

МАТЕРИАЛЫ
III СЪЕЗДА ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ
И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Иваново, 21 октября 2015 года

Правительство Ивановской области
Департамент здравоохранения Ивановской области
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская
академия» Минздрава России
ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства
им. В. Н. Городкова» Минздрава России

**Материалы
III съезда детских врачей
и медицинских сестер
Ивановской области**

Иваново, 21 октября 2015 года

Иваново
2015

Ответственный редактор – доктор медицинских наук
А. Е. Баклушин

В сборник вошли материалы, посвященные наиболее актуальным проблемам детского здравоохранения: организации медицинской помощи детскому населению Ивановской области, вопросам клинической педиатрии (современным методам диагностики и терапии заболеваний органов дыхания, пищеварительной, эндокринной, нервной и других систем), научно-обоснованным технологиям медицинского сопровождения детей, вопросам профилактики патологии, медико-социальным проблемам педиатрии, актуальным вопросам организации и оказания сестринской помощи детям.

Адресован врачам-педиатрам, неонатологам, детским врачам-специалистам, а также медицинским сестрам педиатрического профиля.

Материалы публикуются в авторской редакции

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Предисловие</i>	12
I. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Москвица Л.П., Ратманова Е.В., Вотякова О.И., Сафронов Б.Г., Копилова Е.Б., Игнатьев Е.А.</i> ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА: НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.....	13
<i>Балакирева А.В., Баклушина Е.К., Жданова Л.А., Рунова О.С., Бобошко И.Е.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ.....	15
<i>Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Новиков А.Е., Епифанова О.С.</i> КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ НАПРЯЖЕНИЯ.....	18
<i>Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Шишова А.В., Нуждина Г.Н., Молькова Л.К.</i> АЛГОРИТМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ.....	20
<i>Жданова Л.А., Бобошко И.Е., Нуждина Г.Н.</i> ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ.....	23
<i>Жданова Л.А., Бобошко И.Е., Рунова О.С.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....	25
<i>Карнеев А.А., Русова Т.В., Баклушин А.Е., Манохина И.И., Слабинская Т.В., Лихова И.Н., Кузнецова О.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014 ГОД.....	28

<i>Кочерова О.Ю., Антышева Е.Н., Долотова Н.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ.....	30
<i>Кузнецова А.И., Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Балакирева А.В., Бобошко А.В.</i>	
ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ПЛОДА.....	33
<i>Клыкова Е.Н., Балдаева М.Н., Слатина М.Ю., Рудакова Н.Е., Жданова Л.А., Молькова Л.К.</i>	
ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ.....	35
<i>Ланина Е.А., Жданова Л.А., Шишова А.В.</i>	
СОРОКАЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В НАЧАЛЕ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ.....	37
<i>Мальков А.В., Бабина Д.А.</i>	
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК.....	39
<i>Новожилова И.Ю., Вотякова О.И.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ.....	41
<i>Постол И.И., Рунова О.С., Жданова Л.А., Шишова А.В.</i>	
ОТДЕЛЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ: ПЕРВЫЕ ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	43
<i>Пыхтина Л.А., Кочерова О.Ю., Слабинская Т.В., Шанина Т.Г.</i>	
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКИХ ДОМАХ.....	46
<i>Русова Т.В., Чаша Т.В., Манохина И.И., Познанская А.В., Селезнева Е.В., Харламова Н.В.</i>	
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС МАТЕРЕЙ У ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ.....	48

<i>Севастьянова Т.А., Бобошко И.Е., Рунова О.С.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРИ ВЛИЯНИИ РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ.....	50
<i>Сибякова Л.В., Молькова Л.К., Жданова Л.А., Смирнова С.В., Нуждина Г.Н.</i>	
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТАМ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №7.....	52
<i>Филькина О.М., Воробьева Е.А., Пыхтина Л.А.</i>	
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОРВИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ...	54
<i>Филькина О.М., Воробьева Е.А., Слабинская Т.В., Румянцева Т.В.</i>	
РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	56
<i>Шишова А.В., Жданова Л.А., Сытина Н.В.</i>	
ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ.....	58
<i>Шишова А.В., Жданова Л.А., Пономарева Т.Н.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА: ВЗГЛЯД РОДИТЕЛЕЙ.....	60

II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ

<i>Малышкина А.И., Матвеева Е.А., Филькина О.М., Гришина Т.Г.</i>	
ОРГАНИЗАЦИЯ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1500 ГРАММОВ, В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	63
<i>Шилова Н.А., Харламова Н.В., Чаша Т.В.</i>	
БАЗОВАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ.....	65
<i>Урсу Т.Н., Шниткова Е.В.</i>	
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	66

<i>Шниткова Е.В., Терентьева Т.В., Воронова М.Ю., Можаяева А.Н., Новикова А.А., Удальцова Г.А., Козлова О.Б.</i>	
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	69
<i>Харитоновна Е.В., Шибяева С.В., Левенец С.Е., Отрощенко Н.И.</i>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ.....	71
<i>Жезлова Н.А., Алекаева О.Н., Кузнецова Е.Г., Вотякова О.И., Смирнова Т.Л.</i>	
БРОНХОФОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ.....	74
<i>Уланова Т.Ю., Побединская Н.С., Широкова О.С.</i>	
ЭРИТРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	76
<i>Новиков А.Е.</i>	
ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ: КОНЦЕПЦИЯ ВОЗРАСТНОЙ КРИТИЧЕСКОЙ НЕЙРОДИНАМИКИ.....	79
<i>Самсонова Т.В., Земляникин К.О.</i>	
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	82
<i>Пузырёв О.И., Новосельская О.И. Быков А.А., Новосельский А.Н., Воробьев А.В.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ.....	84
<i>Решетова Т.Г., Кузнецова О.В.</i>	
ПРОГРАММИРОВАНИЕ ПИТАНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.	86
<i>Русова Т.В., Селезнева Е.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1-3 ЛЕТ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	87
<i>Рывкин А.И.</i>	
ЭНЕРГООБЕСПЕЧЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕВРАЩЕНИЙ ПРИ РАХИТЕ У ДЕТЕЙ.....	89

<i>Рывкин А.И.</i>	
ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН, ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И ПОКАЗАТЕЛИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ РАХИТЕ У ДЕТЕЙ.....	91
<i>Ратманова Г.А., Фадеева О.Ю., Фокин В.Н., Коллеров Э.Ю., Заводин М.В., Частухина Т.В., Субботина В.Г.</i>	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ – ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	94
<i>Фадеева О.Ю., Ратманова Г.А., Фокин В.Н., Коллеров Э.Ю., Заводин М.В., Частухина Т.В., Рожкова М.Н.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ.....	95
<i>Решетова Т.Г., Ларюшкина Р.М., Николаенкова Е.Ф.</i>	
МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК.....	97
<i>Мандров С.И., Жданова Л.А., Виноградова И.С.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У ДЕТЕЙ.....	99
<i>Мандров С.И., Жданова Л.А., Виноградова И.С., Акайзин Э.С., Акайзина А.Э.</i>	
ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТУЧИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В СЛЮНЕ ПРИ БИЛИАРНОМ СЛАДЖЕ У ДЕТЕЙ.....	101
<i>Виноградова И.С., Мандров С.И., Жданова Л.А., Миленина И.В.</i>	
ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ.....	103
<i>Вотякова О.И., Панфилова А.В., Шемонаева Е.В., Пузанова Е.В.</i>	
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА, СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ.....	105

<i>Краснова О.Е., Лодыгина И.В., Вотякова О.И.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	108
<i>Блеклова Ю.О., Вотякова О.И.</i>	
ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННОЙ ПО ОЖИРЕНИЮ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ ОЖИРЕНИЯ.....	109
<i>Карпук Н.Л., Рывкин А.И., Бусова О.А., Павлова О.Л.</i>	
НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ И ХАРАКТЕРА ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ.....	112
<i>Салапина Е.В., Рывкин А.И., Кузнецова О.В., Карпук Н.Л.</i>	
СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ.....	113
<i>Салапина Е.В., Рывкин А.И., Кузнецова О.В., Карпук Н.Л.</i>	
ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ТИПА ГЕМОДИНАМИКИ.....	115
<i>Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Слатина М.Ю.</i>	
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ТИПОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	117
<i>Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Горнаков И.С., Шниткова Е.В., Лавров Г.Л., Слатина М.Ю., Клыкова Е.Н.</i>	
«ШКОЛА ДИСПЛАСТОЛОГА» – ИНТЕРАКТИВНАЯ ФОРМА ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧА И ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА.....	120
<i>Краснова Е.Е., Чемоданов В.В., Балдаев А.А.</i>	
МОДИФИЦИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ...	122

<i>Глазова Т.Г., Рывкин А.И., Побединская Н.С., Андреанова Е.Н.</i>	
СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ФОРМИРОВАНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ.....	125
<i>Ларюшкина Р.М., Рывкин А.И., Глазова Т.Г., Побединская Н.С.</i>	
МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ФАКТОР РИСКА НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.....	128
<i>Ларюшкина Р.М., Рывкин А.И., Глазова Т.Г., Побединская Н.С., Диндяев С.В.</i>	
РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ ТРОМБОЦИТОВ В ПЕРСИТИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.....	313
<i>Побединская Н.С., Рывкин А.И., Глазова Т.Г., Смирнова Т.Л.</i>	
ОПТИМИЗАЦИЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.....	134
<i>Глазова Т.Г., Рывкин А.И., Ларюшкина Р.М., Побединская Н.С.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КОМПЛЕКСОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ..	136
<i>Павлова О.Л., Баклушин А.Е., Карпук Н.Л., Побединская Н.С.</i>	
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ИММУНОКОРРЕКЦИИ.....	139
<i>Побединская Н.С., Петровская Н.М., Кабаков А.В.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	141
<i>Можаев А.В., Иванов С.К., Баклушин А.Е., Антонова С.Н., Балаев И.В., Урусова Н.А.</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА КАЛЬФ-КАЛИФА ДЛЯ	

ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ...	143
<i>Борзов Е.В., Жабурина М.В., Соколов Р.О.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ.....	146
<i>Курчанинова М. Г., Касаткина А.В., Баланец Е.Е., Алябина А.А., Тропина А.А.</i>	
АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6-9 ЛЕТ: ОБОСНОВАНИЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ТЕРАПИИ.....	147
<i>Машин С.А., Орлова С.Н., Копышева Е.Н., Колосова М.А.</i>	
МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА.....	149
<i>Орлова С.Н., Шибачева Н.Н., Николаева Д.С.</i>	
РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЗАВОЕВЫВАЕТ МИР. ЧТО ПРОТИВОПОСТАВИТЬ АГРЕССОРУ?.....	152
<i>Жуйкова А.В., Щуренков А.П., Чиянова О.Л., Морозова О.В., Каплина С.Ю.</i>	
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ МАТЕРЯМИ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ И ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ	155
<i>Фадеева О.Ю., Ратманова Г.А., Отрощенко Н.И., Фокин В.Н., Коллеров Э.Ю., Заводин М.В., Частухина Т.В.</i>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	157
<i>Курчанинова М.Г., Нагибина А.А., Курылева К.С., Воробьев М.В.</i>	
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ.....	159

III. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

Баклушина Е.К., Березина И.Г., Еремцова И.А.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ

ПРАВ ПАЦИЕНТОВ-ДЕТЕЙ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ.....	161
<i>Каминская Н.В., Рябчикова Т.В., Ласкарева Л.Н., Качанова Л.А.</i>	
РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ И ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....	163
<i>Качанова Л.А., Ласкарева Л.Н., Рябчикова Т.В., Каминская Н.В.</i>	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРВОКЛАССНИКОВ.....	166
<i>Ласкарева Л.Н., Качанова Л.А., Рябчикова Т.В., Каминская Н.В.</i>	
ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	168
<i>Ласкарева Л.Н., Рябчикова Т.В., Качанова Л.А.</i>	
АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.....	170
<i>Рябчикова Т.В., Качанова Л.А., Ласкарева Л.Н.</i>	
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ОБСЛУЖИВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ.....	172
<i>Рябчикова Т.В., Ласкарева Л.Н., Качанова Л.А.</i>	
КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТКОВЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ.....	175

ПРЕДИСЛОВИЕ

III Съезд детских врачей и медицинских сестер Ивановской области посвящен наиболее актуальным проблемам детского здравоохранения: вопросам организации оказания медицинской помощи детскому населению Ивановской области на современном этапе, вопросам образования и повышения квалификации медицинских работников области, а также проблемам клинической педиатрии – современным методам диагностики и терапии заболеваний органов дыхания, пищеварительной, эндокринной, нервной и других систем, научно-обоснованным технологиям медицинского сопровождения детей, вопросам профилактики патологии, медико-социальным проблемам педиатрии, актуальным вопросам организации и оказания сестринской помощи детям.

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 и медицинским сестрам педиатрического профиля.

В подготовке издания приняли участие сотрудники кафедр Ивановской государственной медицинской академии, коллектива Ивановского НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова, а также практические врачи медицинских организаций города и области.

I. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА: НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

*Москвина Л.П., Ратманова Е.В., Вотякова О.И.,
Сафронов Б.Г., Копилова Е.Б., Игнатьев Е.А.*

*ОБУЗ Ивановской области «Областная детская
клиническая больница»*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Истоки истории областной детской клинической больницы относятся к концу 80-х годов прошлого столетия, когда здание «обкомовской» больницы было передано Ивановской областной клинической больнице и принято решение о создании уникального, не имеющего аналогов в стране, стационара для лечения детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет совместно с матерями. Для этого в Клинике «Мать и дитя» было открыто два педиатрических отделения (для детей с заболеваниями органов дыхания и для детей раннего возраста с различной соматической патологией), детское отделение реанимации и интенсивной терапии, терапевтическое отделение. Больница была оснащена оборудованием для выполнения лабораторных, функциональных, рентгенологических методов исследования, проведения физиотерапевтических процедур и лечебной физкультуры. Опыт медицинской помощи детям раннего возраста с самой разнообразной патологией пригодился, когда в 2006 г., с целью оптимизации оказания специализированной помощи детскому населению Ивановской области, Клиника «Мать и дитя» была выделена из состава Областной клинической больницы и преобразована в самостоятельное лечебное учреждение «Областная детская клиническая больница» (ОДКБ). За годы существования в этом статусе расширился возрастной диапазон пациентов, сегодня это дети всех возрастных групп; проведена реструктуризация коечного фонда и в настоящее время в ОДКБ, помимо педиатрического отделения, функционируют неврологическое, а также единственные в области пульмонологическое, нефрологическое, детское отделение анестезиологии и реанимации, а с введением в эксплуатацию в 2013 г. хирургического корпуса – травматоло-

логический пункт, травматолого-ортопедическое отделение, детское хирургическое отделение, в составе которого предусмотрены общехирургические, гнойно-септические, нейрохирургические, ожоговые койки. С октября 2015 года на базе ОДКБ организован детский травмоцентр I уровня, оказывающий медицинскую помощь детям при дорожно-транспортных происшествиях, кататравме.

Лечебно-диагностическая служба ОДКБ включает рентгеновский кабинет, отделение функциональной диагностики с кабинетом ультразвуковой диагностики, клинично-диагностическую лабораторию, физиотерапевтическое отделение, кабинеты лечебной физкультуры и массажа, оснащенные по Программе модернизации здравоохранения Ивановской области самым современным оборудованием, таким как рентгенодиагностический цифровой телеуправляемый комплекс, комплекс для видеогастро- и колоноскопии, операционные микроскопы, кровати лечебно-ожоговые и противопролежневые, тренажер для разработки суставов и др., что позволяет применять высокотехнологичные и дорогостоящие методы обследования и лечения, недоступные для муниципальных учреждений. Так, в 2014 г. в ОДКБ начато оказание высокотехнологичной специализированной медицинской помощи по офтальмологии (ретинопатии недоношенных детей), с конца 2015 будет введена высокотехнологичная помощь по детской хирургии, травматологии и ортопедии. Медицинская помощь в ОДКБ оказывается в рамках Территориальной Программы госгарантий, доступна и бесплатна для всех жителей Ивановской области. По данным анкетирования удовлетворенность населения оказанием медицинской помощи в ОДКБ составляет 98,7%, а качество лечения по экспертной оценке – 0,86-0,9.

С первых дней существования Клиники ее коллектив представляет содружество практических врачей и профессорско-преподавательского состава «Ивановской государственной медицинской академии». И сегодня в ОДКБ базируется целый ряд кафедр, осуществляющих подготовку педиатров для медицинских организаций области: кафедра детских болезней педиатрического факультета, кафедра педиатрии и неонатологии Института последипломного образования, кафедра детских хирургических болезней с реанимацией и анестезиологией, кафедра травматологии и ортопедии. Большая часть врачебного коллек-

тива Клиники – выпускники ИвГМА. Тесная взаимосвязь между ОДКБ и Академией позволяет лечебному учреждению решать кадровые задачи, постоянно внедрять в клиническую практику новые научные разработки, совершенствуя, тем самым, диагностику и лечение различных заболеваний детского возраста, а преподавателям Академии – обучать студентов, повышать квалификацию врачей на базе медицинской организации, располагающей современным оборудованием, использующей в работе передовые диагностические и лечебные технологии.

Подводя итог, можно отметить, что Областная детская клиническая больница – это уникальное специализированное лечебно-профилактическое учреждение в Ивановской области, обеспечивающее стационарную и консультативную медицинскую помощь детскому населению области в соответствии с современными клиническими рекомендациями и стандартами, центр организационно-методического руководства, база подготовки медицинских кадров, повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала, постоянно совершенствующееся и развивающееся в соответствии с требованиями времени.

ОРГАНИЗАЦИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

***Балакирева А.В., Баклушина Е.К., Жданова Л.А.,
Рунова О.С., Бобошко И.Е.***

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Треть детей, по данным Росстата, рождаются с нарушениями здоровья. При этом факторы риска этих состояний прогнозируемы еще на антенатальном этапе, их профилактика – обязанность всех медицинских работников и с позиции законодательства носит приоритетный характер. Однако для наиболее полного выявления факторов перинатального риска и предупреждения их реализации требуется создание алгоритма совместных действий специалистов акушерско-терапевтически-педиатрических комплексов (АТПК), в том числе при профилактическом консультировании беременных.

Целью нашей работы было изучение организационных аспектов работы специалистов АТПК для обоснования алгоритма их

взаимодействия в процессе информационного сопровождения беременных.

По разработанным анкетам изучена информированность 1204 медработников АТПК по вопросам здоровья, их мнение о возможностях и проблемах в организации профилактического консультирования беременных. Анкетирование 612 беременных позволило оценить их мнение о своем образе жизни, информированности о факторах риска для здоровья плода и удовлетворенность информацией, которую они получали от специалистов АТПК. Анализ медицинской документации в части дородовых патронажей, показал качество информирования беременных при их проведении.

Несмотря на то, что значительная часть специалистов считают свой уровень информированности достаточным (70,8%) и профессионально подходят к выбору источников информации, более трети из них недооценивают влияние образа жизни человека на его здоровье (43,7%). Понимая важность обучения беременных, половина медработников отмечают дефицит рабочего времени для качественного проведения этой работы (48,6%). При этом все специалисты АТПК считают, что женщинам необходимо посещать занятия в школах для беременных, а рекомендации им целесообразнее выдавать в виде памяток. При этом информацию о мероприятиях, направленных на антенатальную охрану плода документооборот содержит лишь в 14,6% случаев. Между тем, проводя анкетирование беременных женщин, мы установили высокую частоту факторов риска перинатальной патологии, связанных с нарушениями образа жизни. При этом выявляется низкая информированность женщин как о влиянии этих факторов на здоровье будущего ребенка, так и методах их устранения. Так, более половины беременных испытывают дефицит информации по вопросам здоровья (63,9%), а получаемые ими рекомендации оценивают как недостаточные, неполные, или непонятные (94,2%). При этом отмечается заинтересованность женщин в повышении уровня своих знаний по вопросам здоровья (100%). В то же время, анализ законодательных документов, регламентирующих деятельность специалистов АТПК по антенатальной охране здоровья детей, показал несовершенство правовой базы. Так, в приказе № 37/76, в соответствии с которым должны работать АТП-комплексы нашего региона, в задачи специалистов не включены мероприятия по антенатальной охране здоровья детей, не уточнены организа-

ционные моменты взаимодействия специалистов в процессе сопровождения беременных, время и форма документа передачи сигнала из женской консультации в детскую поликлинику о постановке беременных на учет. Кроме того, на этапе профилактической работы с беременными оптимально детородного возраста не определены функции педиатра. С учетом изложенного, в настоящее время, мы принимаем участие в доработке приказа, используя данные, полученные при анализе нормативных документов, а также имеющийся опыт работы «Школы дородовой педагогики». Программа школы была разработана и внедрена в деятельность кабинета здорового ребенка одной из детских поликлиник города и при условии ее дополнения профилактическими мероприятиями терапевтической и акушерской направленности может быть использована также в условиях женских консультаций и поликлиниках общелечебной сети. Эффективность программы состояла в снижении риска реализации у детей перинатальных факторов, отмечалась их хорошая адаптация в периоде новорожденности и высокие показатели физического и психического развития. У женщин, прошедших обучение в данной школе было отмечено ослабление проявлений токсикоза, сформировалась устойчивая мотивация к грудному вскармливанию и установилась хорошая лактация.

Таким образом, для совершенствования системы антенатальной охраны здоровья детей, и для эффективной ее организации, необходим нормативно закрепленный документооборот, предусматривающий наиболее полное и своевременное выявление факторов риска перинатальной патологии, а также четко распределяющий обязанности специалистов по санитарно-гигиенической работе с беременными. При этом их информационное сопровождение не должно дублироваться, но иметь общую направленность: профилактика нарушений здоровья будущего ребенка, обучение беременных приемам дородового общения, методам устранения и предупреждения стрессовых ситуаций и рисков факторов. В то же время, деятельность специалистов должна быть направлена не только на снижение воздействия отрицательного влияния управляемых факторов риска на здоровье матери и ребенка, но и на возможности стимуляции действия позитивных факторов, увеличивающих резервы организма.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ НАПРЯЖЕНИЯ

Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Новиков А.Е., Епифанова О.С.

ГБОУ ВПО 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 (ГБ) от 57 до 82%.

Цель исследования – выявить конституциональные различия для дифференцированной реабилитации детей с головными болями напряжения (ГБН).

Применялись диагностические критерии классификации Международного общества головной боли, инструментальные методы исследования: ультразвуковая доплерография, вариабельность ритма сердца, электроэнцефалографическое исследование.

По результатам клинического обследования было отобрано 100 девочек 15-17 лет с диагнозом ГБН, которые были распределены по трем конституциональным типам: 55% детей были отнесены к интровертам (экстраверсия по Айзенку – менее 10 баллов), 28% – к экстравертам (14 и более баллов), 17% – к центровертам (10–14 баллов). В случайной выборке подростков с ГБН большинство девочек принадлежали к интровертивному типу психосоматической конституции (55%). Число экстравертов было вдвое меньше (28%, $p < 0,05$). У центровертов ГБН встречалась реже всего (17%). Клиническая характеристика головной боли напряжения у подростков имела существенные различия в зависимости от типа психосоматической конституции. Цефалгический индекс у интровертов составил $1,92 \pm 0,5$ усл. ед., что было в 2 раза больше, чем у экстравертов. У интровертов цефалгия встречалась в два раза чаще, 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, ча-

стота составляла 1-2 эпизода в сутки. У центровертов отмечалось сочетание перечисленных жалоб и клинических проявлений при их меньшей выраженности. У инровертов, по сравнению с экстравертами, в 1,5 раза чаще диагностирован мелкоамплитудный установочный горизонтальный нистагм, нарушение иннервации мимической мускулатуры и мышц языка в виде легкой девиации языка и асимметрии мимической мускулатуры. Также у пациентов данной группы 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 дисфункции глазодвигательной системы – ослабление конвергенции глазных яблок, ограничение движений глазного яблока с одной или с двух сторон. При оценке вегетативной симптоматики у двух третей инровертов отмечался симптомокомплекс избыточных ваготонических проявлений, а у 72% экстравертов имелись признаки выраженной симпатикотонии. Церебральная гемодинамика инровертов, по сравнению с подростками других конституциональных типов, характеризовалась снижением линейной скорости кровотока, сосудистого тонуса и периферического сосудистого сопротивления (41,2%), 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-базиллярном 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 ($KpCO_2 - 1,1 \pm 0,01$ усл. ед.), 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 тенно-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 с ГБН 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.

