павлова О. Л., Ларюшкина Р. М., Селезнева Е. В.</i> ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ЕГО РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЙ | 75 |
| <i>Побединская Н. С., Рывкин А. И., Кузнецова О. В., Павлова О. Л.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДЕЗЛОРАТАДИНА В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА | 77 |
| <i>Проценко Е. В., Перетятко Л. П.</i> МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ГЕРМИНАТИВНОЙ ЗОНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ | 79 |
| <i>Ратманова Г. А, Фадеева О. Ю, Фокин В. Н, Коллеров Э. Ю, Заводин М. В, Частухина Т. В, Субботина В. Г, Родионов И. Н.</i> АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА | 81 |
| <i>Рачкова О. В., Перетятко Л. П.</i> МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ ПЛАЦЕНТЫ В ОЦЕНКЕ РОЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ | 82 |
| <i>Ромашина Е. А., Побединская Н. С., Баклушин А. Е.</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ЕЕ ФЕНОТИПАМИ | 84 |
| <i>Русова Т. В., Сибякова Л. В.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ | 86 |
| <i>Рывкин А. И., Побединская Н. С., Орлова С. Н., Калистратова Е. П., Ларюшкина Р. М., Павлова О. Л.</i> ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ | 88 |
| <i>Рывкин А. И., Побединская Н. С., Хафизова Е. Е., Ларюшкина Р. М., Павлова О. Л.</i> КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА | 90 |
| <i>Сарыева О. П., Малышева М. В., Кулида Л. В.</i> ПАТОМОРФОЛОГИЯ И ИСХОДЫ ПРИ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ЭНМТ | 92 |
| <i>Селезнева Е. В., Кузнецова О. В., Ратманова Г. А., Уланова Т. Ю.</i> МАКРОСРЕДА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ | 94 |

| | |
|---|------------|
| <i>Селезнева Е. В., Баклушин А. Е., Карпук Н. Л., Уланова Т. Ю., Павлова О. Л.</i> ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ В СФЕРЕ КОММУНИКАТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПЕДИАТРИИ | 96 |
| <i>Слабинская Т. В., Русова Т. В., Лихова И. Н., Кузнецова О. В.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ | 99 |
| <i>Сотникова Н. Ю., Бойко Е. Л., Фетисова И. Н., Милеева П. Л., Воронин Д. Н.</i> ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА IL-10 A(-592)C У ЖЕНЩИН С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА | 101 |
| <i>Тропина А. А., Воробьев М. В.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОФЛОРЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЪЁМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ | 103 |
| <i>Фадеева О. Ю., Завьялова А. В., Ратманова Г. А., Фокин В. Н., Коллеров Э. Ю., Заводин М. В., Частухина Т. В.</i> СТРУКТУРА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ К ГЕМАТОЛОГУ | 105 |
| <i>Фадеева О. Ю., Писанова Т. С., Фокин В. Н., Коллеров Э. Ю., Заводин М. В., Частухина Т. В.</i> ЛИМФОМА ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ | 106 |
| <i>Харламова Н. В., Матвеева Е. А., Шилова Н. А., Чаша Т. В., Фисюк Ю. А., Иваненкова Ю. А.</i> СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА | 107 |
| <i>Харламова Н. В., Матвеева Е. А., Филькина О. М., Шилова Н. А., Фисюк Ю. А.</i> ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА | 108 |
| <i>Чемоданов В. В., Краснова Е. Е.</i> ЕЩЁ РАЗ ОБ ОЦЕНКЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА | 109 |
| <i>Широкова О. С., Виноградова Е. Е., Уланова Т. Ю.</i> ОЖИРЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ | 111 |
| <i>Шишова А. В., Жданова Л. А., Басилова Л. С.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ | 112 |
| <i>Шниткова Е. В., Дьяконова Е. Н.</i> ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ | 114 |

ПРЕДИСЛОВИЕ

Межрегиональная научно-образовательная конференция «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и рациональной терапии заболеваний детского возраста» посвящена 45-летию организации детской специализированной службы Ивановской области. В рамках научного форума обсуждены актуальные вопросы профилактики развития заболеваний в детском возрасте, использования современных алгоритмизированных диагностических технологий, безопасных и эффективных методов лечения. Оказание медицинской помощи пациентам с заболеваниями бронхолегочной системы; пути и возможности оптимизации питания здоровых и больных детей; тактика педиатра на этапах оказания медицинской помощи при отдельных состояниях в эндокринологии и гастроэнтерологии; диагностика и рациональная терапия инфекционно-воспалительных заболеваний у детей на этапах оказания медицинской помощи; возможности функциональной диагностики при постановке диагноза, выборе и контроле лечения и реабилитации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в разные возрастные периоды; вопросы профилактики, диагностики и коррекции аномалий развития и повреждений челюстно-лицевой области у детей; актуальные проблемы неонатологии на современном этапе, а также раннее выявление и тактика ведения на этапах оказания медицинской помощи детей с онко- и гематологическими заболеваниями – круг основных научных интересов участников конференции.

Работы, включенные в сборник, отражают результаты научных исследований в различных областях педиатрии (неонатологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, неврологии и др.) и будут полезны врачам-педиатрам, неонатологам, детским врачам-специалистам.

УРОВЕНЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГОВ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ СИСТЕМОЙ

Адмакин О. И., Хакимова Д. Ф.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Низкий уровень гигиены полости рта во время ортодонтического лечения является фактором риска развития очагов деминерализации. Предотвращение их возникновения – одна из проблем, с которой сталкиваются практикующие врачи-стоматологи-ортодонты, несмотря на современные методы профилактики кариеса. Развитие очагов поражения связано с длительной адгезией зубной бляшки вокруг фиксированных к поверхности зуба брекетов. Ортодонтическая аппаратура не только усложняет гигиену полости рта, но также повышает количество ретенционных пунктов для адгезии налета на вестибулярной поверхности зубов, которые в норме менее подвержены развитию кариеса.

Цель – определить уровень гигиены полости рта у пациентов с несъемной аппаратурой. Выявить локализацию очагов деминерализации у данной группы пациентов.

Отбор пациентов был основан на критериях включения и исключения. Были отобраны пациенты старше 12 лет, находящиеся на ортодонтическом лечении с использованием несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы). Из исследования были исключены дети, имеющие некариозные поражения эмали (флюороз, гипоплазия), реставрации, очаги деминерализации на момент начала лечения. От всех больных получено информированное согласие на участие в исследовании.

После снятия ортодонтических дуг и дополнительных креплений (лигатур, эластиков и др.) применялся модифицированный индекс РНРмод. Для этого вестибулярную поверхность зубов 15(14), 11, 25(24), 31, 35(34), 45(44) визуально делили на 4 сегмента по диагонали от крыльев брекета и окрашивали метиленовым синим. Критерии оценки определялись наличием или отсутствием окрашенных зубных отложений. Код 1 – окрашивание отсутствует, код 2 – окрашивание присутствует. Далее сумму баллов по всем обследованным зубам делили на их количество.

Затем проводилась механическая очистка вестибулярной поверхности зубов при помощи механического наконечника и вращающихся щеточек без применения стоматологических паст. После процедуры очищения пациент полоскал рот в течение 5 с дистиллированной водой.

Перед визуальной оценкой зубы верхней и нижней челюсти были очищены от слюны при помощи ватных валиков и высушены при помощи пестера в течение 5 с. Были тщательно осмотрены поверхности зубов вблизи основания брекетов. Оценку очаговой деминерализации проводили по индексу ICIDAS II. Фиксировали коды 0–3 на вестибулярных поверхностях зубов, имеющих несъемные ортодонтические элементы.

Обследовано 367 пациентов в возрасте от 12 до 35 лет. Проведены измерения индекса гигиены РНРмод у 346: 120 мужчин и 246 женщин. Удовлетворительный уровень гигиены среди женщин составил 64%, среди мужчин – 22 %. Неудовлетворительный уровень гигиены у мужчин составил 62%, а у женщин 32%. Плохой уровень гигиены полости рта у мужчин 16%, у женщин 4%.

Очаги деминерализации были выявлены на обеих челюстях и на всех группах зубов, но в разной степени. В частности, резцы верхней челюсти поражены у 57% пациентов, у 50% – премоляры, у 36% – моляры и у 28% – клыки. Нижний зубной ряд был поражен у меньшего количества пациентов, чаще очаги деминерализации локализовались на молярах – в 42% случаев, затем на премолярах – в 30% и меньше всего очагов поражения обнаружено на зубах фронтальной группы.

Таким образом, несмотря на развитие современных профилактических средств гигиены и совершенствование адгезивных систем, очаги деминерализации остаются значимой проблемой, так как напрямую связаны с гигиеной полости рта. Зафиксированная несъемная ортодонтическая аппаратура аккумулирует вокруг своих элементов большое количество налета и при нарушении гигиены полости рта приводит к формированию очагов деминерализации в течение 4 недель. Даже внутри одной группы уровень гигиены полости рта у мужчин был ниже, чем у женщин, что соответствует исследованиям других ученых.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕНАДЕЖНОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ К ПРИЕМНОЙ МАТЕРИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧЕРЕЗ ГОД ВОСПИТАНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ

Антышева Е. Н., Кочерова О. Ю.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Известно, что лишение ребенка в первые годы жизни заботы матери негативно сказывается на его последующем развитии. Именно в этом возрасте формируется привязанность ребенка к матери или лицу ее заменяющему, которая остается стабильной на долгие годы и не поддается изменениям. Причиной нарушений привязанности является материнская, сенсорная, эмоциональная, социальная депривация. При помещении ребенка в замещающую семью (ЗС) у него формируется привязанность к приемной матери. Признаками сформированной надежной привязанности является такое поведение ребенка, когда он отвечает на улыбку взрослого, не боится смотреть в глаза, стремится быть ближе к матери, особенно когда страшно, принимает ее утешения, испытывает тревогу при расставании, испытывает боязнь незнакомых людей, принимает советы и указания родителей. При помещении ребенка в ЗС очень важно выявлять факторы, влияющие на формирование привязанности у ребенка к приемным родителям, для профилактики формирования ее нарушений.

Цель – выявить факторы риска формирования ненадежной привязанности у детей раннего возраста через год воспитания в ЗС.

Изучено состояние здоровья 100 детей раннего возраста при передаче и через год воспитания в ЗС, их социальный и биологический анамнез (выкопировка данных из медицинской документации, анкетирование и интервьюирование родителей). Проведено психологическое исследование приемных родителей: для выявления личностных особенностей использовался тест МИНИ-СМИЛ; отношения матери и ребенка – тест «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э. Г. Эйдемиллера, В. В. Юстицкиса. Статистическая обработка проводилась общепринятыми методами вариационной статистики в пакете прикладных лицензионных программ Microsoft Office 2010, Statisticafor Windows 6.0, OpenEpi, MedCalc 7.4.4.1. С помощью критериев Колмогорова и Шапиро – Уилка осуществлялась проверка рядов данных на нормальность распределения. Количественное описание значений с нормальным распределением производилось подсчетом среднего арифметического и стандартной ошибки среднего ($M \pm m$). Если распределение отличалось от нормального, то величины представлялись в виде медианы с указанием 25-го и 75-го перцентилей ($Me, C_{25}-C_{75}$). Относительный риск (ОР) различных факторов рассчитывались в программе OpenEpi с определением 95%-го доверительного интервала (95% ДИ).

Значимыми биологическими факторами риска отсутствия формирования надежной привязанности у ребенка к приемной матери являются параметры исходного состояния его здоровья при передаче в ЗС: низкая длина тела (ОР 1,93; 95% ДИ 1,17-3,18), такие нарушения его психического здоровья как: расстройство адаптации с преобладанием нарушений других эмоций (F 43.23) (ОР 1,7; 95% ДИ 1,05-2,73), расстройства психического (психологического) развития (F 80-83) (ОР 1,69; 95% ДИ 1,01-2,83), симптомы двигательной заторможенности (ОР 1,54; 95% ДИ 1,03-2,31), симптомы парааутизма (ОР 1,54; 95% ДИ 1,03-2,31). Социальными и психологическими факторами риска являются - негармоничные мотивы принятия ребенка в ЗС, т. е. мотивы неосознанные, без стремления понять и принять поведение ребенка, без учета своих возможностей помочь сироте (ОР 10,43; 95% ДИ 1,57-69,43); гипертимные черты, эмоциональная незрелость замещающей матери (ОР 2,52; 95% ДИ 1,48-4,27), минимальность санкций к ребенку, т. е. попустительское отношение к нему (ОР 1,85; 95% ДИ 1,30-2,65), недостаточное время, проводимое замещающей матерью с ребенком (до 3 часов в день) (ОР 1,77; 95% ДИ 2,22-2,57), игнорирование потребностей ребенка (ОР 1,71; 95% ДИ 2,21-2,42), лишение биологических родителей ребенка родительских прав (ОР 1,7; 95% ДИ 1,05-2,73), амбициозность приемной матери (ОР 1,7; 95% ДИ 1,18-2,39), чрезмерность требований-запретов (ОР 1,70; 95% ДИ 1,22-2,37), и требований-обязанностей к ребенку (ОР 1,66; 95% ДИ 1,16-2,38), индивидуальный (эгоцентрический) мотив принятия ребенка в ЗС, т. е. мотив с центрированием на решении своих личностных проблем: запол-

нить пустоту, воздействовать на отношения с кем-либо из членов семьи, исправить свой неудачный родительский опыт (ОР 1,63; 95% ДИ 1,14-2,32).

Итак, наиболее значимыми факторами риска формирования ненадежной привязанности у ребенка раннего возраста через год воспитания в ЗС, являются нарушения его психического здоровья, негармоничные мотивы принятия ребенка в ЗС, гипертимные черты, эмоциональная незрелость, амбициозность замещающей матери, недостаточное время, проводимое ею с ребенком, воспитание с чрезмерностью требований-запретов, требований-обязанностей или попустительское отношение к нему.

ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Баклушин А. Е., Карпук Н. Л., Кузнецова О. В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Состояние здоровья детского населения важный показатель, отражающий благополучие общества и государства в целом. Детское население подвергается воздействию многообразных факторов окружающей среды, многие из которых рассматриваются в качестве факторов риска развития неблагоприятных изменений в организме. Внедренная в Ивановской области система диспансеризации и профилактических осмотров детского населения позволяет своевременно выявлять наиболее распространенные факторы риска развития заболеваний у детей, что позволяет эффективно реализовывать комплекс профилактических мероприятий. Так, по данным Центров здоровья, у 66,4% детей Ивановской области были диагностированы различные факторы риска развития различных заболеваний. Установлено, что наиболее частыми причинами, влияющими на формирование нарушений в состоянии здоровья, являются медико-генетические, социальные, поведенческие факторы, а также их сочетание. Безусловно, многофакторный характер воздействия может привести к ухудшению состояния здоровья детей.

Одной из причин формирования факторов риска является неправильное питание и нарушения метаболических процессов. В настоящее время широкое распространение получила теория пищевого программирования. Она показывает, что определенные метаболические нарушения оказывают влияние на предрасположенность к определенным заболеваниям и особенностям их течения, так называемым болезням «цивилизации» (сахарный диабет, артериальная гипертензия и др.). Появление концепции пищевого программирования формирует новый взгляд на питание. Правильное питание – это не только восполнение нутритивных потребностей, профилактика алиментарно зависимых дефицитных состояний, но и влияние на здоровье и продолжительность жизни.

Питание является одним из механизмов метаболического программирования. Оно определяет процессы пролиферации и дифференцировки

клеток, формирование органов и систем, что в итоге сказывается на функциональном состоянии в дальнейшем. Питание влияет на активность ферментных систем, определяя характер метаболических процессов, а при воздействии в критические периоды формирования организма, в течение которых наблюдается определенная их «пластичность», закрепляет его на всю последующую жизнь. Питание контролирует экспрессию генов, кодирующих ферменты, рецепторные белки и другие структуры, определяя направленность метаболических процессов.

C. N. Hales, D. J. Barker предложили концепцию «экономного фенотипа» («thrifty phenotype»), обеспечивающего метаболическую, эндокринную и анатомическую адаптацию ребенка. В условиях недостаточного питания инсулиновая резистентность помогает обеспечить функционирование жизненно важных органов энергией. Но, к сожалению, после рождения, даже в условиях адекватного питания, этот режим функционирования сохраняется, остается «запрограммированным». Многочисленные исследования показали, что характер питания плода, недостаточная масса тела, играют важнейшую роль для отдаленного прогноза состояния здоровья. Маловесные дети при рождении имеют высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе артериальной гипертензии, сахарного диабета второго типа, атеросклероза, метаболического синдрома во взрослой жизни.

Эта теория подтверждается выводами, сделанными экспертами ВОЗ: атеросклероз и обусловленные им сердечно-сосудистые болезни стали основной проблемой здравоохранения практически во всех странах мира (включая развивающиеся). В детском возрасте эффективность стратегий вторичной профилактики не имеет четких доказательств. Следовательно, приоритет должен отдаваться мерам первичной профилактики у детей и подростков для получения должного эффекта.

Таким образом, пищевое программирование является механизмом, определяющим метаболические особенности индивидуума, его здоровье и характер течения заболеваний в дальнейшем. Данная концепция получила сегодня широкое признание и привлекает внимание врачей различных специальностей, т. к. открывает путь к профилактике многих серьезных заболеваний и позволяет рассматривать правильное питание не только как «восполнение нутритивных потребностей и дефицитов».

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ В СИСТЕМЕ АТПК

Балакирева А. В., Жданова Л. А., Бобошко И. Е., Баклушина Е. К.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Не снижающаяся частота патологического течения беременности у женщин, несовершенная организация антенатальной профилактики нарушений здоровья у детей обуславливают их высокую заболеваемость

на первом году жизни, диктует необходимость разработки комплексного подхода к решению этих проблем.

Цель – разработка, внедрение и оценка эффективности комплекса медико-организационных мероприятий по оптимизации профилактического консультирования беременных в системе акушерско-терапевтико-педиатрического комплекса (АТПК).

Проводилось анкетирование 612 беременных и 1204 медицинских работников, реализующих их профилактическое консультирование, для чего были разработаны 2 тест-карты. Анализировались законодательные документы по организации консультативно-профилактических мероприятий для беременных, а также документальное закрепление выдаваемых им рекомендаций. Проводился организационный эксперимент с разделением пациенток на 2 группы: основная (n = 103) в отличие от контрольной обучалась по программе информационного сопровождения и получала специально разработанные памятки, выдача которых фиксировалась. Контрольная группа (n = 112) наблюдалась традиционно. Для анализа показателей значимости и удовлетворенности беременных основной группы информацией, получаемой от медицинских работников, была разработана авторская тест-карта.

Установлено, что высокая распространенность нарушений в образе жизни беременных сопровождается их низкой информированностью об отрицательном влиянии данных факторов на здоровье будущего ребенка, особенно это касается эмоционального напряжения, выявляемого у большинства пациенток (97,7%), а также низкой физической активности (86,6%). Об их негативном влиянии информированы лишь четверть беременных (25,5 и 12,3%). Кроме того, выяснилась недостаточная информированность медработников по вопросам антенатальной охраны здоровья детей, определяющая недооценку ими вклада факторов образа жизни матери в формирование здоровья будущего ребенка (44,6%) и преувеличение значимости материальных трудностей (70,8%) и дефицита времени (46,3%) при определении причин отказа пациенток от ведения здорового образа жизни. Низкая удовлетворенность беременных информированием о рискованных для здоровья будущего ребенка факторах отражает недостаточную эффективность профилактического консультирования. Так, несмотря на хорошую осведомленность медицинских работников о высокой частоте эмоционального напряжения и низкой физической активности у беременных (98,4 и 62,3% соответственно), рекомендации по коррекции этих нарушений образа жизни выдавали 31,2 и 25,6% специалистов. Установлено, что недостаточность внутриведомственного взаимодействия акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров при организации профилактического консультирования беременных обусловлена отсутствием механизма обмена информацией между службами в Порядках оказания медицинской помощи, а также неполной осведомленностью специалистов системы АТПК обо всех нарушении-

ях образа жизни пациенток. Кроме того, недостаточная активность медицинских работников в информировании беременных о влиянии этих нарушений на здоровье будущего ребенка отчасти связана с отсутствием формы документального закрепления рекомендаций, выдаваемых пациенткам при их профилактическом консультировании.

Был создан и внедрен в работу специалистов женских консультаций, взрослых и детских поликлиник комплекс медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей, а также проведена оценка эффективности его внедрения. Эффективность комплексного подхода определяет достоверно подтвержденную готовность беременных к изменению своего образа жизни, особенно это касается снижения эмоционального напряжения и повышения физической активности. По данным итогового опроса, их распространенность среди пациенток основной группы была значительно ниже как по сравнению с исходными данными (97,1 и 38,9%*, $p < 0,01$; 86,4 и 17,5%*, $p < 0,01$ соответственно), так и с итоговой частотой в группе контроля (38,9* и 93,8%, $p < 0,01$; 17,5* и 79,5%, $p < 0,01$, соответственно).

Таким образом, внедрение в работу медицинских организаций комплекса медико-организационных подходов к профилактическому консультированию беременных в системе антенатальной охраны здоровья детей, включающего программу информационного сопровождения, комплекс памяток и форму документального закрепления выдаваемых им рекомендаций, способствует повышению уровня информированности пациенток о влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка, а также значимости информации и удовлетворенности ее предоставлением.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ, В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

*Баликин В. Ф., Философова М. С., Караваев В. Е., Гордеев Н. Н.,
Варникова О. Р., Алена Т. М., Тезикова И. В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России*

В условиях отсутствия в Национальном календаре профилактических прививок против вируса ветряной оспы (*Varicella Zoster Virus–WZV*) в последние 8–10 лет в России отмечается эпидемический подъем заболеваемости ветряной оспой как неуправляемой инфекцией (по данным Роспотребнадзора, ежегодно регистрируется 500–700 тыс. случаев), которая занимает ведущее место среди капельных инфекций и приносит социально-экономический ущерб (Шаханина Л. И., 2016). Постоянный рост инцидентности в последние 5 лет проявляется широким клиническим полиморфизмом болезни с появлением крайне тяжелых форм, что

вызывает особую тревогу у врачей-клиницистов, увеличивается доля детей с поражением ЦНС. Частота церебеллитов, по данным литературы, выросла от 0,1 до 7,5% случаев (Скрипченко Н. В. и др., 2017).

Цель – анализ заболеваемости ветряной оспой у детей г. Иваново и Ивановской области, оценка качества оказания лечебно-диагностической помощи в амбулаторных условиях с целью ее оптимизации.

Проведены оценка заболеваемости ветряной оспой в амбулаторных условиях Ивановской области и анализ госпитализированной заболеваемости детей, больных ветряной оспой в ОБУЗ Городская клиническая больница (ГКБ) №1 г. Иваново, в период с 2009 по 2017 гг.

Анализ показал, что в г. Иваново и Ивановской области заболеваемость ветряной оспой среди детей до 14 лет (более 87–93% всех заболевших) стабильно значительно превышает показатели в РФ – с 2012 по 2017гг. составляет от 2410,1 до 2718,1 на 100 тыс. населения. Установлен достоверный рост числа ошибок при диагностике в амбулаторных условиях, когда в период эпидемического подъема энтеровирусной инфекции (ЭВИ) под маской ветряной оспы у детей имело место ЭВИ 71 типа с везикулярной сыпью. Это приводило к появлению так называемых «повторных заболеваний ветряной оспой», неправильному лечению и интенсификации эпидемического процесса – распространению заболеваемости в коллективах, формированию новых очагов инфекции и росту показателя очаговости.

В боксированное отделение ГКБ № 1 г. Иваново с 2010 по 2016 гг. госпитализировано 956 больных с диагнозом ветряная оспа, из них 876 детей преимущественно до 7 лет (733). Установлено достоверное увеличение ($p < 0,05$) числа случаев осложненных форм с развитием тяжёлых церебеллитов (6,3%) и гнойно-септических поражений кожи и мягких тканей, нередко некротического характера (3,6%). Выявлены ошибки ведения больных на амбулаторном этапе: недооценка состояния, отсутствие заключительной и текущей дезинфекции, назначения ацикловира, лабораторной верификации диагноза, включая сомнительные случаи инфекции; несоблюдение сроков изоляции, особенно детей с легкими и стертыми формами, посещающими ДОУ; ранний допуск в ДОУ, что ведет к продолжению эпидемического процесса; несвоевременность госпитализации; низкий уровень клинической настороженности в отношении поражения ЦНС. В стационаре нарушается интегрированное ведение пациента совместно с детским неврологом, что ведет к позднему началу нейрореабилитации; при осложненной гнойно-септическими и некротическими поражениями кожи и мягких тканей нередко отсутствует обследование на флору, стерильность и маркеры системного воспаления, что затрудняет раннюю диагностику сепсиса; при некротических вариантах инфекции требующих своевременной дерматоластики не учитывалась особенность развивающейся иммуносупрессии.

Мы наблюдали гангренозную форму ветряной оспы с некрозом кожи и подкожной клетчатки в области грудных мышц у ребенка в возрасте 4 лет, что, несмотря на своевременное ведение пациента совместно с детским хирургом, потребовало последующей кожной пластики, при которой репарация кожного лоскута протекала торпидно даже на фоне комплексной иммунокоррекции. В анамнезе у ребенка имел место отягощенный преморбидный фон, за 1 месяц до заболевания был выполнен остеосинтез правой плечевой кости после перелома. Летальный исход ветряной оспы наступил у ребенка с онкопатологией (в анамнезе оперирован по поводу рака яичка); у ребенка с развитием осложнения в виде флегмоны мышц спины и поясничной области и септическим шоком; у ребенка с ВИЧ инфекцией в стадии 3А, не получавшем ВААРТ.

Анализ состояния активной иммунизации по эпидемиологическим показаниям в ДООУ г. Иванова выявил крайне низкий уровень постконтактной вакцинации (не более 1–3%); в единичных случаях контактным вводился специфический WZV иммуноглобулин. Кроме того, в календаре профилактических прививок в Ивановской области отсутствует иммунизация против ветряной оспы, даже уязвимых группах детей (острый лимфобластный лейкоз, лимфомы, ВИЧ-инфекция и др.). У участковых педиатров стойко укоренилось представление о ветряной оспе как о легкой инфекции, что приводит к отсутствию распознавания тяжелых и осложненных форм, недооценке состояния, поздней диагностике тяжелых и летальных форм, что особенно значимо в период эпидемического подъема заболеваемости. Необходимо санитарное просвещение населения. Не менее значимый негативный факт – отсутствие вектора этиологической диагностики болезни, т. к. считается, что при этой инфекции достаточно клинической диагностики без верификации диагноза.

Итак, ветряная оспа – потенциально летальная некротическая инфекция, склонная к тяжелым осложнениям с поражением нервной системы, требующая интегрированного ведения пациента в строгом соответствии со стандартом оказания медицинской помощи. Эпидемический подъем заболеваемости требует включения в региональный календарь иммунизации вакцинации против ветряной оспы.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ

Баликин В. Ф., Смирнова Л. А., Философова М. С.,

Тезикова И. В., Галкина А. Б.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

ТУ Роспотребнадзора по Ивановской области

В Ивановской области в последние годы имеют место стабильно высокие показатели заболеваемости вирусным гепатитом А (ВГА), превышающие среднероссийские. В условиях отсутствия в Национальном и

Региональном календарях иммунизации против ВГА возникает опасность заражения ВГА в организованных и особенно интернированных детских коллективах, особенно при наличии миграции населения из эндемичных по ВГА регионов нашей страны (Республика Дагестан и др.) и ряда государств Средней Азии (Таджикистан и др.).

Цель исследования: провести сравнительный анализ заболеваемости ВГА в регионе и в РФ для изучения современных клинико-эпидемиологических особенностей течения инфекции, оценки эффективности проведения противоэпидемических мероприятий и подходов к ранней диагностике.

Проведена оценка трендов заболеваемости ВГА в регионе в сопоставлении с показателями по РФ; изучены причины вспышки ВГА в специализированном детском интернате г. Иванова; представлен анализ клинических форм, госпитализированных в инфекционное отделение в ОБУЗ Городская клиническая больница № 1 г. Иванова; дана оценка эффективности противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

В период с 2005 по 2013 гг. в России и на территории Ивановской области произошло значительное уменьшение числа зарегистрированных случаев ВГА, однако показатели заболеваемости региона превышали средний уровень по стране. В 2014–2017 гг., по данным Роспотребнадзора, заболеваемость ВГА в РФ вновь повысилась и составила 7,27–7,63 на 100 тыс. населения против 5,78 в 2013 г. Рост заболеваемости отмечен в 8 регионах, включая Ивановскую область. В Ивановской области на фоне многолетнего (с 2005 по 2013 гг.) снижения заболеваемости с 2014 года сформировалась негативная тенденция роста инцидентности – 10,4–8,6 (превышение по РФ на 42,4%), особенно в областном центре (11,4 на 100 тыс.; среди детей до 14 лет – 10,03) и в 14-ти из 28 административных территорий области – от 23,8 (г. Кохма) до – 38,4 (Ивановский район).

В период с 27.03. по 15.05.2015 гг. в учреждении «Ивановская специальная (коррекционная) школа-интернат» наблюдался эпидемический подъем заболеваемости ВГА с 26 пострадавшими, из них 15 детей до 17 лет. Диагноз заболевания у всех больных верифицирован выделением Anti-NAVIgM и обнаружением HAVAg в фекалиях (ELISA). По результатам генотипирования Референс-центром 18-ти образцов сыворотки крови у 17 пострадавших выделен IA субтип HAV, U149/U150 штамм вируса, идентичный генотипам, циркулирующим в Дагестане, что подтверждало наличие эпидемиологической связи (приобретенные сухофрукты). Развитие вспышки произошло в период отсутствия сезонности. Вовлечены в эпидемический процесс 18 из 97 обучающихся в школе-интернате младших, средних и старших классов, находящихся на круглосуточном пребывании и живущих дома. Заболели 12 мальчиков и 6 девочек в возрасте: 11 детей – до 14 лет, 4 – 15-17 лет, 3 – 18 лет; 8 сотрудников интерната (2 работника пищеблока и 6 педагогов).

Анализ динамики развития ситуации с оценкой распределения числа случаев по датам заболеваний, выявление (обращений) и госпитализации показали, что 24 из 26 наблюдавшихся заболели в период с 06.04. по 20.04.2015 гг. Отсутствие эксплозивности позволяет с высокой степенью достоверности высказаться в пользу заноса инфекции и контактного пути заражения. В условиях эпидемической вспышки наблюдался клинический полиморфизм с высоким весом атипичных форм болезни, среди манифестных форм доминировала желтушная, у 72% детей (у 13 из 18) установлена средняя степень тяжести заболевания. Отмечался высокий удельный вес больных с холестатическим синдромом (1/3 заболевших), а доля стертых и безжелтушных форм незначительна. Клинические особенности связаны с экзотическим штаммом возбудителя. Формирование вторичных очагов было единичным, что связано с экстренной постконтактной профилактикой вакциной (в очаге привито 74 человека, из них детей до 17 лет – 42, и в бытовых очагах – 15). Несмотря на проведение в сроки позднее 5 дня, вакцинация дала выраженный позитивный результат.

Аналогичная вспышка наблюдалась в цыганском таборе при заносе ВГА из Республики Молдова в 2016 г. Анализ качества диагностики на амбулаторном этапе показал крайне низкий уровень клинико-эпидемиологической настороженности участковых педиатров – более 97% детей с ВГА весь период максимальной эпидемиологической опасности – преджелтушный – не были изолированы, что значительно расширяло границы очага, формируя вторичные очаги. Кроме того, во всех случаях дети получали гепатотоксичные препараты (парацетамол, нурофен), что приводило к утяжелению инфекции, а также не позволяло своевременно проводить экстренную постконтактную профилактику (в первые 5 дней).

Анализ показал отсутствие сезонности ВГА с высоким удельным весом заболеваемости в зимние месяцы (до 40% внутригодовой динамики). Учитывая семейный характер очагов и связь заболеваний с туристической миграцией в эндемичные и эпидемиологически неблагополучные по ВГА страны, без проведения предконтактной вакцинопрофилактики указывает на высокий удельный вес «инфекций заноса» и циркуляции экзотических штаммов.

Итак, в регионе как территории со спорадической заболеваемостью существуют высокие риски заноса ВГА, а вспышки могут наблюдаться вне периода сезонности инфекции, что требует от участковых педиатров высокого уровня клинической и эпидемиологической настороженности с целью ранней диагностики и своевременного проведения противоэпидемических мероприятий. Заболеваемость ВГА в Ивановской области в последние годы имеет тенденцию к росту. Экстренная постконтактная профилактика ВГА вакциной в очаге дает выраженный позитивный эффект для ограничения распространения инфекции и предотвращения формирования вторичных очагов.

ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ «БОЛЕВОГО ОПЫТА» У ПАЦИЕНТА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Бобошко А. В., Молькова Л. К.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

На протяжении всей истории человечества основной задачей медицинской науки является борьба с болью во всех её проявлениях. Во многих языках слова «боль» и «болезнь» являются однокоренными, возможно, потому, что многие патологические состояния организма сопряжены с ощущением боли. Боль является общим симптомом не только многих болезней, но и спутником медицинских манипуляций, и ее можно рассматривать с позиций возможностей улучшения качества жизни.