На основании полученных данных рекомендации по профилактике и реабилитации ГБН были существенно дополнены. К стандартному подходу были добавлены рекомендации, обоснованные с учетом полученных конституциональных различий состояния здоровья подростков 15-17 лет.

Таким образом, разработка индивидуализированных рекомендаций и схем выбора помощи подросткам с ГБН в зависимости от их конституционального типа является залогом повышения эффективности реабилитации и качества жизни больных. Установленные клиничко-психофизиологические закономерности, необходимо использовать для создания обучающих программ, что должно способствовать повышению эффективности профилактики, лечения и диагностики данной патологии.

АЛГОРИТМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ

***Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Шишова А.В., Нуждина Г.Н.,
Молькова Л.К.***

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В последние годы отмечается непрерывный рост заболеваемости детей практически по всем классам болезней и всем возрастным группам, наиболее выраженный в период школьного обучения, что в значительной мере зависит от условий обучения, характера учебного процесса, образа жизни. При разработке индивидуальных планов оздоровительных и профилактических мероприятий необходимо определение индивидуальных физических и психических свойств каждого ребенка, что возможно лишь в условиях дифференцированного медико-психолого-педагогического сопровождения.

Цель работы – описать технологию медико-психолого-педагогического сопровождения учащихся, предусматривающую интеграцию медицинских работников, педагогов, психологов.

Результаты. При проведении медицинских осмотров в первом, пятом, десятом классах медицинская сестра образовательного учреждения проводит обследование всех детей с помощью скрининг-тестов. Результаты обследования она заносит в «Медицинскую карту ребенка» (форма 026/у-2000). В условиях медико-психолого-педагогической интеграции к проведению медицинских осмотров привлекаются учитель по физическому воспитанию, педагог, психолог. Они участвуют в оценке физической подготовленности и нервно-психического развития. Все исследования по определению уровня физической подготовленности проводит преподаватель физкультуры в школе. Результаты тестирования он должен передавать в медицинский кабинет. При оценке результатов необходимо учитывать биологический возраст ребенка. Эту оценку согласно «Комплексной программе физического воспитания учащихся 1-11 классов», допущенной Министерством образования и науки Российской Федерации (2007), должен проводить преподаватель по физическому воспитанию 2 раза в год (осень, весна). При оценке нервно-психического развития важна интеграция с психологом, а при его отсутствии – с педагогом. При проведении профилактических осмотров для оценки НПР детей школьного возраста используются следующие показатели: интеллектуальное развитие, эмоционально-поведенческие реакции, характерологические особенности, социометрические характеристики, невротические расстройства. Школьные психологи в своей работе могут использовать различные тесты для оценки показателей нервно-психического развития. Результаты данной диагностики фиксируются психологом в «Журнале диагностики» (Приказ Министерства образования №636 от 22.10.99) и психологом (и) или педагогом (в начальной школе учителем начальных классов, в средней и старшей школе – классным руководителем) в «Листе регистрации результатов психодиагностики». Этот лист заполняется на весь класс и передается в медицинский кабинет школы. Врач на основании содержащихся в нем данных дает оценку нервно-психического развития ребенка, которую вносит в соответствующий раздел «Медицинской карты ребенка».

По результатам диагностики психологом образовательного учреждения отбираются дети со следующими отклонениями

психического здоровья: школьники с несоответствием уровня интеллектуального развития возрастным нормам; высоким уровнем тревожности по одному из показателей (школьной, самооценочной, межличностной, личностной, ситуативной); чрезмерным спокойствием; высоким уровнем невротизации; высокими или низкими значениями экстраверсии; неблагоприятным социальным статусом в коллективе; пограничными нервно-психическими расстройствами. Этим детям психолог проводит углубленную психодиагностику и назначает развивающие и коррекционные мероприятия. Результаты углубленной диагностики и коррекционно-развивающая работа фиксируются психологом в «Индивидуальной карте ребенка». В конце учебного года педиатр обобщает результаты скрининг-тестов, проводит обследование ребенка по органам и системам. По результатам осмотра и тестирования он дает заключение по комплексной оценке состояния здоровья, которая включает: группу здоровья, основной клинический диагноз, группы риска, углубленную оценку физического, нервно-психического развития, медицинскую группу по физкультуре. Начиная с 5-го класса, врач выносит в заключение оценку полового развития, ограничение в выборе профессии, с 10-го класса добавляется оценка репродуктивного поведения, ограничения деторождения. Уточнение комплексной оценки здоровья и выбор медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка с учетом его индивидуальных свойств, особенностей роста и развития проводится на заседании Совета по здоровью. Принципы межведомственного взаимодействия в процессе Совета по здоровью: научно обоснованный подход с учетом зарубежного и отечественного опыта и местных условий; межведомственная интеграция с четким распределением обязанностей; равноправное сотрудничество всех членов «школьной команды»; профессиональная компетентность; преемственность, создание единого понятийного аппарата и общей документации; паритетное участие в создании условий, способствующих укреплению здоровья; взаимозаинтересованность, основанная на общих критериях эффективности; четкое представление о мерах ответственности; уважение к личности ребенка, соблюдение его интересов; конфиденциальность – неразглашение медицинской тайны о болезни ребенка; информированное согласие родителей на обсуждение сведений о ребенке с членами «школьной команды».

В ходе проведения Совета по здоровью вырабатываются совместные рекомендации по сопровождению ребенка в образовательном учреждении. Для этого разработаны 6 модулей стандартных рекомендаций с учетом физической подготовленности, течения адаптации, нервно-психического развития. Кроме того, на заседании Совета по здоровью вырабатываются рекомендации с учетом группы по физкультуре, по переводу в образовательные учреждения общего, коррекционного типов, с повышенным уровнем образования, озвучиваются ограничения в выборе профессии.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Жданова Л.А., Бобошко И.Е., Нуждина Г.Н.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

При разработке стратегии развития здравоохранения подчеркнуты приоритеты совершенствования профилактической работы, особенно в сфере охраны здоровья матери и ребенка. При этом говорится о необходимости дифференцированного подхода к назначению не только лечебных, но и оздоровительных мероприятий. Для этого в помощь участковым врачам педиатры появились в других подразделениях поликлиники.

Так, внедрение педиатра в штат кабинета здорового ребенка поставило вопрос: чем он должен заниматься в отличие от участкового педиатра. По нашему мнению, основной концепцией его работы должно быть создание службы раннего стимулирования развития детей.

Реализация этой концепции предусматривает групповые образовательные программы и разработку персонализированных программ оздоровления. Оптимизация индивидуального консультирования детей раннего возраста с учетом возрастных особенностей ребенка нам удалось добиться путем создания модулей стандартных рекомендаций для каждого эпикризного срока.

Для индивидуализации оздоровительных мероприятий в кабинете здорового ребенка мы предлагаем еще и конституциональный подход. Разделив детей по типу направленности психической активности на интровертов, центровертов, экстравертов мы доказали, что они отличаются между собой особенностями морфофункциональной организации, нервно-психического

развития. Для каждого конституционального типа также созданы модули стандартных рекомендаций по режиму, физическому воспитанию, тренировке личностных качеств и также в кабинете здорового ребенка имеется их автоматизированный вариант.

Большая надежда в оптимизации профилактической работы возлагается на отделение медико-социальной помощи детям. В работе этого отделения используется следующий алгоритм действий: на первом этапе, при поступлении ребенка под наблюдение поликлиники, участковый педиатр выявляет факторы социального неблагополучия, регистрируя их в так называемой «Карте семьи», которая является накопительной. При наличии социальной отягощенности ребенок направляется в отделение медико-социальной помощи детям, где проводится консультирование и включение ребенка в группы риска, представленные на слайде. Намеченные каждым специалистом рекомендации для медико-психологической консультации формируются при проведении консилиума в индивидуальную программу сопровождения, и определяется адресность рекомендаций: участковому педиатру, в семью, в школу.

Для упрощения создания таких программ также разработаны модули стандартных рекомендаций с учетом особенностей наиболее частых проблем в каждой группе. Так создан алгоритм медико-социального сопровождения подростков с аутоагрессией и ее риском. Разработана программа медико-социального сопровождения детей с нарушением адаптации при поступлении в школу.

Особое внимание в последние годы уделяется работе отделений медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, педиатры которого должны заниматься максимальной интеграцией ребенка в образовательный процесс, с учетом его индивидуальных особенностей. Для конкретизации работы педиатров образовательных учреждений стали разрабатываться Федеральные протоколы оказания медико-санитарной помощи обучающимся. Они касаются проведения ежегодных медицинских осмотров, контроль санитарно-гигиенических требований, профилактики ряда школьно-обусловленных заболеваний. Среди них нами подготовлено 2 протокола по персонализации оздоровления учащихся и облегчению адаптации в переломные периоды обучения.

Большие надежды на оптимизацию профилактической помощи возлагались на Центры здоровья при их открытии 5 лет назад. Однако они до сих пор недостаточно вписаны в современную систему оказания первичной медико-санитарной помо-

щи. Центры здоровья могут влиться в систему профосмотров каждого ребенка в плановом порядке, и, используя имеющиеся там ресурсы, существенно улучшить определение функциональных возможностей организма. Нами предложен алгоритм медико-педагогической интеграции в оценке отдельных критериев здоровья, где четко расписаны обязанности педагогических и медицинских кадров.

Серьезная проблема подготовки кадров: к сожалению программы повышения квалификации педиатров недостаточно ориентированы на вопросы превентивной педиатрии. Мы полностью поддерживаем идею, высказанную А.А. Барановым и В.Ю. Альбицким о необходимости социальной ориентации в подготовке педиатров и начали ее реализовывать уже на додипломном этапе, преподавая вопросы превентивной педиатрии в ряде дисциплин от 1 до 6 курса. На последипломном этапе эти программы должны быть дифференцированы в зависимости от медицинской организации, в котором работает педиатр.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Жданова Л.А., Бобошко И.Е., Рунова О.С.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В предлагаемой Правительством стратегии развития здравоохранения, подчеркивается необходимость разработки индивидуальных профилактических программ при диспансеризации пациентов с хронической патологией, при этом подчеркивается важность междисциплинарного подхода к медицинской реабилитации.

Решение этих задач возможно за счет реализации нейро- и психосоматического подходов в обеспечении комплексной реабилитации; конституционального – для персонализации реабилитационных программ. Нейросоматический подход предусматривает совместную работу педиатра и невролога в создании комплексных программ реабилитации. Его реализация апробирована в двух организационных формах: невролого-педиатрический консилиум и невролого-педиатрическое отделение. Безусловно, важна ранняя диагностика патологии центральной нервной системы для чего была разработана анкета,

позволяющая педиатрам заподозрить тот или иной синдром и своевременно направить ребенка к неврологу. В настоящее время у половины детей выявляется синдром вегетативной дисфункции, на фоне которой, нередко формируются хронические заболевания нейросоматического генеза, и именно эти дети составляют основной контингент групп диспансерного наблюдения у врача-педиатра. Проведение анкетирования родителей первоклассников позволило выявить у 80% учеников жалобы, более чем у половины они были выявлены при неустановленном ранее диагнозе. Эти дети были направлены на плановую реабилитацию. Такой просеивающий подход создает неврологу ресурс времени для оказания специализированной помощи детям с неврологическими отклонениями.

Разработка второй организационной формы – неврологопедиатрического отделения, проводилась на базе детского отделения клиники академии. При анализе структуры заболеваемости поступающих детей, у большинства было установлено сочетание неврологической и соматической патологий. В связи с этим, была создана новая модель для организации комплексного нейросоматического подхода к реабилитации. Центральной частью этой модели является консилиум, который проводится как минимум дважды – в начале лечения и при выписке. Деятельность неврологопедиатрического отделения была эффективной: в начале мы видели улучшение эмоционально-поведенческих характеристик и неврологического статуса, а затем и снижение заболеваемости. Разработанный нейросоматический подход был внедрен в детской поликлинике №6 г. Иваново. При этом модель неврологопедиатрического консилиума, использован для детей первого года жизни, у которых наиболее эффективна коррекция неврологических отклонений. Создания комплексных программ лечения и реабилитации при внедрении этой формы позволило получить стойкую компенсацию как неврологических, так и соматических расстройств. В обосновании психосоматического подхода мы ориентировались на результаты психологической диагностики детей с хронической патологией: школьная и семейная дезадаптация выявлены у каждого второго ребенка, нарушения личностных характеристик, развивающихся на фоне или провоцирующих неблагоприятное течение соматической патологии у каждого третьего. В такой помощи особенно нуждаются дети-инвалиды как при направлении на МСЭК для более полного выявления ограничения жизнедеятельности.

Конституциональный подход был использован для выявления особенностей ряда заболеваний у детей с разными типами конституции. Наибольшая тяжесть выявлена при интровертивном типе. При этом доказано, что возникновение заболевания сочетается с усилением слабых и нивелированием сильных сторон конституциональных признаков. Поэтому создание дифференцированных программ медико-социального сопровождения этих детей были направлены, прежде всего, на уменьшение слабых конституциональных характеристик, что способствовало повышению реабилитационного потенциала и более длительной ремиссии заболеваний. Формировать программы медико-социального сопровождения детей с использованием конституционального подхода мы начали с патологии центральной нервной системы. Для подростков разработана программа сопровождения при головной боли напряжения. В этих программах также используются нейро- и психосоматические подходы, поскольку особое внимание уделяется развитию высших мозговых функций и нормализации эмоционального состояния, определяющих успешность обучения. Этот подход использован и при создании программ для детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, нарушениями опорно-двигательного аппарата и речевого развития, патологией органа зрения. Во всех этих программах особое внимание также уделяется коррекции нарушений центральной нервной системы. Следует подчеркнуть, что эти программы оказались востребованными в коррекционных образовательных учреждениях, где показали свою высокую эффективность. Несмотря на возрастающую потребность детей в реабилитации, медицинская активность их родителей также оставляет желать лучшего. Поэтому возникла необходимость укрепления реабилитационной базы по месту их обучения, которая имеется в ряде образовательных учреждений коррекционного типа. Так, при одном из детских садов коррекционного типа в г. Иваново был открыт центр медико-социальной реабилитации слабовидящих детей.

В заключении хотелось бы подчеркнуть, что оценивая эффективность реабилитации при реализации программ медико-социального сопровождения детей, в начале необходимо учитывать более ранние изменения, такие как улучшение психологического и социального статуса ребенка, повышение его работоспособности. В то время как снижение заболеваемости и улучшение показателей развития ребенка следует ожидать в более отдаленные сроки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014 ГОД**

***Карнеев А.А.¹, Русова Т.В.², Баклушин А.Е.², Манохина И.И.¹,
Слабинская Т.В.¹, Лихова И.Н.³, Кузнецова О.В.¹***

*Департамент здравоохранения Ивановской области¹
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России²*

*Филиал «Ивановский» АО «Страховая группа «Спасские
ворота-М»³*

Одним из важнейших направлений работы по оказанию первичной медико-санитарной помощи детям является проведение медицинских профилактических осмотров, позволяющих получить наиболее точные и полные данные о заболеваемости детского населения, выявить у детей ранние проявления патологических состояний, заболеваний, факторы риска их развития, провести своевременное оздоровление, а также сформировать группы состояния здоровья с целью выработки дифференцированных рекомендаций.

Цель работы – изучить возрастную структуру и динамику заболеваемости детского населения Ивановской области, а также результаты экспертизы качества оказания медицинской помощи детям, полученные при проведении медицинских профилактических осмотров.

Изучение показателей заболеваемости, физического развития детей проводилось посредством анализа результатов профилактических осмотров 154305 несовершеннолетних за 2014 год, 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 7798, а подростков 15-17 лет – 8680 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 – болезни органа и зрения, пятое – болезни органов пищеварения, шестое – врожденные аномалии (пороки развития), 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 четвертого на второе место переходят болезни органа зрения, третье место занимают болезни нервной системы, четвертое – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, пятое – болезни органов пищеварения, шестое – болезни эндокринной системы, седьмое – болезни мочеполовой системы, восьмое – врожденные аномалии (пороки развития).

В целом среди подростков 15-17 лет, по сравнению с детьми в возрасте до 14 лет, значительно чаще регистрировались: эндокринные заболевания в 2,6 раза, болезни органа зрения и травмы и отравления в 2 раза, болезни костно-мышечной и мочеполовой систем, органов пищеварения и системы кровообращения в 1,5 раза.

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 до 17 лет имели нормальное физическое развитие, из отклонений в физическом развитии преобладал избыток массы тела (5,4%), дефицит массы тела встречался в 3% случаев, высокий рост имели 3,6% детей, низкий рост – 2%.

При проведении комплексной оценки здоровья у большинства детей до 17 лет включительно (68,3%) была установлена II группа здоровья, к I группе здоровья были отнесены 15,5% детей, 16,2% осмотренных имели хроническую патологию: III группа здоровья была установлена в 14,5% случаев, IV группа – в 1,3% случаев и V группа – в 0,4% 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 г. №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, распространенность среди детского населения Ивановской области функциональных расстройств и хронических заболеваний, свидетельствует о необходимости дальнейшего развития службы охраны здоровья детей, повышения качества и доступности оказания медицинской помощи детям, особенно в медицинских организациях, расположенных в районах, а также необходимость межведомственного подхода к оптимизации профилактической работы, в том числе по формированию здорового образа жизни у детей и подростков.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ

Кочерова О.Ю., Антышева Е.Н., Долотова Н.В.

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

Согласно статистическим данным, количество детей, воспитывающихся в замещающих семьях, за последние годы выросло почти вдвое, достигнув 38,5 тысячи. Поэтому в настоящее время особое внимание уделяется изучению состояния здоровья приемных детей, воспитывающихся в замещающих семьях. Несмотря на то, что процесс принятия семьей нового члена протекает довольно сложно, для приемного ребенка он имеет, безусловно, положительные последствия: происходят сдвиги в интеллектуальном развитии и социальной адаптации, повышается уровень эмоционального благополучия. Данных об особенностях состояния здоровья детей, воспитывающихся в замещающих семьях, и их динамике в период адаптации к новой семье в литературе недостаточно.

Целью научного исследования явилось изучение особенностей соматической патологии, нервно-психического развития и их динамики при передаче детей на воспитание в замещающие семьи.

Проведено обследование 54 детей раннего возраста, переданных на воспитание в замещающие семьи и 50 сверстников, воспитывающихся в кровных семьях (контрольная группа). Соматическая патология изучалась путем выкопировки данных из медицинских карт. Оценку нервно-психического развития (НПР) проводили по методике К.Л. Печоры, Г.В. Пантюхиной, Л.Г. Голубевой, эмоционального состояния с помощью эмоционально-поведенческих шкал (М.Я. Студеникин, Ю.А. Макаренко, А.И. Баркан).

У детей, воспитывающихся в замещающих семьях, достоверно чаще, чем у детей контрольной группы, регистрировались болезни нервной системы (85,7% и 67,0%, $p < 0,01$), врожденные anomalies и деформации (82,9% и 10,8%, $p < 0,001$), болезни органов дыхания (31,5% и 2,8%, $p < 0,001$), болезни глаза и его придаточного аппарата (25,8% и 2,8%, $p < 0,01$). В 2 раза чаще, чем у детей контрольной группы, у них регистрировались болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (22,9% и 11,7%), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунные механизмы (20,0% и 8,9%), болезни органов пищеварения (17,2% и 7,6%), мочеполовой системы (5,8% и 2,3%). Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ были представлены в основном дисметаболической нефропатией (17,1%), тимомегалией (2,9%) и ожирением (2,9%), болезни органов пищеварения - кариесом зубов и пупочными грыжами (по 8,6%), болезни крови – иммунодефицитными состояниями (11,4%), болезни мочеполовой системы – инфекцией мочевыводящих путей и хроническим пиелонефритом. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани у детей, воспитывающихся в замещающих семьях, отмечались в 3,6 раза чаще, чем в контрольной группе (20,0% и 5,6%), за счет большей частоты плоскостопия.

Через год после передачи на воспитание в замещающие семьи у детей раннего возраста достоверно уменьшалась частота дефицитных анемий (37,1% и 8,6%, $p < 0,01$), увеличилась частота гипертрофии аденоидов (11,4% и 28,6%, $p < 0,05$), у 14,3% детей впервые диагностирован синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

До передачи в замещающие семьи только у 3,92% детей НПР соответствовало возрасту, отставание на 1 эпикризный срок выявлялась у 7,84% детей, на 2 – 31,37%, на 3 – 23,53%, 4 и более эпикризных сроков – 33,33% детей. Частота встречаемости детей с отставанием НПР на 1 и 2 эпикризный срок в группах сравнения достоверно не различалась, с отставанием на 3 эпикризных срока отмечалась в 2 раза реже (23,53% и 45,5%), на 4 и более – в 3 раза чаще (33,33% и 10,9%).

Через год воспитания в замещающей семье прослеживалась положительная динамика НПР детей, за счет увеличения доли детей с отставанием на 1 эпикризный срок (7,84% и 30,19%, $p < 0,01$), и уменьшения – с отставанием на 4 эпикризных срока (33,33% и 13,21%, $p < 0,02$). Положительная динамика отмечалась по всем линиям развития: пассивной и активной речи, сенсорике, игровой деятельности, движениям и навыкам.

Общая балльная оценка эмоционального статуса детей, через год воспитания в замещающей семье повышалась ($-4,78 \pm 2,04$ и $12,21 \pm 1,41$; $p < 0,001$), за счет оценок по шкалам – отрицательные эмоции ($-3,93 \pm 0,49$ и $-0,62 \pm 0,29$; $p < 0,001$), познавательная деятельность ($0,67 \pm 0,34$ и $2,89 \pm 0,22$; $p < 0,001$), положительные эмоции ($1,02 \pm 0,39$ и $4,58 \pm 0,21$; $p < 0,001$), социальные контакты ($0,61 \pm 0,41$ и $2,42 \pm 0,31$, $p < 0,001$), двигательная активность ($0,19 \pm 0,55$ и $1,87 \pm 0,54$; $p < 0,05$).

Таким образом, дети раннего возраста, воспитывающиеся в замещающих семьях, отличаются от сверстников, воспитывающихся в кровных семьях, более высоким уровнем патологии по всем классам болезней и более низкими показателями нервно-психического развития. Через год воспитания в замещающей семье у них отмечалось снижение частоты дефицитных анемий, однако увеличивалась частота гипертрофии аденоидов, что обусловлено увеличением контактов с инфекционными агентами. Регистрировалась положительная динамика нервно-психического развития, эмоционального состояния, что связано с положительным влиянием семейного воспитания и уменьшением депривации, увеличением социальных контактов, сенсорных раздражителей.

Выявленные особенности и динамика заболеваемости, нервно-психического развития у детей после передачи в семьи обуславливают необходимость их дифференцированного динамического наблюдения педиатром, неврологом и психиатром, психолого-педагогического сопровождения замещающих семей. Динамика показателей заболеваемости и нервно-психического

развития в период адаптации детей к замещающей семье может служить критериями ее оценки.

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ПЛОДА

***Кузнецова А.И., Бобошко И.Е., Жданова Л.А,
Балакирева А.В., Бобошко А.В.***

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Улучшение здоровья будущих поколений актуально во всех странах мира. Так в конце 20 века основной акцент был сделан на снижение младенческой смертности и ВОЗ разработаны различные программы, которые были направлены в основном на сопровождение женщин с патологическим течением беременности. В начале 21 века цели перинатальная медицины расширились и существенный акцент сделан на снижение перинатальной заболеваемости и улучшение здоровья плода и новорожденного. Доказано, что эмоциональные реакции женщин, проявляющиеся чувством тревоги, страха, возникающие в результате неблагоприятных ситуаций, являются универсальной реакцией функциональных систем адаптивного реагирования, ведут к возникновению у плода состояния «скрытого сиротства». Матери в этих случаях «заражают» депрессией младенца и блокируют у него положительный эмоциональный резонанс, что ведет к замедлению роста и развития плода, а также к формированию перинатальной патологии. Известно, что одним из эффективных способов воздействия на формирование здоровья будущего ребенка, является дородовая педагогика. При этом в антенатальный период врачу предоставляется возможность для воздействия на триаду «мать – плод – ребенок».

В экспериментальную группу вошли 37 женщин со сроком беременности 20-35 недель (средний возраст 26 лет), у 78,3% имела место угроза преждевременных родов, в 54% случаев – отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, хроническая экстрагенитальная патология – в 97%, гипоксия плода наблюдалась в 70% случаях, 51% женщин страдали анемией. Психологическое исследование по методике Айзенка проводилось в динамике 4 раза, что позволило количественно оценить динамику уровня невротизации в начале каждого этапа и в конце воздействия. Занятия были организованы в группах по 5-6 человек, в

течение 3 недель, с кратностью 5 дней в неделю проводились занятия. Система воздействия включала достижение осознания женщиной возможности эмоционального контакта со своим ребенком, установка на грудное вскармливание; формирования оптимистической установки у женщины не только в отношении благополучного завершения беременности и родов, но и здоровья ребенка на весь период детства; стабилизацию эмоционального равновесия диады «Мать – Дитя», стимулирующая сенсорное и моторное развитие плода. Методы воздействия включали: художественные произведения изобразительного искусства, хроматические цвета, музыкальные произведения, несущие определенный эмоциональный заряд, а также суггестивную терапию для снижения частично или полностью неосознаваемых проявлений тревоги.

В результате занятий у женщин произошло снижение вдвое уровня невротизации, все дети родились доношенными, хотя в 78% случаев была угроза преждевременных родов, у 97 % женщин установилась хорошая лактация, сроки грудного вскармливания в среднем составили 7,2 мес., все дети имели высокие уровни реагирования на зрительные и слуховые стимулы, используемые во время занятий дородовой педагогикой, демонстрировали музыкальное гуление, приверженность к режимным моментам, регламентированным музыкальными произведениями.

Таким образом, патологически протекающая беременность для женщин является, в большинстве случаев, существенным дополнительным невротизирующим фактором. Эффективность программы состояла в снижении риска реализации перинатальных факторов, отмечалась хорошая адаптация в периоде новорожденности и высокие показатели физического и психического развития. У женщин, прошедших обучение в данной школе было отмечено ослабление проявлений токсикоза, сформировалась устойчивая мотивация к грудному вскармливанию и установилась хорошая лактация. Анкетирование беременных показало их высокую заинтересованность в работе данной школы. Положительный опыт апробации данной программы позволят тиражировать эту форму работы в другие лечебно-профилактические учреждения

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

***Клыкова Е.Н., Балдаева М.Н., Слатина М.Ю.,
Рудакова Н.Е., Жданова Л.А., Молькова Л.К.***

*ОБУЗ «Детская городская клиническая больница №1»,
Центр здоровья для детей
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России*

В разрабатываемой правительством стратегии развития здравоохранения подчеркиваются приоритеты в совершенствовании профилактической работы. Большие надежды при этом возлагаются на Центры здоровья.

Центр здоровья для детей работает на базе ОБУЗ «Детская городская клиническая больница №1» с декабря 2010 года. Он осуществляет бесплатное комплексное компьютеризированное обследование детей г. Иваново, Ивановского района и области силами врачей-педиатров, врача ЛФК, стоматолога-гигиениста, психолога. Задачи специалистов Центра здоровья – информирование родителей и детей о состоянии их здоровья с определением факторов риска, о вредных и опасных для здоровья привычках, обучение гигиеническим навыкам и мотивирование их на здоровый образ жизни, воспитание в целях профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

В ходе проведения комплексного обследования сначала ребенок осматривается врачом педиатром. На основании результатов тестирования на аппаратно-программном комплексе и обследования на установленном оборудовании, педиатром проводится оценка функциональных и адаптивных резервов организма ребенка и определяются наиболее вероятные факторы риска, с учетом возрастных особенностей, с составлением ребенку индивидуального плана по здоровому образу жизни. Психолог проводит комплексную оценку психологического статуса ребенка на выявление основных психологических проблем, способствующих формированию пограничных нервно-психических расстройств. Родители получают полную информацию с рекомендациями по коррекции воспитания и развития ребенка, что способствует его оздоровлению. Врач ЛФК выявляет патологию опорно-двигательного аппарата ребенка, по необходимости направляет ребенка на дообследование, формирует группы лечебной гимнастики. Стоматолог-гигиенист проводит компьютерную комплексную оценку состояния полости рта ребенка (состояние зубов, де-

сен, прикуса) с необходимыми манипуляциями лечебно-профилактического и гигиенического характера и последующим обучением гигиеническим навыкам ухода за полостью рта. На базе центра здоровья проводятся школы здоровья для пришедших на обследование детей: профилактика артериальной гипертензии, профилактика заболеваний позвоночника, гигиена младшего школьника, подростка, профилактика никотиновой зависимости и алкоголизма в подростковом возрасте, школа рационального питания, школа профилактики компьютерной зависимости.

Детям и родителям в соответствии с проблемой в здоровье, даются рекомендации по здоровому питанию, по режиму дня, по физической нагрузке, витаминотерапии, закаливанию, развивающим занятиям, комплексные коррекционные физические упражнения при нарушениях осанки, плоскостопии, рекомендации по коррекции компьютерной зависимости. Проводятся индивидуальные беседы о вреде курения и алкоголя.

Центр здоровья пользуется большой популярностью среди населения Иваново и Ивановской области. Всего за период работы было принято и обследовано около 19000 детей, что составило в среднем 13 тысяч первичных и повторных посещений в год. При этом высок удельный вес повторных посещений – около 60-65%, что говорит о взаимной заинтересованности и населения, и специалистов центра в динамичном наблюдении за состоянием здоровья. Несколько изменилась структура контингента детей, пришедших на обследование в центр здоровья. Если в 2011 году обратившиеся самостоятельно составили 2,7%, по инициативе родителей - 76,5%, по направлению из амбулаторно-поликлинических учреждений - 2,3%, по направлению медицинских работников образовательных учреждений (ОУ) - 18,5%, то в 2015 году – 3,5%, 46,9%, 6,9%, 42,8% соответственно. Это свидетельствует об активном включении Центра здоровья в систему медицинских осмотров детей и разделением полномочий с врачами ОУ в комплексной оценке состояния здоровья детей. Так, в 2013-2015 гг. Центром здоровья были заключены договоры о сотрудничестве с 17 школами и с 9 детскими дошкольными учреждениями г. Иваново.

Среди ведущих нарушений здоровья и развития ивановских детей и факторов риска развития заболеваний можно назвать: повышенная масса тела и ожирение, гипергликемия и гиперхолестеринемия, патология ЛОР-органов и частая респираторная заболеваемость, кариес, нарушения со стороны опорно-

двигательного аппарата, функциональный систолический шум, сниженные адаптационные резервы, пограничные нервно-психические расстройства, курение.

Полученные данные могут использоваться не только медицинскими работниками, педагогами и психологами ОУ, но и участковыми врачами-педиатрами для более полного суждения о состоянии здоровья детей, своевременной диагностики патологии, проведения просветительской и профилактической работы, как с детьми, так и с их родителями. Например, большое количество детей со сниженными адаптационными резервами, нарушением осанки, тревожностью, эмоциональной неустойчивостью, сниженной мотивацией требует разработки и использования новых здоровьесберегающих технологий в условиях амбулаторно-поликлинического звена.

СОРОКАЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В НАЧАЛЕ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ

Ланина Е.А., Жданова Л.А., Шишова А.В.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В связи с негативными процессами в состоянии здоровья подрастающего поколения крайне актуальным становится изучение динамики показателей и особенностей формирования здоровья детей и подростков для разработки эффективных профилактических мер и оздоровительных технологий.

Целью исследования являлось выявление сорокалетней динамики состояния здоровья семилетних первоклассников для определения приоритетных мероприятий, необходимых для комплексной профилактики заболеваний на этапе подготовки к школе, а также грамотной организации внутришкольной среды.

Проведен сравнительный анализ состояния здоровья семилетних первоклассников, поступивших в общеобразовательную школу в 1982-83 гг. (n = 179), 1993-94 гг. (n = 240), 2003-2004гг. (n = 128) и 2011-12 гг. (n = 210). Все обучающиеся обследовались перед началом обучения.

Проведенный анализ свидетельствует, что в течение периода сорокалетнего наблюдения значительно уменьшилось количество детей, начинающих систематическое обучение в школе абсолютно здоровыми. При этом произошел значительный рост числа первоклассников, имеющих функциональные отклонения

и хронические заболевания. В восьмидесятые год прошлого столетия почти половина первоклассников имела первую группу здоровья. Начиная с девяностых годов XX века лет лишь каждый пятый-шестой ребенок поступает в школу абсолютно здоровым ($p < 0,001$). Увеличилось число детей, имеющих функциональные отклонения (вторую группу здоровья), с 39,5% в 1882-83 гг., до 45% в 1993-94 гг., до 49% в 2003-2004 гг. и до 47,2% в 2011-2012 гг. Наблюдается заметный рост с 12,8% до 37,6-34,2-37,6% количества первоклассников, имеющих хронические заболевания ($p < 0,001$).

Изменилась распространенность соматической патологии. Сорок лет назад на первом месте по частоте встречаемости у первоклассников была патология органов дыхания, в которой преобладали хронические заболевания ЛОР-органов (хронические болезни миндалин и аденоидов, хронический назофарингит, фарингит, синусит, хронический и аллергический ринит). На втором месте стояли болезни глаза и его придаточного аппарата. Третье место занимали болезни органов пищеварения.

В девяностые годы прошлого столетия зафиксирован рост числа болезней органов дыхания ($p < 0,05$) за счет увеличения распространенности названных выше заболеваний ЛОР-органов и аллергических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит). Отмечено увеличение в 6 раз ($p < 0,001$) количества детей с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (сколиозами, плоскостопием), которые заняли второе место. Достоверный рост отмечен в частоте болезней мочеполовой системы ($p < 0,001$), занявшей третье место.

В начале столетия у учащихся первых классов на первом месте по распространенности находились болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Они были представлены в основном нарушениями осанки (57,4%) и сколиозами (33%), а также уплощением стоп (25,5%) и плоскостопием (23,6%). Второе место занимали болезни мочеполовой системы, представленные дисметаболическими нефропатиями (21,6%) и воспалительными заболеваниями (8,1%). Болезни органов дыхания, несмотря на тенденцию к росту, занимали третье место. Кроме того, отмечался значительный рост болезней органов пищеварения (в 6 раз), болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней органов кровообращения и болезней кожи и подкожной клетчатки (в 6 раз).

У современных первоклассников, как и в прошлое десятилетие, на первом месте по распространенности находятся болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, хотя роста этой патологии отмечено не было. На втором месте – болезни органов дыхания, представленные с основным патологией ЛОР-органов (аденоидами (16,7%) и гипертрофией небных миндалин (16,2%). При этом отмечено увеличение распространенности этой патологии почти в два раза ($p < 0,001$). На третьем месте – болезни мочеполовой системы. Кроме того, наблюдается рост болезней системы кровообращения, в основном за счет выявления малых аномалий развития сердца. Обращает на себя внимание наличие и обилие сочетанной патологии: 75,7% детей при поступлении в школу уже имеют функциональные нарушения и хронические заболевания. Из них только 9% имеют один диагноз. У 39% выявлено два заболевания, у 16% – три, у 6% – четыре и более.

«Нагруженность» диагнозами, демонстрирующая количество функциональных отклонений и хронических заболеваний, выявленных при углубленных профилактических осмотрах, происходящих в среднем на одного ребенка, у современного первоклассника составляет 1,89. При этом нагруженность функциональными отклонениями составила 2,4, хроническими заболеваниями – 0,58.

Таким образом, состояние здоровья детей, начинающих систематическое обучение в школе, на современном этапе является серьезной медико-социальной проблемой. За сорокалетний период наблюдается уменьшение количества абсолютно здоровых первоклассников при значительном увеличении распространенности у них функциональных нарушений и хронической патологии. Отмечается значительный рост по всем классам болезней. Это требует совершенствования комплекса мероприятий, направленных на профилактику возникновения этих состояний и улучшение качества жизни школьников.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК

Мальков А.В., Бабина Д.А.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Понятия «здоровье» и «семья» тесно взаимосвязаны. Особое значение имеет формирование здоровья девочек в семье.

Целью исследования было изучение факторов влияющих на

формирование здоровья девочек в условиях семей разного социального типа.

Объектами исследования явились девочки выпускных классов и их родители. Основным методом сбора информации явилось анкетирование по специально разработанной анкете для девочек-подростков и их родителей. Первую исследуемую группу составили 96 семей, проживающих в сельской местности. Вторую – 157 семей, проживающих в городе, девочки из которых обучались в школах, где преподавание проводилось по инновационным программам.

У девочек из первой группы хроническая патология составляла 34%, в основном заболевания желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, нарушения зрения. Родители в данной группе были в основном рабочих специальностей, в подавляющем числе со средним образованием. Бытовые условия у большинства семей характеризовались малым размером жилой площади и недостаточным набором коммунальных услуг. Среднемесячный доход у более половины позволял лишь делать покупку необходимых продуктов. Для этих семей характерно нарушение режима питания, как по количеству приемов пищи, так и по набору продуктов. Значительная часть родителей проводит более 3 часов у телевизора. Алкоголизация в семьях вызывает тревогу высокой цифрой употребления – 64% женщин, 82% мужчин. При этом 43% родителей не возражают против приема алкоголя своими дочерьми. Значительная часть родителей занимается самолечением. За медицинской помощью обращаются, как правило, поздно и/или в период значительного ухудшения.

У девочек из второй группы хроническая патология отмечалась достоверно реже. Среди родителей данной группы преобладали служащие, в большинстве своем с высшим образованием. Подавляющее число семей проживает в благоустроенных квартирах с достаточной площадью. Среднемесячный доход достоверно выше, чем в семьях первой группы. Прием алкоголя осуществляется в меньшем проценте семей, в основном, по праздничным дням. Против употребления алкоголя заявляют 86% семей. В семьях больше читают литературы на медицинские темы, значительно реже занимаются самолечением.

Таким образом, социальный статус семей оказывает значительное влияние на формирование здоровья девочек. Полученные данные диктуют необходимость проведения профилактической работы в семьях первой группы, воспитывающих девочек.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Новожилова И.Ю., Вотякова О.И.

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ «Городская клиническая больница №4»*

Приоритетное направление современной медицины – профилактическое. Для своевременного выявления различных отклонений в состоянии здоровья детей и подростков в нашей стране разработана система профилактических осмотров несовершеннолетних.

С целью определения распространенности эндокринной патологии среди детского населения г. Иваново, проведен ее анализ у детей и подростков, относящихся к разным социальным группам, подлежащих профилактическим осмотрам.

Материалом для анализа стали результаты профилактических осмотров детей в возрасте 5-17 лет детским эндокринологом. Среди осмотренных было 2114 (в 2013 г.) и 2483 (в 2014 г.) школьников общеобразовательных школ, 800 детей воспитанников специальных (коррекционных) образовательных учреждений и 216 детей-сирот и детей, оставшиеся без попечения родителей, проживающих в стационарных учреждениях.

В 2013 году эндокринная патология выявлена у 19,6%, в 2014 – у 20,9% школьников общеобразовательных школ, в том числе у детей десятилетнего возраста в 21,7% и 23,8% случаев соответственно. В следующих возрастных группах, подлежащих осмотру, частота встречаемости эндокринных заболеваний составила: в 14 лет – 20,4% и 28,7% соответственно, в 15 лет – 17,9% и 22,6%, в 16 лет – 15,5% и 21%. Среди детей десятилетнего возраста заболевания эндокринной системы с одинаковой частотой встречались у мальчиков и у девочек. В последующие возрастные периоды имела четкая тенденция к увеличению патологии среди девочек. Так, в возрасте 15-16 лет у девушек заболевания эндокринной системы встречались по сравнению с юношами в 2-3 раза чаще. В целом, эти цифры согласуются с данными по другим регионам ЦФО.

В структуре эндокринной патологии у школьников общеобразовательных школ на первом месте диффузный эндемический зоб, диагноз которого верифицирован с использованием УЗИ диагностики и гормонального обследования. Распространен-

ность зоба в разные возрастные периоды колебалась от 6 до 31,8% у девочек и от 1,8 до 7,5 % у мальчиков. Обращает на себя внимание снижение этого заболевания за последние пять лет с 22% до 13%. Однако указанный уровень отражает сохранение йодного дефицита в регионе, что подчеркивает необходимость активного проведения йодной профилактики и контроля за ее эффективностью.

Другой распространенной эндокринной патологией по данным профилактических осмотров школьников является ожирение. В 2013 году число пациентов с лишним весом составило 9,5%, а в 2014 году – 8,2%. Максимальный его процент зафиксирован в возрастной группе 10 лет с одинаковой частотой среди мальчиков и девочек.

Другие эндокринные нарушения, такие как низкорослость, задержка полового созревания, белково-энергетическая недостаточность, встречались намного реже, в 0,2-1,5% случаев.

По результатам осмотров детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях, в 2014 году эндокринная патология выявлена у 24,5%, что на 4-5% выше, чем в группе школьников общеобразовательных школ. Отмечены отличия и в структуре заболеваемости – с одинаковой частотой в этой группе диагностировались диффузный эндемический зоб, ожирение, низкорослость и легкая белково-энергетическая недостаточность. Обращает на себя внимание значительное снижение у данной категории детей за последние семь лет распространенности диффузного эндемического зоба. Это обусловлено проведением в этих учреждениях постоянной йодной профилактики с использованием йодированной соли и препаратов калия йодида. Также значительно в этой группе уменьшилось количество детей с низкорослостью, эндокринно-зависимых вариантов низкого роста среди детей этой группы по данным осмотров в 2014 г. не выявлено. При этом отмечен рост распространенности ожирения. Семь лет назад, когда впервые стала проводиться диспансеризация, распространенность ожирения среди детей-сирот составляла 2%, что было значительно ниже, чем в общей популяции детей, теперь она достигла 7,1%. В целом, внедрение с 2007 года программы диспансеризации и реабилитации детей-сирот привело к значительному снижению у них частоты встречаемости эндокринной патологии (с 40% до 24,5%) и ее приближению к таковой в популяции школьников.

Среди детей-инвалидов, воспитанников специализированных школ-интернатов различных видов, заболевания эндокринной системы выявлены у 25,5% осмотренных. Отмечены различия в структуре эндокринной патологии в зависимости от основного заболевания. Самая высокая частота встречаемости – 40% – имела место у детей с нарушением зрения. В этой группе наиболее часто встречалось ожирение, оно имело место у 16% детей, что в два раза выше, чем в других группах. Среди детей с нарушением речи эндокринную патологию имели 29%, у них чаще выявлялось увеличение щитовидной железы – в 16% случаев. У детей с нарушением опорно-двигательного аппарата заболевания эндокринной системы зарегистрированы в 19% случаев, наиболее часто встречались ожирение (8%) и низкорослость (8%). У детей с умственной отсталостью эндокринная патология диагностирована в 22% случаев, в равной степени выявлялись диффузный эндемический зоб (7%), ожирение (8%) и низкорослость (6%).

Полученные данные отражают высокую частоту встречаемости эндокринной патологии у детей и подростков и ее различия в распространенности и структуре у детей разных социальных групп, что необходимо учитывать при разработке лечебно-профилактических программ.

ОТДЕЛЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ: ПЕРВЫЕ ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Постол И.И., Рунова О.С., Жданова Л.А., Шишова А.В.

*ОБУЗ «Детская городская поликлиника №6»
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России*

Неблагоприятные демографические процессы в обществе сопровождаются резким ухудшением состояния здоровья. В целях совершенствования организации службы неотложной медицинской помощи населению Ивановской области в соответствии с федеральным и областным законодательством в ОБУЗ «Детская городская поликлиника № 6» с 1 июля 2011 г. был организован кабинет неотложной медицинской помощи, а с 16 декабря 2013 г. – отделение неотложной медицинской помощи (ОНМП).

Оказание неотложной медицинской помощи детскому населению осуществляется как на приеме, так и на дому в часы работы детской поликлиники.

Разработан перечень поводов для обращения родителей с детьми в ОНМП:

- лихорадка выше 38,5°C на момент вызова, не поддающаяся купированию жаропонижающими средствами, в т.ч. сопровождающаяся рвотой, сыпью, болью в животе;
- лающий, грубый кашель, хриплый голос; беззвучный, осипший голос, не связанный с аллергией, инородным телом;
- свистящее дыхание, слышное на расстоянии;
- рвота и жидкий стул у ребенка первого года жизни без признаков обезвоживания; у детей старше одного года – рвота, жидкий стул более 5 раз за сутки;
- обострение хронических заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, без потери сознания, без признаков кровотечения, без резкого внезапного ухудшения состояния;
- ухудшение состояния у онкологических больных.

Помощь на дому осуществляется по факту поступления вызова, для их приема в ОНМП выделена отдельная телефонная линия. Звонки могут поступать от:

- диспетчера подразделения скорой медицинской помощи города;
- регистратора детской поликлиники, принимающего вызовы врача на дом;
- врача, ведущего амбулаторный прием в поликлинике (если во время приема обратился ребенок, нуждающийся в оказании неотложной помощи);
- непосредственно от родителей пациентов.

Неотложная медицинская помощь на дому оказывается выездной бригадой в течение двух часов с момента регистрации вызова в поликлинике. Основной задачей бригады является установление диагноза, осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента и, при наличии показаний, оформление направления на госпитализацию в стационар по профилю заболевания. В случае отсутствия эффекта от оказанной медицинской помощи, ухудшения состояния больного и возникновении угрожающих жизни состояний врач-педиатр, осуществляющий оказание неотложной медицинской помощи, организует вызов бригады скорой медицин-

ской помощи или, в случае угрозы жизни пациента, – бригады интенсивной терапии.

Открытие ОНМП значительно улучшило качество, повысило доступность и оперативность оказания неотложной медицинской помощи населению, а именно:

- существенно сократилось время ожидания врача при неотложных состояниях (до 2 ч);
- на 38% уменьшилась доля госпитализации, в основном за счет случаев ОРЗ, протекающих с бронхобструкцией, выраженной и длительной гипертермией, явлениями стеноза; более оперативная работа и оснащение выездной бригады отделения позволяет купировать эти состояния в домашних условиях;
- расширились возможности ведения детей в амбулаторных условиях при обострении хронических заболеваний, особенно таких, как бронхиальная астма; врач ОНМП имеет возможность использовать не только клинические показатели тяжести состояния ребенка, но и объективные, например сатурацию кислородом крови (пульсоксиметр оснащен датчиками для детей от 1 мес. до 18 лет); при этом врач может не только снять приступ, используя небулайзер, но и оценить эффективность терапии с помощью пикфлоуметрии;
- улучшилось качество оказания медицинской помощи детям-инвалидам с онкологической и неврологической патологией, перенесшим травмы и тяжелые операции, прикованным к постели, детям с пороками развития, пациентам, которые ждут последующие этапы оперативных вмешательств; ликвидация у них декомпенсированных состояний позволяет предотвратить госпитализацию в стационары города; при необходимости организуется совместный выезд с врачами-специалистами к такому ребенку и консилиум на дому.

В перспективе необходима компьютеризация отделения, создание и внедрение электронной информационной системы, содержащей единую базу сведений обо всех пациентах, автоматизированного рабочего места врача и медицинской сестры, электронных систем помощи в принятии решений, доступа к электронным информационным и обучающим ресурсам. Это позволит унифицировать работу и повысить престиж работы сотрудников отделения.

**ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОДРОСТКОВ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКИХ ДОМАХ**

Пыхтина Л.А., Кочерова О.Ю., Слабинская Т.В., Шанина Т.Г.

*ФГБУ «Ивановский НИИ Материнства и детства
им. В.Н. Городкова» Минздрава России
Департамент здравоохранения Ивановской области*

Состояние соматического и психического здоровья, физического развития воспитанников детских домов подросткового возраста определяет ограничения профессиональной деятельности, дальнейшего получения образования и обуславливает проблемы будущего отцовства и материнства. В связи с этим целью нашего исследования явилось - изучить особенности состояния здоровья и психологических характеристик подростков, воспитывающихся в детских домах.