Значительная часть «телесного» опыта в жизни ребенка связана с болевыми событиями: падениями, ушибами, травмами, а также различными медицинскими процедурами, такими как прививки, забор анализов крови, лечение зубов и т. д. В настоящее время полагают, что боль, перенесенная в период раннего детства, нарушает развитие «болевого системы» и приводит к необратимым функциональным и структурным изменениям в ЦНС, тем самым изменяя «программу» ответа на боль в будущем. Опыт боли у детей может иметь значительные негативные краткосрочные и отсроченные во времени психологические и социальные последствия: хроническое болевое расстройство, тревожность, различные фобии, ипохондрическое развитие личности, панические атаки, реакции избегающего и уклоняющегося поведения от новых и малознакомых ситуаций, значительно снижающие уровень социальной адаптации. Оценка боли является первым этапом распознавания и лечения боли, позволяя далее перейти к управлению болью и оказанию помощи ребенку в совладании с данным стрессом. В последнее время широко обсуждается вопрос разработки специальных международных клинических стандартов оценки боли для всех госпитализированных маленьких пациентов и методов ее снижения. Болевые реакции детей делят на поведенческие, физиологические, нейроэндокринные и обменные. И именно на поведенческие болевые реакции ребёнка оказывает влияние окружающая среда, наличие рядом родителей (особенно мамы), отношение врачей и среднего медицинского персонала.

Цель работы – представить возможные подходы к уменьшению боли, запоминаемой детьми во время болезненных процедур и событий.

Проведено анкетирование 100 родителей, пришедших со здоровыми детьми в детскую поликлинику для проведения вакцинопрофилактики и взятия анализа крови. Наличие поведенческих болевых реакций в виде отрицательных эмоций при медицинских вмешательствах отметили 100% респондентов. При этом страх боли перед манипуляцией (испуг, беспокойство, плач) и отказ от самого вмешательства (желание убежать, отталкивание медицинского работника) при повторных посещениях и (или) привив-

вочного кабинета либо лаборатории выявлен в 82% случаев, негативная реакция на любой «белый халат» – в 47%. В ряде случаев имелось сочетание с вегетативными проявлениями в виде покраснения или бледности кожи (74%), потливости (15%), реакций замирания (7%) или гипервозбудимости (24%), позывов на рвоту (5%). Неспособность быстро или легко успокоить ребенка признали 12% мам, чуть менее половины (38%) не применяли позитивной мотивации перед процедурой, а лишь говорили о ее скором окончании. Опрос позволил определить наиболее частые проявления поведенческих болевых реакций у детей и предложить подходы к их нивелированию. При этом все опрошенные (100%) отметили, что не знали о возможностях управления «болью».

Родителям было предложено применять при медицинских манипуляциях несколько приемов управления болью. Первая группа рекомендаций касалась использования охлаждающего спрея, который вызывает онемение кожи перед инъекцией, и ребенок не чувствует введения иглы. Это могут быть обезболивающий пластырь, местные кремы, которые можно наносить за 15 минут до инъекции. Было разъяснено, что нельзя удерживать ребенка, угрожать дополнительными уколами, а, наоборот, поставить перед ними задачу вести себя так, чтобы помогать «сдерживать» боль. Для этого была составлена вторая группа рекомендаций, которая касалась психологических приемов, переключающих или поглощающих внимание ребенка: управление дыханием ребенка (дышать вместе с ним ритмично, медленно и глубоко, надувать пузыри, дуть на воображаемые свечи, волшебнo «отгонять» боль, дуя в сторону); с помощью внушения и воображения «отключать» боль, применяя «волшебный невидимый» крем. Детям дошкольного возраста предлагалось петь, разговаривать, считать в уме. Ребенок мог представить себя супергероем на специальном задании, вспомнить приятные места и любимые занятия, представить ожидаемые за прохождение процедуры вознаграждения, призы.

Медицинскому персоналу было предложено при общении с ребенком не употреблять непонятные медицинские термины, использование шуток, четкие команды, похвалы ребенка, включение пациента в проведение процедуры (например, отсчитывать время до окончания процедуры, принять решение, из какой руки брать анализ и т. д.).

Разработанные памятки для родителей и персонала лаборатории и прививочного кабинета призваны помогают в решении этих проблем.

Недоучет психологических факторов как персоналом (большой поток пациентов в одно и то же время, скученность, нервозность самого персонала), так и родителями (внутреннее напряжение, состояние малыша перед процедурой, например, связь с кормлением, погодные явления) могут иметь серьезные негативные последствия. Простые, легко выполнимые приемы позволят снизить проявления боли и будут способствовать становлению партнерских отношений «врач – пациент».

ОПЫТ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ОЦЕНКЕ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ

Бобошко А. В., Бобошко И. Е., Нуждина Г. Н.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Подростки – это экономический, научный и культурный потенциал страны, представляют особую ценность. Поэтому реабилитационный и профилактический этап в системе охраны здоровья детей приобретает особую значимость. Распространенность пограничных психических расстройств и девиантного поведения у детей за последние пять лет увеличилась в 56,3 раза. Одна из современных форм девиантного, зависимого поведения подростков – Интернет-зависимость.

Объектом исследования были 109 подростков 16–17 лет, учащихся десятых-одиннадцатых классов общеобразовательной школы, имевших максимальные суммарные показатели по всем четырем шкалам Опросника установок по отношению к Интернету. 36 вопросов составлены на основе поведенческих симптомов зависимости от Интернета, а также связанных с интернет-зависимостью феноменов промедления, депрессии, импульсивности и патологического увлечения азартными играми. Всем подросткам были проведены тесты Смишека и проективные рисуночные тесты.

У аддиктов встречались тревожный (почти в половине случаев), застревающий (22,2%), экзальтированный (11,1%) типы акцентуации характера, относящиеся к неблагоприятным, что свидетельствует о негативных тенденциях развития личности подростка, предрасполагает к поведению, связанному с самообезболиванием и снятием проявлений тревоги с помощью агрессивного и аутоагрессивного поведения.

Выявлена прямо пропорциональная зависимость эмоционального состояния от среднего количества времени, проводимого ими в сети. У подростков, проводящих в Интернете более 4 часов в день, были максимальные показатели по всем четырем шкалам Опросника установок по отношению к Интернету. Около четверти аддиктов испытывали тревогу и дискомфорт, осознавая собственную зависимость; 90% осознавали негативное отношение социального окружения к их зависимости; подавляющее большинство подростков (67%) изменило свое расписание и жизненные циклы в целом в угоду собственной пристрастии; треть – испытывали проблемы со здоровьем из-за своей зависимости.

Превалирующее большинство подростков (71%) осознает наличие у себя зависимости и хочет от нее избавиться. Однако, сравнивая результаты распределения ответов на вопрос об участии в программе психологической помощи, можно констатировать, что 58% аддиктов, часть которых признает у себя наличие зависимости и хочет от нее избавиться, не согласна участвовать в подобных мероприятиях. Такой результат может

объясняться несколькими факторами: большинство зависимых не желает выносить факт своей аддикции за пределы собственного окружения; население в целом не проинформировано о возможности оказания психологической помощи; аддикты не верят в эффективность подобных методов и саму возможность излечения; возможно, какой-то контингент аддиктов чувствует себя комфортно и не желает ничего менять в своей жизни.

В семьях «неиграющих» более 30% подростков были недовольны своим ролевым статусом в семье. У них отмечено неудовлетворение потребностей в более высоком уровне эмпатического взаимоотношения с родителями. В семьях подростков экспериментальной группы процент значительно ниже (13,7%), что объясняется более низким уровнем ожидания родительского внимания у этих подростков и привычка рассчитывать только на себя.

Таким образом, подростки с интернет-зависимостью нуждаются в «психологическом закаливании», которое может осуществляться в условиях отделений медико-социальной помощи детских поликлиник, специализированных центров, в школах, в виде индивидуального консультирования и групповых психологических тренингов личностного роста и социального успеха. На наш взгляд, индивидуализация психолого-социального сопровождения – эффективный путь оптимальной самоактуализации ребенка, его социальной соотнесенности, позитивных форм поведения, что может стать основой социально-психологического гарантией гармонизации личности.

ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ НАПРЯЖЕНИЯ

Бобошко И. Е., Жданова Л. А., Новиков А. Е.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

На протяжении последних лет все более возрастает интерес к проблеме высокой распространенности и полиморфизма клинических проявлений цефалгии в детской популяции. Так, цефалгиями страдают от 4 до 19,5% дошкольников, а в возрастном интервале от 7 до 15 лет выявляется повышение частоты головных болей от 57 до 82%. Необходимость исследования головной боли напряжения (ГБН) у подростков, с одной стороны, определяется тем, что ГБН взрослых берет истоки в детском возрасте, а с другой – тем, что поведение ребенка и его реагирование на факторы социальной среды во многом определяют природу ГБН у детей, а следовательно, подбор методов профилактики и лечения.

На первом этапе исследования с помощью анкеты проведен опрос 500 старшеклассниц. В результате на второй этап были отобраны 200 подростков, предъявляющих жалобы на головную боль. При клиниче-

ском обследовании всем был поставлен диагноз цефалгии. На третьем этапе было отобрано 100 девочек 15–17 лет с диагнозом ГБН. Они были распределены по трем конституциональным типам: 55% были отнесены к интровертам (экстраверсия по тесту Айзенка – менее 10 баллов), 28% – к экстравертам (14 и более), 17% – к центровертам (10–14). При постановке диагноза ГБН применялись диагностические критерии классификации Международного общества головной боли. Всем проводилось клиническое обследование, оценка интенсивности головной боли с помощью ВАШ в модификации для детей, ультразвуковая доплерография (УЗДГ), биоэлектрической активности головного мозга (ЭЭГ). Психологическое обследование включало тесты Люшера, Коха и Смишека.

В случайной выборке подростков с ГБН большинство девочек принадлежали к интровертивному типу психосоматической конституции (55%). Число экстравертов было вдвое меньшим (28%, $p < 0,05$). У центровертов ГБН встречалась реже всего (17%). У интровертов цефалгия имела давяще-сжимающий характер, сильную интенсивность болевых эпизодов с доминированием локализации в лобной и височной областях, провоцировалась физическим перенапряжением, ее частота составляла 3–4 эпизода в месяц. У экстравертов головная боль носила пульсирующий и давящий характер, имела среднюю интенсивность, локализовалась в теменно-затылочной области, провоцировалась эмоциональным перенапряжением, частота составляла 1–2 эпизода в месяц. У центровертов отмечалось сочетание перечисленных жалоб и клинических проявлений при их меньшей выраженности.

Психологическое исследование детей с ГБН выявило у них высокий уровень тревожности, эмоционального напряжения, астении и депрессии, что являлось пусковым фактором в развитии ГБН. При этом, у интровертов снижение настроения было особенно выражено, что сочеталось с высоким уровнем тревожности, у них отмечались астенический (56%) и тревожный (62%) тип акцентуации характера. Из-за боязни возникновения ГБН у интровертов усугублялось пассивно-оборонительное поведение. У экстравертов с ГБН регистрировались высокие показатели агрессии, конфликтности, экзальтированный (68%) и дистимичный (52%) типы акцентуации характера. Это было связано с тем, что их стремлению к доминированию мешали головные боли и длительные периоды плохого самочувствия, что приводило к вынужденному снижению активности. У интровертов, по сравнению с экстравертами, в 1,5 раза чаще диагностирован мелкоамплитудный установочный горизонтальный нистагм, нарушение иннервации и асимметрия мимической мускулатуры и мышц языка в виде его легкой девиации. Также у них в 2 раза чаще отмечались легкая неустойчивость в усложненной позе Ромберга и симметричное повышение глубоких рефлексов, свидетельствующие о функциональных нарушениях в двигательной, вестибулярной и мозжечковой системах. У экстравертов, напротив, чаще наблюдались симптомы, свидетельствующие о дисфунк-

ции глазодвигательной системы – ослабление конвергенции глазных яблок, ограничение их движений с одной или с двух сторон. Церебральная гемодинамика интровертов, по сравнению с подростками других конституциональных типов, характеризовалась снижением линейной скорости кровотока, сосудистого тонуса и периферического сосудистого сопротивления (41,2%), цереброваскулярной реактивности (ЦВР) за счет вазоконстрикторного компонента (60,7%), связанного с низким коэффициентом при гипервентиляции ($KPCO_2 - 0,19 \pm 0,01$ усл. ед.). Это сочеталось с признаками венозной дисгемии, преобладанием флеботока по позвоночным венам в горизонтальном положении (82,4%) и отражало застойные явления в вертебрально-базилярном бассейне, способствующие развитию дискоординаторных нарушений и близорукости. У экстравертов, напротив, в большинстве случаев обнаружено повышение линейной скорости кровотока, тонуса и периферического сосудистого сопротивления (46,4%), свидетельствующее о наличии вазоконстрикции магистральных артерий головного мозга в обоих сосудистых бассейнах; снижение ЦВР за счет вазодилатационного компонента (50,6%), отражающего более низкие значения коэффициента при гиперкапнии, ретроградный флеботок по глазничным венам (60,7%), высокая скорость сброса по прямому синусу и вене Розенталя, как признаки венозного застоя в срединных структурах мозга. Они и обуславливали давящие локализованные в теменно-затылочной области ГБН, дисфункцию глазодвигательной системы.

Таким образом, значимые изменения тонуса отмечались в сосудах каротидного и вертебрально-базилярного бассейнов у всех девочек с ГБН с его снижением у интровертов и повышением – у экстравертов. У интровертов выявлено напряжение адаптационных и компенсаторных механизмов в виде недостаточной вазоконстрикции, а у экстравертов – вазодилатации. Это подтверждает не только участие данного фактора в развитии ГБН, но и объясняет различия жалоб и клиники. Установленные клинико-психофизиологические закономерности необходимо использовать для создания обучающих программ для повышения эффективности профилактики, лечения и диагностики данной патологии. Необходим дифференцированный подход в рекомендациях по поведению во время болевого приступа, ограничение триггеров, улучшению кровообращения для детей разных типов конституции.

ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И РИСК ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Виноградова Е. Е., Широкова О. С., Уланова Т. Ю.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Врожденные пороки развития (ВПР) у детей представляют серьезную медицинскую и социальную проблему, занимая одну из ведущих позиций среди причин детской заболеваемости и инвалидизации. В Рос-

сии ВПР стоят на втором месте в структуре младенческой смертности, составляя в среднем 20,3%, при этом более чем в 42% случаев смертность прямо или косвенно связана с ВПР. По данным Всемирной организации здравоохранения, частоту ВПР можно снизить примерно на 10% за счет проведения профилактических мероприятий.

Цель исследования: изучить частоту, структуру и факторы риска формирования ВПР у новорожденных детей Ивановской области.

Нами были проанализированы истории болезни всех детей первого месяца жизни с ВПР, которые находились на обследовании и лечении в отделении патологии новорожденных детской городской клинической больницы № 5 г. Иваново за период с января по декабрь 2015 г. Учитывались жалобы, данные анамнеза, физикального и лабораторных обследований (общий анализ крови, биохимический анализ крови, иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция), ультразвукового исследования головного мозга, внутренних органов, кариотипирования. Математическая обработка проводилась при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel.

Основная группа состояла из 92 пациентов, у которых были выявлены различные ВПР, что составило 12,17% всех новорожденных, пролеченных на отделении за учетный год. В структуре ВПР преобладали пороки сердечно-сосудистой системы (52%), реже – ВПР опорно-двигательного аппарата (20%), мочевыводящей системы (18%), ЦНС и органов чувств (5%), органов пищеварения (3,2%). У 58 детей (1-я подгруппа) ВПР сочетались с перенесенными внутриутробными инфекциями (ВУИ) ($p < 0,05$), у 34 новорожденных с ВПР признаков ВУИ не было (2-я подгруппа). 30 младенцев без ВПР составили контрольную группу.

В ходе анализа удалось определить факторы риска развития ВПР. Установлено, что ВПР доминируют у доношенных детей (70,65%) с явным превалированием ($p < 0,001$) у мальчиков (76,4%). Пренатально с помощью ультразвукового и биохимического скринингов было своевременно диагностировано 17,2% всех случаев ВПР ($p < 0,001$). В анамнезе матерей пациентов 2-й подгруппы чаще регистрировались предшествующие медицинские аборт (35,14%) ($p < 0,05$) и выкидыши (18%), тогда как в 1-й – угроза прерывания беременности (26,9%). Среди инфекционных заболеваний, перенесенных во время беременности, у матерей младенцев 1-й подгруппы можно отметить цитомегаловирусную инфекцию – 32,4% ($p < 0,05$), герпетическую инфекцию – 17,6%, активный уреаплазмоз – 16,7%, кандидоз – 7,25 и микоплазмоз – 6,9%. 13,13% женщин в связи с инфекционной патологией во время беременности принимали антибиотики. Хроническая соматическая патология со сроком давности более 3-х лет у матерей детей с ВПР зарегистрирована в 69,3%, у отцов – в 69% случаев, что значительно превосходило ($p < 0,001$) аналогичные показатели в контроле. У 48% младенцев с ВПР, по сравнению с контролем, достоверно чаще ($p < 0,05$) возраст отцов превышал 40 лет (48%).

Среди обследованных с ВПР проживающие в г. Иваново составили большинство – 43%, в г. Шуе – 10,5%, в г. Кохме – 9,1%, в Вичужском районе – 5,36, в Тейковском районе – 4,8%. У 5% младенцев различные пороки развития сочетались с геномной патологией (синдромом Дауна), у 1,1% – с хромосомным заболеванием.

Таким образом, частота ВПР среди новорожденных Ивановской области сопоставима с данными Федерального регистра. По этиологическому признаку преобладают мультифакториальные ВПР, среди экзогенных причин которых важную роль играют ВУИ (цитомегаловирусная инфекция). Лидирующие позиции в структуре ВПР занимают пороки сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, мочевыводящей системы. Фактором риска рождения младенца с ВПР необходимо считать довольно низкий уровень своевременной пренатальной ультразвуковой и биохимической диагностики врожденных пороков. Факторами риска формирования ВПР у новорожденных являются: мужской пол ребенка, возраст отца более 40 лет, осложнения беременности (аборты, выкидыши и угрозы прерывания), хроническая соматическая патология обоих родителей, проживание в областном центре и находящихся в непосредственной близости к нему городах Ивановской области. Выявление региональных особенностей распространения врожденных пороков развития, изучение структуры и факторов риска их формирования может стать основой для разработки своевременных и целенаправленных профилактических мероприятий, точных методов диагностики, эффективного лечения ВПР у детей.

ДИАГНОСТИКА И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Влах М. А., Рогинский В. В., Надточий А. Г.,
Овчинников И. А., Павелко Г. А., Гавеля Е. Ю.*

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России

Лимфатические мальформации (ЛМ) – это пороки развития лимфатической системы. По данным зарубежных и отечественных исследователей, в 50–75% наблюдениях ЛМ обнаруживаются при рождении, в 80–90% проявляются в первые два года жизни. Однако некоторые авторы продолжают относить ЛМ к доброкачественным новообразованиям из лимфатических сосудов. Некорректная номенклатура и отсутствие единой классификации ведут к неадекватному лечению пациентов с ЛМ. Патогномоничной особенностью ЛМ является способность воспаляться. Частые воспаления ЛМ, несвоевременно начатое лечение способствуют увеличению размеров поражения, нарушению дыхания и приема пищи вплоть до необходимости проведения трахеостомии и/или переводе ребенка на зондовое питание, появлению вторичных деформа-

ций костей лицевого скелета и черепа, нарушения прикуса. Для лечения детей с ЛМ широко применяются различные методы, среди которых склерозирование, лазерная абляция, лучевая терапия, электрокоагуляция, криотерапия, СВЧ-гипертермия, холодно-плазменная абляция, фототерапия, эффективность которых не всегда доказана и обоснована. Однако хирургический метод остается ведущим в лечении детей с ЛМ.

Цель исследования: повышение эффективности лечения детей с ЛМ головы и шеи.

Проведен анализ лечения 145 детей с ЛМ головы и шеи в возрасте от 5 дней до 17 лет. Пациентам после клинического обследования проводилось ультразвуковое исследование: до операции, на 10-14 сутки после операции и в динамике через 3, 6, 12 месяцев. Наиболее информативным методом лучевой диагностики в настоящее время является магнитно-резонансная томография. МРТ проводилась до и через 6 месяцев после лечения. В случаях поражения костей или при подозрении на их поражение выполнялась компьютерная томография с 3D-реконструкцией. Удаленные ткани подвергались патоморфологическому исследованию, в том числе проводилось иммуногистохимическое исследование с анти-Podoplanin.

90 пациентов пролечено только хирургическим методом. Ультразвуковая деструкция (УЗД) с аспирацией применялась 34 пациентам. Склеротерапия, как единственный и самостоятельный метод лечения, использовалась в 8 наблюдениях. После хирургического лечения 9 пациентам проводилась склеротерапия ввиду длительной лимфореи в послеоперационном периоде. Пяти пациентам, наряду с хирургическим удалением, проводилась лазерная абляция с использованием Nd:YAG-лазера. В зависимости от распространенности и локализации ЛМ для излечения и достижения приемлемого эстетического результата пациентам проводилось от 1 до 12 оперативных вмешательств, но в среднем – от 2 до 5. Осложнения (парезы и параличи мимической мускулатуры, длительная лимфорея, рубцовая деформация) наблюдались у 25 детей (17,2%). Четырем пациентам (2,8%) из 145 всех прооперированных детей была наложена трахеостома, один из которых к выписке был деканулирован. В большинстве наблюдений (63,5%) был получен отличный результат. Хороший результат отмечался в 30,3% наблюдений. Удовлетворительный результат имел место в 4,8% наблюдений. Неудовлетворительный результат наблюдался у 2 детей (1,4%) с обширными ЛМ, что обусловлено отказом от дальнейшего лечения.

Итак, основным методом лечения детей с ЛМ головы и шеи является хирургический метод. Применение комбинации хирургического метода с ультразвуковой деструкцией повышает эффективность лечения и снижает число послеоперационных осложнений. Склерозирование вызывает уменьшение объема ЛМ, но не приводит к излечению. Склеротерапия остаточных кистозных полостей после ранее проведенного хирурги-

ческого лечения способствует купированию лимфореи в послеоперационном периоде, уменьшению объема ЛМ, что повышает эстетические результаты лечения. При использовании Nd:YAG-лазера отмечался стойкий эффект, однако в отсроченном периоде наблюдалось формирование рубцовой деформации, что требовало хирургической коррекции.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГИПЕРПЛАЗИЯМИ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ

Влах М. А., Рогинский В. В., Надточий А. Г., Овчинников И. А., Гавеля Е. Ю.
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России

До настоящего времени сосудистые поражения обозначались в основном собирательным термином «гемангиома». В 1982 году J. Mulliken и P. Glowacki все гемангиомы разделили на истинные сосудистые опухоли и пороки развития сосудов (ангиодисплазии, сосудистые мальформации). Однако, по нашему мнению, эти два определения – опухоль и мальформация – не объясняют многообразия проявлений сосудистой патологии у детей. Мультидисциплинарная группа исследователей на основании изучения специальной литературы, анализа, в том числе ретроспективного, собственных наблюдений (1158) за 20 лет с использованием методов исследований: клинического, лучевого, патоморфологического, иммуногистохимического, выделила из обширной собирательной группы т. н. гемангиом три категории (вида) поражений: гиперплазии, мальформации, опухоли (В.В. Рогинский с соавт. 2010). Гиперплазии кровеносных сосудов (ГКС) – опухолеподобные сосудистые образования, возникающие в результате внутриутробной тканевой гипоксии или других эмбриональных нарушений. Клинически проявляются сразу после рождения или в первые один-три месяца. Характеризуются чрезвычайно быстрым ростом. ГКС проходят стадии: первичных проявлений (0–1 месяц), активного роста (с 1–3 до 6–8 месяцев), начала инволюции (с 6–8 до 12–18 месяцев), выраженной инволюции (с 12–18 до 2–3 лет), резидуальных проявлений (до 2–7 лет). Выделение в классификации сосудистой патологии нозологической формы «гиперплазия кровеносных сосудов» в значительной степени меняет тактику лечения детей с данными поражениями.

В группу исследования вошло 3380 пациентов с ГКС головы и шеи, обследованных и пролеченных с 1999 по 2010 гг. в больнице Св. Владимира, с 2010 по 2017 гг. – в детской клинике ЦНИИС и ЧЛХ, на базе кафедры госпитальной педиатрии РНИМУ имени Н.И. Пирогова, на базе кардиологического отделения Детской Тушинской больницы. За данный период пролечено 5698 пациента с сосудистыми поражениями. Возраст пациентов составил от 5 дней до 18 лет. Методы лечения детей с гиперплазиями кровеносных сосудов, использованные в клинике: 1) медикаментозное лечение бета-блокаторами (Анаприлин, Обзидан, Пропрано-

лол) (527 пациентов); 2) местное лечение – аппликации препаратами Тимолола (бета-блокатор) – 0.5% раствором Тимолола, Офтан-Тимогеля 0.1% (71 пациент); 3) хирургическое – полное или частичное удаление очага (2010 пациентов); 4) фототерапия в резидуальной стадии (32 пациента); 5) комбинированное лечение (665 пациентов). Динамическое наблюдение без лечения проводилось 75 пациентам на стадии начальных проявлений и активного роста с интервалом 2 недели. Местные препараты Тимолола использовались при небольших поверхностных очагах ГКС для прекращения роста очага и для ускорения инволюции. Показанием к применению бета-блокаторов перорально является наличие патологического очага (очагов) в стадии активного роста и начала инволюции при обширном поражении.

Хирургическое лечение показано на стадии начала инволюции, выраженной инволюции, резидуальных проявлений в виде избытка фиброзно-жировой ткани, оставшейся после инволюции очага гиперплазии. При комбинированном методе проводилось хирургическое вмешательство с целью коррекции резидуальных фиброзно-жировых тканей и фототерапия с целью коррекции резидуальных телеангиэктазий. Лечение детей с поверхностными ГКС в стадии резидуальных проявлений проводили методом импульсной фототерапии. Использовалось несколько видов лазеров: 1) селективная импульсная фототерапия на аппарате Ellipse Multiflex (IPL); 2) селективная импульсная фототерапия на аппарате Vbeam Candela Perfecta (PDL). Данный метод лечения показан детям с целью коррекции резидуальных поверхностных проявлений после применения препарата пропранолол или хирургического лечения, или как самостоятельный метод лечения. Количество сеансов составило от 3–10 с интервалом 1–1,5 месяца. Клинический эффект был замечен после 2 сеанса (лечение PDL), что подтверждалось данными компьютерной капилляроскопии.

ВЫБОР КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ

Воробьев М. В., Тропина А. А.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

В последнее время появился огромный арсенал пломбировочных материалов для эстетической реставрации зубов. При выборе реставрационного материала необходимо учитывать объем дефекта, физиологическую нагрузку и структуру твердых тканей зуба, химический состав пломбировочного материала, его физический потенциал. При работе различными композиционными материалами необходимо принимать во внимание как положительные, так и отрицательные их свойства.

Цель исследования – изучить физико-химические свойства пломбировочных материалов и разработать рекомендации по их выбору при реставрации зубов у подростков.

Для оценки физических свойств реставрационного материала изготавливали опытные образцы исследуемых материалов диаметром 10 мм и толщиной 4 мм. Число образцов составило по 10 каждого материала. С целью сравнения изучались пломбировочные материалы различных групп: Herculite (Kerr), Dyract Extra (Densply), Admira (Voco), Amelogen Universal (Ultradent Products), Charisma (Heraeus Kulzer), Te-Econom (Ivoclar-Vivadent). Твердость реставрационного материала измеряли устойчивостью его поверхности к образованию углублений и насечек. Для оценки твердости реставрационных материалов использовали шкалу Мооса по методике Л. Е. Басовского, В. Б. Протасьева. Простая абразивная изнашиваемость материала должна соответствовать твердости его поверхности.

В ходе исследования высокообразивными оказались материалы: Admira, Herculite, Amelogen Universal, Charisma, которые имели показатели по шкале Мооса 4–5 единиц. Данные материалы целесообразно применять для реставрации I и II классов, когда она подвергается максимальной нагрузке со стороны антагонистов. Низкообразивные – Dyract Extra, Admira, которые выдерживали нагрузку на 3 единицы.

Предел прочности при сжатии материала определяли как силу сжатия, разделенную на площадь поперечного сечения образца. Для оценки прочности на сжатие нами применялся гидравлический пресс ПСУ-10 (на 10 т), с помощью которого к материалу прикладывается разрушающая нагрузка по методике Л. В. Агамирова.

Перечисленные методы являются разрушающими, поэтому каждый образец исследовали однократно. Предел прочности у испытуемых материалов при сжатии был неодинаковым. Наибольшую прочность на сжатие проявили материалы: Amelogen Universal (366 кгс/см²) и Admira (392 кгс/см²). Высокий показатель прочности на сжатие обеспечивает устойчивость к данному виду нагрузки, что значительно увеличивает долговечность реставрации.

В настоящее время, несмотря на успехи в стоматологическом материаловедении, проблема адгезии пломбировочных материалов является важнейшей при проведении реставраций. Нами оценивалась адгезивная способность пломбировочного материала с помощью адгезиметра механического «Константа А», которая сравнивалась с адгезией к мрамору по методике И. К. Верещагина. Полученные результаты свидетельствуют о том, что наибольшую адгезию имели материалы «Admira» (16,9 кгс/см²) и «Amelogen Universal» (16,9 кгс/см²). Тетрамикрогибрид Te-Econom имел наименьший показатель (10,8 кгс/см²).

Тщательный подход к выбору бондинговой системы при использовании материалов «Dyract extra», «Charisma», «Te-Econom» способствует увеличению адгезии.

Для оценки цветоустойчивости и адгезии различных красителей использовали тест на адсорбцию спиртового раствора кофе *in vitro*. Краситель интенсивно адсорбировался на материалах Dyract extra, Herculite, Te-Econom. Наименьшее окрашивание выявилось у материалов Amelogen Universal, Admira, Charisma. Таким образом, обязательно требуется тщательная полировка реставрации с последующей повторной полировкой через 6–8 месяцев.

Профилактика окрашивания сводится к качественной моделировке формы, финишной обработке пломб и реставрации, полированию. Полирование пломбы преследует цель получения гладкой, однородной, блестящей поверхности. Для предупреждения повреждения финишного слоя, ингибированного кислородом, применяют кислородные барьеры на основе глицерина: «DeOx», «Cover Gel».

При проведении реставраций I, II класса по Black и больших нагрузках целесообразно использовать наиболее устойчивые материалы, такие как Amelogen Universal и Admira. Высокоэстетичные материалы Amelogen Universal, Admira, Charisma рекомендуется использовать при реставрации III, IV, V классов по Black, а также необходимо контролировать и корригировать эстетику зуба каждые 6–8 месяцев.

МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ И ПУТИ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ

Денисова Н. Б., Полякова А. Н., Позднякова Т. В.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Управление Роспотребнадзора по Ивановской области

Нарушения питания ребенка оказывают влияние на его рост и развитие приводит к снижению сопротивляемости организма и увеличению заболеваемости. Нерациональное питание школьника оказывает влияние и на его «обучаемость», т. е. реализацию основных школьно необходимых функций: работоспособность, концентрацию внимания, память, умственное развитие. Особое значение приобретает правильное школьное питание в связи с тем, что в последнее время дети проводят в школе все больше времени при весьма интенсивном характере процесса обучения. В связи с этим проблемы рационализации питания требуют особого внимания и дифференцированного подхода с учетом состояния здоровья ребенка и имеющихся в регионе социально-экономических условий.

Целью настоящей работы явился мониторинг качества питания детей образовательных организаций и разработка путей его оптимизации. Оценка качества питания проводилась путем анализа суточного набора продуктов, их соответствия натуральным нормам и расчетным

методом по меню-раскладке. В нашей области удельный вес охвата школьников горячим питанием выше, чем по Российской Федерации и составляет в 1–4 классах 99,2%, а в 5–11 классах – 76,3%, хотя динамика показателей имеет тенденцию к снижению (в 2014 году эти показатели составляли 100,0 и 87,4% соответственно). Данная ситуация связана с ухудшением экономической ситуации: с начала 2016 г. приостановлены субсидии из областного бюджета и финансирование мероприятий по организации питания обучающихся 1–4 классов муниципальных образовательных организаций возложено на муниципалитеты. В настоящее время питание детей в школах осуществляется согласно разработанным нами примерным 2-недельным меню. Меню завтраков и обедов составлено с учетом сезонности, необходимого количества основных пищевых веществ и требуемой калорийности суточного рациона, дифференцированного по возрастным группам обучающихся (7–10 и 11–18 лет). При разработке данного меню учитывались: продолжительность пребывания обучающихся в общеобразовательном учреждении, возрастные категории и физические нагрузки обучающихся.

Примерное меню завтраков и обедов для организации питания детей 7–10 и 11–18 лет в образовательных учреждениях являлось первым этапом системы рационализации питания, целью которой является устранение качественной и количественной дефицитности, улучшения его структуры и сбалансированности. На данном этапе проводился мониторинг фактического питания по существующим примерным меню и анализ выполнения натуральных норм по основным продуктам. В результате проведения контрольных мероприятий были выявлены следующие нарушения: использование примерного меню без учета физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для детей различных возрастных групп, отсутствие в меню информации о выходе, энергетической ценности блюд, отсутствие технологических карт на блюда и кулинарные изделия; несоответствие фактического рациона питания утвержденному примерному меню: отсутствие в ежедневном меню закусок (салатов или порционных овощей) и фруктов, включение в завтрак холодных блюд; нарушения в ассортименте продовольственного сырья и продуктов питания – исключение отдельных видов продуктов; нарушение технологии приготовления блюд (использование «жарение» вместо «запекания»). Эти данные были подтверждены расчетным анализом химического состава: при энергетической полноценности рациона отмечался дефицит отдельных нутриентов, минеральных элементов (кальция – от 5 до 15%) и витаминов (С, А, В₁ до 30% от рекомендуемых норм). Ассортимент готовых блюд недостаточно разнообразен, используются фальсифицированные молочные продукты (масло сливочное, молоко, кисло-молочные напитки), запрещенные продукты (творожные продукты, блюда с майонезом и др.).

По данным, полученным из муниципальных образований, отмечается невыполнение натуральных норм по основным продуктам питания: по мясу на 10,9%, рыбе на 19% , молоку на 18% , творогу на 15%, маслу сливочному – 3,5%, овощам – на 17%, свежим фруктам – на 23,8%, сокам – на 33%.

Таким образом, выявленные нарушения указывают на необходимость совершенствования системы школьного питания путем более четкого соответствия меню школьных завтраков примерному меню с учетом сезонности, необходимого количества основных пищевых веществ и требуемой калорийности суточного рациона, использования обогащенных продуктов, модернизации материально-технической базы школьного питания (пищеблока), использование новых современных технологий приготовления пищевой продукции.

**ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ В ВОЗРАСТЕ ДО 4 ЛЕТ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДОМЕ РЕБЕНКА, С ПОСЛЕДСТВИЯМИ
ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Долотова Н. В., Филькина О. М., Воробьева Е. А., Кудряшова И. Л.
ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

ОКУЗ «Дом ребенка специализированный» г. Иваново

В ОКУЗ «Дом ребенка специализированный» г. Иваново осуществляют комплексную медико-психолого-педагогическую реабилитацию детей, оставшихся без попечения родителей, с перинатальными поражениями ЦНС в возрасте до 4 лет. В учреждении работают неврологи, педиатры, педагог-психолог, социальный педагог, воспитатели. Эффективность реабилитационных мероприятий во многом зависит от организации медицинского наблюдения, межведомственного взаимодействия и использования автоматизированных технологий.

В связи с этим, целью данного исследования явилось на основании изучения соматической заболеваемости, физического развития и эмоционального статуса у детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС в возрасте до 4 лет, воспитывающихся в доме ребенка, разработать мероприятия, направленные на оптимизацию медицинского наблюдения данной категории детей.

Был проведен анализ соматической заболеваемости (путем динамического наблюдения), физического развития (по данным антропометрических измерений по унифицированной методике А. Б. Ставицкой, Д. И. Арон (1959)) и эмоционального статуса (при помощи шкалы для определения эмоционального профиля детей раннего возраста (М. Я. Студеникин, Ю. А. Макаренко, А. И. Баркан, 1978)) детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС в возрасте до 4 лет, воспитывающихся в

доме ребенка с инвалидностью (62 ребенка) и перинатальными поражениями ЦНС в анамнезе без инвалидности (180 детей).

Анализ полученных данных показал, что воспитанники дома ребенка, как с инвалидностью, так и без нее, характеризуются высокой частотой болезней глаза и его придаточного аппарата, врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений, болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ, крови и кроветворных органов. При этом дети-инвалиды характеризуются более высоким риском развития болезней глаза и его придаточного аппарата (ОР 31,4), врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений (ОР 7,0). И чаще относятся к группе часто болеющих острыми респираторными заболеваниями (ОР 5,7). Анализ физического развития показал, что оно характеризуется высокой частотой отклонений. Лишь у 6,5% воспитанников дома ребенка с инвалидностью и у 22,8% без инвалидности физическое развитие соответствовало нормативам. Среди отклонений физического развития у детей-инвалидов, воспитывающихся в доме ребенка, чаще диагностируется сочетание дефицита массы тела с низкой длиной тела, у детей без инвалидности – низкий рост. Анализ эмоционально-поведенческих реакций показал, что у воспитанников дома ребенка как с инвалидностью, так и без нее, эмоциональный статус значительно снижен. При этом дети-инвалиды по сравнению с детьми без инвалидности характеризуются более низким эмоциональным статусом за счет более низкой познавательной деятельности, положительных эмоций, социальных контактов, более частых нарушений сна и аппетита.

Полученные данные свидетельствуют о том, что воспитанники дома ребенка с последствиями перинатальных поражений ЦНС, характеризуются неблагоприятными показателями соматического здоровья, физического развития, низким эмоциональным статусом, при этом наиболее неблагоприятные показатели отмечены у детей-инвалидов. Для оптимизации медицинского наблюдения данной категории детей нами была разработана автоматизированная программа «Медико-педагогическое сопровождение здоровья детей раннего возраста с исходами перинатального поражения ЦНС в домах ребенка» (свидетельство о государственной регистрации №2014663067 от 15.12.2014 г.), способствующая улучшению межведомственной интеграции медиков, педагогов и психологов в вопросах формирования здоровья воспитанников домов ребенка, обеспечивающая автоматизацию их основных функций с конкретизацией объема и содержания осмотров воспитанников домов ребенка, с автоматизированным формированием сводных данных по заключению о состоянии здоровья. Данная программа была внедрена в работу ОКУЗ «Дом ребенка специализированный» г. Иваново и позволила оптимизировать наблюдение детей, воспитывающихся в нем.

Таким образом, неблагоприятные показатели здоровья и развития детей, воспитывающихся в доме ребенка, в том числе инвалидов в ре-

зультате последствий перинатальных поражений ЦНС, обосновали необходимость разработки автоматизированной программы «Медико-педагогическое сопровождение здоровья детей раннего возраста с исходами перинатального поражения ЦНС в домах ребенка», которая позволила оптимизировать наблюдение за детьми.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К НАБЛЮДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Жданова Л. А., Бобошко И. Е., Молькова Л. К.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Постоянный рост заболеваемости верхних отделов пищеварительного тракта (ЗВОПТ) у детей диктует необходимость индивидуального подхода к реабилитации таких детей, основанного на устранение психогенно значимой для ребенка причины образования ЗВОПТ.

Цель – разработать дифференцированную программу профилактики заболеваний верхних отделов пищеварительной системы с учетом клинических особенностей данной патологии у детей 5–9 лет с разными типами психосоматической конституции для повышения эффективности традиционного подхода к их реабилитации.

Для выяснения особенностей развития и проявлений ЗВОПТ с учетом типа психосоматической конституции мы разделили 150 детей 5–9 лет с воспалительными ЗВОПТ (94 ребенка) и с функциональными ЗВОПТ (56 ребенка) на экстравертов, центровертов, интровертов по «Шкале определения направленности психической активности» и тесту Айзенка.

Наибольшая тяжесть заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта была свойственна детям-интровертам, с преобладанием у них эрозивных форм, частым инфицированием *H. pylori* и наибольшими значениями кислотности, а также диффузным распространением и повреждением нескольких отделов пищеварительной системы; у экстравертов отмечена меньшая тяжесть данной патологии, у них часто выявлялся гипертрофический вариант гастродуоденитов; для центровертов было характерно наиболее легкое течение этих заболеваний, с преобладанием неосложненных поверхностных форм. У детей разных конституциональных типов отмечались различия в клинической картине заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта: у интровертов преобладали жалобы на тошноту, изжогу, снижение аппетита, а также спастические запоры и дисфункция билиарного тракта по гипермоторному (гипертоническому) типу; у экстравертов был наиболее выражен болевой синдром, атонические запоры, дисфункция билиарного тракта по гипомоторному (гипотоническому) типу; у центровертов доминировали жалобы на метеоризм и дискомфорт в животе. Эти особенности были однотипны, как при воспалительных, так и при функциональных забо-

леваниях, различия касались лишь частоты встречаемости отдельных симптомов. Отклонения физического развития у пациентов с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта соответствовали конституциональным особенностям морфотипа здоровых детей: у интровертов чаще выявлялся дефицит массы тела, у центровертов – избыток массы тела, у экстравертов эти отклонения встречались с одинаковой частотой.

Установленная сопряженность клинических проявлений и жалоб у детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта отражала основные патогенетические механизмы данной патологии, а характер их корреляционных связей с уровнем экстраверсии, формой черепа и исходным вегетативным тонусом подтверждал конституциональную детерминированность, при этом особенности взаимосвязи между морфологическими, психологическими и вегетативными признаками свидетельствовали о сохранности системного портрета интровертивного, экстравертивного и центровертивного типа при возникновении данной патологии, при некотором заострении лишь отдельных конституциональных качеств. Дифференцированная программа профилактики заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта и реабилитационных мероприятий с учетом выделенных клинических особенностей у детей с разными типами психосоматической конституции, включающая рекомендации по организации режима дня, питанию, фитотерапии, физиотерапии, проведению лечебной физкультуры, гармонизации семейных отношений, позволила эффективно профилактировать возникновение симптомов этой патологии, улучшать состояние эмоционально-вегетативной сферы и добиваться более стойкой клинико-функциональной ремиссии, чем при традиционных подходах.

Выявленная однотипность конституциональных особенностей при воспалительных и функциональных заболеваниях верхних отделов пищеварительной системы у детей 5–9 лет и установленная взаимосвязь клинических проявлений заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей с уровнем экстраверсии, отражает их конституциональную детерминированность. Это позволяет обосновать дифференцированный подход к профилактике заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта и проведению реабилитационных мероприятий при данной патологии у детей. Участковым педиатрам рекомендуется в программу диспансеризации детей включать прогнозирование риска формирования заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта с учетом типа их психосоматической конституции с помощью разработанных для каждого типа прогностических таблиц. При отнесении ребенка в группу риска следует как можно раньше давать дифференцированные рекомендации по профилактике этих заболеваний с учетом его типа психосоматической конституции. В процессе диспансерного наблюдения активно выявлять симптомы, наиболее характерные для

интровертивного, экстравертивного центровертивного типа для ранней диагностики возможных обострений. В программу реабилитации детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта включать дополнительные рекомендации по организации режима дня, питанию, воспитанию, фитотерапии, физиотерапии и кинезотерапии, в зависимости от типа психосоматической конституции.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Жданова Л. А., Бобошко И. Е., Молькова Л. К., Рогачева Н. К.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

При организации медицинской помощи при проведении реабилитации детей-инвалидов первостепенное внимание уделяется заболеванию, по которому устанавливается инвалидность. Именно с его учетом составляется индивидуальная программа реабилитации (ИПР) ребенка-инвалида, при этом коморбидная патология, которая, как правило, учитывается в меньшей степени, может определять недостаточную эффективность реабилитации и снижать качество жизни ребенка и семьи, и, следовательно, влиять на реабилитационный потенциал.

Для выделения приоритетных направлений по совершенствованию помощи детям-инвалидам проведено углубленное обследование 120 пациентов детской поликлиники № 6 г. Иваново 7–17 лет с заболеваниями, преобладающими в структуре инвалидности (болезни ЦНС и психические расстройства) на предмет выявления сопутствующей патологии и нарушений в социальной сфере. Проанкетированы 90 детей 15–17 лет и 140 их родителей по вопросам взаимоотношений в семье, образа жизни и социальных контактов.

У большинства обследованных детей кроме заболеваний, определивших инвалидность, выявлялась ортопедическая (95%) и офтальмологическая (65,4%) патология. У 40% детей зарегистрирована патология ЛОР-органов и различные проблемы со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной, мочевыделительной систем (по 41–43%).

При анкетировании выявлено, что 65,4% родителей и 57,1% детей относятся к своему ребенку-инвалиду как к обычному ребенку, 75,9% родителей и 68,1% детей указали, что существенно не изменили своего образа жизни после установления инвалидности. Почти половина родителей (44,7%) считают, что дети-инвалиды могут без ограничений общаться со сверстниками. Дети в 57,1% считают, что ограничения есть, а треть из этой группы отмечает значительное ограничение в общении, так как ощущают чувство неловкости или периодическое недопонимание. Большинство родителей (64,2%) и детей (57,1%) указали, что ребенок-инвалид не может считать себя полноценной личностью. Отмечен

пессимистичный взгляд детей-инвалидов в большей степени в реализации себя в спорте и в меньшей степени – в выборе профессии и создании семьи. Несмотря на все вышесказанное, и дети (61,9%), и родители (52,5%) считают свою семью счастливой. Таким образом, на ряд вопросов дети отвечали более пессимистично, что свидетельствует о необходимости их психологической поддержки. Проблемы, возникшие у родителей в связи с инвалидностью ребенка, лишь в трети случаев носят материальный, а в 70% – психологический и социальный характер.

При этом большинство родителей ведущую роль в социализации детей отдают семье, треть рассчитывает на образовательные организации (ОО) и всего 2,6% – на ЛПУ. Несмотря на имеющиеся у детей-инвалидов и их родителей медико-социальные проблемы и ограничения, лишь 38% специалистов детской поликлиники направляли пациентов в отделения медико-социальной помощи (ОМСП), а посещали эти отделения лишь 28%, а школы для родителей – всего 14%.

В реабилитации детей-инвалидов должны участвовать и медицинский персонал отделений организации медицинской помощи в образовательных организациях (ОО), а в реализации реабилитационных мероприятий еще и педагоги, ведь большая часть детей-инвалидов посещает либо коррекционные (45%), либо общеобразовательные (42%) школы, и лишь 13% обучаются на дому. Родители считают, что для достижения наилучшего результата необходим комплекс реабилитационных мероприятий медицинского (69% опрошенных), психологического (50%), педагогического (38%) и социального (30%) характера.

Для улучшения оказания медико-социальной помощи детям-инвалидам в ОМСП целесообразна внедрение анкет на предмет выявления у них социальных факторов риска и оценки медицинской активности семьи. Активное использование потенциала ОО в проведении мероприятий социальной и психолого-педагогической реабилитации предполагает: вовлечение детей-инвалидов в специальные занятия физической культурой, психологическую помощь в гармонизации отношений со сверстниками, а также поддержку, связанную с проблемами в учебном процессе, спортивной и профессиональной ориентации.

Повышение эффективности реабилитационных мероприятий может реализовываться за счет создания индивидуальных комплексных программ, учитывающих не только инвалидизирующее заболевание, но и коморбидную патологию и все показатели реабилитационного потенциала. Для этого актуальна организация консилиумов с участием компетентных специалистов ОМСП.

В целом чрезвычайно важна оптимизация как внутриведомственной, так и межведомственной интеграции в организации помощи детям-инвалидам путем разработки четкого алгоритма взаимодействия медицинского персонала и других специалистов различных отделений детской поликлиники и бюро МСЭ. При этом особое значение должно уде-

ляться оптимизации документооборота для обеспечения преемственности реабилитационных мероприятий, информированности и удовлетворенности семьи ребенка качеством оказания помощи.

**СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА
И ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
С ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ**

Завьялова А. В., Фадеева О. Ю., Никитина Т. А., Тонеев П. Ю.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» г. Иваново

Воспалительные и функциональные заболевания органов пищеварения относятся к наиболее распространенной патологии детского возраста, занимая по частоте второе место после болезней органов дыхания. Частота различных отклонений со стороны желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста высока, по данным различных авторов она варьирует от 98 до 55%. В педиатрической практике до сих пор вызывает объективные затруднения установления причин гастроинтестинальных нарушений у младенцев. А сложности в верификации патологии гастродуоденальной зоны могут привести к неправильной тактике лечения. В этой связи считаем необходимым изучить структуру и основные клинические симптомы патологии желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста с гастроинтестинальными проявлениями.

Цель: дать характеристику основным клиническим симптомам и изучить структуру патологии желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста с гастроинтестинальными нарушениями.

Проведено комплексное обследование 95 детей от 1 месяца до 3 лет. Первую группу составили 52 пациента с воспалительными заболеваниями гастродуоденальной зоны, вторую (группу сравнения) – 43 младенца с функциональными изменениями верхних отделов пищеварительного тракта. Распределение больных по группам осуществлялось с учетом данным фиброэзофагогастродуоденоскопии. Диагноз воспалительных заболеваний устанавливался с учетом данных гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки измененного участка. Оценка функционального состояния верхних отделов пищеварительного тракта – методом продолжительной поэтажной рН-метрии.

Полученные результаты подтвердили, что у детей с гастроинтестинальным синдромом удельный вес патологии воспалительной природы желудочно-кишечного тракта составил 54,7%. Изолированные формы преобладали и наблюдались у 55,8% больных, их них чаще всего выявлялся дуоденит (32,7%) на втором месте эзофагит (23,1%). Из сочетанных форм воспалительной патологии у ¼ (25%) пациентов реги-

стрировался гастродуоденит. Важно отметить, что у каждого 5 ребенка с органической патологией при эндоскопическом исследовании диагностировалось тотальное поражение эзофагогастродуоденальной зоны. Что же касается клинических проявлений, то такой симптом как срыгивания выявлялись практически у всех детей с функциональными нарушениями в 97,7% случаев ($p < 0,001$), а у пациентов с воспалительными заболеваниями наблюдался лишь в 76,9%. Проведенный анализ показал, что рвота, достоверно чаще встречалась у больных с воспалительными поражениями (71,2%) ($p < 0,001$) и только у 11,6% с функциональными расстройствами. Оценка характера срыгиваемых масс показала, что свежим и створоженным молоком достоверно чаще ($p < 0,05$) срыгивали дети с функциональными заболеваниями ЖКТ (44,2% младенцев против 32,5% 1 группы), а у 1/3 (28,9%) младенцев с воспалительными заболеваниями в рвотных массах обнаруживались патологические примеси в виде желчи и крови ($p < 0,001$). Снижение аппетита, как важный симптом заболеваний пищеварительной системы отмечался у половины больных (50%) 1 группы, что достоверно чаще ($p < 0,001$), чем у пациентов 2 группы (32,6%). Такие симптомы, как слюнотечение и отрыжка достоверно часто встречались у детей 1 группы, руминация одинаково часто наблюдалась у больных 1 и 2 группы заболевания. Икота отмечалась у пациентов с воспалительными заболеваниями ВОПТ в 3 раза чаще по сравнению с больными с функциональными нарушениями ($p < 0,001$). При сравнительном анализе характера болей установлено, что голодные боли достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялись у детей 2 группы (9,3 против 5,7%). Во время приема пищи болевой синдром выявлялся у 1/4 детей с воспалительной патологией и у 18,5% пациентов с функциональными расстройствами. После кормления беспокойство достоверно чаще отмечалось ($p < 0,001$) у младенцев 1 группы (34,6 против 7,1%). Вечерние и ночные боли также достоверно часто ($p < 0,001$) выявлялись у пациентов с органическими поражениями эзофагогастродуоденальной зоны по сравнению с больными с нарушением функции (34,6 против 18,6%). Из анализируемых клинических признаков неблагополучия верхних отделов пищеварительного тракта особого внимания заслуживает халитоз (неприятный запах изо рта), который верифицировался у каждого третьего больного (34,6%) с воспалительными заболеваниями и лишь 2,3% с функциональными расстройствами ($p < 0,001$).

Таким образом, исследование показало, что у детей раннего возраста гастроинтестинальные расстройства достаточно часто сочетается с функциональными и/или воспалительными заболеваниями верхних отделов ЖКТ. Видимо, это определяет особенности течения гастроинтестинального синдрома и диктует необходимость дифференцированного подхода к терапии.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЕБА: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Иванова М. Д., Чкадуа Т. З., Брусова Л. А.

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России

Несмотря на многолетние исследования, направленные на усовершенствование техник первичной хейлопластики и достижение хороших функциональных и эстетических результатов у детей, не удается избежать вторичной деформации в результате естественного процесса роста лицевых структур. Наиболее часто пациенты, перенесшие хейлопластику в детском возрасте, обращаются с жалобами на ухудшение носового дыхания, деформацию носа и верхней губы.

Цель: разработка наиболее эффективного плана лечения и максимально полноценной реабилитации пациентов с врожденной односторонней расщелиной.

В клинике ЦНИИС и ЧЛХ за период с сентября 2013г. по июнь 2017г. был обследован 48 пациентов от 18 до 35 лет с диагнозом: деформация хрящевого отдела носа и верхней губы после односторонней хейлоринопластики. Для определения выраженности влияния мышечного фактора на деформацию носа и назолабиального комплекса при помощи поверхностной накожной электромиографии была исследована биоэлектрическая активность круговой мышцы рта и мышц, формирующих носогубную складку в покое и при нагрузочных пробах. Оценку функции внешнего дыхания проводили при помощи акустической и передней активной риноманометрии. В зависимости от полученных результатов был определен необходимый объем и тактика хирургического вмешательства, разработана индивидуальная схема послеоперационной реабилитации. Сроки наблюдения после проведенного лечения составили 1 и 6 месяцев.

У пациентов, перенесших первичную хейлопластику по методу Милларда, выявлено повышение биоэлектрической активности мышц формирующих носогубную складку на стороне расщелины, а у пациентов, оперированных ранее по методу Тениссон, напротив, резкое ее снижение. Снижение биоэлектрической активности круговой мышцы рта на стороне расщелины выявлено у всех пациентов.

Хирургическое лечение было направлено как на улучшение эстетического результата и восстановление носового дыхания. Для укрепления наружного клапана носа был использован хрящевой аутооттрансплантат, смоделированный из резецированных участков четырехугольного хряща и установленный в область гипотрофированной латеральной ножки крыльчатого хряща. Восстановление проходимости задних отделов носового хода производили путем удаления искривленных участков

сошника и костной части перегородки носа, а также резекции гипертрофированной нижней носовой раковины под контролем эндоскопа. Внутренний клапан носа расширяли при помощи аутохряща, установленного между четырехугольным и треугольным хрящами.

В послеоперационном периоде для каждого пациента индивидуально была разработана схема ботулинотерапии в зависимости от результатов электромиографии и метода первичной хейлопластики.

У пациентов после хейлопластики по Милларду несостоятельность наружного клапана носа вызвана не только гипоплазией латеральной ножки крыльного хряща, но и давлением на нее крыльной порцией носовой мышцы, прикрепляющейся к заднему концу латеральной ножки крыльного хряща и спаянной рубцами с волокнами глубокого слоя круговой мышцы рта. Резкое нарушение носового дыхания вызвано несостоятельностью наружного клапана носа. Наличие клапанного эффекта подтверждают соотношения показателей аэродинамики на стороне расщелины при вдохе и выдохе. Для восстановления носового дыхания у пациентов необходимо не только укрепить крыло носа, но и расслабить крыльную порцию носовой мышцы при помощи ботулотоксина.

У детей после хейлопластики по Тениссону также отмечалось ухудшение носового дыхания, однако значительной разницы показателей функции внешнего дыхания при вдохе и выдохе не отмечено, что свидетельствует об отсутствии клапанного эффекта при вдохе. Нарушение носового дыхания связано с рубцовым послеоперационным стенозом носового хода и несостоятельностью хрящевого каркаса крыла носа.

К моменту миорелаксации под действием ботулотоксина, начинается этап ремоделирования рубца, во время которого происходит упрочнение волокон коллагена. Фаза ремоделирования является наиболее важной в эстетическом отношении формировании рубца послеоперационного рубца и длится до 6 месяцев. Таким образом, окончательное формирование рубца проходит в условиях симметрии мышечного тонуса. К моменту возвращения привычной мышечной активности, спустя 4–6 месяцев, значимых изменений в рубце не отмечается. В отдаленном послеоперационном периоде рецидива деформации не наблюдается, достигается стойкий положительный результат, исключается необходимость в повторном проведении ботулинотерапии.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Караваев В. Е., Варникова О. Р., Аленина Т. М., Философова М. С.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Ежегодно, по данным Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в Российской Федерации регистрируется более 800 000 заболеваний острыми кишечными

инфекциями (ОКИ). Данные ВОЗ свидетельствуют, что 3–5% случаев кишечных инфекций заканчивается летальными исходами. Значимость данной проблемы объясняется ущербом, наносимым обществу и периодически возникающими эпидемическими вспышками кишечных инфекций, которые наиболее опасны в организованных коллективах.

Целью работы являлось оценить состояние оказываемой медицинской помощи в детских поликлиниках при кишечных инфекциях и предложить пути оптимизации ведения детей с данной патологией.

Нами проведен анализ 126 карт развития ребенка с оценкой качества диагностики и лечения пациентов с кишечными инфекциями. Отбор карт проводили методом случайной выборки.

Анализ диагностики и лечения показал, что заболеванию кишечными инфекциями подвержены дети всех возрастных групп. В то же время дети раннего и садового возрастов болеют несколько чаще других (28,5 и 32,3% соответственно). Заболевания в 93,2% случаев протекали в легкой форме. У подавляющего большинства детей (92,06%) этиологическая причина болезни не была установлена. Среди возбудителей, являющихся причиной воспаления желудочно-кишечного тракта, в отдельных случаях выделяли ротавирусы и условно-патогенные возбудители. При работе с первичной документацией мы отметили, что не только сократилось число диагностированных случаев кишечных инфекций, но и количество проводимых бактериологических и вирусологических исследований. При этом чаще стали выставлять диагноз ОРВИ с кишечным синдромом без попытки расшифровки причины дисфункции кишечника. По нашему мнению, под данным диагнозом могут скрываться вирусные диареи. Поэтому для уточнения причины развития энтерита необходимо обследование на вирусы.

По данным литературы, вирусные диареи в последние годы занимают ведущее место в структуре кишечных инфекций. Врачи редко выделяют их по клиническим признакам, хотя и накоплен определенный клинический опыт по диагностике и лечению вирусных диарей в нашей области. Для изменения ситуации необходимо, во-первых, повысить теоретическую и практическую подготовку врачей. Во-вторых, следует ввести в характеристику (шкалу) градации стула понятие как водянистый кал, «брызжущий» без твердых кусочков с метеоризмом, что очень важно для постановки диагноза вирусная диарея и последующего соответствующего лечения. Нами, в ряде случаев, выявлено в картах развития детей записи врачей фиксирующих, со слов мамы, что стул водянистый, «одна вода», но они должным образом на анамнестические данные не реагируют. Вирусная диарея по патогенетической сущности – осмотическая, т.е. она вызывает нарушение мембранного и полостного пищеварения с развитием дисахаридазной недостаточности, что и ведет к развитию характерного водянистого стула. При этом в стенке кишечника не развивается воспалительный процесс. Понимая патогенез данного забо-

лечения, необходимо проводить соответствующее лечение, чего не происходит в реальной жизни. Редко врачи назначают рутинное копрологическое исследование, которое в современных условиях поможет разграничить инвазивные и осмотические диареи. В ряде случаев имеет место неправильная оценка степени тяжести состояния ребенка, что также ведет к неправильной дальнейшей тактике лечения.

Установить и оформить клинический диагноз не всегда просто, так как подобные симптомы, встречающиеся при кишечных инфекциях, характерны и для неинфекционных заболеваний (хирургические, соматические, эндокринологические, функциональные и др.). К тому же группа кишечных инфекций достаточно многочисленная и разграничить их между собой бывает так же трудно. Кроме того, нередко недоступность и несовершенство лабораторной диагностики не позволяют расшифровать этиологию кишечных инфекций более чем в половине случаев.

При анализе назначения лечебных препаратов выявлено, что в 18% случаев имеет место необоснованное назначение антибиотиков, а с учетом того, что очень редко выставляют диагноз вирусная диарея, при которых не требуется и назначения нитрофурановых препаратов, количество ошибок при лечении возрастет ещё больше.

Проведенный анализ показал, что при обслуживании детей с кишечными инфекциями в детских поликлиниках имеются как системные проблемы, так и недостатки свойственные отдельным врачам. К системным дефектам можно отнести недостаточно четкую организацию по бактериологическому и вирусологическому обследованию в условиях поликлиник. Требуется теоретическая проработка основ выявления и лечения больных с осмотическими диареями, более тщательное отношение к назначению этиотропного лечения (нитрофурановых препаратов и антибиотиков).

Предлагаемые пути устранения будут способствовать повышению эффективности работы врачей и качества лечения больных.

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ

Качанова Л. А., Ласкарева Л. Н.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Одной из важнейших проблем в неонатологии и педиатрии в целом является проблема выхаживания недоношенных детей. Значимость ее, с одной стороны, связана с тем, что маловесные дети составляют группу высокого риска по частоте заболеваемости и смертности, с другой стороны – с введением в Российской Федерации новых критериев живорождения и мертворождения, рекомендуемых ВОЗ и регламентирующих оказание реанимационной помощи недоношенным новорожденным с весом более 500 г и гестационным возрастом более 22 недель. Состояние

здоровья у таких детей определяется не только глубокой незрелостью, но и тем, насколько своевременно и адекватно им оказывалась медицинская помощь на первом и втором этапах, а также реабилитация на ранних сроках развития.

Цель работы – выявление особенностей деятельности медицинских сестер отделения выхаживания недоношенных детей ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России.

Современная методология выхаживания и реабилитации новорожденных, особенно с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении – это серьезный процесс, в котором необходимо учитывать множество факторов, обусловленных незрелостью такого ребенка, требующий специальных навыков, знаний и оборудования, и, конечно же, предполагает активное участие медицинской сестры и матери на всех этапах медицинского обеспечения ребенка.

В отделении выхаживания недоношенных детей внедрены современные медицинские технологии (парентеральное питание, применение препаратов сурфактанта, фототерапия) и новейшие технические средства (инкубаторы, поддерживающие необходимую температуру и влажность, аппараты для проведения ИВЛ, современные системы для проведения инфузионной терапии).

Работа в таком отделении требует высокого уровня подготовки. Поэтому 70% медицинских сестер, работающих в отделении, имеют непрерывный трудовой стаж от 10 до 15 лет, высшую и первую квалификационные категории.

Выхаживание недоношенных и глубоко недоношенных новорожденных невозможно без организации правильного лечебно-охранительного режима. Попадая в стационар, недоношенные дети подвержены большому количеству лечебных процедур, сильным внешним раздражителям (болевы процедуры, яркий свет, шум в палате, повязки и пластыри, которые покрывают зачастую значительную поверхность кожи). Поэтому для оптимизации выхаживания недоношенных новорожденных в отделении внедрена программа «developmental care» - программа развивающего ухода для выхаживания новорожденных с экстремально низкой и низкой массой тела.

Для ее реализации медицинской сестре необходимы знания по формированию комфортной среды выхаживания недоношенного ребенка - создание специального микроклимата, учитывающего оценку уровня света, посторонние шумы от работы мобильных телефонов, разговора персонала, шума аппаратуры и способы их ограничения. Для того, чтобы снизить вредное воздействие шума и света на недоношенных детей, в отделении установлен специальный охранительный режим. Персонал обучен правилам соблюдения тишины. В отделении чередуются периоды освещенности и темноты.

Дети с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела выхаживаются в кувезе. В нем создается специальный микроклимат: на нужном уровне удерживается температура и влажность. Медицинская сестра должна знать правильное положение тела ребенка, регулярно менять его и выкладывать на живот. Чтобы меньше тревожить ребенка, персонал старается проводить максимум действий сразу: обработать кожу, покормить, ввести лекарство, поменять позу, а затем дать ребенку отдохнуть более продолжительное время.

Медицинская сестра находится в постоянном контакте не только с ребенком, но и с мамой. Поэтому ей необходимы навыки коммуникации с родителями для их обучения и участия в уходе за ребенком. В отделении внедрены такие методики, как тактильный контакт, метод «кенгуру», тонкий пальцевый тренинг, музыкотерапия.

Благодаря внедрению программы «developmental care» - развивающего ухода для выхаживания новорожденных с экстремально низкой и низкой массой тела, использованию методик профилактики боли у новорожденных вырос процент детей, находящихся на совместном пребывании с матерью (с 83,3 до 87,3%).

Качественное осуществление сестринского ухода в отделении выхаживания недоношенных детей облегчает врачебную задачу, оптимизирует лечебно-диагностический процесс и сокращает его сроки. Врачебная деятельность и сестринское дело являются самостоятельными, но дополняющими друг друга профессиями. Организация самостоятельной деятельности медицинской сестры в отделении выхаживания недоношенных детей способствует снижению высокого уровня перинатальной заболеваемости и смертности, повышению доступности и качества медицинской помощи, реализации творческого потенциала медицинской сестры.

Итак, особенностью деятельности медицинских сестер отделения выхаживания недоношенных детей ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России является интенсивный уход за недоношенными детьми, требующий высокого уровня подготовки.

ТЕХНОЛОГИЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ОТКЛОНЕНИЙ ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА В СУРФАКТАНТНОЙ СИСТЕМЕ ЛЕГКИХ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

*Ларюшкина Р. М., Рывкин А. И., Побединская Н. С.,
Глазова Т. Г., Решетова Т. Г., Баклушин А. Е.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России*

Среди приоритетных направлений педиатрической науки особое место отводится совершенствованию основ медицинского наблюдения за детьми, страдающими рецидивирующими бронхолегочными заболе-

ваниями, созданию технологий непрерывного контроля за их здоровьем. Актуальность научных исследований по данной проблеме определяется стабильно высоким уровнем распространенности рецидивирующего бронхита, составляющего треть всех пульмонологических больных, страдающих рецидивирующими и хроническими заболеваниями бронхолегочной системы.