В исследование были включены 200 воспитанников детских домов в возрасте от 13 до 17 лет. Проведена выкопировка данных медицинских карт (ф. №112-1/у-00), (ф. №112/у), (ф. №026/у-2000), где анализировались распространенность и структура соматической патологии детей. Физическое развитие оценивалось по унифицированной методике А.Б. Ставицкой и Д.И. Арон (1959). Оценка нервно-психического состояния включала анализ эмоционально-вегетативной сферы, психомоторной сферы, интеллектуального развития (приказ МЗ РФ №60 от 14.03.95 г.). Психологическое обследование проводилось с помощью теста Г. Шмишека и методики А. Басса и А. Дарки.

В результате проведенного исследования установлено, что уровень общей заболеваемости у воспитанников детских домов подросткового возраста соответствовал 4685‰, число заболеваний, приходящихся на одного ребенка, составило – 4,7, наибольшая заболеваемость регистрировалась в возрастной группе 13-14 лет (5115,4‰).

Выявили, что подростки, воспитывающиеся в детских домах, характеризовались высокой соматической заболеваемостью, преимущественно за счет болезней нервной системы (15,5%), органов пищеварения (14,3%), костно-мышечной системы (13,7%), психических расстройств и расстройств поведения (13,4%), болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ (9,5%), врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений (9,3%), болезней глаза и

его придаточного аппарата (7,6%). Различий в структуре соматической заболеваемости у 13-14-летних и 17-летних подростков не выявлено.

Большинство обследованных подростков имели нормальное физическое развитие, отклонения физического развития выявлены менее чем у трети детей. Наиболее часто отклонения физического развития отмечались в возрасте 13-14 лет и были представлены низким ростом и дефицитом массы тела. Это, вероятно, обусловлено пубертатным периодом, а также поступлением детей из неблагополучных семейных условий.

Нервно-психическое состояние и развитие у этих детей характеризовалось высокой частотой нарушений эмоционально-вегетативной сферы (у 43,5%), психомоторной сферы (у 34%), интеллектуального развития (у 40,5%). Наибольшая частота эмоционально-вегетативных нарушений отмечалась в возрастной группе 13-14 лет (57,7%). У мальчиков нарушения эмоционально-вегетативной сферы выявлялись в 1,6 раза чаще, чем у девочек.

Результаты психологического обследования свидетельствовали о значительных проблемах развития личности у большинства воспитанников подросткового возраста, что характеризовалось высокой частотой встречаемости гипертимного и экзальтированного типов. У девочек чаще, чем у мальчиков, диагностировались экзальтированный, а также демонстративный, возбудимый и эмотивный типы личности. Это свидетельствует об их эмоциональной неустойчивости и большем риске возникновения у них дезадаптационных нарушений. У воспитанников детских домов, в отличие от детей, воспитывающихся в семье, чаще выявлялась повышенная раздражительность, чувство вины и вербальная агрессия. Причем у девочек, в отличие от мальчиков, чаще регистрировался повышенный негативизм и чувство вины, а у мальчиков – повышенная физическая агрессивность и подозрительность.

Таким образом, выявлены особенности состояния здоровья у воспитанников детских домов подросткового возраста, установлено, что высокая частота соматической патологии, отклонений физического развития, нарушений нервно-психического развития чаще регистрируется в возрасте 13-14 лет. Это позволяет рассматривать данный возрастной период как критический для формирования здоровья и обуславливает необходимость разработки дополнительных мероприятий по его оптимизации. Высокая частота встречаемости гипертимного и экзальтированного

типов акцентуаций характера, повышенная раздражительность, чувство вины и вербальная агрессия свидетельствуют о необходимости оказания таким детям своевременной психологической помощи. Эти качества личности могут затруднять социальную адаптацию подростков и способствовать формированию психосоматической патологии.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС МАТЕРЕЙ У ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Русова Т.В.¹, Чаша Т.В.², Манохина И.И.³, Познанская А.В.³, Селезнева Е.В.¹, Харламова Н.В.²

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России¹

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России²

Департамент здравоохранения Ивановской области³

Сохранение и укрепление здоровья женщин детородного возраста, их социальное благополучие является важным направлением работы по профилактике младенческой смертности.

Цель работы – дать характеристику состояния здоровья, течения беременности и родов, социального статуса 73 женщин, дети которых умерли в возрасте до года в 2014 году для дальнейшей оптимизации мероприятий по профилактике младенческой смертности в Ивановской области

Проведен анализ данных, представленных в индивидуальных картах беременной и родильницы, диспансерных книжках беременной (обменная карта), картах анализа случая младенческой смертности, утвержденных распоряжением Департамента здравоохранения Ивановской области от 25.08.2013 № 564.

В ходе исследования установлено, что в акушерско-гинекологическом анамнезе у большинства женщин, дети которых умерли на первом году жизни, были медицинские аборт (63%), самопроизвольные выкидыши (22%), первичное бесплодие (5%), погибшая беременность (4%).

При обследовании женщин во время беременности, завершившей рождением ребенка, умершего в возрасте до года, у 57% из них были выявлены воспалительные заболевания гениталий (кольпит, хронический аднексит, сальпингоофорит), у 18%

– эрозии шейки матки, у 6% – миомы матки и у одной пациентки – эктопия шейки матки.

Большинство беременных имели различную экстрагенитальную патологию (87%): анемия диагностирована у 57% женщин, патология сердечно-сосудистой системы – у 45% (артериальная гипертензия – 12%, нейроциркуляторная дистония – 31%, ВПС – 2%), эндокринной системы – у 30% (ожирение – 18%, эндемический зоб – 9%, сахарный диабет – 3%), болезни органов пищеварения – у 25% (хронический гастродуоденит, панкреатит, холецистит – 14%, гепатит – 8%, цирроз печени – 3%), хронический пиелонефрит или цистит – у 20%, болезни органов дыхания – у 17% (хронические заболевания верхних дыхательных путей – 11%, хронический бронхит – 6%), у 4 женщин была выявлена ВИЧ-инфекция и у одной беременной – сифилис. ОРВИ во время беременности перенесли 14% женщин

Лишь у 30% женщин беременность была первой, у 19% – второй, у 17% – третьей и у 34% – четвертой и более.

У всех женщин течение беременности было осложненным: в 48% случаев отмечалась фетоплацентарная недостаточность, в 34% – угроза прерывания беременности, в 26% – гестоз (в том числе в 11% преэклампсия), в 26% – синдром задержки внутриутробного развития плода, в 20% – хроническая внутриутробная гипоксия плода. Внутриутробные инфекции были выявлены у 40% беременных, многоводие – у 14%, плацентит – у 11%, маловодие – у 5%. Нарушение расположения плаценты диагностировано у 3 женщин, истмикоцервикальная недостаточность – у одной беременной.

Частота преждевременных родов среди этих женщин составила 55%. Осложнения в родах наблюдались у одной трети пациенток: несвоевременное излитие околоплодных вод – в 18% случаев, дородовое кровотечение – в 6% случаев, острая гипоксия плода – в 5% случаев, преждевременная отслойка низко расположенной плаценты и дефекты плаценты с ручным контролем – в 3% случаев.

Обращает внимание значительная распространенность факторов социального неблагополучия у этих женщин. Так, у 26% беременных брак не был зарегистрирован, 11% женщин состояли на учете в учреждениях социальной защиты населения, у 8% – беременность была не желанной. Вредные привычки имели 15% женщин (курение – 7%, злоупотребление алкоголем – 3%, употребление наркотиков – 1%). В 8% случаях наблюдалось

лишение женщин родительских прав в отношении предыдущих детей или добровольный отказ от ребенка либо его передача на государственное обеспечение.

20% женщин во время беременности отказывались от необходимых консультации врачей-специалистов или госпитализации, либо преждевременно уходили из стационара, 12% – не выполняли назначенные лечебные мероприятия. Несвоевременно (в сроке более 12 недель) встали на учет по беременности 32% женщин, нерегулярно посещали женскую консультацию 19%, 4 женщины не встали на учет по беременности в женской консультации.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о значительной патологической отягощенности акушерского и гинекологического анамнеза, высокой частоте хронической соматической патологии, осложненного течения беременности и родов, социального неблагополучия у женщин, дети которых умерли на первом году жизни, что указывает на необходимость междисциплинарного и межведомственного подхода при формировании направлений работы по профилактике младенческой смертности.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРИ ВЛИЯНИИ РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ

Севастьянова Т.А., Бобошко И.Е., Рунова О.С.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Следствием недооценки общества социальных проблем семьи явилось возрастание числа детей и подростков с асоциальным, разрушающим их здоровье, поведением.

Целью исследования стало изучение характеристики состояния здоровья подростков 16-17 лет с нарушениями типа семейного воспитания и создания программы их сопровождения в амбулаторных условиях.

Исследование включало комплексную оценку состояния их здоровья с углубленным изучением психических характеристик и характера социальной адаптации, оценку родительско-детских взаимоотношений (опросник).

Обследованы 280 детей 16-17 лет, учащихся 10-11 классов школ г. Иваново, которые имели наличие хронических заболеваний и огромный пласт психосоциальных проблем, у каждого второго была выражена тревожность (83,3%), у трети страхи

(72,4%), низкая самооценка (71%), эмоциональный дискомфорт в семье (76,7%), у половины подростков трудности социальной адаптации (55,3%), агрессия (49,4%). В связи с чем по общепринятому подходу изучения социального анамнеза они были разделены на две группы: из семей с социально-благополучным расположением 63,7% и неблагополучным – 36,3%. Нормальное физическое развитие в 3 раза чаще встречалось в благополучных семьях (68,9%), в неблагополучных семьях треть подростков имели повышенную массу тела. Частота нарушений соматических заболеваний вдвое выше болезни органов пищеварения в социально- неблагополучных семьях (8,3%), в 3 раза чаще инфекционные заболевания (4,2%), в 3,6 раза – болезни нервной системы, в 4 раза – заболевания мочеполовой системы (7,2%). По функциональным отклонениям органов и систем в 2,5 раза чаще выявлены отклонения со стороны ССС у неблагополучных детей, в 2 раза чаще сколиоз и бронхиальная астма. При детализации причин эмоционального напряжения выяснено, что в неблагополучных семьях в 2 раза чаще отсутствуют формы гармоничного внутрисемейного общения, в 2 раза реже обращение подростка к родителям при возникновении школьных трудностей, конфликтах, в 3 раза чаще подвергаются физическим наказаниям. Помимо групп риска были изучены угрожаемые жизни нарушения поведения детей, у 55% школьников 10-15 лет из 395 опрошенных отмечалось аутоагрессивное поведение: у каждого пятого 19 % – это рисковое поведение; треть – 27% суицидальное поведение, мысли; у 5% детей – незавершенные суицидальные попытки. В связи с этим для этой категории пациентов были предложены этапы сопровождения в отделении медико-социальной помощи для психолога и врача педиатра. Разработаны опросники для выявления подростков с риском аутоагрессии и созданы мероприятия по ее преодолению. При оценке течения адаптации у 300 первоклассников к школе выявлено, что успешно адаптируются лишь половина детей (45,1%); треть (39,7%) приспособлены к школьным факторам и полная дезадаптация отмечается у каждого пятого (15,2%). Для них были предложены дифференцированные программы сопровождения для педагога – по оптимизации взаимодействия с детьми и для родителей по созданию эмоционального комфорта ребенка в семье и организации режима дня.

Таким образом, дети из неблагополучных семей кроме лечения соматических заболеваний нуждаются в психологической и психотерапевтической помощи, а форму 112/У и 26/У целесообразно дополнить стандартным разделом мониторингования социальных факторов риска.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №7

***Сибякова Л.В., Молькова Л.К., Жданова Л.А., Смирнова С.В.,
Нуждина Г.Н.***

*ОБУЗ «Городская клиническая больница №7»,
«Детская поликлиника №7»
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России*

Рост хронических заболеваний и пограничных нервно-психических расстройств у детей требует активизации медико-психолого-социальной помощи детям в условиях детской поликлиники с участием специалистов кабинетов (отделений) медико-социальной помощи (МСП).

Цель работы – представить опыт работы кабинета МСП детской поликлиники № 7 г. Иваново.

Кабинет МСП работает с 2012 года, имея в своей структуре врача-педиатра, психолога, социального работника, юриста-консультанта. Среди направлений работы можно выделить: оказание медико-психологической помощи детям с пограничными нервно-психическими расстройствами и психосоматическими заболеваниями; профилактика, диагностика и коррекция нарушений поведения детей; медико-психологическая и социально-правовая поддержка семей; методическая помощь врачам, педагогам и психологам детской поликлиники и образовательных учреждений (ОУ) в организации психопрофилактики; медико-психологическое консультирование родителей по вопросам воспитания и стимуляции развития.

К настоящему времени удалось оптимально распределить обязанности среди специалистов кабинета МСП, при этом врач-педиатр оказывает диагностическую и лечебно-консультативную помощь детям с психосоматическими расстройствами и проводит мероприятия по формированию здорового образа жизни. Психолог проводит психологическую диагностику и консультирование детей и членов их семей, выявляет факторы риска разви-

тия хронических заболеваний, осуществляет психокоррекцию, оказывает психологическую помощь. Социальный работник выявляет детей и семьи групп медико-социального риска, поддерживает детей и их семьи в трудной жизненной ситуации, взаимодействует с социальными педагогами и психологами ОУ. Юрисконсульт проводит юридическое консультирование и защиту детей и родителей, осуществляет внутри- и межведомственное взаимодействие по правовым вопросам.

Сотрудники кабинета МСП тесно взаимодействуют между собой и с другими специалистами детской поликлиники в рамках медико-психологического консилиума. Совместное обсуждение результатов медицинского и психологического обследования ребенка позволяет не только вынести полное заключение о состоянии его здоровья, но и выявить негативные психологические и социальные факторы в развитии заболеваний, дополнить или скорректировать программу лечения и реабилитации ребенка, до этого недостаточно эффективную. В комплексную программу реабилитации включают не только лечение хронической патологии, но и коррекцию вегетативной дисрегуляции при участии невролога поликлиники, повышение неспецифической резистентности и выработку навыков успешной адаптации в семье и ОУ. Кабинет МСП детской поликлиники тесно сотрудничает с ОУ, медико-психолого-педагогической комиссией, органами опеки и попечительства и другими учреждениями по профильным проблемам.

Специалистами кабинета разработана и успешно реализуется технология медико-социального сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Акцент в работе с детьми ставится на совершенствование свойств внимания, обучение методам саморегуляции, снижение эмоционального напряжения, преодоление страхов, агрессии, повышение самооценки, освоение новых форм социального поведения. Успех в работе определяется активным участием родителей и педагогов.

В настоящее время специалистами кабинета проводится дальнейшее внедрение комплексных дифференцированных программ медико-психологической помощи детям с бронхиальной астмой, сердечно-сосудистой и другой патологией. Проводятся совместные конференции для врачей и медицинских сестер детской поликлиники для освещения нейро- и психосоматических проблем и более активного привлечения участковой

службы в осуществлении адресной помощи детям. Расширяются групповые формы работы, как с детьми, так и с родителями (семейный клуб, тренинги и др.). Внедряется электронный банк памяток и рекомендаций для детей и родителей по ведущим проблемам. Специалисты кабинета МСП надеются на дальнейшее расширение своих возможностей в связи с развитием материально-технической базы детской поликлиники, в том числе созданием комнаты психологической разгрузки.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОРВИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Филькина О.М., Воробьева Е.А., Пыхтина Л.А.

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

Профилактика острых респираторно-вирусных инфекций (ОРВИ) является приоритетным направлением педиатрии, направлена на оптимизацию здоровья детского населения, носит комплексный характер с необходимостью включения психологического компонента, направленного на повышение эмоционального состояния детей, в сочетании с эффективными противовирусными препаратами.

Цель работы – использование комбинированной технологии профилактики ОРВИ с применением психологической коррекции и топических интерферонов у часто болеющих детей.

Обследованы 160 часто болеющих детей (ЧБД) в возрасте от 3 месяцев до 3 лет и их родители. Заболеваемость детей оценивали по обращаемости в поликлинику по данным выкопировки из их медицинских карт. Из них 100 детей – основная группа и 60 детей – группа сравнения. В основной группе проводили комбинированную профилактику ОРВИ по схеме: использование лекарственного препарата «Гриппферон®, капли назальные» с момента контакта ребенка с больным ОРВИ (в разовой возрастной дозе 2 раза в день) в течение 7 дней; выполнение мероприятий по улучшению эмоционального статуса ребенка, повышению профилактической активности родителей, снятию у них психоэмоционального напряжения. В группе сравнения проводили профилактику ОРВИ по традиционной схеме после контакта с больным ОРВИ.

Методы исследования. В обеих группах проводили количественную оценку эмоционального статуса (ЭС) детей; определяли концентрацию трийодтиронина (T_3), тироксина (T_4), соматотропного гормона (СТГ), кортизола (КТ) в сыворотке крови на иммунохемилюминесцентном анализаторе «IMMULITE» наборами фирмы «DPC». Оценивали вариабельность ритма сердца (BPC) – методом спектрального анализа с использованием аппарат «Полиспектр-12». Определяли профилактическую активность родителей на основании выявления у них психологической и информационной готовности, психологический статус – с использованием психологических тестов (методики Айзенка, Юнга, Т. А. Немчина, Спилбергера, А.Я. Варга, В.В. Столина).

По результатам исследования, выявлен низкий исходный эмоциональный статус у всех обследованных детей. Установлено, что сниженный эмоциональный статус сопряжен со сниженным содержанием стресслимитирующих гормонов – трийодтиронина, тироксина, соматотропного гормона; повышенным содержанием стрессреализующего гормона – кортизола; высоким индексом вагосимпатического взаимодействия при нагрузке (LF/HF), которые, в свою очередь, коррелируют с частой заболеваемостью детей ОРВИ ($r = 0,48$; $p < 0,02$). После использования профилактического комплекса в основной группе отмечено отсутствие заболеваний ОРВИ после контакта с больным ОРВИ у 65% детей. У 35% отмечали насморк и у ряда детей – кашель и гиперемии зева. Повышение температуры отмечалось у 42% заболевших до субфебрильных значений в течение 1-2 дней. Тогда как в группе сравнения не заболели ОРВИ лишь 1,9%.

При этом обращает внимание, что у детей основной группы частота отсутствия заболевания ОРВИ была выше в случаях с более высоким уровнем эмоционального статуса ($10,78 \pm 2,64$ баллов и выше) к моменту контакта ребенка с больным ОРВИ, чем с низким ($3,01 \pm 1,17$ баллов) ($p < 0,05$).

В динамике профилактической активности родителей и их психологического статуса в основной группе отмечали увеличение числа родителей, хорошо представляющих объем мер по оздоровлению и развитию ребенка в ближайшее и отдаленное время (матери – с 45% до 90%; $p < 0,001$; отцы – с 50% до 85%, $p < 0,001$), понимающих свою значимость в профилактике нарушений здоровья и реабилитации ребенка (матери – с 60% до 90%, $p < 0,02$; отцы – с 40% до 85%, $p < 0,001$). Определяли снижение числа матерей с 32% до 14% ($p < 0,05$) с повышенной

тревожностью. В группе сравнения достоверных различий в динамике показателей профилактической активности родителей и их психологического статуса не выявляли.

Таким образом, проведение комбинированной профилактики ОРВИ у часто болеющего ребенка (применение лекарственного препарата «Гриппферон® капли назальные» на фоне предупреждающей коррекции эмоционального статуса у ребенка, снижения стрессреактивности его организма, коррекции психоэмоционального статуса и профилактической активности родителей) при контакте с больным ОРВИ обуславливает высокую профилактическую эффективность, что позволяет рекомендовать предложенный комплекс мероприятий для использования в клинической практике.

РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

***Филькина О.М., Воробьева Е.А., Слабинская Т.В.,
Румянцева Т.В.***

*ФГБУ «Ивановский НИИ Материнства и детства
им. В.Н. Городкова» Минздрава России
Департамент здравоохранения Ивановской области
Департамент образования Ивановской области*

Оздоровление является важным направлением формирования здоровья школьников. Эффективность оздоровления учащихся определяется, прежде всего, рациональной организацией, комплексностью и массовостью.

В связи с этим важно создание региональной модели оздоровления школьников для укрепления их здоровья, повышения успешности обучения, социальной адаптации, формирования здорового образа жизни.

Региональная модель оздоровления школьников создана на основе соглашения Департамента образования Ивановской области, Департамента здравоохранения Ивановской области, Ивановского НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова, Центра лечебно-профилактической медицины «Медиком» в рамках проекта «Межведомственная система оздоровления школьников» и включает в себя Областной центр здоровья школьников, школы, различные центры здоровья и семьи.

Данная модель оздоровления рассматривает школу как территорию здоровья со следующими обязательными составляющими:

- медицинский блок с автоматизированным комплексом медико-педагогического сопровождения здоровья школьников в рамках реализуемого регионального проекта «Межведомственная система оздоровления школьников» и набором оборудования по оздоровлению школьников;
- психологический блок с кабинетом психологической разгрузки и психологической диагностики на основе автоматизированной программы психологического тестирования;
- блок социального педагога (при наличии);
- блок физкультурно-массовой работы со спортивным залом, кабинетом ЛФК или малым залом для групповых занятий физической культурой, занятий ритмикой или хореографией, психофизической тренировкой, тренажерным залом, открытой спортивной площадкой;
- информационно-методический блок;
- школьный кабинет здоровья;
- школьный отряд волонтеров.

Основными принципами оздоровления школьников являются:

- комплексный медико-психолого-педагогический подход с интеграцией и координацией медиков, педагогов, родителей, самих учащихся в их оздоровлении;
- формирование мотивации у школьников, родителей и педагогов в оздоровлении;
- формирование единого здоровьесберегающего пространства в образовательном учреждении;
- формирование культуры здоровья и здорового образа жизни;
- создание в образовательных учреждениях инфраструктуры для оздоровления;
- частно-государственное партнерство;
- использование современных автоматизированных и дистанционных технологий;
- информационная и методическая поддержка.

В Ивановской области создан Областной центр здоровья школьников с отделением дистанционного управления здоровьем для оказания координационной, организационной, методической, консультативной, обучающей, информационной помощи образовательным учреждениям. Формы информационно-методической поддержки самые разнообразные: конференции, семинары, вебинары, телемосты, мастер-классы, обучающие

тренинги, круглые столы, индивидуальные консультации медицинских работников школ, педагогов, родителей, информационные письма, методические рекомендации и т.д.

Оздоровление учащихся в образовательных учреждениях осуществляется в различных формах: организация и проведение оздоровительных мероприятий с учетом расписания учебного процесса и инфраструктуры школы; организация и проведение 3-го урока физической культуры с использованием вариативных программ физического воспитания; организация и проведение спортивно-физкультурно-оздоровительных, в том числе семейных, соревнований и конкурсов; участие в традиционных областных акциях «Управляй своим здоровьем!», «Быть здоровым – здорово!», форуме «Здоровое поколение», межрегиональном фестивале школьных команд «Мы – за здоровый образ жизни» и др.

Внедрение региональной модели оздоровления школьников позволило обеспечить полноту проведения и повышение качества профилактических осмотров учащихся, организовать оздоровление учащихся с учетом результатов проведенного обследования; повысить информированность учащихся, педагогов, родителей по вопросам формирования здоровья и здорового образа жизни; оптимизировать показатели физического развития школьников за счет уменьшения числа детей с дефицитом массы тела и низким ростом во всех возрастных группах; снизить заболеваемость, уменьшить число часто болеющих среди учащихся 1-х и 5-х классов, увеличить число детей с первой группой здоровья; сформировать ценностные ориентации на сохранение здоровья и здоровый образ жизни у школьников, родителей, педагогов; повысить мотивацию родителей и детей и их участие в укреплении здоровья; повысить удовлетворенность родителей медико-психолого-педагогическим сопровождением здоровья школьников в образовательных учреждениях.