Цель – определить маркеры прогнозирования риска возникновения рецидивирующего бронхита у детей, разработки критериев его ранней диагностики, дальнейшего изучения патогенетических механизмов формирования и рецидивирования патологического процесса с целью обоснования лечебно-реабилитационных мероприятий и организационно-методических подходов к профилактике данного заболевания.

Основу настоящей работы составил анализ клинико-анамнестических наблюдений и лабораторно-инструментальных исследований 497 детей в возрасте от 3 до 14 лет. У 77 детей, перенесших идиопатический СДР, с верифицированным дефицитом сурфактантных фосфолипидов, осуществлен проспективный мониторинг за состоянием здоровья до 12–17-летнего возраста.

На основе социально-биологических, анте-, интра- и неонатальных, клинико-функциональных и биохимических (поверхностноактивные фосфолипиды амниотической жидкости и фарингеальных аспириатов) факторов риска при рождении и проспективном (до 12–17 лет) мониторинге у детей, перенесших идиопатический СДР в неонатальном периоде с верифицированным дефицитом легочного сурфактанта нами разработан перинатальный прогностический алгоритм континуума формирования рецидивирующего бронхита.

Наиболее информативными прогностическими признаками риска рецидивирующего бронхита у детей являются: отягощенный акушерский анамнез, сочетание гестозов I и II половины беременности, три и более анте-, интранатальных факторов риска на одного новорожденного, масса тела при рождении 1001–1500 г, низкая оценка по Апгар (1-3б), тяжелый СДР и показатели биохимической незрелости легочного сурфактанта у плода и новорожденного (снижение показателя поверхностно-активного фосфатидилхолина менее 55%, коэффициента ФХ/СФ менее 2,50 в амниотической жидкости и фарингеальных аспириатах). Своевременное выявление детей с угрозой формирования рецидивирующего бронхита позволит создать оптимальные условия для проведения адекватной коррекции, последующего диспансерного наблюдения с курсами восстановительного лечения. Разработанный перинатальный прогностический алгоритм континуума формирования РБ явится основой и для целенаправленной профилактики и эффективной реабилитации и эффективной реабилитации детей, начиная с антенатального периода.

Выделение групп детей с высокой степенью риска рецидивирующего бронхита важно с точки зрения оптимизации у данных категорий

больных лечебно-профилактических мер, включающих выявление ведущих патогенетических механизмов, способствующих частому рецидивированию и затяжному течению обострений и целенаправленное воздействие на эти механизмы.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Ларюшкина Р. М., Глазова Т. Г., Рывкин А. И., Побединская Н. С.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Бронхиальная астма (БА) продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем педиатрии, занимая значительное место в структуре бронхолегочной патологии у детей. Несмотря на достигнутый процесс в изучении механизмов заболевания, некоторые патогенетические механизмы остаются недостаточно изученными.

Цель – оценить состояние показателей эндотелиальной системы и установить их взаимосвязь с активностью аллергического воспаления в респираторном тракте при бронхиальной астме у детей.

У 45 детей с БА и у 15 здоровых исследованы эндотелин-1, уровень нитрит-ионов (реактивом Griess), дескваминированные эндотелиоциты (Hladover (1978)), микрогемоциркуляция с использованием параметров лазерного анализатора капиллярного кровотока («ЛАКК-01»).

Большинство (74,3%) обследованных было в возрасте от 11 до 14 лет, от 6 до 10 лет – 25,7%. Среднетяжелый вариант БА наблюдался у 76,1% больных, легкая БА диагностирована у 10,6%, тяжелая – у 13,3%. У 57,5% давность заболевания не превышала 2 лет, у 20,4% составила от 3 до 5 лет, у 22,1% – от начала заболевания прошло более 5 лет.

Анализ факторов, связанных с риском возникновения и, возможно, определяющих его исход, подтвердил значимость наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям (53,98%), сенсibilизации дыхательных путей аллергенами домашней (39,82%), библиотечной пыли (46,90%), эпидермальными аллергенами (42,48%). Нередко документированной причиной БА являлась поливалентная аллергия.

Наиболее часто встречающимся нарушением ФВД у детей с БА была обструктивная вентиляционная недостаточность (ОФВ1 – $68,00 \pm 2,61$; ПСВ – $69,27 \pm 8,95$; МОС25 – $74,00 \pm 4,80$; МОС50 – $68,63 \pm 4,35$; МОС75 – $62,36 \pm 7,18$). Анализ данных исследования объема легочного влаговыделения у больных детей показал, что респираторная влагопотеря у них снижалась, составив $0,079 \pm 0,005$ мл/мин в периоде обострения и $0,11 \pm 0,005$ мл/мин в фазу ремиссии ($p < 0,05$). В острый период выявлено достоверное повышение содержания циркулирующих эндотелиальных (ЦЭ) клеток ($21,0 \pm 0,03 \times 10^4$ /л), концентрации эндотелина-1 ($1,3 \pm 0,02$ фм.) и нитрит-ионов ($0,081 \pm 0,003$ ммоль/л) в плазме крови в сравнении с контролем ($5,1 \pm 0,01 \times 10^4$ /л, $0,3 \pm 0,02$ фм,

0,021 ± 0,004 ммоль/л соответственно). Зарегистрировано также достоверное снижение амплитуды в диапазоне сверхнизких частот (A_α – 0,7 ПЕ, контроль – 1,57 ПЕ), снижение на 40% собственной миогенной активности вазомоторов (ALF/m) и возрастание на 25% уровня нейрогенного компонента в регуляции микрососудов, определяющего состояние сосудистого тонуса артериол (a/ALF). В ремиссию происходило некоторое выравнивание показателей эндотелиальной системы, однако они не достигли уровня контроля. Сохранялся высокий уровень нитрит-ионов (0,089 ± 0,001 ммоль/л), что, на наш взгляд, отражает компенсаторную реакцию эндотелия, направленную на сбалансирование процессов вазоконстрикции и вазодилатации, в условиях циркуляции в крови больших количеств вазоконстрикторных и прокоагулянтных субстанций. Выявлено тесное сопряжение параметров эндотелиальной дисфункции (уровень ЦЭ, эндотелина-1, показателя A_α) с уровнем оксида азота и параметрами, отражающими респираторную активность легких, что свидетельствует, по всей видимости, о патогенетической значимости эндотелиальной дисфункции в генезе персистирующего течения БА у детей.

Следовательно, оценка характера отклонений в эндотелиальной системе может иметь значение не только для раскрытия одного из патогенетических механизмов персистенции хронического аллергического воспаления, но и для обоснования мер терапевтической коррекции у детей с БА.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ласкарева Л. Н., Качанова Л. А.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных хронических заболеваний в детской популяции. Главной целью терапии БА является достижение контроля над заболеванием. Федеральными клиническими рекомендациями по оказанию медицинской помощи детям с БА определен комплексный подход к лечению, который включает ряд компонентов: медикаментозную терапию, воздействие на факторы риска, обучение (информация об астме, техника ингаляции и режим, письменный план действий, постоянный мониторинг, регулярное клиническое обследование), исключение триггерных факторов, специфическую иммунотерапию, немедикаментозные методы. Каждый элемент играет важную роль в достижении успеха. Для обеспечения оптимального качества терапии БА необходимы совместные усилия врачей, медицинских сестер, пациентов и их родителей.

В функции медицинской сестры при уходе за детьми с БА входит наблюдение, выявление проблем, выполнение назначений врача, подготовка к исследованиям, составление и осуществление плана ухода, кото-

рый включает, в том числе, мероприятия по купированию бронхиальной обструкции и профилактике новых приступов.

Для эффективного применения ингаляционных препаратов скорой помощи или базисной терапии необходимо правильно выбрать средства (устройства) их доставки. Наиболее часто для детей используются дозированные аэрозольные ингаляторы (ДАИ) со спейсерами и небулайзеры. Обучение ребенка и родителей технике проведения ингаляции имеет важнейшее значение. Функцию по обучению берет на себя медицинская сестра. Она разъясняет пациентам и их родителям принцип работы устройства, порядок его применения и обеззараживания, правила набора и разведения лекарственного средства и т.д. Кроме того, медицинская сестра регулярно проводит контроль техники выполнения ингаляции пациентом. Чтобы эффективно обучать пациентов, медицинская сестра должна сама хорошо владеть навыками использования ингаляционных устройств.

Цель работы – определить уровень владения медицинскими сестрами, работающими в детских поликлиниках, практическими навыками проведения ингаляционной терапии.

С помощью анонимного анкетирования опрошено 45 медицинских сестер детских поликлиник, обучающихся на циклах повышения квалификации «Первичная медико-санитарная помощь детям» на кафедре сестринского дела ИПО ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России. Респондентам предлагалось оценить свой уровень владения навыками «Проведение ингаляции с использованием ДАИ» и «Проведение ингаляции с использованием небулайзера» по шкале от 2 до 5 баллов. Анкетирование проводилось в начале и в конце обучения. После первого анкетирования слушатели на практических занятиях подробно изучали с преподавателем алгоритм выполнения этих манипуляций. Затем данные навыки отработывались медицинскими сестрами в рамках симуляционного курса в Центре непрерывной практической подготовки обучающихся, после чего повторно проводилось анкетирование. Во время итоговой аттестации экзаменаторами оценивался уровень усвоения навыков по чек-листам. В ходе исследования получены следующие результаты.

В начале обучения уровень владения навыками «Проведение ингаляции с использованием ДАИ» и «Проведение ингаляции с использованием небулайзера» респонденты оценили в среднем, соответственно, на 3,29 и 3,51 балла. В конце обучения на цикле повышения квалификации оценки повысились и составили 4,45 и 4,59 балла, соответственно. В то же время средние баллы, полученные медицинскими сестрами за выполнение данных манипуляций во время итоговой аттестации, оказались несколько ниже, 4,21 и 4,28 соответственно.

Таким образом, в процессе обучения на циклах повышения квалификации, включающих симуляционный курс, медицинские сестры детских поликлиник повысили уровень владения практическими навыками

проведения ингаляций, что позволит им более эффективно обучать этим навыкам детей и их родителей и повысить качество проведения ингаляционной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Лупакова К. В., Новожилова И. Ю., Вотякова О. И., Краснова О. Е.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Ожирение относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям и представляет серьезную медико-социальную проблему. Детское ожирение влечет за собой как краткосрочные, так и долгосрочные неблагоприятные последствия для физического и психосоциального здоровья и является фактором риска для развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ортопедических проблем и психических расстройств (Федеральные клинические рекомендации по ведению детей с эндокринными заболеваниями, 2013).

Цель: определить частоту встречаемости нарушений углеводного и липидного обмена у детей с экзогенно-конституциональным ожирением, проходивших обследование в специализированном отделении.

Обследовано 75 детей в возрасте 9–16 лет с экзогенно-конституциональным ожирением, находившихся на обследовании в гастро-эндокринологическом отделении для детей ОБУЗ «Ивановской областной клинической больницы» в 2016-2017 гг. Критерии ожирения у детей определялись по данным стандартных отклонений ИМТ (ВОЗ, 2013 г). Характер ожирения оценивался по величине окружности талии. Абдоминальным считалось ожирение у детей до 16 лет, если окружность талии превышала 90 перцентиль для соответствующего пола и возраста. Состояние углеводного обмена оценивалось по результатам стандартного перорального теста толерантности к глюкозе и индексу инсулинорезистентности НОМА. Исследование липидного спектра включало определение уровня общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ) и липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП).

По степени ожирения все пациенты были разделены на 4 группы. Среди детей с ожирением I степени было 8%, со II степенью - 44% детей, III степень определялась у 40% детей, морбидное ожирение - у 8% подростков. Анализ частоты встречаемости ожирения по гендерному признаку показал, что количество мальчиков составило 2/3 всех обследованных. Абдоминальный тип распределения подкожно-жировой клетчатки чаще встречался у детей с ожирением II и III степени. У всех пациентов диагностировано нарушение углеводного обмена. Уже у детей, имеющих ожирение I степени, выявлялась инсулинорезистентность. У детей с ожирением II степени, кроме инсулинорезистентности, которая

диагностирована у 94%, выявлено нарушение толерантности к глюкозе (24%). У детей с ожирением III степени инсулинорезистентность отмечалась в 80% случаев, а нарушение толерантности к глюкозе наблюдалось практически у половины обследованных (40%). Все дети с морбидным ожирением имели инсулинорезистентность, а у 50% из них отмечалось нарушение толерантности к глюкозе. Также у всех детей с ожирением выявлено нарушение жирового обмена. Уже у детей с ожирением I степени отмечались нарушения в липидограмме по 2 критериям (повышение уровня общего холестерина и триглицеридов). У детей с ожирением II степени сохранялись эти тенденции. У пациентов с III степенью ожирения повышенный уровень триглицеридов выявлялся у 1/3 детей, а повышение концентрации ЛПНП отмечалось почти у половины обследованных. У всех детей с морбидным ожирением диагностирован высокий уровень ЛПНП.

Полученные данные отражают высокую частоту встречаемости нарушений углеводного и жирового обмена у детей с ожирением, которые выявляются уже при I степени ожирения. Их частота увеличивается по мере нарастания степени ожирения. Всем детям с ожирением необходимо проводить расширенное обследование углеводного и липидного обмена для ранней диагностики и коррекции имеющихся отклонений.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТ И СТРУКТУРА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Майсина А. И., Кулида Л. В., Рокотянская Е. А.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Преэклампсия является одним из грозных осложнений беременности и занимает ведущее место в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности. Перинатальные потери при ПЭ в 4 раза превышают таковые при неосложненном течении беременности. Патологические изменения при ПЭ развиваются во всех элементах функциональной системы «мать-плацента-плод» и тесным образом связаны с морфофункциональным состоянием последа. В связи с чем, целью исследования явилось сопоставление патоморфологических изменений в плаценте со структурой перинатальной заболеваемости у новорожденных при различных степенях тяжести ПЭ.

Для достижения поставленной цели проанализированы особенности структурной перестройки в плацентах 30 женщин при беременности, осложненной ПЭ средней степени тяжести (1 группа) и в 30 плацентах – при тяжелой ПЭ (2 группа). Группу контроля составили 20 плацент от женщин, у которых течение беременности не осложнилось развитием ПЭ (3-я группа). В исследуемых группах проведено сопоставление патомор-

фологических изменений в плацентах с особенностями перинатальной патологии у новорожденных.

Беременность у женщин 1-й и 2-й групп завершилась преждевременными родами (72,0% и 94,0%, соответственно). Наименьший гестационный срок на момент родоразрешения имели женщины с тяжелой ПЭ ($32,7 \pm 0,4$ недель, $p < 0,001$). В группе женщин с ПЭ средней степени тяжести данный показатель составил $34,7 \pm 0,3$ недель гестации. Дети у женщин с ПЭ рождались в состоянии умеренной и тяжелой асфиксии. Самая низкая оценка по шкале Апгар была у новорожденных 2 гр. и составила $5,08 \pm 0,18$ и $6,28 \pm 0,17$ ($p < 0,001$) на первой и пятой минутах после рождения.

Перинатальная патология у новорожденных в группе женщин с ПЭ средней степени тяжести выявлена в 90,1% случаев, а при тяжелой ПЭ – в 100%. Ведущее место в структуре перинатальной заболеваемости занимала патология ЦНС в виде церебральной ишемии и нетравматических внутричерепных (внутрижелудочковых и субарахноидальных) кровоизлияний. Церебральная ишемия выявлена в 70,5 % случаев при ПЭ средней степени тяжести и в 77,1% случаев при тяжелой ПЭ. Нетравматические внутричерепные кровоизлияния диагностированы у новорожденных в 46% случаев при ПЭ средней степени тяжести и в 62,5% ($p < 0,001$) – при тяжелой ПЭ. Тяжелой фоновой патологией для церебральной ишемии явилась ЗРП, диагностированная при ПЭ средней степени тяжести в 38% случаев, а при тяжелой ПЭ в 87,5% ($p < 0,001$). Причем ЗРП II (37,4%) и III (35,4%) степени тяжести, как и патология ЦНС, достоверно чаще диагностировалась при тяжелой ПЭ. ПЭ средней степени тяжести увеличивала риск рождения детей с церебральной ишемией в 4,49 раза (95% ДИ 2,80–7,21), частоту развития нетравматических внутричерепных кровоизлияний у новорожденных в 3,59 раза (95% ДИ 2,61–4,95), а тяжелая ПЭ – в 5,87 (95% ДИ 3,36–10,3) и в 4,89 раза соответственно (95% ДИ 3,24–7,38).

Врожденная пневмония обнаружена у 42,9% новорожденных от женщин с ПЭ. При ПЭ средней степени тяжести врожденная пневмония диагностирована в 34,0%, а при тяжелой ПЭ – в 52,1% ($p < 0,001$) случаев. Органометрические параметры плацент при ПЭ средней тяжести и тяжелой были ниже аналогичных показателей гестационной нормы. При высоком проценте гипоплазий плацент в сравниваемых группах гипоплазия III степени, как и ЗРП, в два чаще (57,14%, $p < 0,05$) диагностировалась при тяжелой ПЭ.

В плацентах пациенток 1 и 2 групп выявлены такие общепатологические процессы, как незавершенная гестационная перестройка эндометриальных сегментов спиральных артерий, хронические геморрагические инфаркты, ПОНРП, апоплексия плаценты, стаз, тромбоз межворсинчатого пространства центральных и суббазальных зон. Характерной особенностью плацент при тяжелой ПЭ явилась центральная локализация

хронических геморрагических инфарктов и тромбоза межворсинчатого пространства суббазальных зон. Достоверно чаще в плацентах при тяжелой ПЭ диагностировались крупноочаговые некрозы базальной пластинки и эндометриальных сегментов спиральных артерий с развитием распространенных интрабазальных кровоизлияний и суббазальных гематом, составляющих структурную основу острой плацентарной недостаточности. Плаценты исследуемых групп сопоставимы по воспалительным изменениям и отложениям фибрина и солей кальция в зонах некроза эпителия ворсин, в базальной пластинке и в периферическом цитотрофобласте. Компенсаторные процессы в виде гиперплазии терминальных ворсин, капилляров терминальных ворсин достоверно чаще диагностировались в плацентах при ПЭ средней тяжести.

Как видим, ведущее место в структуре перинатальной заболеваемости у новорожденных при преэклампсии как средней степени тяжести, так и тяжелой, занимают церебральная ишемия и нетравматические внутричерепные кровоизлияния (внутрижелудочковые и субарахноидальные), которые достоверно чаще диагностируются при тяжелой преэклампсии. Основными плацентарными факторами развития данной патологии у новорожденных при преэклампсии средней тяжести являются гипоплазия плацент II степени, хронические нарушения материнского и плодового кровообращения в сочетании с воспалительными изменениями в базальной пластинке и элементах ворсинчатого хориона на фоне умеренно сформированных компенсаторных процессов. Гипоплазия плацент III ст., острые нарушения материнского кровообращения в сочетании с персистирующей вирусной инфекцией инициируют развитие перинатальной патологии у новорожденных при тяжелой преэклампсии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА КАК НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Мандров С. И., Жданова Л. А.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Проблема желчнокаменной болезни (ЖКБ) в настоящее время приобрела не только медицинское, но и социальное значение. Отмечается устойчивая тенденция к ее росту среди лиц молодого возраста и детей. Неслучайно, что ЖКБ занимает ведущее место в структуре наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения у детей и перестала быть казуистикой.

Для педиатров наибольшее значение имеет начальная стадия заболевания, или билиарный сладж (БС), который на 111 съезде гастроэнтерологов России отнесен к первой – начальной стадии ЖКБ. Представляет определенные трудности проблема ранней диагностики и, следовательно, своевременной терапии БС, что обусловлено полиморфизмом его клинических проявлений.

Цель – уточнение характера и выраженности клинических признаков различных форм БС.

Проведено обследование 153 детей в возрасте 11–16 лет, находившихся в БУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации», в том числе: с начальной стадией ЖКБ – 93, с дисфункцией желчного пузыря и сфинктерного аппарата – 60. Диагноз ЖКБ был верифицирован по данным ультразвукового исследования.

Установлено, что наиболее часто БС встречался в форме экhoneоднородной желчи с наличием сгустков (41,94%) и взвеси гиперэхогенных частиц (ВГЧ) –(35,48%), значительно реже в форме замазкообразной желчи (ЗЖ).

Используя патометрический алгоритм распознавания, нами выявлены особенности клинического течения различных форм БС. БС в форме ВГЧ является одним из наиболее часто встречающихся и выявляется преимущественно у мальчиков, в 51,52% случаев протекает на фоне неизменной стенки желчного пузыря. Характерен болевой синдром в виде сжимающих, непродолжительных болей с отсутствием зоны локализации, без распространения, возникающих в дневное время, вследствие эмоционального напряжения и уменьшающихся после отдыха; повышение антиоксидантной защиты как компенсаторной реакции на развивающийся окислительный стресс. Отражением начала воспалительного процесса в желчном пузыре (ЖП) служит появление связи антиоксидантной активности (АОА) с диспептическими проявлениями: отрыжкой, изжогой, послаблением стула, повышением ситуативной и личностной тревожности, гиперэхогенностью ткани поджелудочной железы (ПЖ).

Формирование БС в форме ВГЧ сопровождается микрoэкологическими нарушениями в ЖКТ, поскольку увеличение концентрации уксусной (С2) и снижение пропионовой (С3), масляной (С4) и изовалериановой (iС5) кислот свидетельствуют об угнетении анаэробной флоры и гиперколонизации кишечника условно-патогенной и патогенной аэробной микрофлорой, проявляется диспепсией в виде рвоты, отрыжки, изжоги.

БС в виде ЭЖС одинаково часто встречается у мальчиков и девочек. В 61,5% случаев протекает на фоне утолщения стенки ЖП. Болевой синдром отличается наличием сжимающих и тупых, непродолжительных болей без характерной зоны локализации, нередко опоясывающего характера, сопровождающихся нарушениями стула в виде поноса или запора, возникающих в дневное время, провоцируемых нарушениями в питании и уменьшающихся после отдыха. У детей отмечались высокая ситуативная тревожность и повышение антиоксидантной защиты, а показатели АОА имели прямую взаимосвязь с диспептическими проявлениями: изжогой, рвотой, склонностью к запорам, толщиной стенки ЖП.

Выраженное увеличение общего уровня летучих жирных кислот, снижение концентрации С4 и iС5 являются отражением гиперколонизации

ции слизистых оболочек преимущественно анаэробной условно-патогенной флорой и снижения системной протеолитической активности. У детей с ЭЖС усиливаются связи: С2, С3, С4 и iС5 – с диспепсическими явлениями, уплотнением стенки ЖП и гиперэхогенностью ткани ПЖ.

БС в форме ЗЖ чаще выявлялся у девочек, в 61,9% случаев протекал на фоне аномалий развития ЖП, в 71,4% – утолщения его стенки и в 57,1% – структурных изменений паренхимы ПЖ; всегда проявляется выраженным болевым синдромом в виде ноющих, тупых болей с характерной локализацией в области правого подреберья, продолжительного характера, с распространением в правое плечо, лопатку, сопровождающихся тошнотой, горечью во рту, изжогой, метеоризмом, запором, которые возникают в любое время суток и купируются спазмолитическими препаратами. Для детей с данной формой БС характерна выраженная личностная и ситуативная тревожность. Высокий уровень перекисного окисления липидов, сочетающийся с истощением антиоксидантной защиты, свидетельствует о выраженном характере воспалительного процесса в ЖП. Снижение антиоксидантной защиты сопровождается увеличением связи с выраженностью и частотой болевого синдрома, диспепсическими проявлениями, увеличением толщины стенки ЖП, гиперэхогенностью ткани ПЖ, о чем свидетельствует уменьшение концентрации С3, С4 и iС5.

Итак, выявление особенностей клинической картины наиболее часто встречающихся форм БС позволит верифицировать ЖКБ на начальной ее стадии, а применение адекватной терапии может предотвратить переход заболевания в стадию формирования желчных камней.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЕФАЛОГЕМАТОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Митрузаева Ю. А., Виноградова Е. Е., Уланова Т. Ю., Широкова О. С.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

К числу актуальных медицинских и социальных проблем, на решение которых направлены значительные усилия и средства здравоохранения, относится проблема перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС). Одной из форм ППЦНС является родовая черепно-мозговая травма (ЧМТ). Кефалогематомы (КГ) встречаются в 30% случаев у новорожденных с родовой ЧМТ, а у детей с тяжелой формой поражения эта цифра достигает 57%. Наличие множественных КГ рассматривается как чрезвычайно тяжелый вид родовой травмы. Однако до настоящего времени не раскрыты в должной мере механизмы образования кефалогематом, недостаточно изучены факторы риска, клинические формы и особенности течения заболевания.

Цель исследования – сравнить новорожденных с клинической картиной КГ, имеющих и не имеющих признаков синдрома недифференци-

рованной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), установить наиболее вероятные причины возникновения данной патологии, оценить факторы риска и степень их реализации в каждой группе.

Был проведен анализ историй болезни всех новорожденных с КГ, поступивших на второй этап выхаживания в детскую городскую клиническую больницу №5 г. Иваново за период 2013–2015 гг. Проводилось изучение жалоб, данных анамнеза, физикального и лабораторных обследований (общий анализ крови, ряд показателей коагулограммы), ультразвукового исследования головного мозга и костей свода черепа. Математическая обработка проводилась при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel.

Первую группу составили 60 младенцев с КГ и признаками синдрома НДСТ, вторую – 42 ребенка с КГ и без признаков патологии соединительной ткани. Наибольшее количество (37,65%) новорожденных 1-й группы родились в 2014 г., преимущественно в осеннее время, 2-й – в 2013 и 2015 гг., весной и осенью (28,14 и 30,2%). Чаще КГ встречались у мальчиков, причем с одинаковой частотой в обеих группах (56,76%). Подавляющему числу матерей обследованных 1-й было от 20 до 30 лет (75,44% в 1-й группе и 73,76% – во 2-й). У большего числа женщин отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (81,67 и 73,81% соответственно). Бесплодие в анамнезе диагностировано в 1-й группе в 11 случаев (18,33%), тогда как во 2-й – в 4 (9,5%). Осложненное течение беременности (гестоз, угроза прерывания, дефицитная анемия) в 1-й группе наблюдалось с большей частотой (79,64 против 56,87%). 37 детей (61,67%) 1-й группы перенесли хроническую внутриутробную гипоксию. Во 2-й группе таких пациентов было 16 (38,09%) ($p < 0,05$). В большинстве случаев роды проходили естественным путем, в обеих группах одинаково часто (77,66 и 77,35%). Однако небольшая часть родов закончилась операцией кесарева сечения (23,34 и 23,65%). Патологические роды с определенным постоянством наблюдались у матерей, родивших детей с синдромом НДСТ (43,33 против 35,71%). Некоторое превышение по крайним весовым параметрам: крупный плод (18,67%) и низкая масса тела (15,74%) – зафиксировано также у этой категории новорожденных. Акушерское пособие в родах (по Цовьянову) проводилось у 34,62% детей 1-й и у 13,33% – 2-й группы. Вакуум-экстрактор наибольшее количество раз применялся в группе пациентов без признаков НДСТ (76,67%). У обследованных выявлено преобладание единичных КГ (81,67 и 78,57%). В 1-й группе КГ преимущественно локализовались в левой (71,43%), во 2-й – в правой теменной области (60,61%). Учитывая классификацию КГ по их размерам, можно отметить, что у новорожденных преобладали среднетяжелые (65,31 и 48,68%) и легкие (30,61 и 27,27%) формы заболевания. КГ 3 степени были зарегистрированы у младенцев 2-й группы (24,24 против 4,08% в 1-й группе), у которых использовался вакуум-экстрактор в родах. Изучая показатели

коагулограммы, удалось установить увеличение времени свертывания крови (у 27% и 14%), свидетельствующее о патологии плазменно-коагуляционного звена гемостаза. В нашем исследовании выявлено превышение времени свертывания крови в группе новорожденных с синдромом НДСТ в 2 раза больше нормативных показателей ($p < 0,05$).

Таким образом, значимыми факторами риска развития КГ являются: рождение ребенка в весенне-осенний период, мужской пол, возраст матери от 20 до 30 лет, применение акушерских пособий (особенно вакуум-экстрактора). У новорожденных чаще встречаются единичные КГ мелкого и среднего размеров, с преобладающей локализацией в теменных областях. НДСТ, возможно, является одной из причин развития КГ у части новорожденных и, нередко, сочетается с признаками хронической гипоксии плода, крайними отклонениями в параметрах массы тела и достоверными изменениями показателей гемостаза с тенденцией к гипокоагуляции. Дальнейшие детальные исследования клинических особенностей КГ у новорожденных, возможно, позволят составить подробный алгоритм экспресс-диагностики и прогноза, добиться своевременных и стойких положительных результатов в их профилактике и лечении.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Можяева А. Н., Пшеничная П. В., Орехова Д. И., Воронова М. Ю.,
Новикова А. А., Терентьева Т. В., Шниткова Е. В.*

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Детская городская клиническая больница № 1» г. Иваново

В педиатрической практике желтуха новорожденных остается одной из ведущих причин обращения за консультативной помощью. Более того, в последние годы ее частота значительно возросла (Соболева Н. А., Первишко О. В., 2014).

Цель исследования – изучить состояние здоровья новорожденных, страдающих конъюгационной желтухой.

Методы исследования: клиническое обследование новорожденного, оценка общего и биохимического анализов крови, изучение данных инструментальных методов исследования.

Под наблюдением находилось 78 новорожденных, находившихся на стационарном лечении в ОБУЗ ДГКБ № 1 в отделении патологии новорожденных в период 2017 г., которым поставлен диагноз конъюгационной желтухи. Легкая степень тяжести отмечена у 18 (23,08%) новорожденных, средняя степень тяжести – у 46 (58,97%), тяжелая – у 14 (17,95%). Из родильного дома на 5–6 день жизни переведено 28 (35,9%) детей, по направлению участкового педиатра поступило 50 (64,11%), из них в возрасте двух недель – 38 (48,72%), трех недель – 12 (15,38%). Все обследованные были доношенными, рожденными от пер-

вой беременности (23–29,49%), второй-третьей (34–43,59%) и от четвертой и более беременности (9 – 11,54%).

28 (35,90%) матерей во время беременности перенесли анемию. Заболевания мочевыделительной системы (пиелонефрит, дисметаболическая нефропатия, мочекаменная болезнь, аномалии развития почек: пиелэктазия, удвоение почки) встречались у 9 матерей (11,54%); заболевания половых органов (кольпит, бактериальный вагинит, молочница) – у 23 (29,49%). Гепатит, гестационный сахарный диабет, ожирение и варикозная болезнь вен нижних конечностей регистрировались по одному случаю (1,28%); острые респираторные заболевания (острые респираторно вирусные заболевания и бронхит) выявлялись у 42 (53,85%). Инфекции, передающиеся половым путем (герпетическая инфекция, микоплазмоз, уреаплазмоз, хламидиоз и другие) диагностированы у 9 (11,54%) матерей.

Отмечалось патологическое течение беременности: регистрировались: гестоз (21 – 26,92%), токсикоз (18 – 23,08%), угроза прерывания беременности (20 – 25,64%), фетоплацентарная недостаточность (29 – 37,18%), отслойка плаценты (3 – 3,85%). ВУИ диагностирована у 7 (8,975%) матерей. Длительность безводного периода отмечена у 5 (6,41%) женщин.

От первых родов родилось 34 (43,59%) ребенка, от вторых-третьих 31 (39,74%), от четвертых и более родов – 2 (2,56%) новорожденных. В тяжелой асфиксии родилось 10 (12,82%). Реанимационные мероприятия проводились у 11 (14,10%) детей.

На грудном вскармливании находилось 47 (60,26%) новорожденных, на искусственном – 11 (14,10%) и смешанном – 20 (25,64%).

У всех новорожденных конъюгационная желтуха протекала на фоне гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы, церебральной ишемии 2-й степени, преимущественно гипертензивного синдрома (27 – 34,62%), синдрома угнетения (18 – 23,08%), гипервозбудимости (24 – 30,77%), реже вегетативной дисфункции (6 – 7,69%) и гипертензивно-гидроцефального синдрома (2 – 2,56%), которые сопровождалась мышечной дистонией (5 – 6,41%), гипотонией (56 – 71,79%), гипертонусом (17 – 21,79%). Также были зарегистрированы функционирующие фетальные коммуникациями (открытое овальное окно) без нарушения кровообращения (66 – 84,62%), врожденные пороки развития (16 – 20,51%) новорожденных и гипотрофический вариант задержки внутриутробного развития (10 – 12,82%).

Повышение уровня общего билирубина до 200 мкмоль/л отмечено у 20 (25,64%) новорожденных, до 300 мкмоль/л – у 36 (46,15%), до 400 мкмоль/л у 16 (20,51%) и свыше – у 6 (7,69%). Повышение в крови прямого билирубина диагностировано у 76 (97,44%) новорожденных. Билирубинсвязывающая способность плазмы крови новорожденных констатирована как нормальная. Выявлены высокие показатели трансаминаз

(51 – 65,38%) и щелочной фосфатазы (60 – 76,92%), что свидетельствует о развитии у новорожденных синдрома цитолиза как проявления гипоксического страдания печени.

Всем пациентам назначали комплексное лечение, общие принципы которого заключались в организации полноценного питания, достаточной водной нагрузки, проведении фототерапии (62 – 79,49%), назначения лекарственных препаратов: хофитола (22 – 28,21%), урсофалька (6 – 7,69%).

Таким образом, в настоящее время у новорожденных чаще регистрируется затяжное течение конъюгационной желтухи с явлениями холестаза. Более выраженная степень тяжести конъюгационной желтухи достоверно чаще встречается у детей, у матерей которых чаще регистрируется фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности и гестозы беременных.

Сопутствующими заболеваниями, способствующими более тяжелому течению данной патологии, является гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, синдром задержки внутриутробного развития, поэтому важное значение имеет проведение профилактики и лечения данных заболеваний, ранняя диагностика и эффективное лечение конъюгационных желтух.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО И ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Мошкова А. В., Косицкая Е. Н., Шниткова Е. В.,
Краснова О. Б., Выдрицкая Н. И.*

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Детская городская клиническая больница № 1» г. Иваново

Среди острых и рецидивирующих заболеваний нижних дыхательных путей у детей наиболее частой патологией является бронхит.

Целью нашей работы было установление особенности клинических проявлений при остром простом и обструктивном бронхитах у детей раннего возраста.

Под наблюдением находилось 120 детей раннего возраста, проходивших лечение в соматическом отделении ОБУЗ «Детская городская клиническая больница № 1» г. Иваново. Острый бронхит диагностирован у 40 детей (33,33%), обструктивный бронхит – у 80 (66,67%).

Изучение состояния здоровья показало, что сопутствующими заболеваниями у детей с острым простым бронхитом была тимомегалия (32,5%), анемия (15,0%), последствия перинатального поражения ЦНС (10,0%), атопический дерматит (7,5%), открытое овальное окно без нарушения кровообращения (22,5%), оксалурия (50,0%), фосфатурия (2,5%). У детей обструктивный бронхит протекал на фоне тимомегалии (26,25%), атопического дерматита (15,0%), отита (6,25%), последствий перинаталь-

ного поражения ЦНС (10,0%), функционирующих фетальных коммуникаций (открытого овального окна) без нарушения кровообращения (12,5%), оксалурии (55,0%), фосфатурии (8,75%), уратурии (3,75%).

Бронхиты средней тяжести регистрировались у подавляющего большинства детей (82,795 и 76,25%). Тяжелое течение – у детей с обструктивным бронхитом (23,75%). При поступлении субфебрильная температура отмечена у 70,0% детей с простым бронхитом, фебрильная – у 17,5%, нормальная – у 12,5%. В группе детей с обструктивным бронхитом при поступлении субфебрильная температура отмечена у 72,5%, фебрильная – у 21,25%, нормальная – у 6,25%. Нормализация температуры тела у детей с простым бронхитом наступила на $2,83 \pm 1,53$, у детей с обструктивным бронхитом – на $3,96 \pm 1,67$ день болезни. Ведущей жалобой при бронхите был кашель. Влажный кашель выявлен у 80,0% детей с простым и 70,0% детей с обструктивным бронхитом. Исчезновение кашля к десятому дню болезни отмечено у 82,5% детей с острым и у 75,0% младенцев с острым обструктивным бронхитом.

Проведен анализ физикальных данных при простом бронхите: легкие проявления интоксикации отмечены у 17,5% детей, выраженные – у 82,5%. Исчезновение симптомов интоксикации на первой неделе отмечено у 92,5% детей. У детей с обструктивным бронхитом интоксикация средней тяжести регистрировалась у 70,0% и тяжелая у 30,0% детей. Исчезновение симптомов интоксикации на первой неделе отмечено у 85,0% детей.

При простом бронхите наличие коробочного оттенка перкуторного звука, жесткого дыхания, единичных сухих и влажных хрипов выявлено у 12,5%. Коробочный оттенок перкуторного звука, жесткое дыхание, большое количество влажных крупно- и среднепузырчатых хрипов отмечено у 87,5% детей. Нормализация изменений бронхолегочной системы констатирована к двум неделям у 87,5% детей с простым бронхитом. У детей с обструктивным бронхитом обструктивный синдром исчезал на 2-й день пребывания в стационаре у 35%, на 5–6 день – у половины детей и на 7–8 день – у 15,0% детей.

Изменения формулы крови свидетельствовало о преимущественно бактериальном воспалении. Лейкоцитарной формула нормализовалась к двум неделям наблюдения более чем у половины детей с простым бронхитом и у трети детей с обструктивным. К моменту выписки из стационара лейкоцитарная формула нормализовалась у 92,5% детей с острым и у 78,8% детей с обструктивным бронхитом.

Таким образом, наиболее частым фоном развития обструктивного бронхита является атопический дерматит и тимомегалия. Патологический фон острого бронхита – тимомегалия и анемия. Хорошо известно, что дети, страдающие тимомегалией, составляют в педиатрии группу риска по развитию аллергических, эндокринных, аутоиммунных и онкологических заболеваний, синдрома внезапной детской смерти, потому

нуждаются в особом уходе и дополнительном наблюдении со стороны педиатра и детского аллерголога-иммунолога.

Более длительное и тяжелое течение острого обструктивного бронхита отмечается у детей с отягощенным патологическим фоном заболевания и наличием вредных привычек (курения) у родителей.

Недостаточный питьевой режим способствует возникновению оксалурии и фосфатурии, что неблагоприятно сказывается на функциональной способности почек. У этих детей имеется высокий риск развития воспалительных заболеваний почек.

МЕТОД КОМПЬЮТЕРНОЙ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Мустафина Ф. К., Рогинский В. В.

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России

Проблема диагностики сосудистых поражений является непростой в связи с малым возрастом пациентов, накладывающим определенные ограничения на выбор методов. Путаница в терминологии, существующая до сих пор, как в России, так и во всем мире лишь усложняет диагностику и затрудняет ретроспективный анализ. Особенно сложно разграничение в группе самих сосудистых поражений. Диагностические ошибки приводят к несвоевременному и некорректному лечению. Несмотря на большое количество публикаций, посвященных диагностике и лечению сосудистых поражений, создание алгоритма, систематизирующего обследование детей, с поражениями кровеносных сосудов, является актуальным.

Цель – по данным компьютерной капилляроскопии выявлены особенности микроциркуляторных нарушений в патогенезе поражений кровеносных сосудов ЧЛО у детей.

В работе был использован компьютерный капилляроскоп 4-01 производство ЗАО «Центр Анализ Веществ» Россия. Это устройство визуализации (датчик) в отраженном свете с электронно-оптическим, программным контрастированием, увеличением и визуализацией объектов. Изображения были выполнены и обработаны при помощи специализированной программы «Капилляроскоп». Метод позволяет визуализировать анатомию капилляров и оценить гемодинамические параметры в них. Проведены исследования с помощью компьютерной капилляроскопии у 800 пациентов в возрасте от 2 недель до 4 лет с диагнозом гиперплазия кровеносных сосудов ЧЛО и у 280 пациентов от рождения до 18 лет с диагнозом сосудистые мальформации ЧЛО. По данным капилляроскопии определяли морфологию, плотность капиллярной сети, диаметры микрососудов, динамику изменений в процессе мониторинга.

Компьютерная капилляроскопия позволила изучить особенности функциональной анатомии и параметризовать микроциркуляцию у детей в норме и с поражениями кровеносных сосудов. По данным морфометрии капилляров и перикапиллярной зоны изучены степень и характер микроциркуляторных нарушений на каждой стадии заболевания, а также гемодинамические характеристики капиллярного кровотока в норме и при поражениях кровеносных сосудов.

Таким образом, метод компьютерной капилляроскопии позволяет визуально оценить изменения, происходящие в микроциркуляторном русле кровеносных сосудов ЧЛО при их поражении, а также проводить мониторинг эффективности лечения. С помощью компьютерной капилляроскопии можно выявить новые особенности функциональной анатомии неопухолевых сосудистых образований: гиперплазий на микроуровне. Полученные данные вместе с анализом клинических признаков, данных УЗИ, патоморфологии и иммуногистохимии позволили разработать новые диагностические критерии и оценить эффективность консервативной терапии для данной группы пациентов.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЗА 2013–2016 гг.

Новожилова И. Ю., Вотякова О. И., Батыгина Т. Н.

ФГОУ ВО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново

Профилактика – приоритетное направление современной медицины. Для своевременного выявления отклонений в состоянии здоровья детей в нашей стране разработана система профилактических осмотров несовершеннолетних, отраженная в приказе Минздрава № 1346н от 21.12.2012.

Цель – анализ распространенности эндокринной патологии среди детей и подростков, подлежащих профилактическим осмотрам за четырехлетний период.

Проведен анализ результатов профилактических осмотров детей в возрасте 5–17 лет детским эндокринологом. Число осмотренных составило в 2013 году – 2114, в 2014 г. – 3671, в 2015 г. – 3199 и в 2016 г. – 2328. Среди осмотренных школьники общеобразовательных школ составили 2114 в 2013 г., 2483 – в 2014 г., 2314 – в 2015 г. и 1683 – в 2016 г. Число воспитанников специальных (коррекционных) образовательных учреждений составило 1147 в 2014 г., 844 – в 2015 г. и 619 в 2016 г., число детей-сирот, проживающих в стационарных учреждениях составило по 41 в 2014 г. и 2015 г. и 26 – в 2016 г.

Эндокринная патология выявлена у 19,6% школьников общеобразовательных школ в 2013 г., у 20,9% – в 2014, у 24,7% – в 2015 и у 22,8% –

в 2016 г. Высокие цифры регистрировались уже у детей 10-летнего возраста, впервые подлежащих осмотру, с одинаковой частотой встречались у мальчиков и у девочек. В последующие возрастные периоды имелась четкая тенденция к увеличению патологии среди девочек. Так, у девушек в возрасте 15–16 лет заболевания эндокринной системы встречались в 2–3 раза чаще, чем у юношей. Эти цифры согласуются с данными по другим регионам ЦФО.

В структуре эндокринной патологии у школьников общеобразовательных школ преобладали две нозологии: диффузный эндемический зоб, диагностированный у 8,6% детей в 2013 г., у 12,6% – в 2014 г., у 12,7% – в 2015 г. и у 8,3% – в 2016 г. Другая – ожирение, выявленное у 8,9% детей в 2013 г., у 7,0% – в 2014 г., у 8,6% – в 2015 г. и у 7,8% детей в 2016 г. Далее следует белково-энергетическая недостаточность, ее процент на сегодняшний день невелик, однако отмечается рост в динамике: 0,3% (в 2013 г.) – 0,9% (в 2014 г.) – 1,9% (в 2015 г.) до 2,0% (в 2016 г.). Низко- и высокорослость за годы наблюдения встречались с одинаковой частотой и составляли 1–1,5%. Другие эндокринные нарушения, такие как задержка полового созревания, узловый зоб, регистрировались не более чем в 0,5–1% случаев.

При анализе частоты диффузного эндемического зоба за последние четыре года отмечено его снижение с 14 до 8,3%, что связано с проведением в отрасли активной йодной профилактики. Цифра 8,3% – наименьшая за все время проведения статистики, приближается к эпидемическому порогу в 5%. Сохраняются четкие гендерные различия за период наблюдения, частота встречаемости зоба среди девочек в 2–3 раза выше, чем у мальчиков.

Распространенность ожирения остается стабильной, но необходимо отметить, что на каждого ребенка с диагнозом ожирение приходится 2–3 пациента с избыточной массой тела. Максимальный показатель заболеваемости зафиксирован в возрастной группе 10 лет с одинаковой частотой среди мальчиков и девочек.

Среди детей-сирот, опекаемых и попавших в трудную жизненную ситуацию, частота эндокринной патологии составила от 19,1 до 25,7%, что приближается к таковой в популяции школьников. За время наблюдения в этой группе отмечено более значимое, чем в популяции школьников, снижение диффузного эндемического зоба с 7,8 до 4,5%. С большей частотой, чем у школьников, регистрировалась низкорослость: 4,8% в 2014 г., 3,9% в 2015 г. и 6% в 2016 г. Но показатели распространенности этой нозологии стали значительно меньше, чем десять лет назад (16%). Скорее всего, это связано с улучшением психосоциальных условий жизни этих детей. Однако имеет место рост частоты отклонений, связанных с весом, увеличилось число детей как с дефицитом (1,3% в 2014 г., 1,9% в 2015 г., 6,0% в 2015 г.), так и с избыточной массой тела (5,6% в 2014 г., 6,3% в 2015 г., 7,1% в 2016 г.).

Итак, полученные данные отражают высокую частоту встречаемости эндокринной патологии у детей и подростков. Учитывая специфику данной патологии, ее профилактику и раннюю диагностику должны осуществлять врачи-педиатры.

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Нуждина Г. Н., Жданова Л. А., Бобошко И. Е., Молькова Л. К.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Контингент детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями год от года растет, несмотря на большое количество оздоровительных и реабилитационных мероприятий, направленных на повышение резистентности. В связи с этим возникает необходимость поиска новых подходов, повышающих эффективность реабилитации. Известно, что созревание иммунной системы ребенка связано со становлением ЦНС. В связи с этим представляет интерес характеристика психологических и неврологических аспектов здоровья часто болеющего ребенка.

Цель – выявление особенностей неврологического и психологического здоровья детей дошкольного возраста, часто болеющих респираторными инфекциями, для обоснования нейро- и психосоматического подхода в их реабилитации.

Методы исследования: клиническое, неврологическое, психологическое, нейрофизиологическое обследование 403 детей 3-7 лет, наблюдаемых как на стационарном, так и на амбулаторном этапе. Проводилась комплексная оценка их здоровья с учетом заключений врачей-специалистов.

Установлено, что у 71% обследованных нами часто болеющих детей имеет место сочетание неврологической и соматической патологии. В структуре неврологических расстройств на первое место выходит синдром вегетативной дисфункции (77%), нередко выявляются гипертензивно-гидроцефальный синдром (30%), такие неврозоподобные состояния, как энурез, заикания, тики (23%); каждый третий ребенок имеет нарушения, связанные с патологией шейного отдела позвоночника. Почти у половины детей отмечаются поведенческие нарушения в виде СДВГ и нередко – задержка развития отдельных высших мозговых функций: речи, кинестетического и динамического праксиса, слухового гнозиса, нарушение моторики. Очень часто у таких пациентов выявляются невротические расстройства, как правило, связанные с нарушением семейного воспитания или социальной дизадаптацией. Изменения опорно-двигательного аппарата обнаруживаются у 81% детей в виде нарушения осанки, сколиозов, плоскостопия.

Выявлено, что дети с последствиями ПП ЦНС становятся часто болеющими уже на 1-2 году жизни. Респираторные инфекции у них часто

протекают тяжелее, чем у детей без неврологических нарушений. Это проявляется более длительным периодом и высоким уровнем лихорадки, значительным изменением самочувствия в виде капризности или наоборот апатии, отказа от еды, игр, более частыми осложнениями со стороны ЛОР-органов и нижних дыхательных путей (бронхиты, пневмонии). Рано формируется хроническая патология ЛОР-органов.

Таким образом, наличие у детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями уже в период раннего и дошкольного детства полисистемной патологии и частого сочетания соматических, неврологических и психологических проблем послужило обоснованием комплексного подхода к их обследованию и лечению.

Реализацию комплексного подхода должна осуществлять медико-психолого-педагогическая служба. Медицинский блок включает основных лечащих врачей (педиатра и невролога), врачей-консультантов; психологический – психолога (возможно, психотерапевта); педагогический (при условии реабилитации в условиях дошкольного образовательного учреждения) объединяет воспитателей, осуществляющих процесс лечебной педагогики.

Нейрогенный и психогенный генез заболеваний у большинства таких детей определяет спектр дополнительных обследований, включающий нейрофизиологическую, нейропсихологическую, лучевую, лабораторную диагностику.

Лечение детей следует основывать на приоритете немедикаментозных методов. Большое значение, безусловно, имеет санация хронических очагов инфекции и повышение резистентности организма. Но при этом важно создать условия для снятия эмоционального напряжения и стимуляции развития высших мозговых функций, устранения вегетативного дисбаланса, коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата. Мы убедились, что повышение эффективности лечения соматических заболеваний у этой категории детей возможно именно за счет коррекции неврологических нарушений.

Важным компонентом комплексной реабилитации часто болеющих детей является семейный подход, включающий консультирование родителей по вопросам воспитания, обучение их методам реабилитации в домашних условиях, санацию очагов хронической инфекции у членов семьи. В семье таких детей необходимо давать рекомендации по дифференцированному подходу к оздоровлению и воспитанию в условиях детского учреждения и семьи.

Ближайшая эффективность комплексного подхода заключается в улучшении психологического и неврологического статуса, а отдаленный (через 6–12 месяцев) эффект проявляется снижением частоты респираторных инфекций и уменьшением тяжести их течения у подавляющего большинства пациентов. В связи с этим мы считаем целесообразным со-

здание нормативно-правовой базы для тиражирования опыта нашей работы в муниципальном здравоохранении.

Таким образом, наличие неврологических и психологических отклонений у большинства детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями определяет необходимость участия не только педиатра, ЛОР-врача, стоматолога, но и невролога и психолога как в обследовании, так и в реабилитации этих пациентов, что может существенно повысить эффективность этой работы

О РОСТЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ А У ДЕТЕЙ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2017 ГОДУ

Орлова С. Н., Машин С. А., Лебедев С. Е., Федотова Н. Н.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Актуальность проблемы вирусных гепатитов связана с их высокой социальной, клинико-эпидемиологической и экономической значимостью. Официально, по данным статистики, каждый год в мире гепатитом А (ГА) заболевает 1,5 млн человек. Заболеваемость ГА за последние десятилетия резко снизилась (с 95,8 на 100 тыс. совокупного населения РФ в 1998 г. до 4,41 в 2015 г.) и стабилизировалась на низких показателях, что связано с формированием иммунного фона у населения в годы повышенной заболеваемости и частичными коммунально-социальными мероприятиями, проводимыми в стране. При снижении активности эпидемического процесса периодичность, свойственная ГА, приобрела менее выраженный характер. Доброкачественное течение заболевания наблюдается преимущественно у детей, однако достаточно часто приводит к развитию осложнений: фиброза печени, холецистита, холангита и дискинезии желчных путей, а также гастродуоденита.

Целью исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей ГА в Ивановской области за 7 месяцев 2017 года.

Проанализированы данные Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ивановской области и истории болезни пациентов, госпитализированных в инфекционное отделение № 4 ОБУЗ 1-я ГКБ г. Иванова за 7 месяцев 2017 г.

По данным формы № 1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» за 7 месяцев 2017 г. в Ивановской области зарегистрировано 76 случаев ГА (7,43 на 100 тыс. населения). В 2016 г. на территории Ивановской области зафиксировано 29 случаев ГА (2,8 на 100 тыс. населения). Таким образом, по сравнению с 2016 г. отмечается рост заболеваемости ГА в 2,6 раза. У детей до 17 лет рост заболеваемости ГА составил 38,8%, у детей до 14 лет – 34,1%.

Основным путем передачи инфекции является бытовой, дополнительными – пищевой и водный. Водный путь реализуется при загрязнении источников и водопроводных сетей при различных авариях. При

формировании вспышек ГА основной путь передачи – бытовой, реализуемый при наличии больных манифестными и бессимптомными формами инфекции и длительностью выделения возбудителя во внешнюю среду, дополнительный – пищевой. Анализ случаев ГА в Ивановской области показал преимущественное распространение инфекции бытовым и пищевым путями. У четверти больных ГА заражение происходило за пределами Ивановской области – на курортах Черного и Средиземного морей, в единичных случаях – в странах Юго-Восточной Азии.

Три четверти заболевших в последние 2 месяца за пределы Ивановской области не выезжали, но в ряде случаев у них имелся бытовой контакт с пациентами, выезжавшими за пределы области по туристическим путевкам. У трети больных формировался домашний очаг ГА. Большинство лиц с ГА в анамнезе отмечали факт частого посещения мест общественного питания и употребления некипяченой воды из родников.

Преджелтушный период ГА продолжительностью в среднем $5,7 \pm 1,3$ дня в 92% случаев протекал по диспептическому варианту и характеризовался появлением у больных тошноты, рвоты, болей в верхних отделах живота. Все пациенты отмечали выраженную слабость, родители указывали на то, что их дети становились «спокойными», большую часть времени они проводили на диване за просмотром телевизора или планшета. Аппетит у всех был сниженным, после приема пищи больные жаловались на боль в эпигастральной области. Участковыми врачами устанавливались диагнозы: острого гастрита или дискинезии желчевыводящих путей. У 6% пациентов преджелтушный период протекал по катаральному варианту, характеризовался появлением катаральных симптомов – болей и першением в горле, заложенностью носа, в ряде случаев – покашливанием. У одного пациента преджелтушный период ГА был по смешанному варианту – у больного определялись диспептические и катаральные симптомы. У всех детей отмечалось повышение температуры тела – чаще до фебрильных цифр, реже – субфебрилитет. Длительность лихорадки в преджелтушном периоде в среднем составляла $2,2 \pm 0,6$ дней. Желтушный период ГА характеризовался улучшением общего состояния, уменьшением слабости и диспептических проявлений. Длительность желтушного периода – $7,8 \pm 3,2$ дня. Чаще (72%) заболевание протекало в легкой форме, когда уровень общего билирубина не превышал 85 мкмоль/л.

Как видим, в настоящее время наблюдается рост заболеваемости ГА в Ивановской области, в том числе и среди детского населения. В трети случаев инфекция стала «завозной» из эндемичных регионов с теплым климатом. Клинические проявления ГА характеризуются классическим течением: развитие преджелтушного периода по диспептическому варианту со средней продолжительностью около 6 суток, короткий пе-

риод лихорадки, легкая форма течения инфекции с неяркой желтушностью кожи и слизистых оболочек.

Участковым врачам следует иметь настороженность в связи с ростом заболеваемости ГА в регионе. У детей, предъявляющих жалобы на диспептические расстройства, сопровождающиеся слабостью и кратковременной лихорадкой, необходимо исключать ГА путем определения наличия маркеров острого гепатита А (anti HAV IgM), биохимических показателей крови, указывающих на развитие острого гепатита. Для предотвращения распространения инфекции требуется проведение вакцинации против ГА контактных лиц из очага инфекции.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИИ У ДЕТЕЙ

*Орлова С. Н., Сучкова Г. Д., Тумаркин М. Б.,
Ковалевская К. Д., Колобова Д. Д.*
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Атопический дерматит (АД) является весьма распространённым заболеванием у детей. Частота заболеваемости составляет 15 и более случаев на 1000, более чем миллиону людей по всему миру ежегодно ставится диагноз АД, а 50–70% всех аллергических заболеваний приходится именно на АД. Основной причиной развития АД является ответ иммунной системы на чужеродные белки, которые проникают в организм через слизистые оболочки (пищеварительный тракт и дыхательную систему). Установлены факторы, которые провоцируют развитие АД. К ним относятся: стресс, неблагоприятные воздействия окружающей среды, аллергические реакции, функциональные расстройства нервной и эндокринной систем, наследственная предрасположенность, заболевания дыхательной системы (респираторные инфекции), нарушение режима питания. В последнее время все чаще явления АД стали регистрироваться у детей с глистной инвазией.

Целью исследования – изучение клинико-эпидемиологических особенностей АД, ассоциированного с глистной инвазией у детей Ивановской области за 6 месяцев 2017 года.

Проанализированы данные Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ивановской области за 6 месяцев 2017 г. и данные консультативного приема пациентов, обратившихся к сотрудникам кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России за 2016–2017 гг.

По данным формы № 1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» за 6 месяцев 2017 г. в Ивановской области зарегистрировано 93 случая аскаридоза (9,09 на 100 тыс. населения), 25 под-

твержденных случаев лямблиоза (2,44 на 100 тыс.), 331 случай энтеробиоза (32,35 на 100 тыс.).

Несмотря на то что по сравнению с аналогичным периодом 2016 г., в Ивановской области наблюдается снижение заболеваемости глистными инвазиями – по аскаридозу на 37%, по лямблиозу – на 16,6%, по энтеробиозу – на 26,9%, общее количество заболевших остается достаточно большим. Чаще всего гельминтозами страдают дети, наличие глистной инфекции способствует сенсibilизации организма и может проявляться кожными высыпаниями.

У наблюдаемых с глистной инвазией (12 случаев аскаридоза, 6 – лямблиоза и 3 – энтеробиоза) в начале заболевания после интенсивного кожного зуда возникали эритематозные и папулезные элементы, преимущественно на коже лица, в локтевых сгибах и подколенных ямках. Пораженные участки кожи утолщались, возникала их гиперпигментация. Кожа в местах поражения становилась сухой, жесткой, уплотненной, испещренной продольными и поперечными бороздками, в ряде случаев была покрыта тонкими отрубевидными чешуйками. У трети больных процесс осложнялся вторичной инфекцией (как следствие глубоких расчесов в результате сильного кожного зуда), что приводило к развитию пиодермии. В крови практически у всех детей регистрировалась эозинофилия, которая расценивалась врачами как результат атопии.

Эпидемиологический анамнез детей с АД и глистной инвазией характеризовался частым посещением заболевших детей придомовых песочниц. Родители отмечали, что песок не менялся в песочнице несколько лет и не закрывался от животных. Также в половине случаев у заболевших детей имело место употребление некипяченой воды и невымытых фруктов (земляники, клубники, смородины) при посещении огорода у родственников. У двух третей пациентов дома проживали животные – собаки и/или кошки, которым дегельминтизация либо вообще не проводилась, либо проводилась нерегулярно.

При сборе анамнеза у детей с АД большинство родителей указывало на наличие у ребенка сопутствующих диспептических расстройств в виде снижения аппетита, появления немотивированной тошноты (без рвоты), не связанной с приемом пищи, периодически возникающих болей в животе без четкой локализации, неустойчивый стул. По этому поводу родители пациентов обращались к врачам различных специальностей (педиатры, гастроэнтерологи), детям устанавливались диагнозы функционального расстройства пищеварения, дискинезии желчевыводящих путей, проводилось инструментальное обследование, подтверждающее предварительно установленный диагноз. В ряде случаев больным назначался анализ кала на яйца глистов и/или копрограмма, но этиологию инфекции установить не удалось, так как гельминты в назначенных анализах обнаружены не были. В этих случаях связь развития АД

с глистной инвазией доказывали серологическими методами – определением высоких титров антител класса Ig M к гельминтам.

Интересным является факт использования препарата декарис в качестве антигельминтного средства у 38% детей в связи с предполагаемой глистной инвазией и сохранением кожных проявлений после его применения.

Таким образом, проблема глистных инвазий у детей Ивановской области остается актуальной. В ряде случаев гельминтоз протекает с кожными явлениями, характеризующимися как АД. В эпидемиологическом анамнезе имеются факторы, характеризующие риски заражения глистными инвазиями: игра в необорудованных песочницах, употребление в пищу некипяченой воды и немытых фруктов, наличие в семье животных, которым нерегулярно проводится дегельминтизация. Кожные проявления АД сочетаются с диспептическими нарушениями. Серологические исследования крови на наличие маркеров гельминтов являются наиболее чувствительными методами, позволяющими диагностировать глистную инвазию. Декарис не является эффективным антигельминтным средством.

ОСОБЕННОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Павлова О. Л., Кузнецова О. В., Баклушин А. Е.,

Побединская Н. С., Карпук Н. Л.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Интенсивный рост распространенности аллергических заболеваний, неблагоприятное влияние на качество жизни пациентов диктует высокую значимость своевременной диагностики и терапии этой патологии. Несмотря на широту обсуждения проблемы, сохраняется запоздалая диагностика аллергических заболеваний; от начала процесса до установления диагноза иногда проходят десятки лет, и пациент имеет комплекс осложнений.

Каждому врачу-клиницисту необходима информация, позволяющая свободно ориентироваться во всем многообразии клинических проявлений аллергии, современной диагностике, алгоритмах терапии.

Для достижения эффективного контроля течения аллергического процесса важное значение имеет раннее выявление причинно-значимой сенсибилизации. Специфическая диагностика аллергических заболеваний – это комплекс методов, направленных на выявление аллергена, вызывающего неадекватную клиническую реакцию у данного пациента.

Предварительный диагноз, основанный на анамнезе и клинике аллергологического процесса, подтверждаются обнаружением аллергенспецифических Ig E-антител *in vivo* (кожные тесты) или *in vitro*. Кожное тестирование – быстрый, доступный метод обследования, подтверждаю-

щий наличие Jg E-антител. Показанием для проведения кожных тестов являются совокупные клинические симптомы, указывающие на роль аллергена, как причинного фактора возникновения заболевания. Существует 3 способа постановки кожных проб: эпикутанный – патч-тест – аллерген наносят на поверхность кожи с целью выявления гиперчувствительности замедленного типа при контактных дерматитах; перкутанный – чрескожный: скарификационный и метод укола (прик-тест); интракутанный – внутрикожный, когда аллерген вводят в верхний слой кожи. В аллергологической практике метод прик-теста получил наибольшее распространение, как наиболее простой и безопасный способ диагностики аллергии. Противопоказаниями для проведения специфической диагностики *in vivo* являются обострение основного и сопутствующих заболеваний (период после острой аллергической реакции должен быть не менее 3 недель), наличие острых инфекционных заболеваний, наличие психической патологии, ментальные особенности пациента.

Следует отметить, что ранний детский возраст является относительным, а не абсолютным противопоказанием для выполнения кожных проб. Ранний детский возраст является лишь фактором, влияющим на результаты кожного тестирования. Так, реактивные свойства кожи по отношению к гистамину, аллергенам зависят от возраста и повышаются у детей с 6 месяцев жизни, достигая максимальных значений к пубертатному периоду, с последующим снижением у лиц пожилого возраста в связи с возрастными структурными изменениями кожи, снижением количества тучных клеток, уменьшением концентрации гистамина. У детей от 1 до 6-месячного возраста возможна кожная реакция в виде эритемы. У детей в возрасте с 6 месяцев до 1 года вследствие гипореактивности кожи имеет место малый размер волдыря, и результаты кожного тестирования являются достоверными. У детей в возрастном периоде от 1 года жизни до пубертата реактивность кожи одинаковая, и постановка прик-тестов имеет одинаковую достоверность.

Таким образом, у детей с 1 года при наличии клинической симптоматики аллергического процесса и необходимости ранней верификации диагноза определение аллергенспецифических Jg E-антител *in vivo* достоверно и имеет высокую значимость.

ПОРАЖЕНИЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Панфилова А. В., Плетнева А. В.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Большой дуоденальный сосочек (БДС) является пограничной зоной между стерильной системой панкреатобилиарного дерева и инфициро-

ванной полостью двенадцатиперстной кишки, тесно связан с ними анатомически и функционально. Поэтому состояние БДС во многом определяет формирование патологии верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) и панкреатобилиарной системы.

Цель – установить частоту и особенности поражения БДС у детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта.

Проведен анализ 49 историй болезни детей с заболеваниями ВОПТ, гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, находившихся на обследовании и лечении в гастроэндокринологическом отделении для детей ОБУЗ ИвОКБ.

Выделено 2 группы больных: 1 группа – 14 (28,6%) пациентов, имевших сочетание хронического гастродуоденита и поражение БДС – папиллит разной степени выраженности (по результатам ФЭГДС). Также у лиц этой группы при обследовании выявлены аномалии развития желчного пузыря, дисфункция билиарной системы по гипотоническому типу. 2 группа – 35 (71,4%) больных, имевших хронический гастродуоденит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки без поражения БДС-папиллита (по результатам ФЭГДС). У пациентов этой группы при обследовании также выявлены аномалии желчного пузыря, дисфункция билиарной системы и дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу.

У пациентов обеих групп факторами, способствовавшими развитию поражения ВОПТ, явились нерациональное питание, отягощенная по заболеваниям органов пищеварения наследственность, наличие патологии билиарной системы. У больных с папиллитом в 21% случаев выявлен дизбактериоз кишечника, который в сочетании с дисфункцией билиарной системы мог способствовать развитию и прогрессированию воспаления в БДС, развитию вторичных патологических процессов в печени и поджелудочной железе.

В клинической картине у всех обследованных преобладали симптомы поражения гастродуоденальной области и гепатобилиарной системы (боли в эпигастрии, тошнота, рвота, нарушение стула). Характерных симптомов, указывающих на воспалительные изменения в БДС, не выявлено.

По данным эндоскопии, поражение БДС у обследованных в 21% случаев проявлялось в виде умеренно выраженного папиллита, в 79% – в виде выраженного папиллита. Эндоскопические признаки умеренно выраженного папиллита – нормальные размеры БДС или же увеличенный до 0,7 см сосочек, слизистая оболочка над ним умеренно гиперемирована, отечна, без геморрагий и наложений фибрина. Эндоскопические признаки выраженного папиллита – увеличение сосочка более 1,2 см с выраженным отеком, гиперемией слизистой оболочки, слизистая оболочка разрыхлена, контактно ранима с множественными сливающимися геморрагиями и эрозиями, налетом фибрина. Сочетание умеренно выра-

женного воспаления БДС и дисфункции билиарной системы имело место в 14% случаев, а выраженного воспаления БДС и дисфункции билиарной системы – в 29%.

По данным копрограммы, нарушения пищеварения (амилорея, стеаторея) у пациентов с умеренно выраженным папиллитом выявлены в 63% случаев, у 100% больных с выраженным папиллитом (креаторея, амилаорея).