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ

Шишова А.В., Жданова Л.А., Сытина Н.В.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Современный мир немыслим без вакцинопрофилактики, позволившей ликвидировать оспу и взять под контроль многие тяжелые инфекции, определявшие высокую заболеваемость и

смертность, прежде всего в детском возрасте. В настоящее время целью массовых прививок является не только снижение заболеваемости и смертности, но и поддержание достигнутого эпидемического благополучия и распространения его на другие инфекции. Однако, несмотря на наличие явной медико-социальной эффективности вакцинации, в ряде случаев отмечается негативное отношение к активной иммунизации детей. Часть родителей верит в альтернативные пути профилактики инфекционных заболеваний, используя при этом методы, которые далеки от медицины.

Цель работы – изучить информированность и отношение родителей к вакцинопрофилактике детей.

Проведен социально-психологический опрос родителей (n=200), имеющих 1 и более детей в возрасте до 18 лет. Каждому участнику исследования была предложена анонимная анкета, содержащая 21 вопрос.

По результатам анкетирования установлено, что подавляющее большинство родителей (78%) прививают своего ребенка по национальному календарю, однако 21% детей вакцинируется избирательно, и только 1% не прививается вообще. Основными причинами отказа от вакцинации явилось нежелание родителей делать прививки из-за страха развития осложнений (57%) и наличие в анамнезе медицинских противопоказаний (29%). Чуть более половины опрошенных считают (55%), что прививки - это необходимая мера и их нужно сделать обязательными вне зависимости от желания родителей; 45 % полагают, что прививки – это личное дело каждого родителя – делать или не делать прививку своему ребенку.

Чуть более половины (56%) считают, что для профилактики болезни обязательно делать прививки, так как они защитят ребенка от инфекции. Лучше переболеть и получить естественный иммунитет думают 28% родителей, 16 % считают, что прививки делать не обязательно, достаточно закаливания, фитотерапии и т. п.

Половина (56%) родителей считают, что вакцинация снижает восприимчивость к определенной инфекции. Каждый десятый думает, что избыток прививок перегружает иммунную систему; 7 % полагают, что вакцинация ослабляет организм. К сожалению, 26 % затрудняются ответить на данный вопрос.

Половина опрошенных (59 %) считают справедливым, если детей без прививок не принимают в детский сад, школу, каждый четвертый (26%) имеет противоположное мнение; 15% вообще

не имеют представления в отношении данного вопроса. При этом значительное количество опрошенных осознают, что отсутствие профилактических прививок ведет к возникновению массовых инфекционных заболеваний или эпидемиям.

Родители считают, что прививки нужны:

- ребенку, чтобы не болеть – 74 %;
- врачам для выполнения плана – 14 %;
- фармацевтическим фирмам для получения дохода – 12 %;
- прививки никому не нужны – 0 %.

Преобладающая часть убеждена, что, несмотря на большую конкуренцию фармацевтических фирм и врачебные планы, прививки важны для ребенка с целью предохранения от возможных инфекционных заболеваний.

Оценивая эффективность прививок, родители думают, что:

- прививка может предотвратить болезнь – 89 %;
- прививка не оказывает влияния – 9 %;
- прививка делает только хуже – 2 %.

Согласно данным опроса более половины хотели бы знать больше о прививках (64%). Жаль, что каждый третий родитель не видит в этом необходимости.

Таким образом, подавляющее большинство родителей прививают своего ребенка в соответствии с Национальным Календарем профилактических прививок. При этом половина опрошенных считают вакцинацию личным делом каждого.

Лишь половина населения имеет правильное представление о влиянии вакцинации на иммунную систему ребенка.

Десятая часть родителей имеет ошибочное мнение об эффективности вакцинопрофилактики. Это связано с их недостаточной информированностью в области вакцинопрофилактики и требует усиления санитарно-просветительской работы в этом направлении.

ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА: ВЗГЛЯД РОДИТЕЛЕЙ

Шишова А.В., Жданова Л.А., Пономарева Т.Н.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В России ежегодно регистрируется около 50 млн. случаев инфекционных заболеваний, из них на долю гриппа и ОРВИ приходится до 80-90%. Высокая контагиозность гриппа приводит к ежегодным эпидемиям и пандемиям, которые наносят суще-

ственный экономический ущерб. Успех борьбы с этой инфекцией во многом зависит от информированности населения и соблюдения ограничительных и профилактических мероприятий. При этом единственно научно обоснованным методом борьбы против этой инфекции является вакцинопрофилактика. Вместе с тем ряд родителей отказываются вакцинировать своих детей, ссылаясь на негативное влияние прививок на иммунитет, неэффективность и даже вред вакцинации.

В связи с этим, целью научного исследования явилось изучение информированности родителей по вопросам профилактики гриппа.

В исследовании приняли участие 100 родителей, в возрасте от 18 до 56 лет. Был проведен опрос по разработанной нами анкете, содержащей 20 вопросов. В качестве ответа можно было выбрать один или несколько утверждений. Анкетирование проводилось в детских поликлиниках №3, 6, 7 г. Иваново. Оценка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. Информированными в вопросах профилактики гриппа считает себя почти половина опрошенных (45%), каждый третий (33%) затрудняется ответить на этот вопрос, что позволяет усомниться в их компетентности по данному аспекту. Подавляющее большинство респондентов (93%) совершенно обоснованно считает грипп опасным заболеванием. Основными путями передачи инфекции, по мнению 92% родителей, являются воздушно-капельный и лишь 31% опрошенных указывает контактно-бытовой, который также имеет значение в распространении инфекции. Более половины опрошенных (62%) видят опасность гриппа в осложнениях, лишь 8% - в летальном исходе, а каждый третий вообще не знает ответа на этот вопрос. При появлении в доме больного гриппом лишь две трети родителей изолирует его от других членов семьи и обращается к врачу. Далеко не все опрошенные понимают важность проведения других профилактических мероприятий: влажной уборки и проветривания помещения, выделения отдельной посуды и постельного белья, забывая о том, что инфекция может передаваться и контактно-бытовым путем. При этом 16% применяют еще и средства народной медицины, и только 1% использует маску. В качестве средств профилактики наиболее популярными являются противовирусные препараты и лук, чеснок. Выявлено, что только четверть опрошенных делает прививки от гриппа себе и детям. Среди других ответов отмечены употребление

фруктов, витаминотерапия, применение иммуностимулирующих средств, своевременное лечение органов дыхания, избегание во время эпидемии людных мест и использование масок. Примечательно, что у 10% популярны ещё и закаливающие процедуры, а каждый десятый профилактику гриппа не проводит вообще. Половина респондентов (49%) совершенно обоснованно считает, что прививка может предотвратить болезнь; каждый пятый (23%) думает, что она не оказывает никакого влияния; около четверти респондентов утверждают, что после вакцинации может возникнуть заболевание. Касаясь вопроса проведения прививок против гриппа у детей, выяснилось, что 68% респондентов считают это личным делом каждого родителя, лишь каждый пятый ратует за обязательную вакцинацию. По результатам анкетирования выявлено, что подавляющее большинство респондентов (72%) не делают прививку ни себе, ни детям, только четверть - вакцинируется ежегодно. При этом у половины опрошенных отмечается положительное отношение к вакцинации; у 22% - прививка от гриппа оставила негативные воспоминания. Часть испытуемых разделяет отрицательное мнение знакомых и СМИ. К сожалению, в единичных случаях негативное отношение к вакцинации формировали сотрудники медицинских учреждений. Наиболее простыми и понятными способами предоставления информации о профилактике гриппа, по мнению родителей, являются передачи на радио и телевидении, наглядные средства агитации, а также лекции, беседы специалистов, лишь 9% респондентов занимаются самообразованием.

Таким образом, в результате анкетирования выявлено, что большая часть опрошенных родителей недостаточно информирована в вопросах профилактики гриппа и недооценивает важность вакцинации. При этом около трети родителей необоснованно преувеличивают опасность прививки. Поэтому, совершенно очевидно, что необходимо повышать медицинскую грамотность населения по этой проблеме. Учитывая этот факт, нами была разработана памятка, освещающая основные вопросы профилактики гриппа. Данная памятка внедрена в «Детской городской поликлинике №6» г. Иваново. Кроме того, была создана лекция на тему «Что нужно знать о гриппе», которая прочитана на родительских собраниях и классных часах в образовательных организациях. Повторный опрос родителей показал повышение их информированности и подавляющее большинство высказало желание вакцинироваться в начале следующей осени.

II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ

ОРГАНИЗАЦИЯ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1500 ГРАММОВ, В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Малышкина А.И., Матвеева Е.А., Филькина О.М.,
Гришина Т.Г.*

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

В связи с внедрением в 2012 году новых критериев живорожденности, рекомендуемых ВОЗ, в Российской Федерации отмечается постоянный рост частоты рождения детей с массой тела менее 1500 граммов. У детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении перинатальная патология как нервной, так и других функциональных систем организма характеризуется значительно большей тяжестью, полиморфизмом и комплексностью нарушений. Эти дети относятся к группе высокого риска формирования инвалидизирующей патологии и стойких неинвалидизирующих расстройств, поэтому они нуждаются в катамнестическом наблюдении, медицинской реабилитации, а также в тщательном прогнозе их дальнейшего развития.

Для обеспечения пролонгированного, дифференцированного наблюдения, амбулаторного и стационарного восстановительного лечения при условии преемственности и непрерывности наблюдения лечебно-профилактическими учреждениями, в ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России была разработана региональная модель катамнестического наблюдения детей, рожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), первого года жизни. Сформулирована цель катамнестического наблюдения этих детей: профилактика, диагностика и лечение последствий перинатальной патологии и врожденных пороков развития; профилактика инвалидности, хронической патологии, задержки нервно-психического и отклонений физического развития при обеспечении своевременной диагностики, лечения, профилактики нарушений здоровья; реабилитация детей. Определена инфраструктура катамнестического наблюдения: детские поликлиники, Перинатальный центр ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им.

В.Н. Городкова» Минздрава России и его подразделения (консультативно-диагностическая поликлиника: кабинет катамнеза, клиничко-диагностический центр; стационарное отделение медицинской реабилитации для детей с нарушением функции центральной нервной системы), региональные и федеральные стационары, центры реабилитации. Обозначены основные задачи кабинета катамнеза: организация наблюдения; обеспечение взаимодействия со всеми медицинскими учреждениями; планирование сроков, объема наблюдения и контроль за их выполнением, отбор пациентов и их направление на консультации, стационарное лечение; создание электронной базы; оценка эффективности. Прописана маршрутизация детей с определением объема и сроков обследования, осмотров врачей специалистов и педиатра.

По данным катамнестического наблюдения у детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, к 1 году жизни отмечалась высокая частота острой заболеваемости, соматической патологии, последствий перинатальных поражений центральной нервной системы, инвалидности. Физическое развитие у этих детей в возрасте 1 года отличалось высокой частотой отклонений в виде низкого роста, дефицита массы тела и их сочетания. При изучении нервно-психического развития детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, выявлена высокая частота глубокого и комплексного отставания нервно-психического развития, обусловленного задержкой развития движений, активной и понимаемой речи, навыков на первом году жизни. В 1 год нервно-психическое развитие этих детей соответствовало 9,9 – 8,2 месяцам; средний возраст нервно-психического развития определялся ниже скорректированного.

По данным кабинета катамнеза инвалидность среди детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении за 5 лет снизилась в 2 раза. Так среди детей, родившихся в 2009 году к году инвалидность установлена у 26,5% детей, в 2012 году – у 16,2%, в 2013 году – у 12,3%.

Таким образом, разработана эффективная региональная модель катамнестического наблюдения детей первого года жизни, рожденных с ОНМТ и ЭНМТ, которая основана на принципах непрерывности, преемственности, индивидуальности, комплексности оказания медицинской помощи при условии интеграции медицинских учреждений.

БАЗОВАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННЫМ. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ

Шилова Н.А., Харламова Н.В., Чаша Т.В.

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

Базовая неонатологическая помощь это важнейший компонент поддержания не только здоровья новорожденного ребенка и матери, но и фактор, который определяет высокое качество жизни и здоровый психологический климат семьи. Кроме того, правильно организованная базовая неонатологическая помощь помогает экономить материальные ресурсы за счет исключения ненужных процедур и излишних лекарственных препаратов, а также средств, расходуемых на лечение заболеваний у новорожденных, которые связаны с нарушениями адаптации. Основной базовой помощи является минимальный набор вмешательств, доступный при всех родах, вне зависимости от уровня учреждения родовспоможения.

Цель исследования - проанализировать результаты внедрения в неонатологическую практику методического письма «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям», «Базового протокола ведения родов».

Результаты. В ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» с 2010 года были внедрены следующие методики базовой помощи новорожденным детям:

- с целью профилактики гипотермии: выкладывание ребенка на живот матери сразу после рождения, обеспечение контакта «кожа-к-коже», использование шапочки и носочков для новорожденного, осмотр ребенка на животе у матери, термометрия;
- совместное пребывание новорожденного с матерью с первых часов жизни; увеличено количество палат совместного пребывания (практически 100%), активное участие матери в процессе ухода за ребенком;
- отсроченное пережатие пуповины;
- партнерские роды;
- для поддержки грудного вскармливания: прикладывание к груди после родов через естественные родовые пути и после операции кесарево сечение при проведении любого вида обезболивания;
- исключение рутинного использования таких методик как: санация верхних дыхательных путей, ингаляция кислорода

- свободное пеленание;
- сухой способ ведения остатка пуповины;
- гигиена рук;
- ранняя выписка новорожденного из родильного дома.

Использование этих методик не требует экономических затрат, но вместе с тем, необходимо желание персонала работать по-новому и необходимо обучение персонала для применения этих методик.

Оптимизация оказания базовой помощи новорожденным позволило получить следующие результаты:

- увеличение количества новорожденных находящихся исключительно на грудном вскармливании при выписке из роддома;
- значительное снижение случаев геморрагической болезни новорожденных;
- значительное снижение гнойно-септических заболеваний у новорожденных;
- снижение частоты гипербилирубинемии новорожденных;
- отсутствие случаев гипотермии.

Таким образом, оказание базовой помощи новорожденному ребенку способствует более физиологическому течению раннего неонатального периода, позволяет уменьшить количество инвазивных манипуляций новорожденным, снизить заболеваемость новорожденных, а тем самым снизить количество переводов детей в отделение патологии новорожденных и соответственно уменьшить экономические затраты родовспомогательного учреждения.

Активное привлечение матери к уходу за новорожденным ребёнком формирует у нее положительный настрой, способствует получению навыков ухода за своим малышом, способствует длительному грудному вскармливанию.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Урсу Т.Н., Шниткова Е.В.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Период новорожденности является уникальным, поскольку после рождения идет интенсивная адаптация ребенка к новым условиям жизни. В процессе адаптации условия окружающей

среды предъявляют повышенные требования ко всем системам новорожденного, но в большей степени к дыхательной и пищеварительной. Частота встречаемости функциональных нарушений пищеварительной системы у детей первого года жизни составляет до 80-90%.

Цель научного исследования: выявить нарушения моторной и эвакуаторной функции пищеварительного тракта у новорожденных с тем, чтобы разработать лечебно-профилактические мероприятия при данной патологии.

Под наблюдением находились 116 доношенных новорожденных детей. Из них 60 (51,72%) мальчиков и 56 (48,28%) девочек. 82 ребенка (70,69%) имели гипоксически-ишемическое поражение ЦНС и они составили основную группу наблюдения. 34 ребенка (29,31%) составили группу контроля.

Новорожденным проводили общепринятые методы исследования: общий и биохимический анализы крови, копрограмма. Исследовали кал на дисбактериоз, оценивали уровень летучих жирных кислот (ЛЖК), являющихся метаболическими маркерами анаэробной условно патогенной микрофлоры, которые признаны одними из физиологических регуляторов моторной функции желудочно-кишечного тракта. Концентрации уксусной, пропионовой, масляной и изовалериановой кислот в крови и в слюне определяли методом газовой хроматографии пламенно-ионизационным детектором с использованием аналитических стандартов. При оценке степени поражения нервной системы использовали ультразвуковую диагностику головного мозга с помощью аппарата «Famio-0197» («Toshiba»). Для объективной оценки моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта проводили запись звуковых явлений в брюшной полости посредством компьютерной фоноэнтерографии (ООО «Нейрософт», г. Иваново).

У детей основной группы ишемическое поражение головного мозга расценено, как среднетяжелое. Гипертензивный синдром диагностирован у большинства детей (97,67%) новорожденных. Более чем у половины новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы отмечаются нарушения со стороны пищеварительного тракта, которые сопровождаются пониженным аппетитом, срыгиваниями, болями в животе, метеоризмом, а также нарушением окраски, консистенции и частоты стула, при этом в структуре функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта в большинстве случаев наблюдаются сочетанные формы и лишь у 5,72%

детей изолированные кишечные колики, а у 11,43% – срыгивания. Дисфункции пищеварительного тракта быстро теряют только функциональный характер, формируется дисбактериоз кишечника. При неблагоприятных условиях дисбактериоз кишечника из состояния компенсации переходит в декомпенсированное состояние и развивается энтероколит, обусловленный условно-патогенной микрофлорой кишечника.

Для оценки риска формирования пищеварительных дисфункций у новорожденных с перинатальным поражением нервной системы показано использование формализованных таблиц, включающих наиболее информативные признаки. Они могут быть использованы еще до рождения ребенка для определения риска развития функциональных нарушений и энтероколита у новорожденных детей. О таких рисках перинатальной патологии необходимо информировать мать.

Клинико-анамнестическими факторами, имеющими прогностическое значение в формировании функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта являются сочетанные гестозы беременных, наличие внутрижелудочковых кровоизлияний у ребенка, повышение концентрации изовалериановой кислоты в крови и гипермоторный тип перистальтики по данным компьютерной фоноэнтерографии.

С целью предупреждения и эффективной коррекции пищеварительных дисфункций и энтероколита у новорожденных рекомендован дифференцированный комплекс профилактических и лечебных мероприятий. Первостепенная роль отводится психоэмоциональному контакту матери и ребенка. Уникальна роль грудного молока в становлении полноценного микробиоценоза желудочно-кишечного тракта. При невозможности исключительно грудного вскармливания важен правильный подбор адаптированных молочных смесей.

Комплекс лечебных мероприятий при нарушении моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта у новорожденных включает два подхода: патогенетический и посиндромный, терапия зависит от вида нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Преимущественное сочетание нарушений данной функции с перинатальным гипоксическим поражением центральной нервной системы, совместно с неврологом осуществляется терапия имеющихся неврологических отклонений. Медикаментозные и немедикаментозные воздействия, прежде всего, направлены на

коррекцию метаболических нарушений, расстройств мозгового кровотока и улучшение реологических свойств крови. Дифференцированные комплексы лечебно-профилактических мероприятий в системе целенаправленной диспансеризации новорожденных детей позволяют снизить риск возникновения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, развития энтероколитов, вызванных условно-патогенной флорой кишечника, своевременно и максимально эффективно корректировать имеющиеся отклонения, способствуя становлению нормальной моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

***Шниткова Е.В., Терентьева Т.В., Воронова М.Ю.,
Можаева А.Н., Новикова А.А., Удальцова Г.А., Козлова О.Б.***

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ «Детская городская клиническая больница № 1»*

В России ежегодно рождаются до 20-22 тыс. детей с врожденным пороком сердца (ВПС). ВПС – это одна из самых распространенных врожденных аномалий у детей (30% от всех врожденных пороков развития); по частоте встречаемости она занимает третье место после врожденной патологии опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы. По данным различных авторов, они встречаются у 0,7-1,7% новорожденных.

Цель настоящего исследования: изучить структуру ВПС новорожденных, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных 1-ой городской детской клинической больницы (ДГКБ №1) г. Иваново, выявить факторы риска формирования данной патологии у детей.

В течение 3-х лет в отделении патологии новорожденных ДГКБ №1 г. Иваново находилось 198 доношенных новорожденных детей с врожденными пороками сердца. Из них 105 (53,03%) мальчиков и 93 (46,9%) девочки. Частота новорожденных с ВПС за период наблюдения варьирует от 9,0% до 11,8%.

За период наблюдения выявлен следующий спектр ВПС: дефект межжелудочковой и межпредсердной перегородки у 65,2% детей, тетрада Фалло отмечена у 7,1% новорожденных, стеноз устья аорты у 2,02% детей, изолированный стеноз легочной артерии (2,02%). Комбинированные пороки диагностированы

у 20,2%, пороки клапанов – у 14,1% новорожденных. Симптомы поражения сердечно-сосудистой системы в большинстве случаев выявлены в родильном доме в виде появления систолического шума, наличия изменения кожных покровов в виде цианоза носогубного треугольника, акроцианоза, немотивированной одышки. Окончательный диагноз врожденного порока поставлен в первые двое суток наблюдения за детьми при использовании эхокардиографического исследования сердца.

Изучение состояния здоровья матерей показало, что заболевания мочеполовой системы (хронический цистит, кольпит, эрозия шейки матки, хронический пиелонефрит, двурогая матка, узкий таз) диагностированы у 27,8% матерей; заболевания пищеварительной системы (хронический гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, гастродуоденит) у 7,1%; заболевания органов дыхания (бронхит, хроническая пневмония, очаговая пневмония) у 5,1%; ЛОР-органов (хронический гайморит, ангина, хронический тонзиллит) у 4,08%, заболевания сердечно-сосудистой системы (нейроциркуляторная дистония по гипертоническому и гипотоническому типу, гипертоническая болезнь) у 17,1% матерей. Эндокринная патология (патология щитовидной железы, зоб I, II степени, ожирение) выявлена у 14,1% матерей. Анемия зарегистрирована у 37,9% матерей. В течение первых месяцев беременности 18,2% матерей перенесли острую респираторно-вирусную инфекцию, у 9,6% – диагностированы инфекции, передающиеся половым путем (герпетическая инфекция, токсоплазмоз, уреаплазмоз, трихомониаз, ветряная оспа).

Беременность у матерей протекала на фоне: токсикоза у 11,1% матерей, угрозы прерывания беременности (29,8%), водянки беременных (37,4%), фетоплацентарной недостаточности (41,9%), плацентита (7,1%). Хроническая внутриутробная гипоксия плода диагностирована в 44,9% случаев. Вредные привычки зарегистрированы у 13,1% матерей (курение), у одной женщины – употребление легких наркотиков.

В асфиксии легкой степени тяжести родилось более половины (57,1%) новорожденных, в тяжелой асфиксии – 12,1% детей.

Врожденные пороки у 84,7% новорожденных сочетались с функционирующими фетальными коммуникациями и у 41,8% – с малыми аномалиями развития сердца. Из сопутствующих заболеваний выявлены: гипоксически-ишемическим поражением ЦНС (92,5%), проявляющееся преимущественно гипертензивным синдромом, конъюгационная желтуха (38,8%), энтероколит

(38,8%), гнойно-воспалительные заболевания (15,0%), пороки развития других органов (16,4%), задержка внутриутробного развития (40,8%) гипотрофический вариант.

Изучение социального анамнеза показало, что 15,7% родителей были в возрасте старше 29 лет, из них 65,0% – составляли отцы. Возраст родителей до 20 лет составил у 20,2%, преимущественно матерей (78,8%). Матери – «одиночки» составили 13,1%. Вне брака родилось 67,7% новорожденных. 9,6% отцов имели хронические заболевания (хронический пиелонефрит, язвенная болезнь желудка, сахарный диабет, бронхиальная астма, хронические заболевания ЛОР органов, псориаз).

Таким образом, в настоящее время отмечается незначительное увеличение частоты встречаемости врожденных пороков сердца. В структуре ВПС преобладают пороки с обогащением малого круга кровообращения, реже тяжелые сочетанные и комбинированные ВПС. У большинства детей с ВПС отмечается благоприятный прогноз в течении заболевания.

Ведущими факторами риска возникновения врожденных пороков сердца является: возраст матери старше 35 лет, соматические заболевания матери, токсикозы в первом триместре и угрозы прерывания беременности, отягощенный акушерский анамнез, предшествующие выкидыши, аборт; инфекционные заболевания матери.