В комплексной терапии пациентов с поражением БДС прокинетики и спазмолитики применялись лишь в 50% случаев. При этом основным показанием для их назначения было наличие ГЭРБ и дисфункции билиарного тракта, а не папиллит.

Итак, у пациентов с заболеваниями ВОПТ в 28,6% случаев выявлено воспаление БДС, явившееся эндоскопической находкой при проведении ФЭГДС. В 79% случаев имела место поздняя диагностика поражения БДС на стадии выраженного папиллита. Клинические проявления воспаления БДС неспецифичны и отражают нарушения пассажа желчи и панкреатического секрета. Выявлена прямая зависимость между степенью поражения БДС и нарушением оттока желчи и панкреатического секрета, а также между степенью поражения БДС и нарушением процессов пищеварения.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ЕГО РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЙ

*Побединская Н. С., Рывкин А. И., Баклушин А. Е., Кузнецова О. В.,
Павлова О. Л., Ларюшкина Р. М., Селезнева Е. В.*
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Бронхиальная астма (БА) лидирует в структуре заболеваний органов дыхания детского возраста, уступая лишь бронхитам (среди болезней нижних дыхательных путей). За последние 5 лет число детей, больных БА, в Ивановской области увеличилось в 2 раза, растет число пациентов с частично контролируемым течением заболевания. Эти дети, как правило, требуют неоднократных госпитализаций для выведения из обострения и подбора терапии для достижения оптимального контроля над заболеванием.

В этой связи для педиатрической пульмонологии становится актуальной не только своевременная диагностика и адекватная терапия БА у детей, но и качественный мониторинг эффективности проводимого лечения в целях профилактики обострений и предупреждения прогрессирования заболевания.

В повседневной практике как для врача, так и для пациента очень важно применять доступные и простые в использовании способы индивидуального мониторинга БА для объективной оценки состояния и своевременной коррекции базисной терапии.

В качестве простого и весьма наглядного инструмента повышения качества противоастматической терапии широкое распространение получил метод анкетирования пациентов с БА – это АСТ-тест, удобный для использования как для детей младшего, так и старшего возраста. В детской клинике ОКБ накоплен практический опыт по использованию АСТ-теста. Применение его в кооперации с больным ребенком и его родителями позволило значительно улучшить комплаенс и выполнение предписанных назначений, индивидуально и критично подойти к оценке реального состояния пациента.

В целях индивидуального мониторинга БА также широко используется и динамическая пикфлоуметрия. Определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) с помощью портативного пикфлоуметра отличается простотой и не требует дорогостоящего и высокоточного оборудования. Величина ПСВ дает ориентировочное представление о характере и степени выраженности вентиляционных нарушений, но стойкое снижение и /или высокий суточный разброс показателя ПСВ позволяет своевременно прогнозировать начало обострения и скорректировать базисную терапию пациенту.

Важным критерием тяжести и нестабильности состояния является вариабельность ПСВ, так как она напрямую коррелирует с гиперреактивностью дыхательных путей. Признаком гиперреактивности является снижение утреннего значения ПСВ относительно вечернего более чем на 20%.

Обычно проведение пикфлоуметрии становится возможным у детей старше 5 лет. График оценивается по нескольким параметрам: форме кривой, максимальным значениям ПСВ и суточным размахам ее кривой. Наиболее информативно измерение утренних и вечерних показателей ПСВ, а в случаях приема бронходилатирующих препаратов – утром до и вечером после их применения. Мониторинг показателей ПСВ позволяет врачу оценить нестабильность состояния и тяжесть течения бронхиальной астмы у ребенка, контролировать эффективность проводимой терапии и своевременно вносить в нее коррективы.

При решении вопроса о возможности проведения монотерапии ИГКС у пациентов, длительно получающих комбинированные ИГКС, мы также использовали так называемый метод «парных кривых». Среди наблюдаемых нами детей со среднетяжелой персистирующей атопической БА (15 детей) были дети со стойким отсутствием обратимости бронхообструкции при нормальных показателях ПСВ (7 человек), что послужило объективным критерием отсутствия потребности их в бронхолитической терапии и основанием для перевода на противовоспалительную монотерапию. У остальных детей из этой группы, несмотря на постоянно положительный бронходилатационный тест (независимо от исходного состояния бронхиальной проходимости) была продолжена базисная терапия комбинированными ИГКС.

Анкетирование родителей показало, что использование данных методов индивидуального мониторинга БА позволило более объективно оценивать состояние детей с БА, улучшить самоконтроль, создать атмосферу доверия между врачом, пациентом и его родителями, достигнуть контроля заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДЕЗЛОРАТАДИНА В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Побединская Н. С., Рывкин А. И., Кузнецова О. В., Павлова О. Л.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Аллергический ринит (АР) является одной из актуальных проблем педиатрии. До сих пор сохраняется запоздалая диагностика АР, неадекватное медикаментозное лечение, что нарушает качество жизни детей, является фактором риска развития осложнений со стороны ЛОР-органов и формирования бронхиальной астмы. Современная программа терапии АР включает устранение контакта причинно-значимыми аллергенами, проведение фармакотерапии и специфической иммунотерапии, обучение пациентов созданию гипоаллергенного быта и правильного питания. Ведущее место в терапии АР среди фармакологических средств занимают антигистаминные препараты системного действия. Данная группа лекарственных препаратов может применяться самостоятельно в случаях легких форм интермиттирующего АР.

В терапии АР могут быть использованы антигистаминные препараты как 1-го, так и 2-го поколения. Представители 1-го поколения, классические антигистаминные препараты, обладают седативными свойствами, в то время как препараты 2-го – седативного воздействия не имеют. Антигистаминные препараты 2-го поколения являются высоко-селективными блокаторами H₁-рецепторов. Они являются неседативными или слабоседативными, не имеют антихолинэргического эффекта, не вызывают тахифилаксии, обладают длительным действием. Из всех препаратов 2-го поколения антигистаминных дезлоратадин обладает самой высокой аффинностью к H₁-гистаминовым рецепторам, при этом сродство препарата к H₁-гистаминовым рецепторам в несколько раз выше, чем к H₂-гистаминовым и к мускариновым рецепторам. У дезлоратадина минимально выражена антихолинэргическая активность, он обладает противовоспалительным действием, тормозя выработку многих медиаторов, а также молекулы адгезии, вовлекаемые в системное аллергическое воспаление. Дезлоратадин не проникает через гематоэнцефалический барьер, не оказывает седативного действия, не влияет на параметры сердечной проводимости, не оказывает значимого нежелательного воздействия на желудочно-кишечный тракт. Фармакокинетические параметры препарата обеспечивают его быстрое всасывание, а период полувыведения из организма составляет 27 часов.

Цель исследования: изучить клиническую эффективность и безопасность дезлоратадина в комплексном лечении АР.

Провели исследование с участием 27 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет, у которых установлен диагноз персистирующего АР легкого течения. Критерием включения в исследование было наличие в анамнезе проявлений АР легкого персистирующего в течение 2 лет и более, группы исследуемых детей отбирались в период обострения заболевания. В исследование не включались пациенты, имеющие сопутствующие или фоновые заболевания, которые могли повлиять на интерпретацию результатов. Все дети были разбиты на 2 группы: основную (15 пациентов) и группу сравнения (12 больных). Пациентам основной групп дезлоратадин назначался в возрастной дозировке 1 раз в день. Также ежедневно (2–3 раза) проводилась ирригация полости носа препаратами на основе морской воды, а при необходимости использовали деконгестанты в течение 3–5 дней. Детям в группе сравнения назначался антигистаминный препарат 1-го поколения клемастин в возрастной дозировке 2 раза в день и теми же компонентами комплексного лечения, что и в основной группе. Длительность наблюдения составила 15 дней. Динамическая оценка клинических проявлений АР проводилась до лечения в 1-й день, а затем на 5-е, 10-е и 15-е сутки. По 10-балльной визуально-аналоговой шкале оценивали клинические симптомы: затруднение носового дыхания, ринорея, чихание и зуд в полости носа. Итоговая эффективность терапии определялась по степени уменьшения клинических проявлений на 15-е сутки болезни. Параметры оценки распределили на 3 варианта:

1. Отсутствие эффекта: сохранение клинических проявлений АР после лечения или незначительное улучшение не более, чем на 30% исходного статуса.

2. Удовлетворительный результат: улучшение клинических проявлений на 30–70%.

3. Хороший результат: существенное уменьшение или полное исчезновение клинических проявлений АР на 70–100% исходного статуса.

Клинические проявления в основной группе наблюдаемых достоверно уменьшались начиная с 3-х суток лечения, сохраняя положительную динамику уменьшения клинических проявлений к 10-м суткам и стабильно сохранялась к 15-м суткам лечения ($p < 0,05$). В группе сравнения клинические проявления достоверно уменьшались к 5-му дню, затем улучшение сохранялось на протяжении всего исследования, но у двух пациентов (подростки) к 15-му дню усилились клинические проявления АР, что нами было расценено как тахифилаксия. У всех пациентов основной группы к 15-м суткам были достигнуты удовлетворительные или хорошие результаты, а в группе сравнения регистрировались лишь удовлетворительные результаты, а у 2-х пациентов результат оказался неудовлетворительным.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило высокую клиническую эффективность и безопасность дезлоратадина (Эриус) при лечении детей с легким АР и что в его лечении предпочтение следует отдавать современным антигистаминным препаратам 2-го поколения.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ГЕРМИНАТИВНОЙ ЗОНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Проценко Е. В., Перетятко Л. П.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Одним из факторов, способствующих формированию гидроцефалии (ГЦ) во внутриутробном периоде, является вирусная инфекция, обладающая тропизмом к эпендиме желудочков и хориоидальным сплетениям (Ди Рocco С. et al., 2006). При разработке комплекса терапевтических мероприятий для новорожденных необходимо учитывать морфологические изменения в головном мозге, обусловленные внутренней водянкой и возбудителем воспаления (Volpe J. J., 2008). Однако гестационные преобразования паренхимы мозга, в частности, герминативного матрикса, или вентрикулярной герминативной зоны (ВГЗ), при поствоспалительной ГЦ в доступной литературе не освещены.

Цель – изучение структурных и функциональных особенностей вентрикулярной герминативной зоны головного мозга мертворожденных и погибших живорожденных детей 22–40 недель гестации с врожденной поствоспалительной гидроцефалией.

Перивентрикулярную паренхиму мозга, иссеченную в проекциях передних, задних, нижних рогов и центральных отделов боковых желудочков, исследовали на гистологических срезах толщиной 4 мкм, окрашенных гематоксилин-эозином и тионином по методу Ниссля. Функциональную активность ВГЗ оценивали методом иммуногистохимической идентификации ММР-9, глиального белка S-100, виментина и десмина в структурах ВГЗ. Группу контроля составил головной мозг новорожденных с визуально неизменной вентрикулярной системой (30). Головной мозг новорожденных с дилатацией боковых, III, IV желудочков и водопровода мозга более 1,0 см, увеличением размеров головы, истончением мозговой паренхимы и положительной иммуногистохимической реакцией с антигенами вирусов простого герпеса, Эпштейна – Барр, цитомегаловируса, *Chlamydia thrachomatis* и *Chlamydia suis* объединили в группу с поствоспалительной гидроцефалией (11). Исследуемый материал по гестационному принципу разделили на подгруппы: 22–27, 28–32, 33–37 и 38–40 недель. Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием программы «Statistica 6.0».

Поствоспалительная гидроцефалия (11) диагностирована у новорожденных 22–27 (73%), 33–37 (9%) и 38–40 (18%) недель гестации. Патоморфологические изменения, выявленные в головном мозге (грязно-серый колорит и дряблая консистенция паренхимы), распространенный глиоз белого вещества, маргинация ядерного хроматина нейроглии, фрагментарная петрификация тел нейронов и аксонов, смешанноклеточная воспалительная инфильтрация перивентрикулярной области) связаны с длительным персистированием инфекции в ЦНС новорожденных. Перипеллюлярный и периваскулярный отек паренхимы мозга, способствующий нарушению ликворного и гемоциркуляторного механизмов трофики нервной ткани, в совокупности с цитотоксическим и цитопатическим свойствами возбудителей приводит к дистрофическим и деструктивным изменениям нейроглии с последующим образованием «клеток-теней», очаговых клеточных опустошений и формированию заместительного глиоза. Последний сопровождается достоверным ($p = 0,006$) увеличением экспрессии глиального белка S-100 в перивентрикулярной и интермедиарной зонах.

Сосуды перивентрикулярной области характеризуются дефицитом соединительнотканного компонента в составе базальных мембран, что подтверждается достоверным уменьшением экспрессии виментина по отношению к группе контроля ($p = 0,01$). Отрицательная экспрессия десмина указывает на отсутствие гладкомышечных клеток в структуре сосудов независимо от срока гестации, что свидетельствует о нарушении дифференцировки сети артериол и венул.

Гестационные преобразования перивентрикулярной области, вероятнее всего, обусловлены матриксной металлопротеиназой-9, которая, по литературным данным (Li J. K., 2009; Montagnana M., 2009), обладает высокими инвазивными свойствами, а потому может способствовать миграции клеток зародышевого матрикса. Считаем, что при поствоспалительной ГЦ более выраженная, чем в группе сравнения ($p = 0,014$), позитивная иммунореактивность клеток вентрикулярной герминативной зоны в 22–27 недель гестации способствует раннему началу ее редукции. В дальнейшем (28–37 недель) достоверное ($p = 0,036$) уменьшение экспрессии желатиназы-B по сравнению с контролем и отсутствие иммунореактивности перивентрикулярной области в 38–40 недель могут служить причиной замедления редукции ВГЗ и ее незавершенности в неонатальном периоде. Следовательно, пониженная активность виментина и отрицательная экспрессия десмина в перивентрикулярных сосудах, а также особенности экспрессии MMP-9 в виде повышения на 22–27 неделях и дальнейшего, до 38 недели гестации, понижения ее экспрессии в клетках белого вещества обуславливают замедление рано начавшейся редукции ВГЗ.

Итак, к морфофункциональным особенностям вентрикулярной герминативной зоны у новорожденных при поствоспалительной ГЦ сле-

дует относить раннее, на 22–27 неделях, начало редукции ВГЗ с ее последующей ретардацией, обусловленной прогрессивным уменьшением экспрессии ММР-9 в глиобластах, на фоне незрелости сосудов перивентрикулярной области и деструктивных изменений мозговой паренхимы, обусловленных цитопатическим и цитотоксическим действием инфекционного фактора на клетки мозга.

АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

*Ратманова Г. А, Фадеева О. Ю, Фокин В. Н, Коллеров Э. Ю,
Заводин М. В, Частухина Т. В, Субботина В. Г, Родионов И. Н.*

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Среди всех вариантов анемий сложными в диагностическом плане, особенно для врачей амбулаторно-поликлинической сети являются апластические анемии.

Цель – обратить внимание врачей на ранние признаки аплазии кроветворения и оценить возможности первичного звена здравоохранения в диагностике этих патологических состояний.

Под нашим наблюдением находились 9 детей различных возрастных групп (от первого года жизни до 14 лет). Среди них 2 пациента с анемией Даймонда – Блекфена. Это наследственная анемия с избирательным нарушением эритропоэза, т. е. парциальная красно-клеточная аплазия, с сохранением всех других ростков кроветворения. У двух детей диагностирована анемия Фанкони, в этих случаях обращали на себя внимание различные стигмы дисэмбриогенеза и отмечалось поражение всех ростков кроветворения.

В основе приобретенных апластических анемий (5 детей) лежит замена жировой тканью костного мозга. В норме доля жировой ткани в костном мозге составляет 7–10%. Клинические проявления этого перерождения проявляются, когда костный мозг почти полностью заменен жировой тканью. В наших случаях жировая ткань составила 70–95% костного мозга. Общим признаком всех вариантов апластических состояний является анемия. Клинические проявления обусловлены степенью снижения уровня гемоглобина, тромбоцитов и нейтрофилов. Анемический синдром проявлялся нарушением аппетита, эмоционального тонуса ребенка, снижением круга интересов у старших детей. При значительном снижении гемоглобина (ниже 80г/л) отмечались головокружения и бледность кожных покровов. У младших детей снижалось нарастание масса-весовых показателей. У всех детей, кроме анемии Даймонда – Блекфена отмечался геморрагический синдром различной степени выраженности: спонтанные экхимозы, петехии, десневые и носовые кровотечения, микрогематурия (у 1 ребенка). Инфекционно-септический синдром: частые ОРЗ, гаймориты, отиты, пневмонии, сопровождающиеся

повышением температуры, что служило во всех случаях приобретенных анемий поводом для обращения к врачу. В клиническом анализе крови при анемии Даймонда – Блекфена отмечалось снижение эритроцитов и гемоглобина, анизоцитоз с тенденцией к макроцитозу, пойкилоцитоз, гипохромия или нормохромия. При других вариантах анемии: лейкопения, нейтропения (менее $100 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ увеличена от 25 до 65 мм/ч. Уровень ретикулоцитов во всех случаях был в пределах нормальных показателей (от 6–8‰ до 30‰) и лишь в терминальный период снижался до 1–2‰.

Решающие значения в диагностике имеют результаты исследования костного мозга (миелограмма). Отмечалось снижение количества клеток, редукция миелоидного и эритроидного ростков, переменный лимфоцитоз и отсутствие мегакариоцитов. В некоторых случаях сохранялись участки активного кроветворения «горячие карманы».

Трепанобиопсия: резкое снижение плацдарма кроветворения – доминировал жировой костный мозг.

Таким образом, в условиях амбулаторно-поликлинического звена необходима настороженность в плане возможного развития аплазии кроветворения, особенно при прогрессировании анемического синдрома, безэффективности терапии препаратами железа. Все это вызывает необходимость в плане дифференциальной диагностики исключения аплазии кроветворения.

Решающее значение имеет грамотная оценка клинического анализа крови, выполненного «ручным способом». Нормальный уровень ретикулоцитов не исключает диагноз «апластическая анемия». Ретикулоцитопения (1–2‰) развивается только в терминальном периоде. Уточнения диагноза проводится в условиях гематологического отделения областных клинических больниц (миелограмма, трепанобиопсия) и генетическое обследование на базах Федеральных центров.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ ПЛАЦЕНТЫ В ОЦЕНКЕ РОЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Рачкова О. В., Перетятко Л. П.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства имени В.Н. Городкова»
Минздрава России

В современной неонатологии сохраняет актуальность проблема предотвращения невынашивания беременности, что определяется ростом числа преждевременных родов, высокими показателями внутриутробного инфицирования и смертности в интра- и перинатальном периодах. Значение невынашивания беременности обусловлено и боль-

шими экономическими затратами при выхаживании недоношенных детей, высокой долей детей, имеющих хронические заболевания, или инвалидность с детства. Поиск новых методов ранней диагностики и прогнозирования невынашивания является одним из приоритетных направлений исследований в акушерской практике.

Одной из основополагающих причин, приводящих к невынашиванию беременности, являются воспалительные процессы в плаценте с нарушением процессов клеточной регуляции, обусловленными изменением продукции факторов, обеспечивающих рост, развитие и формирование сосудистой системы плаценты.

Цель – уточнить роль хронического эндометрита в морфогенезе плацентарной дисфункции и преждевременных родов.

Изучение анамнестических данных, морфологических, морфометрических и иммуногистохимических особенностей эндометрия при доношенной беременности и при преждевременных родах. Материалом исследования явились 60 последов, 30 из которых характеризовались неосложненным течением беременности (группа контроля) и 30 – у женщин с невынашиванием в сроки 33–37 недель беременности (основная группа). Из центральных отделов последа иссекались кусочки децидуальной оболочки. Материал фиксировался в забуференном формалине. Использовали сочетание обзорной окраски (гематоксилин и эозин) с гистостереометрическим методом. Иммуногистохимически выявляли факторы роста в парафиновых срезах с использованием первичных мышиных моноклональных антител к сосудисто-эндотелиальному фактору роста (VEGF) и фактору некроза опухоли (TNF- α). Индекс экспрессии изучаемых факторов высчитывали по формуле: индекс экспрессии = $\sum \frac{P(i) \times i}{100}$, где i – интенсивность окрашивания в баллах от 0 до 3; $P(i)$ – процент клеток, окрашенных с разной интенсивностью.

Цифровой материал обработан статистическими методами с использованием стандартного пакета программного обеспечения «Excel-2000». Различия считали статистически значимыми при пороговом уровне достоверности $p < 0,05$.

Из акушерско-гинекологического анамнеза выявлено, что количество предшествующих медицинских аборт в группе наблюдений по сравнению с контролем увеличено с $0,07 \pm 0,05$ до $10,03 \pm 0,18$. Хронические заболевания органов репродуктивной системы диагностированы у 1% женщин из группы контроля и у всех пациенток с невынашиванием беременности. В основной группе достоверно чаще встречается хронический эндометрит (86,63%) (в группе контроля – 5%). Из генитальных инфекций у пациенток с преждевременными родами чаще диагностированы уреоплазмоз и цитомегаловирусная инфекция ($p < 0,05$).

В 90% случаев в основной группе преобладали воспалительные изменения в виде базального и в 20% – париетального децидуита вирус-

но-бактериальной природы. В базальной пластинке наряду с проявлениями банального воспаления увеличивается объем зон фибриноидного некроза (36,6%), отражающий иммунную природу воспаления. Снижается до $263,6 \pm 11,8$ мкм² ($p < 0,01$) средняя площадь децидуальных клеток в базальной децидуальной оболочке. Статистически значимо увеличивается в 8,3 раза площадь артерий с незавершенной гестационной перестройкой ($4913,9 \pm 752,1$ мкм²).

Экспрессия VEGF-A в инвазивном цитотрофобласте и децидуальных клетках умеренная или низкая. Индекс экспрессии достоверно меньше в основной группе в децидуальных клетках и инвазивном цитотрофобласте и составляет $1,0 \pm 0,1$ и $0,9 \pm 0,08$ усл. ед. соответственно ($p < 0,001$). Снижение экспрессии VEGF-A на локальном уровне может быть обусловлено воспалением в зоне инвазии наряду с эндокринной недостаточностью вышеупомянутых структур при невынашивании.

При проведении иммуногистохимической реакции с антителами к TNF- α интенсивность окраски в инвазивном цитотрофобласте и децидуальных клетках в плацентах с невынашиванием беременности по сравнению с неосложненным течением, повышается. Иммуногистохимический коэффициент TNF- α увеличен в инвазивном цитотрофобласте до $1,6 \pm 0,02$ усл. ед., в децидуальных клетках – $1,5 \pm 0,01$ усл. ед.

Полученные результаты подтверждают, что хронический эндометрит является одним из условий, определяющих дисбаланс факторов роста в сторону существенного увеличения TNF- α и снижения VEGF-A. Незавершенная гестационная трансформация эндометриальных фрагментов спиральных артерий при негативном опосредованном влиянии на структурные преобразования децидуальных клеток в базальной децидуальной оболочке плацент при родах до срока приводит к декомпенсации хронической плацентарной недостаточности и развитию родовой деятельности в сроке 33–37 недель беременности.

Таким образом, проблема хронического эндометрита требует дальнейшего изучения на основании использования современных методов морфологической диагностики для раннего выявления и своевременной терапии воспалительного процесса.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ЕЕ ФЕНОТИПАМИ

Ромашина Е. А., Побединская Н. С., Баклушин А. Е.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Бронхиальной астмы (БА) – наиболее распространенное хроническое заболевание органов дыхания у детей. По данным ВОЗ, в мире 235 млн человек разного возраста страдают БА. В 2016 г в Ивановской области и в г. Иваново было зарегистрировано 1649 детей с БА, из них в возрасте 0–5 лет – 72, 5–9 лет – 472, 10–14 – 561, 15–17 лет – 544, с

впервые установленным диагнозом 155 человек. Несмотря на значительные успехи, достигнутые за последние годы в понимании причин, механизмов развития и в лечении, БА остается неизлечимым заболеванием, серьезно ухудшающим качество жизни ребенка. В последние годы четко прослеживается персонализированный подход к терапии БА, все больше внимания уделяется различным ее фенотипам.

Для определения клинического фенотипа БА рекомендовано учитывать анамнестические, клинические, патофизиологические, функциональные характеристики пациента, а также возраст и особенности ответа на терапию. В последних международных и национальных документах обсуждаются следующие фенотипические варианты БА: аллерген-индуцированная БА; вирус-индуцированная БА; БА, связанная с физической нагрузкой; БА, индуцированная с ожирением.

В то же время пока нет четкого алгоритма дифференцирования фенотипов у детей, кроме того, один и тот же ребенок может иметь одновременно признаки нескольких фенотипов. Мы можем предположить, что выделение фенотипов, сделает лечение БА более персонализированным, приближенным к пациенту, учитывающим особенности течения его заболевания.

Цель исследования – выявить наиболее эффективную дифференцированную терапию БА у детей в зависимости от ее фенотипа.

Задачи: определить фенотипы БА у наблюдаемых детей; провести сопоставительный анализ состояния респираторной функции легких при различных фенотипах БА; установить наиболее эффективные варианты базисной терапии у детей с различными фенотипами БА с учетом тяжести заболевания

В условиях детского пульмонологического отделения областной детской клинической больницы было проведено комплексное обследование 64 детей с симптомами БА в возрасте от 1 года до 17 лет. У 50 детей установлен диагноз БА, а у остальных детей рецидивирующий бронхит, рецидивирующий ларинготрахеит.

Из числа детей с установленным диагнозом БА 38 (76%) составили мальчики, 12 (24%) – девочки. Дети раннего возраста 1–5 года составили 11 (22%) от числа обследуемых, дети в возрасте от 6 до 10 лет – 19 (38%), дети старше 10 лет – 20 (40%). У 43 (86%) детей – отягощенный по аллергопатологии наследственный анамнез. У детей, имеющих в анамнезе атопический дерматит и/или аллергический ринит, в 90% случаев отмечался повышенный уровень общего IgE. Легкая степень тяжести БА диагностирована у 36 (72%), среднетяжелая – у 10 (20%), тяжелая – у 4 (8%). Вирус-индуцированная астма диагностирована у 17 (34%) детей, 4 (8%) – астма индуцированная физической нагрузкой, 13(26%) – аллерген-индуцированная, у 16 (32%) – со смешанным фенотипом. Симптомы скрытого бронхоспазма выявлены у 26 детей (52%) старше 5 лет со смешанным и вирус-индуцированным фенотипом,

у 100% детей 5 лет и младше вирус-индуцированным и аллерген-индуцированным фенотипом..

В лечении аллерген-индуцированной БА у 11 детей до 5 лет в 100% случаев эффективным было использование β_2 -агонистов короткого действия и комбинации фенотерола и ипратропия бромиды для купирования симптомов бронхоспазма. В качестве базисной терапии наиболее эффективными оказались ингаляционные глюкокортикоиды, лечебные дозы которых подбирались индивидуально в зависимости от возраста, степени тяжести и длительности обострения заболевания. У детей старше 5 лет со среднетяжелой астмой использовали комбинированную терапию ИГКС + ДДБА. Лишь у небольшого количества 20% детей использовали антагонисты лейкотриеновых препаратов.

В лечебной тактике при вирус-индуцированной БА использовали два основных направления: лечение самой вирусной инфекции и лечение БА. У 10% детей использовали ИГКС, повышая их дозу на 50% на период обострения.

У 14% хорошую эффективность продемонстрировали антилейкотриеновые препараты (монтелукаст).

Астма физической нагрузки (АФН) неоднородна, может отмечаться у больных с разными патогенетическими вариантами БА, поэтому в лечении АФН используется большая группа лекарственных препаратов: β_2 -агонисты, М-холинолитики, комбинированные препараты, ИГКС, антилейкотриеновые препараты. У наблюдаемых нами детей с АФН наиболее эффективным оказалось использование бронхолитических и антилейкотриеновых препаратов, которые хорошо контролировала у них аллергическое воспаление дыхательных путей.

Как видим, у обследованных преобладал вирус-индуцированный фенотип БА. Выделение фенотипов делает лечение БА более персонализированным, приближенным к пациенту, учитывающим особенности его заболевания.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Русова Т. В., Сибякова Л. В.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иваново

Важным резервом повышения эффективности диспансеризации детей, страдающих хроническим гастродуоденитом (ХГ), является проведение реабилитации пациентов с учетом их психологического статуса, адаптивных возможностей и негативных психогенных факторов, оказывающих влияние на течение заболевания. Следует отметить, что оптимально проведение этой работы возможно в рамках отделения медико-социальной помощи детских поликлиник, задачей которого является

выявление и коррекция негативных психологических и социальных факторов, а также участие в разработке индивидуальных программ медико-психолого-социальной реабилитации детей.

Цель – выявить особенности психологического статуса и адаптации подростков, страдающих ХГ, для повышения эффективности их диспансерного наблюдения и реабилитации.

Проведено медицинское и психологическое обследование детей подросткового возраста, страдающих гастродуоденитом. У пациентов изучался уровень общей и школьной тревожности, страхов, агрессии, особенности адаптации в коллективе сверстников, психологический микроклимат в семье.

В результате медико-психологического обследования у пациентов с ХГ в периоде ремиссии заболевания были выявлены различные неблагоприятные психогенные факторы и особенности личности, способствующие обострению заболевания и нарушению их социальной адаптации. Так, повышенная общая тревожность отмечалась у 79% пациентов с хроническим гастродуоденитом. В формировании тревожной личности подростка велика роль школьных факторов, о чем свидетельствовал повышенный уровень школьной тревожности, который определялся у 70% подростков. У большинства пациентов бал установлен повышенный уровень страхов, в основном также связанных со школой либо неэффективным общением со сверстниками или взрослыми, в том числе родителями. Страх учителя и проверки знаний определялся – у 44% пациентов, агрессии и насмешек одноклассников – у 24%, общения со сверстниками – у 12%, страх самовыражения – у 23%, несоответствия ожиданиям окружающих – у 25% детей подросткового возраста с хроническим гастродуоденитом. У трети пациентов установлена повышенная агрессивность.

Наряду с трудностями школьной адаптации около половины обследуемых испытывали эмоциональный дискомфорт в семье, зачастую в связи с непоследовательным воспитанием и незнанием родителями психологических особенностей подросткового возраста, а иногда и жестоким обращением с ребенком. Различные нарушения семейного воспитания были установлены в большинстве консультируемых семей: доминирующая гиперпротекция – в 42% семей, неустойчивый тип воспитания – в 29% семей и гиперопека – в 17% семей. В результате в семье каждый четвертый подросток испытывает повышенный страх наказания, 20% пациентов – страх непонимания близкими и 12% – страх отвержения близкими. У четверти подростков в процессе психологического консультирования выявлена потеря контакта с родителями. В отдельных социально неблагополучных семьях отмечалась жестокость родителей по отношению к детям. В результате 16% обследуемых активно отмечали нервную обстановку и психологический дискомфорт в семье. Каждый десятый подросток был из неполной семьи.

Итак, представленные данные свидетельствуют о нарушении социальной адаптации у большинства детей подросткового возраста, страдающих хроническим гастродуоденитом, как в образовательном учреждении, так и в семье, высокой частоте неблагоприятных психологических особенностей личности пациентов и социальных факторов. Следовательно, при проведении диспансеризации и реабилитации детей с хроническим гастродуоденитом необходимы не только методы восстановительной терапии: индивидуальная программа медикаментозной коррекции и лечебной физкультуры, но и психологическая помощь, в которой нуждаются, как показали результаты нашей работы, большинство пациентов. Внедрение индивидуальных программ медико-психолого-социальной реабилитации детей с хроническим гастродуоденитом позволит повысить эффективность их диспансерного наблюдения, реабилитационных мероприятий, а также улучшить качество жизни и социальную адаптацию этой категории пациентов.

ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

*Рывкин А. И., Побединская Н. С., Орлова С. Н., Калистратова Е. П.,
Ларюшкина Р. М., Павлова О. Л.*
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Острые респираторные заболевания являются самыми распространенными в детском возрасте. Частота их и гриппа составляет не менее 70% в структуре всей заболеваемости у детей. Острый стенозирующий ларинготрахеит (СЛТ) – одно из наиболее грозных проявлений острых респираторных заболеваний у детей раннего возраста, требующее госпитализации ребенка и проведения интенсивной терапии.

Несмотря на многочисленность научных исследований по общим закономерностям инфекционного процесса при СЛТ, особенности клинических проявлений заболевания в зависимости от характера и выраженности дисбиотических изменений респираторного тракта и кишечника изучены еще недостаточно, что сдерживает разработку комплекса реабилитационных мероприятий при этой патологии.

Нами использовались клиничко-лабораторные методы, позволяющие оценить состояние микрофлоры ВДП и кишечника, чувствительность выделенной флоры к антибиотикам. Вирусологическое обследование осуществлялось иммунофлюоресцентным методом (Kawamura A., 1977), показатели активности лизоцима слюны определялись по методике В. М. Шубика (1986), состояние слизистой оболочки ВДП в различные фазы патологического процесса оценивалось путем микроскопии мазков со слизистой миндалин и носовых ходов.

Исследования проводились на базе 1-й городской клинической больницы г. Иваново, реабилитационный этап – на базе 3-й детской городской больницы (отделение восстановительного лечения).

Клинический диагноз СЛТ устанавливался в соответствии с классификацией, предложенной В. Ф. Учайкиным (1999). Обследовано 210 детей, перенесших СЛТ: 67 (32%) – первичный (ПСЛТ), 143 (68%) – рецидивирующий (РСЛТ). При ПСЛТ стеноз I степени отмечался у 63% детей, II степени – у 37%, при РСЛТ соответственно у 52 и 48% детей. Возрастно-половой состав обследованных был сопоставим в обеих группах. Все дети относились к часто болеющим простудными заболеваниями.

При клиническом обследовании у детей в острый период стеноза гортани отмечались выраженные симптомы интоксикации, высокая температура тела (у 61% при ПСЛТ, у 53% при РСЛТ), катаральный синдром (у 85 и 78% соответственно). Практически у всех отмечался кашель («лающего» характера), инспираторная одышка различной выраженности и осиплость голоса. Продолжительность стеноза гортани при ПСЛТ отмечалась в 41% случаев – до суток, в 45% – до трех, в 14% – более трех суток, при РСЛТ соответственно 59, 31 и 10%.

Как показали наши наблюдения, формирование РСЛТ происходит в результате взаимодействия значительного числа эндогенных и экзогенных факторов. Сравнительный анализ медико-биологического и социально-экологического анамнеза у 67 детей с ПСЛТ и у 143 с РСЛТ показал, что существенную роль в возникновении этого заболевания играет состояние здоровья матери, острые респираторные заболевания и явления дисбактериоза кишечника, аллергические заболевания в раннем детском возрасте. Имеют значение также факторы социально-гигиенического характера: наличие рядом с домом промышленных предприятий, производственные вредности у матери во время беременности, пренебрежение закаливающими процедурами и прогулками на свежем воздухе, пассивное курение. Только 13% матерей детей с РСЛТ считали себя здоровыми. Среди хронической патологии этой группы матерей высок удельный вес заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и бронхолегочной системы. 75% матерей детей с РСЛТ имели во время беременности профессиональные вредности. В 2 раза чаще, чем у детей с ПСЛТ, были указания на перенесенные матерью во время беременности вирусно-бактериальные инфекции. У подавляющего большинства матерей детей с РСЛТ отмечалось патологическое течение беременности и родов. При РСЛТ в 2 раза чаще, чем при ПСЛТ, имело место искусственное вскармливание.

Клиническое течение СЛТ зависело от особенностей и тяжести дисбиотических проявлений основных локусов организма. У детей с нормальной микрофлорой верхних дыхательных путей заболевание протекает с выраженной лихорадочной реакцией, интоксикационным синдромом, яркой физикальной симптоматикой со стороны респиратор-

ного тракта. У больных с умеренными дисбиотическими изменениями (золотистый стафилококк и/или ассоциации грамположительных возбудителей) эпизоды стеноза гортани развиваются на фоне субфебрильной или нормальной температуры при отсутствии или с минимальными проявлениями интоксикации, с достаточно быстрой обратной динамикой симптомов болезни. У детей, имеющих более глубокие дисбиотические изменения респираторного тракта в виде колонизации дыхательных путей грамположительными и грамотрицательными возбудителями, СЛТ протекает с тяжелым интоксикационным синдромом. Выраженность дисмикробиоценоза верхних отделов респираторного тракта значительно повышает риск рецидива стеноза гортани. Выраженность дисбиоза основных локусов организма при СЛТ зависит от характера антибактериальной терапии в остром периоде. Дисбиотические проявления при лечении детей азитромицином минимальны, при использовании пенициллина и ампициллина – максимальны.

Во все периоды СЛТ отмечена сопряженность изменений дисбиоза респираторного тракта и активности лизоцима слюны, низкая показатели которой часто сочетались с отчетливым преобладанием в микробном пейзаже грамотрицательной флоры.

Маркерами неблагоприятного течения СЛТ и риска формирования его рецидивов у детей являются: острая парагриппозная инфекция, персистенция вирусных антигенов и сложных ассоциаций грамотрицательных микроорганизмов на слизистых оболочках респираторного тракта и кишечника в период ремиссии, низкий уровень лизоцима слюны.

Таким образом, развитие рецидивирующего СЛТ сопровождается фазовыми изменениями микробиоценоза основных локусов организма, определяющими клинико-функциональные особенности заболевания и обосновывает использование антибактериальных препаратов и лизатов бактерий в лечении и реабилитации детей при данной патологии.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Рывкин А. И., Побединская Н. С., Хафизова Е. Е.,
Ларюшкина Р. М., Павлова О. Л.*
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Ведущее место среди заболеваний детей раннего возраста занимает патология респираторного тракта. В последнее десятилетие в структуре поражений органов дыхания отмечено отчетливое повышение частоты обструктивных бронхитов (ОБ), в связи с чем вопросам диагностики, ранней верификации генеза бронхо-обструктивного синдрома и их профилактики придается первостепенное значение. Однако однотипность клинических проявлений бронхиальной обструкции при раз-

личных вариантах ОБ затрудняет своевременную верификацию диагноза, что приводит к более позднему назначению этиотропной терапии.

На наш взгляд, одним из перспективных направлений в диагностике генеза ОБ, а также выраженности дыхательной недостаточности является использование ряда неинвазивных методик изучения состояния слизистой оболочки носа и назального секрета. Однако в имеющихся работах, касающихся данных методов обследования, отсутствуют сведения, подтверждающие их информативность у детей раннего возраста с данной патологией.

Цель исследования – выявить особенности клинических проявлений, изменений биофизических показателей слизистой носа и назального секрета при остром ОБ (ООБ) в зависимости от типа возбудителя с тем, чтобы обосновать диагностический алгоритм и разработать комплекс реабилитационных мероприятий детям раннего возраста.

Обследованы 114 детей в возрасте от одного месяца до трех лет с ООБ. Первую группу составили 48 детей с ООБ, обусловленным типичной флорой. Во вторую вошли 46 пациентов с ООБ, обусловленным атипичной флорой. Контрольную группу составили 20 здоровых детей, идентичных по возрастно-половому составу.

Комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований включал бактериологическое обследование мокроты из зева и носа, рН-метрию и кристаллографию назального секрета с подсчетом коэффициента эозинофилии, измерение назальной температуры. Исследование функции внешнего дыхания проводилось методом бронхофонографии с регистрацией фонореспираграмм, паттерна и временных графиков акустических феноменов дыхания, определением акустической работы дыхания в различных частотных диапазонах.

Как показали наши наблюдения, факторами риска возникновения ООБ в раннем возрасте были: отягощенный акушерский (медицинские аборт, выкидыши, интеркуррентные заболевания во время беременности), микросоциальный (неблагоприятные жилищно-бытовые условия, пассивное и активное курение во время беременности, раннее начало посещения детских дошкольных учреждений) и респираторный (ранняя встреча с вирусной инфекцией, частые респираторные вирусные заболевания, ранний возраст детей при первом эпизоде бронхообструктивного синдрома) анамнез.

У детей раннего возраста клиничко-биофизическая картина ООБ, обусловленного типичной флорой, характеризовалась развитием заболевания на фоне вирусной инфекции, малопродуктивным характером кашля, преобладанием в аускультативной картине влажных хрипов, умеренно выраженной одышкой, кристаллограммами инфекционного типа у большей части пациентов, умеренным сдвигом рН назального секрета в щелочную сторону и повышением уровня назальной температуры. Клиничко-биофизическая картина ООБ, обусловленного атипичной

флорой, характеризовалась острым началом, наличием сухого и приступообразного кашля, преобладанием в аускультативной картине сухих и влажных хрипов, выраженной одышкой с участием вспомогательной мускулатуры, кристаллограммами смешанного типа у основной массы детей, выраженным сдвигом рН назального секрета в щелочную сторону, значительным повышением уровня назальной температуры.

Нарушения бронхиальной проходимости при ООБ у детей раннего возраста вызванного атипичной флорой отличались более высокими показателями акустической работы дыхания и появлением дополнительных волн преимущественно в низко- и высокочастотных диапазонах, а при типичной флоре – повышением акустической работы дыхания и появлением дополнительных волн преимущественно в низкочастотном диапазоне.

По нашим наблюдениям, наиболее высокую диагностическую ценность для ориентировочной оценки типа микрофлоры (типичная, атипичная) и уточнения степени бронхиальной обструкции имеет показатель назальной температуры. Мы сопоставили клинко-биофизические параметры детей с ООБ и вариантами конституциональных гомеопатических типов детей раннего возраста и выявили преобладание типа калькарея карбоника, характеризующегося избыточным весом, повышенной потливостью, медлительностью, эмоциональной лабильностью, повышенной утомляемостью при физической и умственной нагрузке, лимфоаденопатией, частыми респираторными заболеваниями.

Таким образом, при развитии ООБ у детей раннего возраста одновременно с развитием клинической симптоматики и изменением бронхофонографических параметров происходят нарушения биофизических показателей слизистой оболочки носа, изменение характера кристаллограмм назального секрета, зависящие от вида возбудителя, конституционального гомеопатического типа, степени тяжести бронхиальной обструкции, которые сохраняются измененными более длительный промежуток времени, чем клинические проявления, что требует проведения длительной реабилитационной терапии.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ И ИСХОДЫ ПРИ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ЭНМТ

Сарыева О. П., Малышева М. В., Кулида Л. В.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

В последние годы определенный интерес вызывают изменения сердечно-сосудистой системы у новорожденных после перенесенной ими хронической внутриутробной гипоксии. По данным литературы, изменения в миокарде гипоксического генеза выявляются у большинства детей, перенесших внутриутробную гипоксию. Анатомио-физио-

логические особенности сердца новорожденного, такие как рассеянный тип коронарных артерий, их малый диаметр, а также преобладающее влияние симпатической нервной системы способствуют снижению сократительной функции миокарда. Определенные морфофункциональные изменения в анте- и постнатальном периодах претерпевает и проводящая система сердца. Ранняя диагностика патологических изменений со стороны сердца у детей первого года жизни может стать важнейшим фактором в снижении частоты и тяжести кардиоваскулярной патологии у детей более старшего возраста и взрослых.

Гипоксическая кардиомиопатия является закономерным осложнением широкого круга перинатальных заболеваний, сопровождающихся нарушением оксигенации ритмогенных, проводящих и сократительных структур сердца. Ведущими патогенетическими факторами выступают нарушения маточно-плацентарного и пуповинного кровообращения. Развивающаяся при этом хроническая плацентарная недостаточность приводит к нарушению сердечной деятельности у плодов и новорожденных и проявляется повышением нагрузки на правый желудочек сердца. Необходимость преодоления повышенного интраплацентарного давления вызывает компенсаторную гипертрофию стенки правого желудочка. По мере истощения сократительного потенциала миокарда данное состояние переходит в миогенную дилатацию, которая выражается расширением полости и снижением эффективности сократительной деятельности правого желудочка.

У новорожденных детей, перенесших постгипоксическую ишемию миокарда, на аутопсийном материале диагностируются гистологические признаки ишемического повреждения различных структур сердца. В сосудах, преимущественно в артериях мелкого калибра и капиллярах, выявляются стаз, микротромбоз и разрывы стенки мелких сосудов с периваскулярными микрокровоизлияниями. Местные микроциркуляторные нарушения приводят к ранним контрактурным изменениям кардиомиоцитов. В субэндокардиальных зонах обнаруживаются группы дистрофически измененных мышечных волокон. При пролонгированной гипоксии подобные структурные изменения возникают в интрамуральном и субэпикардиальном слоях сердечной мышцы. К ранним признакам ишемических повреждений миокарда относят появление релаксации саркомеров в поврежденных клетках. При этом в кардиомиоцитах происходит сближения дисков А при сохраненной поперечной исчерченности миофибрилл и затем изотропные диски смещаются и распадаются на отдельные фрагменты и глыбки. По периферии очага поражения локализуются расширенные сосуды с полиморфноядерными лейкоцитами и отечная строма. Ядра кардиомиоцитов подвергаются пикнозу. Размеры некротических очагов варьируют от микроскопических до визуализируемых невооруженным глазом диаметром 1-2 мм. Мелкоочаговые некрозы локализуются в наиболее функционально отягощенных отделах

сердца и наиболее чувствительных к ишемии – в субэндокардиальной зоне правого, реже левого желудочка, а также в области верхушки сердца. В дальнейшем некротизированные мышечные волокна замещаются рыхлой волокнистой соединительной тканью с формированием микрорубцов. Параллельно с формированием склероза в структурных элементах миокарда развиваются процессы регенерации, характер и степень выраженности которых зависит от длительности гипоксии. Кроме регенераторных процессов, в миокарде происходит компенсаторная гипертрофия отдельных мышечных клеток.

Проведенное нами гистологическое исследование сердца детей, внутриутробно развивающихся в условиях хронической гипоксии показало, что ишемические изменения миокарда носят преимущественно очаговый характер и локализуются субэндокардиально в правом или обоих желудочках. Крайне редко встречаются повреждения в области межжелудочковой перегородки. Они проявляются в виде нарушения микроциркуляции и отражают ранние стадии ишемии сердечной мышцы. Наиболее значимые изменения наблюдались в функционально отягощенных отделах желудочков. В области верхушки сердца диагностировано выраженное полнокровие капилляров, стаз крови, красные тромбы в мелких артериях, кровоизлияния между мышечными волокнами и интерстициальный отек. В других участках сердца выявлены менее выраженные патологические изменения, такие как полнокровие и стаз крови в капиллярах, артериолах и венах, дистрофические изменения кардиомиоцитов.

Отдаленные последствия гипоксической кардиопатии преимущественно проявляются мелкоочаговым склерозом, пылевидной петрификацией зон некроза, очаговым фиброэластозом эндокарда и снижением контрактильных свойств миокарда. Последующий рост сердца, реализующийся преимущественно за счет гипертрофии мышечных структур, в условиях дефицита кардиомиоцитов может приводить к формированию диссоциированного варианта развития органа.

МАКРОСРЕДА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ

Селезнева Е. В., Кузнецова О. В., Ратманова Г. А., Уланова Т. Ю.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

В связи с реформой общеобразовательной школы, особенно в последние годы интенсивно происходит дифференциация системы образования: появились новые виды учебных заведений, уплотняются учебные программы, увеличиваются учебные нагрузки. В сочетании с неблагоприятными внутришкольными факторами, такими как низкая освещенность рабочих мест, несоответствие школьной мебели ростовым параметрам учащихся, неудовлетворительная организация школьного пита-

ния создают предпосылки для ухудшения здоровья учащихся. Неблагоприятные факторы, действующие именно в периоды интенсивного роста и развития детей, имеют длительный период действия, комплексность и системность направления влияния. Кроме того, выявляются неоспоримые трудности в обнаружении их негативного воздействия. Поэтому институт школьной среды создает потенциальную опасность к развитию различной патологии, многие из которых относятся к так называемым, школьно обусловленным болезням.

Цель – оценить динамику состояния макросреды образовательных учреждений и динамику школьно обусловленной патологии.

Методологическая структура данного исследования включала ряд последовательных этапов гигиенической оценки внутришкольных средовых факторов и анализ состояния здоровья школьников по ряду патологии, так называемых «школьных болезней». Всего обследовано 36 школ различного профиля обучения.

Выявлено, что в наиболее рискованных условиях внутренней среды образовательного учреждения (ОУ) находятся учащиеся 5-9-х классов. Врачи гигиенисты указывают, что зачастую ОУ сегодня не отвечают полностью всем санитарно-гигиеническим нормативам: не всегда решаются проблемы с использованием школьной мебели, которая лишь в 25–41% случаев соответствует росту учащегося. Школьная мебель (ученические столы и стулья) в начальных классах более, чем в 20% обследованных школ не соответствовала росту учащихся, в классе имелся лишь один номер мебели, что делает невозможным правильный подбор и расстановку школьной мебели. Достаточно много школьных классов оборудовано нестандартными стульями, также столами лишь номинально отвечающими требованиям ГОСТ по высоте, которые при использовании со стульями соответствующей им группе фактически нарушают гигиеническое обоснованное соотношение между высотой поверхности стола и сиденья. О неудовлетворительном выполнении правил рассаживания учащихся свидетельствуют данные сравнения фактического и возможного обеспечения рабочих мест учащихся ученической мебелью, соответствующей их росто-возрастным особенностям. В исследуемых классах это составило почти 14%. Несоблюдение гигиенических требований к оборудованию ОУ ученической мебелью соответствующей росто-возрастным характеристикам детей приводит к нарушению развития и формирования опорно-двигательного аппарата. За последние 5 лет удельный вес замеров не соответствующей гигиеническим нормативам (освещенность, обеспеченность мебелью, уровень электромагнитного поля компьютеризированных помещений и др.) снизился в 2–5 раз.

Современный научно-технический прогресс требует повышения объема содержания образовательного процесса, который зачастую обеспечивается интенсификацией учебного процесса, что можно проследить анализируя недельные расписания занятий. Выкипировка более 70 не-

дельных расписаний с оценкой трудности в баллах выявила: в 1-х классах занятия построены рационально, максимальная нагрузка приходится на среду и четверг, не превышает установленного уровня и соответствует физиологической кривой работоспособности. Во 2-х, 4-х классах имеются нарушения по распределению максимальной нагрузки по дням недели и балльной оценкой трудности уроков. В 5-х классах нерационально построенное расписание составляет более 30%, в 6-х и 8-х классах более 40%, максимальное несоответствие гигиеническим нормативам имелось в 7-х классах.

Анализ состояния здоровья учащихся свидетельствует о продолжающемся нарастании школьно обусловленной патологии во всех возрастных группах, особенно 7–16 лет. В жизни ребенка этот возрастной период совпадает с систематическим обучением, становлением личности в социальном плане, формированием взрослых стереотипов поведения. При профилактических осмотрах школьников в оздоровительных лагерях Ивановской области выявлена высокая частота нарушений остроты зрения и осанки. У детей нарушения осанки выявляется до 48% обследованных со стойкой тенденцией неблагоприятной динамики. По данным Центра здоровья детей г. Иваново, частота нарушений осанки составляет более 90%. Наиболее часто снижение остроты зрения и нарушения осанки среди школьников выявлено в 4-5 классах.

Таким образом, нами установлено, что реализация учебных программ сопровождалась интенсификацией учебного процесса и увеличением объема учебных нагрузок в обследованных школах. Поэтому неблагоприятное школьной макросреды, большая учебная нагрузка в школе и загруженность ребенка дополнительными формами образования, другие неблагоприятные средовые факторы создают серьезные препятствия для реализации возрастных биологических потребностей детского организма в двигательной активности, пребывании на воздухе и создает потенциальные предпосылки для развития нарушений зрения и осанки. Следовательно, приоритеты организации школьного здравоохранения, а именно гигиены ОУ не могут определяться в отрыве от основных направлений реформы образования.

ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ В СФЕРЕ КОММУНИКАТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПЕДИАТРИИ

Селезнева Е. В., Баклушин А. Е., Карпук Н. Л., Уланова Т. Ю., Павлова О. Л.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Паллиативная помощь – направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом тяжелого или смертельного (уносящего жизнь) заболевания. Цель достигается путем предупрежде-

ния и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки (определение ВОЗ).

Взаимопонимание, трудности в общении с пациентами и их семьями – проблема не только детской паллиативной медицины. В этой области коммуникативные отношения сторон приобретают особую важность. Благодаря навыкам общения существует возможность сообщения важной информации тактично, поддерживая больного и его семью (опираясь на работу с его чувствами) и избегая неправды. Общение предполагает использование знаковых средств (как речевых, так и невербальных).

Врач, осуществляющий медицинскую помощь в паллиативной педиатрии, должен особенно тщательно следовать этическим и деонтологическим правилам общения с ребенком и его близкими. Правила коммуникативного общения с родителями и ребенком включают:

- поддержку достоинства ребенка независимо от его состояния;
- осуществление права быть услышанными и информированными не только родителей, но позволение и ребенку спрашивать о болезни и прогнозе, давая информацию с учетом его пожеланий, возраста и способности к пониманию. Вопросы без ответов – путь к одиночеству и изоляции ребенка;
- право на участие в принятии решений ребенком с учетом его возможностей, ценностей и пожеланий для вербального и невербального выражения своего выбора, сглаживая возможные разногласия в семье в интересах ребенка;
- право ребенка выражать чувства и желания, ожидания, разрешать выражение негативных чувств, эмоций и переживаний, которые будут приняты во внимание;
- уважительная поддержка духовных потребностей ребенка в соответствии с культурными моделями, этническими традициями и религиозными убеждениями семьи;
- поддержка познавательных и социальных, игровых навыков ребенка, возможность продолжать образовательный процесс;
- осуществление потребности ребенка в присутствии родителей, окружении семьи и любящих людей, адекватно организующих и обеспечивающих ему помощь и уход, при этом поддерживать и обучать родителей, помогая им сохранять родительские роли;
- осуществление права выбора родителями модели помощи ребенку в конце жизни и получения медицинской помощи в обстановке по возрасту и потребностям пациента, позволяющей семье быть рядом и участвовать в уходе.

Большинство проблем в коммуникативной сфере паллиативного больного и его семьи возникают из-за отсутствия эффективного обще-

ния с медицинским работником. Врач и медицинская сестра должны быть максимально честными, правильно организовать обстановку для предстоящей беседы, обеспечивая уединенное место и располагаясь на уровне глаз собеседника. Следует заранее оценить способность родителей/пациента адекватно понимать и принимать информацию. При общении с родственниками/ребенком и предоставлении полной информации о состоянии пациента установить зрительный контакт, держать за руку или прикоснуться, реагировать на эмоции собеседников проявляя сопереживание и полное понимание их чувств, оценивая степень отрицания или нереалистичных ожиданий. Необходимо выделять достаточно времени. Если семья не готова знать все сейчас, спросить, можно ли вернуться к этому в будущем. Использовать в собеседовании необходимо только простые слова и исключить профессиональный жаргон, избегая резкости и никогда не произнося фразу «Мы больше ничего не можем сделать...» Информацию необходимо предоставлять маленькими порциями и пока семья/пациент не освоится с эмоциями, невозможно двигаться дальше. В результате общения необходимо провести резюмирование и наметить дальнейшую стратегию, формулируя цели для пациента/семьи.

Общие принципы коммуникации с детьми включают доверительные отношения, принятие ребенка без осуждения, активное слушание (язык тела, зрительный контакт, паузы молчания, отсутствие торопливости), сопереживание. Методы эффективного общения с детьми должны включать использование игрушек, рисования, письма и театральные представления. Говорить ребенку следует только то, что он хочет слышать (ребенок не признает факта неизбежности смерти), отвечать только на те вопросы, которые он задает, разъяснять информацию на языке ребенка (информацию преподносить дозированно, избегать «додумывания» ситуации), давая возможность выразить эмоции, разделяя надежды и сомнения, выражать поддержку.

Таким образом, для предоставления паллиативной помощи надлежащего качества необходимо, чтобы медицинский персонал имел навыки эффективного общения и взаимодействия между пациентами и медицинскими работниками, между пациентами и их родственниками, между различными категориями медицинских работников и сотрудниками служб, принимающих участие в оказании помощи. Обучение коммуникативным навыкам позволит врачу сказать правду таким образом, чтобы способствовать укреплению силы и спокойствия пациента и его семьи в стратегии преодоления трудностей. Для обеспечения всех принципов коммуникативного общения в среде медицинского сообщества следует проводить профессиональные тренинги и образовательные мероприятия с использованием информационных технологий. «Какими бы ни были изыски современной медицины, ее технические возможности, чело-

век всегда будет ждать и верить врачу, который сумеет выслушать, одобрить, проявить сострадание» (А. Экзюпери).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Слабинская Т. В., Русова Т. В., Лихова И. Н., Кузнецова О. В.

Департамент здравоохранения Ивановской области

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Филиал «Ивановский» АО Страховая группа «Спасские ворота-М»

Анализ результатов медицинских профилактических осмотров детей позволяет получить наиболее точные и полные данные о заболеваемости детского населения, сформировать группы состояния здоровья с целью выработки дифференцированных рекомендаций.

Цель: изучить показатели заболеваемости, физического развития детского населения Ивановской области для повышения качества оказания медицинской помощи детям.

Изучение показателей заболеваемости, физического развития детей проводилось посредством анализа результатов профилактических осмотров 157658 несовершеннолетних, представленных в отчетной форме №030-ПО/0-12 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних». Оценка качества оказания медицинской помощи при проведении медицинских осмотров несовершеннолетних проводилось в филиале «Ивановский» ЗАО «Страховая группа «Спасские ворота-М» посредством анализа данных, представленных в актах медико-экономической экспертизы и актах экспертизы качества медицинской помощи.

Показатель общей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет составил 7631, а подростков 15–17 лет -11322 на 10 тысяч детского населения соответствующего возраста. На основании анализа полученных результатов установлены возрастные особенности заболеваемости детей и подростков. Так, у детей в возрасте до 14 лет первое место в структуре зарегистрированной патологии занимают болезни органов дыхания, второе – болезни нервной системы, третье – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, четвертое – врожденные аномалии (пороки развития), пятое – болезни органов пищеварения, шестое – болезни органа и зрения, седьмое – болезни мочеполовой системы, восьмое – болезни кожи и подкожной клетчатки. В группе подростков 15–17 лет болезни органов дыхания по частоте регистрации также занимают первую позицию, однако с шестого на второе место переходят болезни органа зрения, третье место, как и в группе детей в возрасте до 14 лет, занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, четвертое – болезни нервной системы, пятое – болезни органов

пищеварения, шестое – болезни эндокринной системы, седьмое – болезни мочеполовой системы, восьмое – болезни системы кровообращения.

В целом среди подростков 15–17 лет, по сравнению с детьми в возрасте до 14 лет включительно, чаще регистрировались: болезни органа зрения и системы кровообращения – в 3,4 раза; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – в 2,6 раза; болезни органов пищеварения – в 2,4 раза; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – в 2,2 раза; новообразования, травмы, отравления и другие последствия внешних причин, болезни мочеполовой системы – в 2 раза. В результате проведения профилактических медицинских осмотров детей в 2015 г. впервые выявлено 18,8% заболеваний. По итогам диспансеризации дети и подростки получили рекомендации, содержащие профилактические и оздоровительные мероприятия, а также при наличии заболеваний индивидуальные рекомендации по лечению и реабилитации. Важным показателем здоровья ребенка является уровень и гармоничность его физического развития. Большинство детей имели нормальное физическое развитие, из отклонений в физическом развитии преобладали высокий рост (9,9%) и избыток массы тела (5,9%), реже встречались дефицит массы тела (2,8%) и низкий рост (1,4%). При проведении комплексной оценки здоровья у большинства детей до 17 лет включительно (72,5%) была установлена II группа здоровья, к I группе здоровья были отнесены 16,5% детей, хроническую патологию имели 11% осмотренных: III группа здоровья была установлена в 10,5% случаев, IV группа – в 0,4% случаев и V группа – в 0,1% случаев. В результате анализа данных медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи детям при проведении профилактических осмотров было установлено, что частота нарушений, обусловленных невыполнением пациенту необходимого объема лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с Приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» колебалась в значительных пределах в зависимости от медицинской организации. Более высокие значения данного показателя отмечены в медицинских организациях, расположенных районах области.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о значительном росте заболеваемости детей в подростковом возрасте, что, по-видимому, связано с анатомо-физиологическими особенностями их организма, обусловленными повышенной чувствительностью органов и систем в связи с их бурным ростом и созреванием, с одной стороны, и образом жизни с высокой частотой встречаемости негативных поведенческих факторов риска нарушений здоровья, с другой стороны. Распространенность среди детского населения Ивановской области функциональных расстройств и хронических заболеваний, свидетельствует о

необходимости дальнейшего развития службы детской специализированной медицинской помощи, потребность в которой особенно возрастает среди детей подросткового возраста. Необходимо продолжить работу по повышению качества и доступности медицинской помощи детям, особенно в медицинских организациях, расположенных в районах области, а также оптимизировать профилактическую работу, в том числе по формированию у детей и подростков здорового образа жизни, дальнейшее развитие системы взаимодействия медицинских и образовательных организаций по охране здоровья детского населения.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА *IL-10* А(-592)С У ЖЕНЩИН С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА

Сотникова Н. Ю., Бойко Е. Л., Фетисова И. Н., Милеева П. Л., Воронин Д. Н.
ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Изучение задержки роста плода (ЗРП) остается актуальной акушерской и неонатологической проблемой. Частота ЗРП по современным данным варьирует от 4,0 до 26,0%. Данное осложнение беременности является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности, оказывает негативное влияние на физическое и психоневрологическое развитие ребенка, способствует повышенной соматической и инфекционной заболеваемости. Большинство ученых рассматривают ЗРП как мультифакториальное заболевание, являющееся результатом совместного действия генетических факторов матери и плода, а также негативного средового влияния. Большинство факторов риска ЗРП сопряжены с изменением в работе иммунной системы. Ряд исследований посвящен изучению роли противовоспалительного цитокина интерлейкина-10 (*IL-10*) в генезе осложненного течения беременности. Различия в регуляторных участках генов влияет на продукцию определенных белков, в том числе интерлейкина-10, что непосредственно отражается на функционировании иммунной системы. Известен полиморфизм *IL-10* А(-592)С, определяемый единичной нуклеотидной заменой в регуляторной области гена. Аллель *IL-10* (-592)А определяет снижение продукции белковой молекулы цитокина. Согласно электронным базам данных NCBI в популяциях центральной Европы 2,0–5,0% обследованных являются гомозиготами по аллелю *IL-10* (-592)А; 32,8–43,0% – гетерозиготами.

Целью – изучение особенностей генотипа по полиморфизму *IL-10* А(-592)С у беременных женщин с ЗРП в популяции Центрального федерального округа (ЦФО) России.

Для выполнения поставленной цели в условиях акушерской клиники ФГБУ «Ив НИИ Мид имени В.Н. Городкова» Минздрава России была

обследована 201 беременная женщина в сроке 26–39 недель гестации. Основную клиническую группу составили 105 женщин, беременность которых осложнилась ЗРП. В группе пациенток с ЗРП по данным УЗИ были сформированы 2 подгруппы: 1 подгруппу составили 52 беременные с ЗРП I степени, 2 подгруппу – 53 беременных с ЗРП II–III степени. Контрольная группа включала 96 женщин с неосложненной беременностью. Все обследованные являлись жительницами Ивановской, Владимирской и Костромской областей и были русскими по этнической принадлежности. Полиморфизм гена *IL-10* A(-592)C был изучен методом полимеразной цепной реакции с детекцией в режиме реального времени с использованием наборов реагентов фирмы «Литех» (Москва) в соответствии с инструкцией производителя. Статистический анализ осуществлялся в пакете прикладных лицензионных программ Microsoft Excel из комплекта Microsoft Office.

Согласно результатам настоящего исследования, характер распределения генотипов по полиморфизму *IL-10* A(-592)C у женщин Ивановской, Владимирской и Костромской областей был следующим: 63,2% являются гомозиготами по аллелю *IL-10* (-592)C; 16,4% имеют гетерозиготный генотип *IL-10* (-592)A/C; гомозиготный генотип *IL-10* (-592)A/A имеют 20,4% обследованных.

Частота встречаемости аллеля «дикого» типа *IL-10* (-592)C у женщин контрольной и основной групп составила 85,4 и 81,9% соответственно; у пациенток 1-й и 2-й подгрупп основной группы – 80,8 и 83,0% соответственно. Частота встречаемости низкофункционального аллеля *IL-10* (-592)A у пациенток с ЗРП была выше, чем у женщин с физиологическим течением беременности, однако разница не достигала уровня статистической значимости (41,0 и 32,3% соответственно в основной и контрольной группах).

В подгруппах пациенток с разной степенью ЗРП аллель *IL-10*A(-592) был отмечен приблизительно в сходном проценте случаев (42,3 и 39,6% в 1-й и 2-й подгруппах соответственно).

Распределение генотипов по полиморфизму *IL-10*A(-592)C в настоящем исследовании было следующим. Гомозиготный генотип по аллелю «дикого» типа у пациенток с ЗРП отмечался реже, чем в контрольной группе (в 59,0 и 67,7% соответственно). Среди женщин с ЗРП I и II–III степенью гомозиготами *IL-10* (-592)C/C являлись соответственно 57,7 и 60,4% обследованных. Частота гетерозиготного носительства низкофункционального аллеля в гене цитокина *IL-10* у пациенток с ЗРП была выше, чем у женщин без признаков ЗРП (22,9 и 17,7% в основной и контрольной группах соответственно). В 1-й и 2-й подгруппах гетерозиготный генотип по изучаемому полиморфизму имели соответственно 23,1 и 22,6% обследованных. Гомозиготы по низкофункциональному аллелю *IL-10* (-592)A среди женщин с физиологическим течением беременности были отмечены в 14,6% случаев. У пациенток с ЗРП данный гено-

тип встречался чаще, чем в контроле, но разница не была статистически достоверной (в 18,1; 19,2 и 17,0% в основной группе, 1-ой и 2-ой подгруппах соответственно).