В связи с этим, необходимо планирование беременности, профилактика хронических соматических заболеваний у родителей, ОРВИ, особенно в первом триместре беременности. При наблюдении за ребенком с врожденным пороком сердца следует помнить, что у них имеется поражение других органов и систем.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

***Харитоновна Е.В., Шибеева С.В., Левенец С.Е.,
Отрощенко Н.И.***

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ Ивановской области «Областная детская
клиническая больница»*

За последние годы в структуре сердечно-сосудистой патологии детского возраста наблюдается увеличение удельного веса

врожденных пороков сердца (ВПС). По официальным данным, в последнее время зарегистрировано увеличение врожденной сердечной патологии у новорожденных почти в 2 раза и ее роли в летальных исходах – на 10%. Частота кардиальной патологии определяется отношением числа детей с пороками сердца и сосудов к общему числу родившихся живыми детей и составляет приблизительно 1:100. Среди причин общей смертности новорожденных ВПС составляют около 15%.

Раннее распознавание пороков сердца, установление топического диагноза, определение степени нарушения гемодинамики и в зависимости от этого выбор метода лечения и оптимального срока операции являются важнейшими задачами, решение которых поможет снижению как младенческой, так и общей детской смертности. Основная роль в решении этих задач принадлежит неонатологам, участковым педиатрам и детским кардиологам, которые первыми выявляют порок сердца у ребенка, сообщают об этом родителям и настраивают их в соответствии с показаниями на хирургическое лечение. Кроме того, необходимо отметить важную роль врачей женских консультаций, которые уже на этапе гестации должны уметь заподозрить наличие врожденной патологии плода и, возможно, предотвратить рождение ребенка с тяжелыми, прежде всего, несовместимыми с жизнью пороками развития сердца.

Целью проведенного исследования явилось изучение показателей заболеваемости ВПС за 2013-2014 гг. у детей, проживающих в г. Иваново и Ивановской области.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей, находившихся на лечении в пульмо-кардиологическом отделении (ПКО) ОБУЗ Ивановской области «Областная детская клиническая больница» (ОДКБ) в 2013-2014 гг. с диагнозом «врожденный порок сердца». В исследование включены дети с неоперированным, впервые диагностированным пороком сердца. Исследовано 314 историй болезни. Среди всех больных преобладали девочки (54%).

Более половины от всех детей кардиологического профиля, находившихся на лечении в ОДКБ в 2013-2014 гг., составляли дети с впервые выявленным ВПС (67% и 61% соответственно). В 2013-2014 гг. в ПКО у детей, проживающих в г. Иваново и Ивановской области, наиболее часто диагностировались комбинированные/сочетанные «белые» пороки (47,0 % и 42,0 % от всех пороков соответственно). Из изолированных пороков наиболее

часто встречался ДМПП (48,6% и 42,8% от изолированных и 21% и 24,0% от всех пороков соответственно). По данным различных источников частота этого порока в России колеблется в пределах 7,8-15%. На втором месте – ДМЖП (11% и 13% соответственно). Общий открытый атриовентрикулярный канал в 2013 г. установлен в 4 % случаев, в 2014 г. – в 3%. Примерно у 7% в 2013 г. диагностированы «синие» пороки, в 2014 г. они выявлены в 9% случаев.

Основными составляющими диагностически-лечебного алгоритма при ВПС у новорожденных и детей первого года жизни являются:

- проведение первичной дифференциальной диагностики порока;
- оценка тяжести состояния ребенка;
- определение первичной терапевтической тактики ведения пациента с данной патологией;
- оценка транспортабельности больного и направление его на консультацию или госпитализацию в специализированное отделение или стационар, или в кардиохирургический центр.

Схема первичного обследования ребенка с подозрением на ВПС включает:

1. Физикальное обследование больного. При ВПС выявляются следующие основные синдромы: артериальная гипоксемия, сердечная недостаточность, аритмии, кардиальный синдром (сердечные шумы и др. изменения).

2. Оценка пульсации и измерение артериального давления на верхних и нижних конечностях.

3. Аускультация сердца и сосудов.

4. Анализ кислотно-щелочного состояния.

5. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – для определения размеров сердца, состояния легочного кровотока.

6. ЭКГ – для определения положения электрической оси сердца, характера сердечного ритма.

7. ЭХО-КГ – для установления топического диагноза.

Спасение жизни детей с ВПС в значительной мере зависит от глубины понимания вопроса теми врачами, к которым впервые попадает больной ребенок, и от их тесного повседневного контакта с учреждениями, обладающими оснащением и достаточным опытом для оказания срочной специализированной помощи.

БРОНХОФОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

**Жезлова Н.А., Алекаева О.Н., Кузнецова Е.Г., Вотякова О.И.,
Смирнова Т.Л.**

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ Ивановской области «Областная детская
клиническая больница»*

Бронхолегочная дисплазия (БЛД), описанная первоначально как ятрогения у недоношенных детей, в настоящее время рассматривается как нозологически самостоятельный вариант хронического обструктивного заболевания легких у детей раннего возраста и занимает по частоте второе место после бронхиальной астмы. У детей раннего возраста с БЛД в течение нескольких лет сохраняется сниженная растяжимость легких, увеличенное аэродинамическое сопротивление дыхательных путей и нарушенные вентиляционно-перфузионные соотношения. Объективная оценка функции внешнего дыхания (ФВД) у пациентов с БЛД необходима для определения степени выраженности бронхообструктивного синдрома и коррекции терапии. Кроме того, оценка функциональных параметров респираторной системы в грудном возрасте может иметь важное прогностическое значение.

Оценка функции внешнего дыхания у детей раннего возраста представляет определенные трудности. Одним из доступных и информативных методов диагностики ее нарушений у детей данной возрастной группы является компьютерная бронхофонография. Компьютерная бронхофонография (БФГ) - метод оценки функции внешнего дыхания, основанный на регистрации дыхательных шумов с последующей их компьютерной обработкой. Основными преимуществами данного метода являются отсутствие необходимости кооперации с пациентом, неинвазивность, возможность повторных исследований в динамике, что позволяет использовать БФГ у детей раннего возраста как для контроля функционального состояния дыхательной системы при обострении БЛД, так и для оценки эффективности базисной ингаляционной терапии.

Цель исследования – оценить функцию внешнего дыхания у детей первого года жизни с БЛД методом компьютерной БФГ.

В группу исследования вошло 43 ребенка в возрасте от 1 до 6

месяцев, у 32 из них отмечалось среднетяжелое течение, у 11 – тяжелое течение БЛД. Контрольную группу составили 15 детей раннего возраста без патологии бронхолегочной системы. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сроку гестации и массе тела при рождении. Запись бронхофонограммы проводилась через 1 ч после кормления в состоянии сна или спокойного бодрствования ребенка через лицевую маску в течение 5 секунд. Обработка полученных бронхофонограмм осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Pattern» и «Pattern Analyser» с определением акустической работы дыхания (АРД), выраженной в нДж, в соответствующих частотных диапазонах. Частотные характеристики бронхофонограмм оценивались в диапазоне от 0,2 до 12,6 кГц, разделенном на ряд поддиапазонов, каждый из которых соответствует определенному участку дыхательных путей. Общий диапазон характеризует спектр дыхательных шумов на частоте 1,2-12,6 кГц, соответствует прохождению воздушного потока от верхних дыхательных путей до бронхиол. Низкочастотный диапазон включает в себя частоту 0,2-1,2 кГц, в данном диапазоне регистрируются шумы верхних дыхательных путей, гортани, трахеи, крупных бронхов. Среднечастотный диапазон включает в себя частоту 1,2-5,0 кГц и отражает состояние проходимости дыхательных путей на уровне средних бронхов. Высокочастотный спектр (5,0-12,6 кГц) характеризует проходимость нижних дыхательных путей, вплоть до мелких бронхиол.

При исследовании функции внешнего дыхания выявлено, что у детей с тяжелой БЛД имеет место достоверное повышение показателя акустической работы дыхания в общем диапазоне по сравнению с контрольной группой (0,79 нДж и 0,23 нДж соответственно, $p < 0,05$). Показатели работы дыхания в диапазоне средних (1,2-5,0 кГц) частот также достоверно выше у детей с тяжелой БЛД по сравнению с контролем (0,49 нДж и 0,1 нДж соответственно, $p < 0,05$). В высокочастотном диапазоне (5,0-12,6 кГц) отмечено достоверное увеличение акустической работы дыхания как у детей с тяжелой (0,28 нДж), так и со среднетяжелой (0,27 нДж) БЛД по сравнению с контрольной группой (0,13 нДж, $p < 0,05$).

Таким образом, у детей первого года жизни с БЛД по данным бронхофонографии отмечается изменение функции внешнего дыхания, характеризующееся при среднетяжелой форме нарушением проходимости на уровне мелких бронхов, а при тяжелой и на уровне бронхов среднего калибра.

ЭРИТРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Уланова Т.Ю., Побединская Н.С., Широкова О.С.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Эритродермия (от греч. erythros – красный и derma – кожа) – это обобщающее название различных по этиологии и патогенезу кожных заболеваний, характеризующихся распространенным, универсальным покраснением, отеком, инфильтрацией и шелушением кожи.

Для эритродермии (ЭД) у детей раннего возраста характерно также развитие пеленочного дерматита. Основными причинами дерматита являются: натирание подгузниками, раздражение мочой и калом, перегрев и укутывание, реакция на стиральный порошок. Под действием этих факторов происходит микротравматизация эпидермиса и размножение патогенной флоры.

Некоторые формы ЭД у новорожденных изначально могут быть локализованными, а в дальнейшем принимают характер распространенной эритемы. Очень важно распознать патологию и отличить это состояние от экземы.

Различают эритродермии (ЭД) первичные и вторичные; последние наслаиваются на уже существующие кожные заболевания (псориаз, красный плоский лишай и др.).

ЭД бывают острые, подострые и хронические, возможны переходные и смешанные формы. Острые ЭД чаще всего являются следствием повышенной чувствительности (аллергии) к различным лекарствам (сульфаниламиды, антибиотики и др.). Хронические ЭД возникают как одно из проявлений общих заболеваний (лейкозы, ретикулезы, лимфогранулематоз, грибовидный микоз и др.). При осложнении мокнутием нередко присоединяется вторичная пиококковая инфекция.

Многие перинатальные или ранние неонатальные болезни обмена и инфекционные заболевания ассоциированы с кожными высыпаниями, однако только немногие проявляются как ЭД.

Эксфолиативный дерматит новорожденных (болезнь Риттера, неонатальный пемфигус) обычно возникает у младенцев и детей младше 5 лет, но описаны также врожденные и неонатальные случаи как результат хориоамнионита. Начинается остро, иногда в течение 1-2 дней появляется пятнистая, а впоследствии эритродермическая сыпь, которая сопровождается возросшей кожной чувствительностью. Такие дети раздражительны и лихорадят. Эти высыпания предшествуют образованию суб-

корнеальных пузырей, экссудации, формированию корок и, наконец, генерализованному шелушению. Заболевание обусловлено циркуляцией эксфолиативных токсинов (ETA, ETB), продуцируемых стафилококками в очагах инфекции, таких как конъюнктивит, омфалит или ринит.

Десквамативная эритродермия Лейнера-Муссу – заболевание, обусловленное недостаточным поступлением в организм новорожденного витаминов А и Е, фолиевой кислоты, биотина, дисфункцией фагоцитоза. Характеризуется триадой симптомов: поражением кожи, диспептическим стулом и анемией. Кожные поражения держатся 20- 30 дней, затем инфильтрация уменьшается, кожа становится эластичной и принимает нормальную окраску. Возможны осложнения: отит, пневмония, иногда множественные абсцессы, пиурия.

Среди *наследственных ихтиозов* выделяют: небуллезную ихтиозиформную ЭД и буллезную ихтиозиформную ЭД. Обе формы проявляются при рождении, но с разной степенью выраженности ЭД. Это редкая аутосомно-рецессивная форма тяжелого комбинированного иммунодефицита со специфическими признаками. В первые дни жизни возникает ЭД, более выраженная в складках кожных покровов. Затем на ее фоне возможно появление пузырей и пластинчатого шелушения. Характерен гиперкератоз ладоней и стоп. Кожа лица и волосистой части головы инфильтрирована, покрыта мелкопластинчатым шелушением. Возможно присоединение вторичной инфекции.

Проявлениями ЭД сопровождается целая группа метаболических заболеваний. *Недостаток галоксикарбоксилазосинтетазы* проявляется в виде врожденной ЭД и алопеции. Дети заболевают остро с явлениями кетоацидоза, дегидратацией и комой, и многие из этих детей умирают в течение 1 -й недели, если не получают должного лечения. *Недостаточность биотинидазы* проявляется позже (средний возраст начала – 3 месяца) с явлениями гипотонии, летаргии. Сопровождается припадками. Кожные высыпания напоминают энтеропатический акродерматит, а алопеция носит очаговый характер.

Врожденный кожный кандидоз в противоположность неонатальному кандидозу, который приобретается при прохождении плода через родовые пути матери, при врожденном кожном кандидозе ротовая полость и область подгузников обычно интактны. Течение, как правило, доброкачественное, но есть сообще-

ния о наличии системных инфекций, особенно у преждевременно родившихся детей.

Неонатальный и младенческий *эритродермический псориаз* относится к наиболее серьезным и тяжелым для терапии формам. Псориаз может продолжать существовать и в зрелом возрасте и иногда осложняется пустулезом и ранним развитием артропатии.

Дифференциальный диагноз ЭД – это многоступенчатый процесс, который включает: клиническую оценку, знание всех деталей семейного анамнеза, данные лабораторных и гистологических исследований. Задержка в установлении правильного диагноза может привести к гибели ребенка.

Новорожденные и младенцы с ЭД находятся в группе риска по развитию гипернатриемической дегидратации и гиперпирексии. Обязательны поддержание адекватного поступления жидкости при приеме внутрь или парентерально и мониторинг сывороточных электролитов.

Местное использование смягчающих средств увлажняет кожу и предотвращает образование трещин. Пузыри и эрозии, которые наблюдаются при буллезной ихтиозиформной ЭД, синдроме стафилококковой обожженной кожи и мастоцитозе, должны лечиться с помощью местных средств, обладающих вяжущим действием и при необходимости с помощью системных антибиотиков. Необходимо избегать контакта с раздражающими веществами, использовать средства для купания и стирки, предназначенные для детей, применять барьерные крема, защищающие кожу от раздражающих веществ и замедляют потерю воды. Одним из средств местной терапии ЭД у детей является препарат *Белантен*, который соответствует всем мировым стандартам и требованиям, предусмотренным к средствам ухода за кожей детей первого года жизни. Препарат имеет высокое качество очистки от любых аллергенов, благодаря своим физико-химическим свойствам обеспечивает надежный защитный эффект, не препятствуя обмену O_2/CO_2 . Ланолин, входящий в состав средства, проникает в роговой слой, обеспечивая гидратацию и эластичность кожи. Декспантенол (провитамин В5) – барьерное средство, индуцирует экспрессию гена НМОХ-1 (протеин НО-1), который участвует в процессе заживления ран, проявляя антиоксидантное действие, и тем самым снижает воспаление. Декспантенол быстро встраивается в структуры кожи, становится частью кожи, обеспечивая ее обновление. Хлоргексидин – антисептический препарат, активен в отношении грамположи-

тельных и грамотрицательных бактерий, простейших, вируса герпеса. Многочисленные исследования, проведенные в России доказали, что «Бепантен» отвечает требованиям, предъявляемым к препаратам для лечения и активной профилактики проявлений кожной патологии у детей первого года жизни, и может считаться препаратом выбора.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ: КОНЦЕПЦИЯ ВОЗРАСТНОЙ КРИТИЧЕСКОЙ НЕЙРОДИНАМИКИ

Новиков А.Е.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Цель исследования: разработать новую клинико-функциональную концепцию возрастной зависимости возникновения и типа припадков, их рецидива и трансформации в раннем возрасте на основе анализа клинико-нейрофизиологических данных.

Проведены индивидуальные лонгитудинальные наблюдения 120 детей с приступами и 58 детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией (ГИЭ) легкой степени без приступов (контрольная группа) с рождения на протяжении трех лет по трем группам: I (37 детей с ДЦП) представлена симптоматической локально обусловленной эпилепсией и генерализованной симптоматической эпилепсией – СЭ; II (22 ребенка) – доброкачественными неонатальными судорогами и идиопатической эпилепсией с генерализованными тонико-клоническими припадками при пробуждении на первом году жизни – ИЭ; III (63 ребенка с фебрильными приступами – ФП). У 33 детей с СЭ были неонатальные припадки (эпилептический синдром с генерализованными и фокальными), которые позднее перешли в парциальную либо в генерализованную СЭ.

Дети обследовались в периоде новорожденности, далее в сроки: 2-4, 5-8, 9-12, 13-18, 19-36 месяцев в соответствии с этапами нервно-психического развития. Обследование включало: общее клиническое; неврологическое; оценку уровня развития высших мозговых функций (ВМФ) по Денверскому скрининговому тесту; методикам Л.Т. Журбы с соавт., Т.Н. Осипенко, М.И. Лисиной; ЭЭГ по стандартной схеме отведений во время сна и бодрствования, в состоянии привлеченного внимания, модели-

рования положительной эмоциональной реакции ребенка, при затемнении.

Дети группы ИЭ с неонатальными припадками отличались коротким синдромом угнетения с переходом в синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, в основном общими клоническими судорогами с пиком в первые 3 дня жизни, низкоамплитудной ЭЭГ с острыми волнами во время сна. В процессе развития дети характеризовались: 1) парциальной задержкой развития ВМФ и наличием отдельных острых волн в ряду впервые регистрирующихся составляющих ЭЭГ (α -, μ -ритмы соответственно частотой 5,6 и 7,5 Гц) в возрасте 3-5 месяцев; 2) ростом частот спектра на 1 Гц в возрасте 15-16 месяцев; 3) отсутствием припадков и нормальным нервно-психическим развитием.

Группа детей с ФП имела: 1) легкую задержку развития ВМФ в доприступном периоде и на 2-3 годах жизни, связанную с рецидивом судорог в 4-8 и 13-19 месяцев, ростом частотных составляющих ЭЭГ в 15-16 месяцев; 2) рефлекторно-тонические и поведенческие расстройства; 3) сглаженность неокортикальной активности на ЭЭГ, рост когерентности волн в полосе 5,6-6,5 Гц в С-О-отведениях до 0,46 ($p < 0,05$), острые волны в ряду основного ритма в первые сутки после рецидива приступа; 4) трансформацию после 4-5 припадков в височную эпилепсию на втором году жизни (2 ребенка).

Отличия детей с СЭ составляли: 1) частота недоношенности и интранатальной гипоксии II-III степени; 2) длительность синдрома угнетения, вегетативно-висцеральных и двигательных нарушений; 3) частота ишемии, гидроцефалии и ВЖК I-IV степени, визуализированных при нейросонографии, и бактериального менингита в сочетании с соматической патологией; 4) тотальная задержка нервно-психического и физического развития; 5) низкоамплитудная ЭЭГ с мигрирующими острыми волнами, вспышками альфа-подобных и θ -волн в периоде новорожденности; 6) рецидив припадков у 22 детей в возрасте 2-5 месяцев в виде инфантильных спазмов (12) и парциальных моторных припадков с вторичной генерализацией (10); трансформацией синдрома Уэста в синдром Леннокса-Гасто через 1-2 года (7); 7) задержка формирования основных ритмов ЭЭГ, спонтанная 4Гц активность, нарушение «автономности» когерентных структур мозга, активность типа «вспышка-угнетение», «гипсаритмия», «спайк-волна» при синдромах генерализованной эпилепсии; 8) асим-

метрия и периоды локальных спайков и острых волн при парциальной эпилепсии.

Итак, пики приступов у детей раннего возраста связаны с определенными периодами развития: неонатальный (в основном первые 3-7 дней жизни); 2-5-й месяцы жизни (впервые регистрируются σ - μ - α -ритмы); 15-16-й месяцы (рост частоты μ - α -ритмов). Доброкачественные судороги новорожденных не связаны с эволюцией структурно-функциональных связей мозга, а обусловлены текущими острыми церебральными процессами и наследственной предрасположенностью.

Впервые регистрируемые ритмические составляющие ЭЭГ свидетельствуют о «включении» таламо-кортикальных проекций и начале функции первичных корковых полей с повышенной активностью. Значимое влияние в этом оказывает лимбико-кортикальная активация, на что указывает высокая частота θ -активности при моделировании положительной эмоции у ребенка, особенно в сроки 3-5 месяцев.

На основании совокупности данных, можно полагать, что для реализации любых припадков в критические периоды (2-5 и 15-16 месяцы) одним из основных механизмов является активация сенсорных и моторных зон затылочной, теменной и лобной коры с отражением в критической нейродинамике мозга. Максимально сближаются понятия «структура» и «функция». В условиях «включения» либо усложнения вертикальных и горизонтальных структурно-функциональных связей сканируются различные по структурной зрелости и функциональной активности популяции нейронов, которые в случае «доброкачественных» припадков составляют функциональный пейсмекерный аппарат (эпилептический очаг), активность которого «стирается» с наступлением следующего возрастного критического периода. В случае рецидива припадков (например, 3-5 ФП) с приходом нового периода происходит трансформация зависимых приступов в симптоматическую височную эпилепсию с переходом функционального очага в патологический, характеризующийся специфическими патофизиологическими (эпилептическая активность) и структурными признаками (например, мезиальный темпоральный склероз). У больных с изначально СЭ в периоде новорожденности после «эпилептического молчания» в возрасте 2-6 месяцев происходит рецидив припадков иного типа, развитие или трансформация формы эпилептической энцефалопатии. Аналогичная ситуация наступает на 2-м году жизни, отражая и дополняя наши представления по эпилептологии развития.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Самсонова Т.В., Земляникин К.О.

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

Двигательные нарушения занимают значительную долю среди неврологических расстройств в детском возрасте. Изменения в двигательной сфере развиваются при многих заболеваниях нервной системы, как врожденных, так и приобретенных. Наиболее часто двигательные нарушения в детском возрасте наблюдаются при перинатальной патологии нервной системы и составляют до 68,5% в структуре ее синдромов. Распространенность двигательных нарушений у детей, тяжесть клинических проявлений, приводящих в дальнейшем к ранней инвалидизации, сложность ранней диагностики и трудоемкость лечения делают данную проблему чрезвычайно актуальной и социально значимой.

Тщательное неврологическое обследование имеет важное значение для ранней диагностики двигательных расстройств у детей. Однако выявление и оценка нарушений моторного развития ребенка нередко представляет большие сложности, связанные с физиологической незрелостью нервной системы и возрастными особенностями развивающегося мозга. Раннее выявление различных отклонений моторного развития может быть осуществлено только на основе комплексного подхода. Для проведения количественного и качественного анализа психомоторного развития детей используются стандартизированные шкалы.

Для объективной диагностики патологических изменений при двигательных расстройствах применяются методы функциональной диагностики. Наиболее распространенным из них является электронейромиография. Она чрезвычайно информативна при разграничении заболеваний, связанных с нарушениями на сегментарном уровне (особенно при дифференциальной диагностике атонически-астатической формы детского церебрального паралича (ДЦП) с клинически сходными наследственными нервно-мышечными заболеваниями), а также для оценки функционального состояния сегментарных и супрасегментарных структур при нарушениях двигательного развития у детей. Показатели электронейромиографии могут иметь большое значение для оценки соответствия уровня психомоторного развития возрасту ребенка.

Получить детальную информацию о функции опорно-двигательного аппарата возможно путем клинического анализа движений с помощью биомеханических датчиков для регистрации временных и кинематических параметров ходьбы. Данные исследования движений позволяют охарактеризовать двигательные нарушения не только качественно, но и количественно. Наиболее часто используемыми датчиками являются гироскопы, акселерометры. Клинический анализ движений, как метод функциональной диагностики двигательной патологии, используется при планировании лечебного процесса, динамическом наблюдении в ходе реабилитации, оценке результатов лечения. В последнее десятилетие ведутся работы, связанные с ранней диагностикой ДЦП путем регистрации микроэлектромеханическими акселерометрами движений новорожденного ребенка и их системного анализа.