По данным настоящего исследования, среди населения трех областей Центрального федерального округа России (Ивановская, Костромская, Владимирская) гомозиготы по низкофункциональному аллелю в гене *IL-10* встречаются значительно чаще, чем в европейской популяции; гетерозиготный генотип у русских выявляется в два раза реже, чем в центральной Европе. Проведенное исследование полиморфизма *IL-10A(-592)C* у женщин с ЗРП и женщин с неосложненным течением беременности в популяции ЦФО России не выявило достоверных отличий в характере распределения генных и генотипических частот по указанному полиморфизму.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОФЛОРЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЪЁМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ

Тропина А. А., Воробьев М. В.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Высокая распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций обуславливает необходимость лечения детей съёмными ортодонтическими аппаратами. Находясь постоянно в полости рта, такие конструкции ухудшают ее гигиеническое состояние. На поверхности аппаратов, кроме обычных представителей микробного пейзажа полости рта, также располагается большое количество патогенных микробов и дрожжеподобных грибов рода *Candida*. Поэтому необходима специальная гигиена, которая способствует снижению дисбактериоза в полости рта, тем самым обеспечивая профилактику основных стоматологических заболеваний.

Цель исследования – выбор средств гигиены, с помощью которых можно сохранить нормальный микробный биоценоз полости рта у детей на период лечения съёмными ортодонтическими конструкциями.

Для исследования была выбрана зубная паста ROCS, содержащая натуральный протеолитический фермент бромелаин, который в силу своей протеолитической активности расщепляет белковые компоненты зубного налета и способствует его качественному удалению с поверхности зубов, обладает противовоспалительным, противоотечным, анальгезирующим, ранозаживляющим, антибактериальным действием, а также возвращает зубам естественную белизну.

Было обследовано две группы пациентов в возрасте 6–12 лет из семей военнослужащих: основная группа (n = 25) – дети, находящиеся на лечении съёмными ортодонтическими аппаратами; контрольная группа (n = 25) – дети, не пользующиеся ортодонтическими конструкциями.

Обследование включало сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, внешний осмотр и осмотр полости рта. В обеих группах проведено анкетирование, в результате которого было выявлено, что дети регулярно чистят зубы 2 раза в день по 3 минуты, и гигиена полости рта проводится в среднем с 3-х лет.

У детей основной группы первое бактериологическое исследование микрофлоры слизистой оболочки полости рта проводилось на момент использования ортодонтического аппарата до применения зубной пасты ROCS с бромелаином путем снятия материала стерильным ватным тампоном со слизистой оболочки щек и полости рта, к которой прилегает базис аппарата.

У детей контрольной группы материал снимался стерильным ватным тампоном со слизистой оболочки щек и щечных поверхностей больших коренных зубов. После чего материал засеивали на кровяной агар и плотную питательную среду Сабуро для выделения грибов, используя всю поверхность тампона. Посевы инкубировали в термостате при температуре 35°C в течение 24 часов.

Также у обеих групп было проведено микроскопическое исследование с окрашиванием препаратов мазков по методу Грама для дифференцирования микрофлоры полости рта.

У детей основной группы выявлено обильное обсеменение грибами рода *Candida* как на плотной питательной среде Сабуро, так и на кровяном агаре. Микроскопическое исследование с окрашиванием препаратов мазков по Граму показало наличие обильного обсеменения стафилококками и стрептококками. В контрольной группе наблюдались единичные колонии грибов рода *Candida* как на плотной питательной среде Сабуро, так и на кровяном агаре, по Граму – выявлено незначительное количество стафилококков и стрептококков в полости рта.

Через две недели использования детьми основной группы зубной пасты ROCS с бромелаином для чистки зубов и съемных ортодонтических аппаратов проведено второе бактериологическое исследование микрофлоры полости рта по той же методике, что и при первом исследовании. Результат показал уменьшение на 70% доли патогенных микроорганизмов в составе микрофлоры полости рта. Также наблюдались единичные колонии грибов рода *Candida* на плотной питательной среде Сабуро и на кровяном агаре. По результатам микроскопического исследования с окрашиванием препаратов мазков по Граму выявлено незначительное количество стафилококков и стрептококков в полости рта.

При использовании зубной пасты ROCS, имеющей в составе протеолитический фермент бромелаин, за достаточно короткий промежуток времени (2 недели) произошли существенные позитивные изменения в составе микрофлоры слизистой оболочки полости рта, что позволяет сделать вывод о противогрибковом действии данной зубной пасты. Нами зарегистрировано отсутствие негативного влияния зубной пасты

на количественный состав нормальной микрофлоры. Следовательно, можно рекомендовать зубную пасту ROCS с протеолитическим ферментом бромелаином детям со съёмными ортодонтическими аппаратами для постоянного ухода за ними и за полостью рта.

СТРУКТУРА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ К ГЕМАТОЛОГУ

*Фадеева О. Ю., Завьялова А. В., Ратманова Г. А., Фокин В. Н.,
Коллеров Э. Ю., Заводин М. В., Частухина Т. В.*
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Геморрагические заболевания и синдромы – патологические состояния, характеризующиеся повышенной кровоточивостью в результате недостаточности одного или нескольких элементов гемостаза.

Геморрагический синдром (ГС) не всегда является проявлением гематологической патологии, он сопутствует ряду инфекционных, аутоиммунных, дефицитных и других заболеваний. Несмотря на распространенность и давнюю изученность проблемы, дифференциальный диагноз геморрагических проявлений у детей при различных состояниях вызывает определенные трудности.

Цель – изучить структуру ГС у детей по данным обращаемости к гематологу.

Проведен анализ 1562 амбулаторных карт детей, обратившихся к гематологу консультативной поликлиники ИвОКБ с проявлениями ГС в 2016 г. Всего на приеме гематолога за 2016 г. побывало 4084 пациента в возрасте от 1 месяца до 17 лет, из них 1562 ребенка с ГС, что составляет около 40% от общего числа обратившихся. В течение года не отмечено значительных колебаний обращаемости детей с ГС (28–42% от общего числа пациентов). Основными причинами обращения к гематологу были различные проявления кровоточивости, чаще это повторяющиеся носовые, десневые кровотечения или кожные геморрагии.

У 45% обратившихся после обследования не удалось уточнить причину ГС (D 69.9 по МКБ). Эти дети преимущественно жаловались на периодические носовые кровотечения. У 28% детей с кровоточивостью (носовые, десневые, маточные кровотечения, петехиальная сыпь на коже конечностей и туловища) выявлены отклонения функциональных свойств тромбоцитов и/или другие нарушения в системе гемостаза.

Первичная иммунная тромбоцитопения (D 69.3 по МКБ) диагностирована у 19% больных при наличии кожного ГС и кровотечений, а также изолированного снижения количества тромбоцитов в периферической крови. Аллергическая пурпура (D 69.0), в эту группу входит и геморрагический васкулит, составила 8%. Кровотечений в этой группе заболевших не было, кожный синдром представлен папулезными геморрагическими элементами.

Таким образом, ГС имеет общие черты в зависимости от основной причины нарушения гемостаза; разные этиологические факторы могут провоцировать однопитные проявления кровоточивости. Это требует проведение дифференциального подхода к диагностике и лечению.

ЛИМФОМА ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Фадеева О. Ю., Писанова Т. С., Фокин В. Н., Коллеров Э. Ю.,

Заводин М. В., Частухина Т. В.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

В настоящее время отмечается рост распространенности онкологических заболеваний среди детского населения. В Ивановской области регистрируется в среднем 9 случаев онокозаболеваний на 100 тыс. детского населения в год.

Лимфома Ходжкина (ЛХ) по частоте занимает пятое место среди злокачественных заболеваний у детей, составляя 5-7% в структуре онкозаболеваний. В Ивановской области ежегодно выявляется 1-3 случая ЛХ. Основным клиническим проявлением ЛХ является увеличение периферических лимфатических узлов. В связи с этим проблема проведения дифференциального диагноза лимфаденопатий является актуальной и достаточно сложной для врачей любой специальности.

Цель – изучить клинико-анамнестические проявления ЛХ у детей Ивановской области.

Проведен анализ 21 историй болезни детей с диагнозом ЛХ, находившихся на лечении в детском гематологическом отделении ИвОКБ с 2003 по 2016 гг. Большинство составили мальчики (62%), соотношение д/м – 1/1,6. Большая часть пациентов – городские жители, что, вероятно, отражает более высокую степень влияния неблагоприятных факторов окружающей среды. Средний возраст заболевших $13,6 \pm 2,4$ г.

Наиболее частой причиной обращения детей к врачу было увеличение надключичных (43%), шейных лимфатических узлов (38%). Первичное поражение подчелюстного лимфоузла отмечено у одного ребенка. Увеличение лимфоузлов в большинстве случаев (74%) носило односторонний характер, 14% детей при поступлении предъявляли жалобы на длительный непродуктивный кашель.

Общие симптомы (слабость, повышение температуры тела, похудание) имели 19% пациентов с ЛХ. Обследование, проведенное в стационаре, позволило выявить у половины больных поражение лимфатических узлов средостения. Двое пациентов имели опухолевые очаги в легких.

В 81% случаев диагностирована II стадия ЛХ, в 15% – III, и в одном – IV. Следует обратить внимание, что дети, имеющие поздние стадии заболевания, на момент постановки диагноза имели длительное увеличение (более 3 месяцев) лимфатических узлов. Из гистологических вари-

антов опухоли у наблюдаемых наиболее часто выявлялись смешанно-клеточный и нодулярный склероз.

Все пациенты получали терапию по протоколу DAL-HD-90, после проведения, которого 91% детей достигли ремиссии.

Таким образом, анализ историй болезни показал, что ЛХ страдают в основном подростки; заболевание начинается с увеличения периферических лимфатических узлов, не связанного с перенесенной инфекцией; ранее обращение за медицинской помощью, своевременно проведенное обследование больного улучшают прогноз заболевания.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*Харламова Н. В., Матвеева Е. А., Шилова Н. А.,
Чаша Т. В., Фисюк Ю. А., Иваненкова Ю. А.*

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Проблема выхаживания детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) приобрела особое значение с 2012 г. в связи с введением в Российской Федерации новых критериев живорожденности, рекомендуемых ВОЗ.

Цель: дать оценку состоянию здоровья новорожденных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела

Исследование проводилось в ФГБУ «ИвНИИ Мид им. В.Н. Городкова» Минздрава России. Нами был проведен анализ состояния здоровья 183 детей с массой тела менее 1500 г. при рождении и при выписке их из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей. В исследование вошли 45 детей с ЭНМТ и 138 детей с ОНМТ.

Доля детей, рожденных после процедуры экстракорпорального оплодотворения, в группе новорожденных с ЭНМТ составила 1,9%, в группе ОНМТ – 9,2%. От многоплодной беременности родилось 9,8% детей с ЭНМТ и 18,8% – с ОНМТ. Путем кесарева сечения родились 66,7% детей с ЭНМТ и 71% – с ОНМТ. Средняя масса тела при рождении в группе новорожденных с ЭНМТ составила $791,5 \pm 202,6$ г, с ОНМТ – $1373,6 \pm 111,64$ г. Минимальная масса тела составила 467 г. Средний гестационный возраст у детей с ЭНМТ – $27,71 \pm 1,74$ недель, у детей с ОНМТ – $31,12 \pm 2,13$ недель. Синдром задержки внутриутробного развития плода диагностирован у 40,0% детей с ЭНМТ и у 50,0% – с ОНМТ.

В тяжелой асфиксии родились 64% детей с ЭНМТ и 18% – с ОНМТ, нуждались в респираторной поддержке 97,8% детей с ЭНМТ и 69,6% – с ОНМТ. Терапия сурфактантом проводилась 75,6% детям с ЭНМТ и 22,5% – с ОНМТ. Проявления внутриутробной инфекции реализовались у 86,7% детей с ЭНМТ и у 52,2% – с ОНМТ, в том числе в виде врожденной пневмонии – у 68,8% детей с ЭНМТ и 52,2% – с ОНМТ. Некротизирующий энтероколит выявлен у 37,8% детей с ЭНМТ и 16,7% – с ОНМТ.

У всех детей с массой тела до 1500 г в неонатальном периоде выявлены респираторный дистресс-синдром. Перинатальные поражения (ПП) ЦНС средней или тяжелой степени выявлялись у большинства пациентов. Церебральная ишемия II степени тяжести диагностирована у 69% детей с ЭНМТ и у 75% – с ОНМТ, III степени – у 31% детей с ЭНМТ и у 15% – с ОНМТ. Внутрижелудочковые кровоизлияния встречались у 62% детей с ЭНМТ и у 75% – с ОНМТ, при этом у 40% детей как с ЭНМТ, так и с ОНМТ они носили двухсторонний характер. Внутрижелудочковые кровоизлияния I степени тяжести определялись у 48,5% детей с ЭНМТ и у 58,7% – с ОНМТ, II степени – у 11,3% детей с ЭНМТ и у 16,1% – с ОНМТ, III степени – только у 2,2% детей с ЭНМТ. Субарахноидальные кровоизлияния диагностировались у 6,7% детей с ЭНМТ и у 7,3% – с ОНМТ.

При анализе заболеваемости детей при выписке из отделения патологии новорожденных и недоношенных выявлено, что анемия встречалась у 93,3% детей с ЭНМТ и у 60% – с ОНМТ, бронхолегочная дисплазия – у 52% детей с ЭНМТ и 13% – с ОНМТ, в том числе тяжелой степени тяжести (5,0 и 1,0, соответственно), перивентрикулярная лейкомаляция – у 6,7% с ЭНМТ и 1,5% – с ОНМТ, ретинопатии недоношенных у 46,7% детей с ЭНМТ и 12,1% – с ОНМТ, при этом у большинства детей ретинопатия недоношенных была представлена I и II стадиями, лишь у 2 детей была выявлена III стадия заболевания.

У всех детей как с ОНМТ, так и с ЭНМТ в неонатальном периоде имела место перинатальная патология. Ведущими заболеваниями являются ПП ЦНС и дыхательные расстройства. Частота тяжелой инвалидизирующей патологии (перивентрикулярная лейкомаляция, бронхолегочная дисплазия, III и более стадия ретинопатии недоношенных) к моменту выписки ребенка из стационара у детей с ЭНМТ и ОНМТ не превышает 7%. Дети, родившиеся с ЭНМТ и ОНМТ, нуждаются в динамическом катамнестическом наблюдении до достижения трехлетнего возраста.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Харламова Н. В., Матвеева Е. А., Филькина О. М., Шилова Н. А., Фисюк Ю. А.
ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России

Приоритетным направлением перинатологии в последние десятилетия является реанимация и реабилитация глубоконедоношенных новорожденных, что представляет собой трудоемкий и дорогостоящий процесс. Эти дети рождаются с незавершенным органогенезом, выраженной незрелостью всех органов и систем, что сопровождается формированием органической патологии, проявляющейся врожденными аномалиями развития.

Цель: определить частоту и структуру врожденных пороков развития сердечно-сосудистой системы (ВПР ССС) у детей, родившихся с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ).

Проведен анализ частоты и структуры ВПР ССС у детей с ЭНМТ и ОНМТ путем выкопировки данных из историй болезни отделений патологии новорожденных и недоношенных детей (553), данных аутопсий за 2012-2016гг.

За период с 2012–2016гг. в клинике получили обследование и лечение 641 ребенок с массой тела до 1500, из них с ЭНМТ – 192, с ОНМТ – 449. В структуре заболеваемости ВПР составляют у детей с ЭНМТ – 21,0%, у детей с ОНМТ – 13,4% ($p = 0,217$). С наибольшей частотой у детей встречаются ВПР ССС (66,7% у ЭНМТ и 62,8% у ОНМТ) и ВПР мочевыводящей системы (16,7 и 34,4% соответственно). ВАР ССС у детей с ЭНМТ были представлены ДМЖП – 57,1%, ОАП – 9,5%, ДМПП – 4,8%, коарктация аорты – 4,8%, комбинированные аномалии развития сердца – 23,8%. У детей с ОНМТ: ДМЖП – 55,9%, ДМПП – 14,7%, ОАП – 8,8%, комбинированные аномалии – 20,6%.

Анализ ВАР ССС в зависимости от гестационного возраста показал, что у детей до 27 недель гестации частота встречаемости ВАР ССС составляла 17,5%, от 27 до 32 недель – 9,2% ($p = 0,046$). У детей, рожденных до 27 недель гестации по сравнению с детьми, рожденными после 27 недель, риск формирования ВПР ССС выше (ОШ 2,1; ДИ 1,02–4,32).

Итак, частота ВПР ССС значительно превышает общепопуляционные показатели (0,8-1,4%), они занимают первое место в структуре врожденных пороков у данной категории пациентов и зависит от гестационного возраста.

ЕЩЁ РАЗ ОБ ОЦЕНКЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Чемоданов В. В., Краснова Е. Е.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) является универсальным биологическим процессом, отражающим нарушения созревания тканевых структур в онтогенезе, который манифестирует внешними и органическими проявлениями. Однако до настоящего времени частота её выявления у школьников не установлена, что и предопределило цель настоящей работы.

У 90 детей школьного возраста суммарное количество внешних фенотипических признака ДСТ составило 382, что в среднем соответствовало 4,2 на одного ребенка. В зависимости от количества выявленных фенов мы определяли уровень стигматизации, то есть условный показатель, включающий суммарные значения всех внешних проявлений (признаков и стигм дисморфогенеза). Этот показатель позволяет в течение небольшого временного отрезка сориентировать врача любой спе-

циальности в отношении возможного наличия ДСТ у индивидов, а также отобрать группу детей для последующей более точной оценки ее выраженности.

Принято считать, что число фенов от 0 до 5 соответствует низкому уровню диспластической стигматизации и является популяционной нормой. Значимому уровню соответствует количество внешних диспластических проявлений более пяти фенов: от 6 до 9 признаков относят к среднему, а 10 и более – высокому уровню. У детей с высоким уровнем стигматизации, как правило, наличествует выраженная ДСТ. Для индивидов же со средним уровнем требуется прибегнуть к более точным методам оценки выраженности ДСТ.

В нашем исследовании у 85,7% детей зарегистрирован низкий, а у 14,3% - средний уровень стигматизации. Достоверных различий частоты выявления детей с разными уровнями стигматизации в зависимости от их возраста и пола не установлено.

При оценке тяжести ДСТ методом Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1985), в основе которого лежит количественный учет главных и второстепенных признаков, распределение обследованных было несколько иным. У большинства (78%) детей имели место единичные признаки, коррелировавшие с низким уровнем стигматизации, у 13,2% выявлена легкая и у 8,8% средняя степень тяжести ДСТ. Тяжелая степень не выявлена ни в одном случае.

Поскольку легкая степень ДСТ по критериям Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева включает только два главных признака, то, по нашему мнению, такой показатель в большинстве случаев следует относить к популяционной норме. С учетом этого положения к популяционной норме нами отнесены 91,2% детей, и только 8,8% детей имели более существенные проявления ДСТ.

Итак, при использовании критериев болгарских авторов установлено, что у 8,8% детей имели место значимые внешние соединительнотканые фенотипические проявления. Более точная характеристика выраженности ДСТ может быть получена при использовании балльной оценки фенотипических признаков, предложенной Л. Н. Абакумовой (2006), поскольку она построена на основе математического расчета значимости каждого признака соединительнотканной несостоятельности. Согласно полученным результатам, среди здоровых детей только у 7,7% диагностированы умеренные диспластические проявления, а у остальных (92,3%) количество баллов соответствовало нормативным значениям.

При сравнении оценки выраженности дисплазии, выполненной по критериям Т. Милковска-Димитровой, А. Каркашева и методу Л. Н. Абакумовой, выявлено совпадение результатов.

Таким образом, для определения степени тяжести ДСТ у детей может быть использован любой из использованных методов. Вместе с тем,

балльная оценка имеет свои преимущества, поскольку позволяет учесть ряд второстепенных диспластических признаков, отсутствующих в группировке болгарских авторов, а также лишена определенного субъективизма.

Следовательно, медицинским работникам, в том числе в школах и детских центрах здоровья, для ориентировочной оценки наличия соединительнотканной дисплазии следует использовать технически простую процедуру количественного анализа признаков и дисморфогенетических знаков – уровня стигматизации. Оценку выраженности дисплазии проводят лишь у лиц, имеющих средний и высокий уровни стигматизации. При этом предпочтение имеет более точная балльная методика. Фиксация умеренно выраженных и выраженных проявлений внешних признаков являются показанием для обнаружения органных (висцеральных) нарушений, выявляемых в клинко-диагностических центрах с использованием инструментальных методов (ультразвукового, электро и эхографических исследований и др.), в сочетании с лабораторными исследованиями, уточняющими нарушения биохимических процессов в соединительной ткани.

ОЖИРЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Широкова О. С., Виноградова Е. Е., Уланова Т. Ю.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново

Ожирение – одно из самых социально значимых хронических заболеваний, принявшее масштабы эпидемии. В мире ожирением страдают 641 миллион человек. В России около половины трудоспособного населения имеет избыточный вес, а приблизительно у 30% он достигает уровня, при котором, в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, диагностируется ожирение. Немаловажное значение придается ожирению у беременных и рожениц. Удельный вес данной патологии и частота акушерских и перинатальных осложнений продолжают оставаться на высоком уровне. Имеются убедительные данные, что ожирение способствует осложненному течению беременности, родов и послеродового периода, провоцируя развитие гестозов, плацентарной недостаточности, аномалии родовой деятельности, кровотечений и других осложнений, что позволяет предположить возможность нарушения адаптации в неонатальном периоде у новорожденных.

Цель исследования: выявить особенности состояния здоровья новорожденных детей от матерей с ожирением.

Исследование проводилось на базе родильного дома № 4 и отделения патологии новорожденных детской городской больницы № 5 г. Иваново. В ходе научного исследования выделены 2 группы детей. Первая группа (основная) состояла из детей, рожденных от матерей с ожирением.

ем (36 человек). Младенцы, рожденные от матерей без ожирения, составили вторую (контрольную) группу (91 человек). Учитывались жалобы, данные анамнеза, физикального и лабораторных обследований (общий анализ крови, биохимическое исследование крови), ультразвукового исследования головного мозга, внутренних органов. Гестационный возраст новорожденных во всех группах находился в пределах от 38 до 41 недели. Математическая обработка проводилась при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel.

В процессе наблюдения установлено, что в основной группе, по сравнению с контрольной, в 2,4 раза чаще (26,3 и 10,9 % соответственно) отмечалось обвитие пуповиной, в 2,6 раза чаще – крупная масса тела (более 4кг) (13,8 и 5,4 %) и в 7 раз чаще (22,2 и 3,2 %) – развитие асфиксии в родах ($p < 0,05$). Только у детей, рожденных от матерей с ожирением, определялась церебральная ишемия (27,6%). Полностью на грудном вскармливании с первого дня жизни находилось 26,3% детей 1-й группы и 90% – 2-й ($p < 0,01$). Транзиторная потеря массы тела новорожденного, превышающая допустимую норму, у детей 1-й группы составила 8,5%, 2-й – 2% случаев. 11,1% детей от матерей с ожирением родились с задержкой внутриутробного развития (в группе сравнения – 6,5%), в структуре которой II степень тяжести встречалась в 5 раз чаще, чем в контрольной группе (83,3 и 17% соответственно). У детей основной группы, по сравнению с контрольной, чаще регистрировались кожный геморрагический синдром (25 и 2,1%; $p < 0,01$) и конъюгационная желтуха (72,5 и 51,6 %; $p < 0,05$).

Таким образом, ожирение во время беременности является фактором риска развития гипогалактии у женщин и перинатальной патологии их новорожденных детей. Это определяет необходимость постоянного контроля групп риска (женщины детородного возраста, беременные, новорожденные), основным элементом которого должно стать регулярное обследование указанных контингентов для своевременного выявления, лечения, предупреждения развития ожирения, а также раннее выявление патологии неонатального периода, то есть расширенное наблюдение за такими детьми, начиная с родильного дома.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ
С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ
В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

Шишова А. В., Жданова Л. А., Басилова Л. С.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ «Детская поликлиника №6» г. Иваново

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2000-2011), частота анемии среди населения составляет 25,6%. При этом самой распространенной ее формой является железодефицитная (ЖДА),

частота которая составляет примерно 80% от всех анемий. В России ЖДА выявляется у 6–40% детей. Это определяет необходимость своевременной диагностики, лечения и диспансерного наблюдения детей с этой нозологической формой.

Цель: провести анализ своевременности диагностики, лечения и качества диспансеризации детей с анемиями на педиатрическом участке.

Был проведен ретроспективный анализ 40 историй развития (ф. 112/у) детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет, находящихся под наблюдением участковых педиатров детских поликлиник г. Иваново. Оценка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2010.

Установление диагноза ЖДА у всех детей основывалось на данных анамнеза, клинической картины, результатах лабораторной диагностики: в общем анализе крови (ОАК), выполненном «ручным» методом, уровне гемоглобина ниже 110г/л, значениях цветного показателя ниже 0,85, эритроцитов менее $3,8 \times 10^{12}/л$, увеличении СОЭ более 10–12 мм/ч, сниженном или нормальном количестве ретикулоцитов (10–20‰). Дополнительно врачом-лаборантом описывались морфологические изменения эритроцитов – анизоцитоз и пойкилоцитоз. На автоматическом гематологическом анализаторе ОАК выполнялся крайне редко, в связи с чем ряд эритроцитарных индексов (средний объем эритроцита – MCV, среднее содержание Hb в эритроците – MCHC, степень анизоцитоза эритроцитов – RDW) в диагностике анемии не учитывался.

Биохимический анализ крови назначался лишь половине пациентов, при этом при постановке диагноза врач ориентировался лишь на снижение концентрации сывороточного железа менее 12,5 мкмоль/л. Остальные биохимические показатели не определялись.

По данным гематологического обследования, ЖДА I степени (Hb 91–109 г/л) диагностирована у 85% детей, II степени (Hb 90–70 г/л) у 15% детей.

Правильное и своевременное проведение профилактических медицинских осмотров способствовало ранней диагностике ЖДА у 80% детей в возрасте 1–12 месяцев жизни. У 1 ребенка диагноз ЖДА установлен в стационаре в отделении недоношенных детей, где он находился на лечении в течение 2-х месяцев. Пять детей первого года жизни прибыли на участки из других районов города с постановленным ранее диагнозом.

При анализе причин железодефицитных состояний у исследуемой группы детей выявлено, что у 20% матерей до и во время беременности определена ЖДА, у 50% отмечался гестоз, у 30% – осложненное течение беременности. Половина детей испытывала хроническую внутриутробную гипоксию. Один ребенок родился недоношенным. Установлено, что 10% обследованных сразу после рождения были переведены на искусственное вскармливание, у 30% было организовано смешанное вскармливание до 6-ти месячного возраста. У 10% в рационе питания использовалось цельное коровье или козье молоко, а также не обога-

щенные железом каши. Также установлено, что 10% детей были из группы с поздним введением прикормов в рацион питания. У 70% детей диагностировано перинатальное поражение нервной системы.

Основными клиническими проявлениями ЖДА у детей была бледность кожных покровов и слизистых оболочек, сниженный аппетит, недостаточная прибавка в весе, отставание нервно-психического развития. У 25% детей отмечена недостаточная помесечная прибавка массы тела, у 12,5% детей дефицит массы тела составил 5–7%. Кроме того, у 10% детей отмечалась задержка нервно-психического развития в виде нарушения формирования речевых навыков и моторики.

При анализе лечения ЖДА, мы установили, что для коррекции дефицита железа участковыми врачами-педиатрами у половины детей использовалась только диетотерапия, у другой половины коррекция рациона питания сочеталась с терапией препаратами железа. В качестве лекарственного средства в 100% случаев использовался препарат железа (III) гидроксид полимальтозат в суточной дозе 5 мг/кг в течение 4–8 недель. Лекарственное средство хорошо переносилось, побочные эффекты не отмечались. Кроме того, у 20% детей одновременно применялся витаминные комплексы.

У 62,5% больных ЖДА клинико-лабораторные показатели нормализовались через 1–1,5 месяца от начала лечения, у 30% – через 2 месяца, у 8% потребовалось 3 месяца лечения.

В соответствии с клиническими рекомендациями, проведение контроля гемограммы при диспансерном наблюдении у 95% детей производился через 2 недели от начала лечения, затем ежемесячно. Через 1 год все дети были сняты с диспансерного учета после осмотра педиатром и проведения контрольного лабораторного обследования.

Таким образом, анализ эффективности и качества диспансеризации детей с ЖДА выявил, что 90% получали лечение и наблюдались участковыми врачами правильно и своевременно, у 10% отмечалось несоблюдение частоты динамического наблюдения в процессе диспансеризации. Все дети были сняты с учета в связи с выздоровлением.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Шниткова Е. В., Дьяконова Е. Н.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Незавершенность и гетерохрония развития, разная степень зрелости органов и систем в зависимости от тяжести и исхода перенесенной перинатальной патологии центральной нервной системы (ПП ЦНС) могут обуславливать своеобразную специфику темпов становления жизнеобеспечивающих органов и систем функционирования организма в целом.

Целью нашей работы было изучение состояния здоровья детей в различные периоды детства после ПП ЦНС.

Проведены индивидуализирующие, лонгитудинальные клинические наблюдения использованы специальные методы исследования уровня здоровья одних и тех же детей (1824 человека) с рождения до 18 лет жизни в состоянии полного здоровья, при перинатальной гипоксии и при заболеваниях с использованием общепринятых критериев: генеалогических, биологических, микросоциальных, показателей физического, нервно-психического и умственного, полового развития; заболеваемости, состояния периферической крови, нейрофизиологических методов исследования ЦНС, вегетативной регуляции, показателей центральной и мозговой гемодинамики, системы пищеварения и мочеиспускания, а также метаболических процессов.

Состояние здоровья детей при рождении, последующие периоды детства после перенесенной гипоксии достоверно ниже, чем в общей популяции, и отмечается более высокий уровень заболеваний, среди которых ведущее ранговое место занимают поражение центральной нервной системы, ОРВЗ, патология бронхо-легочной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной и пищеварительной систем, алергодерматозы, детские инфекционные заболевания.

У большинства детей, в периоде новорожденности и раннем возрасте формируется гипоксически-ишемическая энцефалопатия преимущественно с синдромами угнетения (27,9%) или гипервозбудимости (15,4%), гипертензии (22,6%), гидроцефалии (15,9%), их сочетания (15,7%), а так же судорожным синдромом, вегето-висцеральных нарушений (19,4%). В дошкольном возрасте диагностируются резидуальные нарушения ЦНС (ДЦП, олигофрения, эпилепсия), минимальные дисфункции мозга (89,9%) (астеноневротический (12,0%), гипертензивный (19,0%), гипертензивно-гидроцефальный синдромы (22,5%), нарушение речевого развития (24,9%), невроз навязчивых движений (13,5%). В школьном возрасте – нейроциркуляторная дистония (42,0%) и нарушение социальной адаптации (36,9%). Частота и характер поражения ЦНС коррелируют с формой, тяжестью гипоксии и возрастом детей, своевременностью и четкостью выполнения реабилитации. У новорожденных и детей раннего возраста после гипоксии выявляются клинические признаки нарушения сердечно-сосудистой системы: лабильность пульса, увеличение размеров сердца, изменение звучности тонов и наличие функционального шума (44,3%); капилляроскопические признаки нарушения микроциркуляции, развивается транзиторная миокардиальная ишемия с синдромом малого сердечного выброса и энергетически-динамическом нарушении кровообращения. В дошкольном и школьном возрасте формируется миокардиодистрофия (5,9%) и нейроциркуляторная дистония (52,3%). Параллельно внутрисердечной, центральной отмечается нарушение мозговой гемодинамики в виде уменьшения величины и интенсивности пульсового кровенаполнения мозга, повышения сосудистого тонуса и затруднения венозного оттока на фоне гиперсимпатикотонии и реже асимпатикотонии.

Со стороны пищеварительной системы у новорожденных и детей раннего возраста отмечается становление ферментативной активности клеток печени (умеренный цитолиз в раннем неонатальном периоде). Нарушение функции печени до 2-х лет сохраняются у 40,0%, до 3-х лет – у 15,0% детей. В последующих периодах детства реализация программы индивидуального развития зависит от формы гипоксии, тяжести, характера вскармливания, заболеваемости, при выраженном действии которых возникают генерализованные нарушения функции печени с развитием гематологического, белково-синтетического, обезвреживающего синдромов. Нарушение становления микробной колонизации – появление дисбактериозов

Со стороны мочевой системы отмечается гиперазотемия, метаболический ацидоз, оксал-, фосфат-, уратурия, участки гипо-и гиперэхогенности, увеличение размеров лоханок, интерстициальный нефрит.

Со стороны легких выявлено нарушение формирования механизмов регуляции дыхания, становления функции внешнего дыхания, отечность стенки бронхиол, замедление синтеза фосфолипидов, часто нарушение ритма дыхания, гипотония дыхательной мускулатуры.

Таким образом, имеется полиорганный многоуровневый характер нарушения постнатального развития нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной системы, показателей гомеостатического (метаболизма или энергетического обмена) у детей и подростков с ПП ЦНС, что определяет сниженный уровень их здоровья и повышенную заболеваемость. Перенесенная перинатальная гипоксия частично блокирует реализацию программы развития, способствует изменению темпового соотношения формирования отдельных органов и систем, приводит к аномалии развития, как анатомического, так и функционального характера. Биохимические, функциональные, дезадаптивные нарушения пролонгируются микросоциальными, биологическими, экологическими особенностями жизни детей и подростков на фоне нарушения стартовых показателей в раннем возрасте под влиянием перинатальной гипоксии.

Нами предложена и в течение многих лет эффективно используется технология диспансерного наблюдения за детьми после ПП ЦНС.