В последнее десятилетие в отечественной медицине активно развивается такой метод функциональной диагностики двигательной патологии, как компьютерная стабилметрия. Ее использование сделало возможным оценку эффективности системы равновесия в целом, топическую и нозологическую диагностику расстройств равновесия при вестибулярной дисфункции различного генеза, реабилитацию больных с расстройствами равновесия. Изучение клинико-стабилометрических характеристик у детей с ДЦП позволило установить не только значительное нарушение функции удержания вертикальной позы, но и дать ему количественную оценку. Выделены 5 объективно дифференцируемых типов нарушения опоры в основной стойке у детей с гемипаретической формой детского церебрального паралича. Были выявлены показатели, в наибольшей степени отражающие динамику лечебного процесса.

До последнего времени метод компьютерной стабилметрии у детей применяли только в положении стоя или сидя. Однако в первом полугодии жизни поддержание данных поз ещё не сформировано. Нами предложена методика проведения компьютерной стабилметрии у детей в возрасте 3-6 месяцев жизни. Наши исследования показали, что изменение стабилметрических показателей у детей с последствиями перинатального поражения головного мозга в виде нарушения моторного развития взаимосвязано с типом нарушения мышечного тонуса.

Таким образом, диагностика двигательных нарушений у детей представляет собой многоэтапный комплексный процесс,

который включает в себя неврологическое обследование, применение современных методов функциональной диагностики. Наряду с традиционными, широко вошедшими в клиническую практику методами диагностики, существуют активно развивающиеся технологии, к которым относится компьютерная стабилометрия. Разработка новых критериев диагностики, прогноза течения и оценки эффективности лечения двигательных нарушений у детей могут иметь весомое значение в снижении частоты их инвалидизации.

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ

***Пузырёв О.И., Новосельская О.И. Быков А.А.,
Новосельский А.Н., Воробьев А.В.***

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Статистические данные свидетельствуют о постоянном увеличении числа детей, имеющих нарушения осанки и сколиозы. За последние годы частота встречаемости данной патологии возросла в 4-6 раз. При скрининговых обследованиях ортопедическая патология выявляется почти у 80% детей. Рост числа заболеваний позвоночника у детей многие исследователи связывают с увеличением факторов риска данной патологии среди детского населения.

Цель работы – разработка метода ранней диагностики, коррекции и профилактики нарушений опорно-двигательного аппарата у детей.

Исследовалось состояние опорно-двигательного аппарата у детей в возрасте от 6 до 15 лет, учащихся школ г. Иванова. Всего обследовано 11250 детей. Исследование включало в себя клинический осмотр врачей – педиатра, травматолога-ортопеда и невролога, а также инструментальную оценку пространственного расположения структур опорно-двигательного аппарата с помощью аппаратно-программного комплекса «Стабилан – 3D» (патент на полезную модель РФ №94831 от 10.06. 2010 г. и патент на изобретение РФ №2442533 от 20.02.2012 г.). Комплекс позволяет определять конституциональные типы строения опорно-двигательного аппарата ребенка и прогнозировать развитие ортопедической патологии, прежде всего деформаций позвоночного столба.

Многолетние исследования морфо-функциональных асимметрий опорно-двигательного аппарата и нервной системы установили, что наряду с физиологическими изгибами позвоночника в сагиттальной плоскости существует и физиологическая, отвечающая биомеханическим требованиям микроротация вокруг вертикальной оси отдельных позвонков, проявляющееся на уровне всего позвоночного столба как «кручение». Проявляется «кручение» во фронтальной плоскости физиологическими отклонениями и является физиологической и конституциональной нормой, зависит от профиля морфо-функциональных асимметрий опорно-двигательного аппарата и нервной системы.

Выделение данной конституционной нормы привело к созданию концепции «Конституциональные предпосылки формирования конструкции тела человека». На основе характера кручения выделено 4 конституциональных типа строения опорно-двигательного аппарата. Это оптимальный (1 тип), адаптивный (2 тип), патологический (3 тип) и дезадаптивный (4 тип).

В общей популяции определяется следующее соотношение конституциональных типов: 15% – оптимальный I тип, 15% – адаптивный II тип, 35% – патологический III тип и 35% – IV дезадаптивный тип. Так 85% людей в исследуемой популяции имеют неоптимальный тип строения опорно-двигательного аппарата. Интересно отметить, что это соотношение определено нами у детей в начальной школе (1-4 классы). У детей – спортсменов (гимнасты, футболисты и др.), проходящих через соответствующий отбор, число оптимальных типов выше всего лишь на 5%. При этом у детей, занимающихся спортивной гимнастикой, проблемы в координаторной сфере отмечаются в 53-56% случаев.

Таким образом, клинические проявления неоптимальности конструкции тела у детей выражаются нарушениями осанки и сколиозами, у спортсменов – снижением результативности, а в дальнейшем, травмами и болезнями опорно-двигательного аппарата. Самый неблагоприятный для развития сколиоза III тип, праворукий – левоногий. Выделение конституциональных типов на основе профиля морфо-функциональных асимметрий позволило внедрить принцип донозологической диагностики в профилактические осмотры и сформировать программу «Медико-эргономической профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей» в школьных и дошкольных учреждениях. Даная программа включает проведение массовых скрининговых обследований, распределение обследованных де-

тей на группы в зависимости от типов конструктивного решения тела, назначение оздоровительных и корригирующих мероприятий. Эти группы условно можно обозначить как здоровые, группа риска развития патологии и больные, с уже имеющимися расстройствами. Здоровым – целесообразно проведение спортивного отбора и спортивной профориентации, группе риска – проведение оздоровительных мероприятий в школе, дома и санаторных лагерях, больным – лечение в специализированных реабилитационных центрах. Медицинская реабилитация в условиях стационара (дневного стационара) позволяет контролировать течение заболевания, формировать индивидуальную дифференцированную программу лечения, подбирать индивидуальные упражнения и комплексы лечебной физкультуры. При регулярном комплексном лечении достигается максимально положительная динамика течения заболевания, что приводит к улучшению качества жизни и уменьшению инвалидизации среди детского населения.

Целесообразно так же внедрение в процесс обучения принципиально новой школьной мебели – эргономического кресла «Дуосит» (патенты на изобретение РФ № №2206295 от 20.06.2003 г. и № 2199258 от 27.02.2003 г.), позволяющей сохранять при сидении естественное оптимальное положение позвоночного столба.

ПРОГРАММИРОВАНИЕ ПИТАНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Решетова Т.Г., Кузнецова О.В.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

«Золотым стандартом» вскармливания детей первого года жизни является грудное молоко. Физическое развитие детей, находящихся на грудном вскармливании, служат эталоном, к которому должны быть максимально приближены рост и развития «искусственников». Изучение состава грудного молока является своеобразным ориентиром при разработке современных молочных смесей для детского питания. Одно из лидирующих мест занимает процесс совершенствования белкового состава адаптированных молочных продуктов.

Содержание белка в женском молоке – 0,9-1,3 г в 100 мл с преобладанием сывороточной фракции. Коровье молоко отличается высоким содержанием белка – 3,4 г с доминированием казеиновой фракции, α -лактоальбумин является доминирующей

в сывороточной фракции, аминокислотный состав его соответствует потребностям грудного ребенка, способствует всасыванию кальция, цинка, железа. В процессе его переваривания образуются пептиды, обладающие антибактериальными, пробиотическими, иммуностимулирующими свойствами.

Дефицит белка в младенчестве влияет и на долговременное здоровье, приводя не только к задержке роста, но и к повышению риска инфекционных заболеваний, нарушению когнитивных функций. Избыточное потребление белка программирует адипогенную активность, повышает количество инсулиногенных аминокислот, избыточно нагружает органы пищеварения и выделения, вызывая дисбиотические процессы и повышение уровня мочевины в крови.

Компания Nestle разработала и запатентовала процесс оптимизации качества белка – OPTI Pro – за счет удаления казеин-глико-макропептида и повышения концентрации α -лактоальбумина, что максимально приближает аминокислотный состав молочных смесей с белком OPTI Pro к аминокислотному составу грудного молока.

Результаты, проведенные по использованию смесей с белком OPTI Pro, свидетельствуют о кратковременных и долгосрочных эффектах данных молочных продуктов на рост и развитие детей, легко перевариваются, не вызывая дисфункций желудочно-кишечного тракта, мягко действуют на незрелые органы пищеварительной и мочевой систем, положительно программируют метаболическую систему.

Обеспечение адекватного питания является непростой задачей, которая лучше всего решается путем мультидисциплинарного подхода с участием педиатров, диетологов, генетиков, руководителей здравоохранения и политиков. При этом команда специалистов, работающих в этой области, должна возглавляться педиатром.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1-3 ЛЕТ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Русова Т.В., Селезнева Е.В.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Эпидемиологические исследования последних лет, проведенные в Российской Федерации, свидетельствуют о том, что в

первые годы жизни детей нередко нарушаются принципы рационального питания. Возрастной период с 12 до 36 месяцев в жизни ребенка характеризуется высокими темпами его роста и развития, продолжением совершенствования функциональных возможностей как отдельных органов и систем, так и всего организма, что требует адекватного и сбалансированного поступления пищевых веществ и энергии.

Цель работы – изучить характер и особенности питания детей в возрасте 1-3 лет, проживающих в Ивановской области.

В рамках подготовки научно-практической программы по оптимизации питания детей в возрасте 1-3 лет в Российской Федерации проведено анонимное анкетирование 100 родителей, имеющих детей в возрасте 1-3 лет, и 100 врачей-педиатров Ивановской области. Анкеты отдельно для родителей и педиатров были разработаны и предложены координаторами указанной программы и содержали вопросы, касающиеся организации питания детей в возрасте 1-3 лет.

При анкетировании врачи-педиатры высказали мнение, что у большей части детей старше года рацион питания не сбалансирован. При этом 94% врачей указали на то, что родители, имеющие детей в возрасте 1-3 лет, обращаются к ним с вопросами организации питания. 99% педиатров отметили, что при работе с родителями уделяют внимание состоянию питания детей раннего возраста. Следует положительно оценить, что 54% врачей рекомендуют продолжить грудное вскармливание ребенка и после года. По данным анкетирования 87% педиатров рекомендуют родителям к использованию у детей старше года специальные молочные смеси и 77% врачей – продукты прикорма промышленного производства, аргументируя необходимость организации полноценного сбалансированного питания для детей в возрасте 1-3 лет.

Существенно различалось мнение врачей при ответе на вопрос: «В каком возрасте ребенок должен переходить на «общий стол»?». Ответы респондентов распределились следующим образом: переход после года – 16%, после 2 лет – 35%, после трех лет – 49%. По-видимому, это связано с отсутствием четких рекомендаций и с недостаточно точным определением данного понятия.

Следует отметить, что большинство врачей – педиатров считают необходимо создание «Национальной программы оптимизации питания детей от 1 года до 3 лет жизни в Российской Федерации».

Анализ анкет для родителей показал, что большинство из них (88%) считают рацион своих малышей сбалансированным, хотя почти 70% родителей уже на 2-ом году жизни начали кормить детей с «общего стола». При этом 64% детей на втором году жизни и 91 % детей на третьем году жизни получали «недетские» продукты (например, сосиски, полуфабрикаты, майонез, чипсы, кетчуп и др.), а также кондитерские изделия (70% детей 2-го года жизни и 88% детей 3-го года жизни). Согласно материалам анкетирования 9 из 10 мам задают вопросы врачу-педиатру по питанию ребенка после года и 91% родителей удовлетворены полученными ответами. При этом, важно отметить, что только 63% родителей в сроках и последовательности введения продуктов питания детям ориентировались на рекомендации врача-педиатра. Лишь 21% мам указали, что сохранили грудное вскармливание своих детей после года.

Считают, что соблюдают режим кормлений ребенка 74% родителей, при этом почти половина детей получают докорм между основными приемами пищи.

Материалы исследования показали, что в питании детей недостаточно используются такие специализированные детские продукты как молочные смеси для детей старше года, которые содержат необходимый комплекс витаминов и минеральных веществ – их получают не более одной трети детей второго и третьего года жизни. Однако в питании большинства детей (70%) применяются каши промышленного производства.

Таким образом, представленные материалы свидетельствуют о том, что рацион питания большинства детей в возрасте от 1 года до 3 лет является несбалансированным. Выявленные нарушения пищевого поведения и правил рационального питания диктуют необходимость выработки четких рекомендаций и усиления контроля врача-педиатра за организацией питания детей старше года.

ЭНЕРГООБЕСПЕЧЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕВРАЩЕНИЙ ПРИ РАХИТЕ У ДЕТЕЙ

Рывкин А.И.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Рахит относится к числу распространенных заболеваний детей раннего возраста и сопровождается многочисленными

нарушениями гомеостаза. Вместе с тем, проблема энергообеспеченности метаболизма при рахите освещена достаточно противоречиво и фрагментарно, что затрудняет разработку медицинского сопровождения этих детей.

Цель исследования – дать клинико-функциональную оценку выявленных изменений уровня адениловых кислот и обосновать подходы к организации медицинского сопровождения этих детей.

Обследовано 448 детей первого года жизни, больных рахитом и 73 здоровых ребенка того же возраста. Легкий рахит диагностирован у 98 (20,1%) детей, рахит средней степени тяжести – у 350 (79,9%). Детей с тяжелым рахитом не было.

Изучены уровень неорганического фосфора, кальция, активность щелочной фосфатазы и уровень адениловых кислот в эритроцитах и сыворотке крови.

Как показали наши наблюдения, у детей, больных рахитом, концентрация адениловых кислот в клетке изменяется соответственно периоду болезни.

В начальном периоде рахита происходит снижение АТФ до $261,60 \pm 8,837$ мг/л и повышение АДФ до $71,60 \pm 5,671$ мг/л. Достоверно снижается и соотношение АТФ/АДФ, составившее в этот период 3,8.

По мере развития рахитического процесса отмеченная направленность изменений достоверно углублялась. Содержание АТФ снижалось до $254,80 \pm 3,304$ мг/л в периоде разгара легкого рахита и до $220,90 \pm 4,802$ мг/л в периоде разгара рахита средней тяжести. Уровень АДФ при этом повышался соответственно до $96,20 \pm 2,720$ мг/л и $120,40 \pm 3,694$ мг/л. Соотношение АТФ/АДФ достигало минимальных значений, особенно при средней тяжести патологического процесса (2,6 и 1,8).

В периоде реконвалесценции исследуемые показатели энергетического обмена приближаются к уровням здоровых детей: АТФ – $289,80 \pm 9,854$ мг/л; АДФ – $84,40 \pm 5,733$ мг/л.

Как мы полагаем, эти изменения количественного содержания макроэргов в значительной мере обусловлены необходимостью энергетического обеспечения обмена веществ в изменяющихся условиях гомеостаза, когда организм стремится сохранить равновесие между скоростью образования АТФ и интенсивностью ее распада, создавая тем самым условия динамического равновесия этого продукта. По-видимому, это удается до тех пор, пока интенсивность действия факторов находится в физиологических границах и возникающие сдвиги являются обратимыми.

Действие на организм различного рода факторов всегда сопряжено с дополнительными энергетическими тратами. В этом отношении важным критерием адаптации становится способность биосистемы сохранять постоянство энергетического потенциала. Как показали наши исследования, у 80% детей с началом заболевания и 73,9% – с разгаром легкого рахита концентрации АТФ сохраняются в пределах пороговой величины, соответствующей адаптационным изменениям, отражая адекватную энергообеспеченность метаболизма больного ребенка. В то же время, в периоде разгара болезни средней тяжести уровень АТФ в заданных пределах сохранялся лишь у 10,3% детей, свидетельствуя, как мы полагаем, об истощении энергетического потенциала.

Характер отмеченных изменений, позволил нам сформулировать и обосновать предположение о месте энергообеспеченности метаболических реакций в общей цепи патогенетических сдвигов при рахите. Факторы внешней среды, действуя на организм, опосредованно через регуляторные механизмы или непосредственно, создают в организме состояние, при котором окислительный ресинтез АТФ отстает от ее расхода. В результате запас АТФ начинает уменьшаться, а концентрации АДФ и АМФ растут. Соответственно растет и потенциал фосфорилирования. Эти изменения количественного содержания макроэргов включают различные сопряженные механизмы, направленные на усиление ресинтеза АТФ (гликолиз, использование липидов и т.д.). Эта сопряженность процессов нарушается, если интенсивность действующего фактора приближается к максимальной.

Полученные результаты обосновывают необходимость пересмотра сложившихся подходов к медицинскому сопровождению этих детей.

ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН, ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И ПОКАЗАТЕЛИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ РАХИТЕ У ДЕТЕЙ

Рывкин А.И.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Несмотря на огромное количество исследований, выполненных по проблеме гомеостаза у детей раннего возраста больных рахитом, многие интимные механизмы этих изменений и до

настоящего времени остаются неизученными, что затрудняет своевременное их выявление и правильную трактовку.

Цель исследования – дать клинико-функциональную оценку выявленных изменений липидного гомеостаза и обосновать подходы к организации медицинского сопровождения этих детей.

Материалы и методы: обследовано 448 детей первого года жизни, больных рахитом и 73 здоровых ребенка того же возраста. Легкий рахит диагностирован у 98 (20,1%) детей, рахит средней степени тяжести – у 350 (79,9%). Детей с тяжелым рахитом не было.

Изучены уровень неорганического фосфора, кальция, активность щелочной фосфатазы в сыворотке крови, неорганический фосфор и фракции холестерина эритроцитов; показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты.

Как показали наши исследования, при рахите существенно изменяется метаболизм липидов, довольно тонко отражающий дезорганизацию жирового обмена при этом заболевании.

В начальном периоде заболевания, наряду с повышением абсолютного содержания общего – $3,63 \pm 0,161 \cdot 10^{-10}$ мг, лабильно-связанного – $2,92 \pm 0,119 \cdot 10^{-10}$ мг и структурного холестерина – $0,71 \pm 0,118 \cdot 10^{-10}$ мг, мы отмечали относительное возрастание удельного веса прочносвязанной фракции в клетке, на долю которой приходилось 19,6%. ГХПС внутриклеточных липидов при этом достоверно снижался – $1,98 \pm 0,039$.

В периоде разгара легкого рахита исследуемые показатели холестерина существенно не изменялись.

В периоде разгара средней тяжести заболевания, в сравнении с начальным периодом рахитического процесса, достоверно снижались общий холестерин клетки – $3,22 \pm 0,151 \cdot 10^{-10}$ мг и его лабильно-связанная фракция – $2,33 \pm 0,119 \cdot 10^{-10}$ мг. Удельный вес прочносвязанного холестерина достигал максимума – 24,4%. Наиболее низкие значения в этом периоде установлены и для ГХПС липидов – $1,62 \pm 0,037$.

В периоде реконвалесценции уровень общего холестерина $2,52 \pm 0,12 \cdot 10^{-10}$ мг и его функциональных фракций (лабильно-связанной и прочносвязанной): $2,12 \pm 0,114 \cdot 10^{-10}$ мг; $0,39 \pm 0,056 \cdot 10^{-10}$ мг – приближался к исходным величинам. Снижался удельный вес структурного холестерина в клетке до 17,2%. Достоверно увеличивался ГХПС липидов эритроцита – $1,92 \pm 0,036$.

Взросший уровень общего и лабильно-связанного холестерина, по-видимому, обеспечивал поступление в клетку дополни-

тельных количеств глюкозы, компенсирующих ее утилизацию, тем более, что при рахите нарушается проницаемость оболочек форменных элементов крови для глюкозы плазмы.

Это связано с тем, что холестерину принадлежит существенная роль в сложных механизмах переноса молекулярных комплексов через клеточную мембрану. Участие холестерина в компенсаторно-приспособительных реакциях организма при рахите, как мы полагаем, связано и с его свойствами антиоксиданта в свободнорадикальных реакциях окисления, способностью снижать проницаемость клеточных мембран для токсических продуктов и разрушать в коллоидальном состоянии перекись водорода, накапливающуюся в клетке в результате установленного нами снижения активности каталазы.

Существенные изменения в ходе заболевания претерпевали процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ).

В начальном периоде заболевания достоверно увеличивались накопления как начальных, так и конечных продуктов ПОЛ, составив соответственно для быстрой вспышки хемилюминесценции $76,5 \pm 0,16$ имп/сек; для медленной вспышки – $2368 \pm 276,5$ имп/сек и для концентрации МДА – $4,48 \pm 0,16$ нмоль/мл.

В периоде разгара легкого рахита отмеченная тенденция углублялась и зависела от характера течения патологического процесса, а в разгар рахита средней степени тяжести накопление продуктов перекисидации достигало максимума.

В периоде реконвалесценции процессы инициации свободно радикального окисления достоверно снижались, хотя и не достигали исходных значений.

У больных рахитом в начальном периоде заболевания мы не выявили существенных изменений в содержании восстановленного глутатиона (gSH) в сравнении с группой контроля.

В периоде разгара легкого рахита концентрация восстановленного глутатиона снижалась, зависела от остроты процесса, а при рахите средней степени тяжести это снижение достигало максимума.

В периоде выздоровления концентрация gSH повышалась, не достигая, однако, исходных значений, что согласуется с нашим предположением о сохраняющейся высокой способности липидов к окислению.

Полученные результаты обосновывают необходимость диетической коррекции выявленных сдвигов и пересмотра сложившихся подходов к медицинскому сопровождению этих детей.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ – ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

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

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»*

В настоящее время в педиатрической практике в лечении железодефицитной анемии используются три поколения железосодержащих препаратов, каждое из которых имеет свои преимущества и недостатки.

В настоящей работе проведен анализ результатов лечения среднетяжелых форм железодефицитной анемии в условиях стационара.

Под наблюдением в течение 12-ти лет находились 269 детей в возрасте от 1,5 до 15 лет.

В клинике заболевания были выявлены симптомы сидеропении различной степени выраженности.

В анамнезе у детей раннего возраста имелись указания на наличие анемии матери во время беременности и погрешности в питании, у детей старшей возрастной группы – дефекты питания, усиленные спортивные нагрузки, менструальные кровопотери.

В анализах крови выявлено низкое содержание сывороточного железа (менее 12 мкмоль/л) и ферритина (менее 10 мкмоль/л).

В условиях поликлиники всем детям до поступления в стационар в течение 4-4,5 недель проводилась терапия препаратами железа, но стойкого повышения гемоглобина не было.

При достижении уровня гемоглобина 95-100 г/л отмечалось повторное снижение гемоглобина или прекращение прироста показателя на фоне приема препаратов железа.

В клинических анализах крови в этих случаях отмечено появление макроцитов, что позволило предположить формирование дефицита фолиевой кислоты в условиях усиленного эритропоэза. У части детей дефицит фолиевой кислоты был подтвержден лабораторными исследованиями. В связи с этим сменилась терапевтическая тактика – в комплекс лечебных мероприятий были введены препараты, содержащие в своем составе кроме железа фолиевую кислоту. Основная группа детей получала мальтофер с фолиевой кислотой (мальтофер фол), другая – тотему, содержащую помимо фолиевой кислоты медь и марганец.

У всех детей отмечали стабильный рост гемоглобина и в течение 2-2,5 недель приема этих препаратов уровень гемоглобина достиг возрастных показателей.

Следовательно, при лечении железодефицитных анемий через 2,5-3 недели от начала терапии для достижения стойкого эффекта необходимо включать препараты, содержащие фолиевую кислоту.

Препаратами выбора следует считать мальтофер фол и тому в состав которой входят медь и марганец, позволяющие восполнить дефицит этих элементов у больных анемией.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

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

ГБОУ ВПО ИвГМА Миздрава России
ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Первичная иммунная тромбоцитопения (ИТП) является одним из частых геморрагических заболеваний, сопровождающихся изолированным снижением уровня тромбоцитов. Заболеваемость ИТП составляет 1,5-2,0 на 100 тыс. детского населения. Частота ИТП достигает 125 на 1 млн детского и взрослого населения в год. В основе патогенеза ИТП лежит деструкция нагруженных аутоантителами тромбоцитов клетками ретикулогистиоцитарной системы. Поэтому основными принципами лечения тромбоцитопенической пурпуры являются: уменьшение продукции аутоантител; нарушение связывания аутоантител с тромбоцитами; устранение деструкции сенсibilизированных антителами тромбоцитов клетками ретикулогистиоцитарной системы. Долгое время базисными методами лечения ИТП являлась глюкокортикоидная терапия и спленэктомия. В настоящее время 1-ая линия терапии ИТП включает высокие дозы внутривенных иммуноглобулинов (ВВИГ), антирезусный глобулин (анти-D) и глюкокортикостероиды; в особо тяжелых случаях используется комбинация препаратов.

Решение о проведении лечения ИТП и выбора конкретного метода принимается с учетом ряда факторов: количества тромбоцитов, проявлений кровоточивости, наличия сопутствующих и предшествующих заболеваний.

Цель исследования – оценить эффективность стартовой терапии острой первичной иммунной тромбоцитопенической пурпуры.

Проведен анализ эффективности стартовой терапии у 83 детей с диагнозом ИТП острое течение, находившихся на лечении в детском гематологическом отделении ОКБ г. Иваново за период 2003-2014 гг.

У 78% детей диагностирована тяжелая тромбоцитопения (уровень тромбоцитов ниже 20 г/л), что требовало назначения специфической патогенетической терапии. В связи с этим, пациентов разделили на три группы:

1 группа – дети, получающие лечение кортикостероидами (28 человек);

2 группа – пациенты, получающие антирезусный иммуноглобулин (19 человек);

3 группа – дети, которым в виде стартовой терапии вводился внутривенный иммуноглобулин (17 человек).

Эффективность терапии определялась по клинико-гематологическим критериям.

По данным анализа, пик заболевания приходится на возраст 3-6 лет (41%).

Среди заболевших количество мальчиков в раннем детском возрасте значительно превышало количество девочек, в последующих возрастных категориях преобладало количество девочек. ИТП в 2 раза чаще встречалась у городских детей, что вероятно обусловлено совокупностью неблагоприятных факторов действующих на ребенка.

Тромбоцитопения развивалась после перенесенной вирусной инфекции у 26% детей, причем 18,1% пациентов имели признаки острого инфекционного процесса на момент поступления в отделение. В качестве провоцирующих факторов у детей раннего возраста отмечено также обострение атопического дерматита и инфекционный мононуклеоз (6% и 3% соответственно), вакцинация. У 6% школьников клиника ИТП развивалась на фоне обострения гастроуденита.

Наиболее часто заболевание манифестировало в форме изолированного кожно-геморрагического синдрома в виде петехий (27,6%) или петехий в сочетании с экхимозами (44,8%). Влажная пурпура на момент начала патологического процесса определялась у каждого четвертого больного.

У 78% детей диагностирована тяжелая тромбоцитопения, снижение уровня тромбоцитов ниже 20 Г/л, что требовало

назначения специфической терапии. Наиболее часто (43%) детям назначались глюкокортикоиды в стандартной дозе (2 мг/кг/сутки), в 30% случаев – антирезусный глобулин (анти-D) и 27% – внутривенный иммуноглобулин (ВВИГ). Купирование геморрагического синдрома в короткие сроки отмечено при назначении анти-D и ВВИГ. У детей, получающих глюкокортикоиды, клиническая ремиссия достигалась на второй неделе от начала терапии. Такая же тенденция и в достижении гематологической ремиссии. 86% детей имели полный или частичный гематологический ответ на проводимую терапию. Эффективность лечения кортикостероидами и внутривенным иммуноглобулином сопоставимы и определяются достижением ремиссии у 75-78% пациентов. У детей, получавших антирезусный глобулин, клинико-гематологическая ремиссия достигнута лишь в 20% случаев. Отсутствие эффекта от данного препарата определялась наличием инфекционного процесса или сопутствующей патологией.

Таким образом, внутривенные иммуноглобулины и глюкокортикоиды имеют сопоставимую эффективность. Однако при применении ВВИГ клиническая ремиссия достигается быстрее. Антирезусный иммуноглобулин дает быстрое купирование геморрагического синдрома, в части случаев ответ на терапию не стойкий. Следует отметить, что выбор стартового препарата надо осуществлять с учетом предшествующего анамнеза и физикальных данных.

МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Решетова Т.Г., Ларюшкина Р.М., Николаенкова Е.Ф.

*ОБУЗ Ивановской области «Областная
детская клиническая больница»
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России*

Основной задачей лечения ИМС у детей является ликвидация острой инфекции, предупреждение уросепсиса, снижение вероятности ренального повреждения. Антимикробная терапия детям с ИМС должна начинаться как можно раньше. Дети с лихорадкой, токсокозом, невозможностью получения антимикробной терапии внутрь должны получать лечение парентерально до клинического улучшения. Детям с нарушенной функцией почек

потенциально нефротоксичные антимикробные лекарственные средства (ЛС) должны назначаться с осторожностью, под контролем уровня мочевины и креатинина в сыворотке крови. Антимикробные ЛС, не достигающие терапевтической концентрации в крови (нитрофураны, налидиксовая кислота), но с высокой степенью экскреции с мочой, назначаются только для профилактики рецидивов, но не в активной стадии болезни.

В подавляющем большинстве случаев оправдан эмпирический выбор амоксициллина/клавуланата или цефалоспоринов 3 поколения, обладающих высокой эффективностью. В качестве альтернативных средств могут назначаться у стационарных больных аминогликозиды и макролиды. При отсутствии клинического и лабораторного эффекта через 2-3 дня необходимо сменить антибиотик. Возможна ступенчатая терапия. Антибиотикотерапия пиелонефрита должна продолжаться не менее 10-14 дней (при цистите 7 дней). При цистите целесообразно использование пероральных антимикробных препаратов, выводящихся преимущественно через почки, создающих максимальную концентрацию в мочевом пузыре.

Комбинированная терапия назначается при тяжелом септическом процессе, микробных ассоциациях, полирезистентности микробной флоры к антибиотикам, воздействия на внутриклеточные микроорганизмы.

После курса антибиотикотерапии назначается уроантисептик 7-10 дней. Нитрофурановые препараты имеют преимущества перед другими препаратами.

Применяются десенсибилизирующие средства, препараты с антиоксидантной и антирадикальной активностью, средства, улучшающие микроциркуляцию иммунокорригирующая терапия.

Противорецидивное лечение пиелонефрита назначается всем с ПМР до 5 лет или до исчезновения рефлюкса, при выраженных нарушениях уродинамики до ликвидации обструкции, 2 или 3 эпизода и более обострений в течение года.

Антибактериальная терапия уросептиками при асимптоматической бактериурии необходима у новорожденных и детей раннего возраста (до 3-4 лет), при наличии предпосылок к пиелонефриту, а также при хроническом пиелонефрите или цистите, перенесенных ранее, у детей со структурными аномалиями органов мочевой системы.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У ДЕТЕЙ

Мандров С.И., Жданова Л.А., Виноградова И.С.

ГБОУ ВПО 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. Не случайно, 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, который на III съезде гастроэнтерологов России отнесен к первой – начальной стадии ЖКБ. Представляет определенные трудности проблема ранней диагностики и, следовательно, своевременной терапии билиарного сладжа, что обусловлено полиморфизмом его клинических проявлений.

Целью исследования было уточнение характера и выраженности клинических признаков различных форм билиарного сладжа.

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

Установлено, что наиболее часто билиарный сладж (БС) встречался в форме эхонеоднородной 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 билиарного сладжа.

Билиарный сладж 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 (ЖП). Характерен болевой синдром в виде сжимающих, непродолжительных болей с отсутствием зоны локализации, без распространения, возникающих в дневное время, вследствие эмоционального напряжения и уменьшающихся по-

сле отдыха; повышение антиоксидантной защиты как компенсаторной реакции на развивающийся окислительный стресс. Отражением начала воспалительного процесса в 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 микробиологическими 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 слизистых оболочек преимущественно анаэробной условно-патогенной флорой и снижения системной протеолитической активности. У детей с ЭЖС усиливаются связи: С2, С3, С4 и iС5 – с диспептическими 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.

Таким образом, выявление особенностей клинической картины наиболее часто встречаемых форм билиарного сладжа позволит верифицировать ЖКБ на начальной ее стадии, а применение адекватной терапии может предотвратить переход заболевания в стадию формирования желчных камней.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТУЧИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В СЛЮНЕ ПРИ БИЛИАРНОМ СЛАДЖЕ У ДЕТЕЙ

***Мандров С.И., Жданова Л.А., Виноградова И.С.,
Акайзин Э.С., Акайзина А.Э.***

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Заболевания гепатобилиарной системы сопровождаются изменением микрофлоры человека. Среди патологических процессов, развивающихся в печени и во внепеченочной билиарной системе, обусловленных транслокацией кишечной микрофлоры и ее токсинов во внутреннюю среду организма, такие процессы, как холестаза, воспалительные процессы и дискинетические нарушения внепеченочного билиарного тракта.

Если в норме в высокой концентрации ЛЖК выявляются только в толстой кишке, то в патологических условиях, при избыточном бактериальном росте они появляются в тощей и подвздошной кишках, всасываются в кровь и обнаруживаются в различных биологических субстратах. Установлено, что спектры и уровни кислот, выявляемые в крови, слюне, фекалиях и других биологических субстратах отражают структурный и метаболический дисбаланс микробиоценоза и коррелирует с клиническими проявлениями ряда заболеваний.

Цель работы – установить различия в содержании летучих жирных кислот (уксусной, пропионовой, масляной, изовалериановой кислот) в слюне при различных формах билиарного сладжа.

Проведено обследование 49 детей в возрасте от 11 до 17 лет с билиарным сладжем. Контрольную группу составили 14 детей с дисфункцией билиарного тракта. Диагностика билиарного сладжа осуществлялась на основании клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования, включающих выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Количественное определение короткоцепочечных летучих жирных кислот (ЛЖК): уксусной (С2), пропионовой (С3), масляной (С4), изовалериановой (iC5) в слюне проводили на газовом хроматографе с пламенно-ионизационным детектором с использованием аналитических стандартов. Кроме абсолютных значений ЛЖК высчитывался анаэробный индекс – отношение суммы концентрации С3, С4 и i-C5 к концентрации С2.

У детей при всех формах билиарного сладжа (БС) по сравнению с группой сравнения выявлено значительное повышение содержания в слюне уксусной кислоты. У детей с эхогенной желчью со сгустками обнаружено увеличение общего уровня ЛЖК. Учитывая полученные данные, можно предположить, что воспаление в желчном пузыре у детей сопровождается микробиологическими нарушениями в желудочно-кишечном тракте, поскольку высокие уровни ЛЖК являются отражением его гиперколонизации условно-патогенной микрофлорой. Снижение концентрации пропионовой кислоты у детей с БС в форме взвеси гиперэхогенных частиц и замазкообразной желчи отражает угнетение бактерий рода *Propionibacterium*, которые входят в состав нормальной микрофлоры кишечника. Снижение концентрации масляной кислоты у детей с БС отражает угнетение облигатных анаэробов: клостридий и фузобактерий. Значительное снижение содержания изовалериановой кислоты по сравнению с группой сравнения ($p < 0,001$) указывает на снижение содержания облигатно-анаэробных бактериоидов, которые входят в состав нормальной микрофлоры кишечника. У детей при всех формах билиарного сладжа по сравнению с группой сравнения выявлено значительное снижение анаэробного индекса. Снижение анаэробного индекса у детей при начальной стадии ЖКБ свидетельствует о нарушении инфраструктуры микробиоценоза и угнетении популяций облигатно-анаэробных представителей нормальной микрофлоры и гиперколонизации желудочно-кишечного тракта факультативными анаэробами: *E.coli*, *Proteus*, *Staphylococcus*.

Таким образом, различие уровней уксусной, пропионовой, масляной и изовалериановой кислот может быть использовано

не только для диагностики отдельных форм билиарного сладжа, но и для формирования групп риска и профилактики камнеобразования при наблюдении больных с исходно измененным профилем ЛЖК. Изменение количественного содержания ЛЖК в слюне при различных формах билиарного сладжа могут быть одними из дифференцирующих критериев этих состояний.

**ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И
АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ НАЧАЛЬНОЙ
СТАДИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

***Виноградова И.С., Мандров С.И., Жданова Л.А.,
Миленина И.В.***

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново

Одной из ведущих концепций патогенеза желчнокаменной болезни является признание значения процессов нуклеации в формировании кристаллов холестерина и выпадения агрегатов в осадок. В результате воздействия разнообразных иницирующих факторов (стресс-реакция, пищевой дисбаланс, аллергические, аутоиммунные процессы, нарушения микрофлоры кишечника) происходит гиперпродукция муцина и изменение его свойств, которое является связующим звеном между хроническим воспалением слизистой оболочкой желчного пузыря и закономерным развитием холелитиаза.

Стереотипный ответ на воспалительный процесс сопровождается накоплением высокоректогенных окислительных агентов, приводящих к активации перекисного окисления липидов, которые являются универсальным механизмом повреждения клеточных структур.

Цель работы – изучение состояния перекисного окисления (ПОЛ) и антиоксидантной активности у детей с начальной стадией желчнокаменной болезни.

Проведено обследование 39 детей в возрасте от 11 до 17 лет с начальной стадией желчнокаменной болезни. Контрольную группу составили 14 детей с дисфункцией билиарного тракта. Диагностика билиарного сладжа осуществлялась на основании клинично-инструментальных и лабораторных методов исследования, включающих выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости. Динамику и скорость реакций ПОЛ и антиоксидантной активности (АОА) в слюне

определяли методом индуцированной хемилюминисценции на приборе БХЛ-07. Оценивали показатели, обладающие наибольшей информативностью: максимальную интенсивность окисления (I_{max} , мВ), отражающую потенциальную способность слюны к свободнорадикальному окислению; площадь светосуммы (S , мВ*сек) и тангенс угла наклона кривой к оси времени ($tg2$, мВ*сек), соответствующих обрыву цепи свободнорадикального окисления.

У детей с билиарным сладжем в форме замазкообразной желчи установлено достоверно более высокое значение показателя максимальной амплитуды окисления (I_{max}) слюны ($70,42 \pm 6,91$ мВ) по сравнению с контрольной группой ($62,27 \pm 5,23$ мВ), что свидетельствует о более высокой потенциальной способности липидных компонентов слюны к окислению и накоплению свободных радикалов.

У детей с билиарным сладжем в форме взвеси гиперэхогенных частиц и замазкообразной желчи (ЗЖ) отмечается снижение площади светосуммы хемилюминисценции слюны по сравнению с детьми группы сравнения ($424,00 \pm$ мВ*сек, $p < 0,001$). Известно, что на интенсивность этого процесса оказывает влияние водорастворимый комплекс соединений, обладающих как антиоксидантным, так и прооксидантным действием. По этой величине можно судить об исходном состоянии антиоксидантной активности, поскольку она в большей мере отражает содержание радикалов RO_2 , соответствующих обрыву цепи свободнорадикального окисления. Следовательно, уменьшение светосуммы у детей с начальной стадией ЖКБ может свидетельствовать о начальном ответе на развивающийся окислительный стресс, сопровождающийся мобилизацией антиоксидантной системы и повышением отдельных антиоксидантов.

У детей с БС в форме ЗЖ отмечается значительное ($365,42 \pm 31,52$, $p < 0,001$) увеличение светосуммы хемилюминисценции по сравнению с детьми с БС в форме ЭЖС и ВГЧ ($277,50 \pm 36,25$ мВ*сек и $302,00 \pm 29,20$ мВ*сек, соответственно), что может свидетельствовать об истощении антиоксидантной защиты. На понижение скорости антиоксидантной реакции у данной группы пациентов указывает также сглаживание максимальной крутизны спада окислительных процессов ($-23,78 \pm 2,60$) по сравнению с группой сравнения ($-22,5 \pm 2,61$). Снижение антиоксидантной активности может быть обусловлено не только неполноценным составом, но и нарушением взаимодействия антиоксидантных ве-

ществ, и в первую очередь жирорастворимых витаминов, усвоение которых затрудняется при нарушении желчевыделения.

Таким образом, уже на этапах формирования билиарного сладжа в форме взвеси гиперэхогенных частиц и эхонеоднородной желчи со сгустками происходит нарушение сбалансированности в системе свободнорадикального окисления, проявляющееся в повышении антиоксидантной активности, как компенсаторной реакции на развивающийся окислительный стресс. В дальнейшем, при замазкообразной желчи, накапливаются продукты перекисного окисления липидов и снижается антиоксидантная активность. Этот процесс приводит к агрегации и агломерации везикул желчи с продуктами ПОЛ и последующей кристаллизации и осаждению макромолекулярных компонентов желчи.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА, СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ

***Вотякова О.И., Панфилова А.В., Шемонаева Е.В.,
Пузанова Е.В.***

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»*

Актуальность проблемы заболеваний кишечника обусловлена тем, что в структуре болезней желудочно-кишечного тракта у детей и подростков в последние годы наблюдается увеличение удельного веса этой патологии. Так, по данным детского гастроэндокринологического отделения ОБУЗ «ИвОКБ», доля заболеваний кишечника за три года увеличилась с 2,5-2,7% в 2012-2013 гг. до 4,7% в 2014 г. Кроме того, несмотря на внедрение в практику современных методов диагностики болезней кишечника, их выявление на ранних этапах, дифференциальный диагноз функциональных расстройств и заболеваний воспалительной природы представляют определенные трудности. Поздняя диагностика последних может стать причиной жизнеугрожающих осложнений и инвалидизации.

К числу функциональных заболеваний кишечника у детей и подростков относится синдром раздраженного кишечника (СРК), характеризующийся рецидивирующей болью или неприятными ощущениями в животе, по крайней мере, 3 дня в месяц за последние 3 месяца, связанными с двумя или более призна-

ками, среди которых: улучшение после дефекации, связь с изменением частоты или характера стула. Дополнительными критериями СРК являются: частота стула менее 3 раз в неделю или более 3 раз в сутки; патологическая форма стула (комковатый/твердый или жидкий/водянистый стул); натуживание при дефекации; императивный позыв или чувство неполного опорожнения, выделение слизи и вздутие живота. Согласно современным воззрениям в основе СРК лежит нарушение висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника. Приведенные данные объясняют широкое использование при лечении этой категории больных таких лекарственных средств, как спазмолитики; прокинетики; энтеросорбенты; симетикон; слабительные; лактулоза, препарат, обладающий слабительными и пребиотическими свойствами. Перечисленные лекарственные средства составляют основу симптоматической терапии. К препаратам, воздействующим на патогенетические механизмы заболевания, относятся агонисты опиатных рецепторов (Тримебутин), которые действуя на все энцефалические рецепторы (μ , δ , κ) снижают висцеральную чувствительность, купируя тем самым болевой синдром, и нормализуют моторику кишечника, устраняя спазм и восстанавливая физиологический ритм моторики кишечника.

Диагностика СРК предусматривает исключение заболеваний кишечника воспалительной природы. Показанием к этому является неэффективность терапии, а также наличие до ее назначения «симптомов тревоги». К таким симптомам относятся: постоянная интенсивная боль в животе как единственный ведущий симптом поражения желудочно-кишечного тракта, сохранение симптомов в период сна, немотивированная потеря массы тела, повышение температуры тела, кровь в кале, анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Наличие указанных признаков у пациента служит показанием к обследованию с целью исключения таких заболеваний кишечника, как язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), характеризующихся деструктивным неспецифическим иммунным воспалением стенки кишечника с наличием, в ряде случаев, системных проявлений. Для подтверждения воспалительного генеза поражения кишечника в настоящее время рекомендуется определение кальпротектина – фекального маркера воспаления.

С целью оценки тактики педиатров при диагностике воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), мы провели ретроспек-

тивный анализ анамнестических и клинико-лабораторных данных 9 пациентов в возрасте от 5 до 14 лет, находившихся на лечении в детском гастроэнтероэндокринологическом отделении ОБУЗ ИвОКБ по поводу ВЗК. При анализе анамнестических данных выявлено, что у 88,9% детей отмечались боли в животе, как правило, в околопупочной области или по всей поверхности живота. В 55,6% случаев они были ноющие, в 44,4% – носили спастический характер. Трое пациентов первоначально были госпитализированы в детское хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит. У всех детей боли в животе сочетались с разжиженным стулом, частота которого колебалась от 2-3 до 8 раз в сутки. У 88,9% детей в стуле определялась кровь. Шесть пациентов предъявляли жалобы на слабость, вялость, трое на снижение аппетита, еще трое на тошноту и рвоту, у четверых отмечалась потеря массы тела, у одного ребенка имел место длительный субфебрилитет. Анализ лабораторных данных показал наличие у всех пациентов ускоренной СОЭ (от 17 до 34 мм/час), у 6 больных лейкоцитоза, у 5 детей – анемии, в том числе у четверых – легкой, у одного – тяжелой. Приведенные данные свидетельствуют о присутствии у всех детей «симптомов тревоги», тем не менее, подозрение на ВЗК в направлении диагноза имело место лишь у 2 пациентов. На основании результатов проведенного в стационарных условиях обследования, включающего эндоскопическое (колоноскопия, фиброэзофагогастродуоденоскопия) с биопсией слизистой оболочки кишки в зоне поражения и гистологическое исследование, у 7 детей был верифицирован язвенный колит, у 2 – болезнь Крона. Для лечения ВЗК у детей используются пероральные и ректальные препараты 5-аминосалициловой кислоты (Месалазин, Сульфасалазин), при их неэффективности и в тяжелых случаях – кортикостероиды (Будесонид, Преднизолон), иммуносупрессоры (Азатиоприн). Своевременно начатая терапия обеспечивает стойкую ремиссию и предупреждает формирование резистентности к лечению. При неэффективности указанной терапии показано назначение биологических препаратов (Инфликсимаб, Адалimumаб). В настоящее время в Ивановской области три ребенка из группы больных ВЗК получают Инфликсимаб, один – Адалimumаб. При анализе особенностей течения ВЗК у этих детей отмечено, что у одного ребенка имела место поздняя верификация диагноза в связи с отказом от обследования, у двух детей зарегистрированы нерегулярный прием препаратов и

нарушение диеты, у одного ребенка ЯК сочетался с бронхиальной астмой и характеризовался резистентностью к терапии уже при манифестации.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Краснова О.Е., Лодыгина И.В., Вотякова О.И.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Сахарный диабет 1 типа (СД) относится к числу заболеваний с неуклонным ростом заболеваемости. Его социальная значимость определяется высоким риском формирования сердечно-сосудистой патологии, которая может быть предотвращена при обеспечении стойкой компенсации углеводного обмена. Имеются данные о более быстром формировании сосудистых осложнений в подростковом возрасте, что связывают с нестабильностью течения сахарного диабета в этом возрасте.

Целью исследования стало выявление особенностей течения СД 1 типа у подростков. Для этого проведен сравнительный анализ анамнестических и клинико-лабораторных данных 9 детей допубертатного и 16 пациентов пубертатного возраста, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении. При этом длительность заболевания в сравниваемых группах не различалась и составляла 3 года, у 56% детей и 50% подростков СД был диагностирован в стадии кетоацидоза.

При анализе показателей углеводного обмена выявлены более высокие значения гликемии у подростков, так средний минимальный уровень у них составил 6,4 ммоль/л, а максимальный 12,4 ммоль/л, тогда как у детей 5,4 ммоль/л и 11,3 ммоль/л соответственно. Средние значения гликированного гемоглобина (HbA_{1c}), отражающие уровень гликемии за предшествующие три месяца, у подростков составили 9,7%, а у детей – 8,3%. Средняя суточная потребность в инсулине у подростков соответствовала 0,7 ед/кг, по сравнению с детьми, где она была 0,5 ед/кг, причем средняя потребность в инсулине продленного действия в сравниваемых группах не имела существенных различий (0,25 ед/кг у подростков, 0,2 ед/кг у детей) и различалась преимущественно за счет инсулина короткого действия (0,4 ед/кг и 0,3 ед/кг). Гипогликемические состояния у подростков в 31,2% случаев отмеча-

лись 2-3 раза в неделю, в 37,5% – один раз в неделю, в 31,2% – не чаще 2 раз в месяц, у детей гипогликемии регистрировались в 33% случаев 2-3 раза в неделю, в 56% раз в неделю. У всех детей причиной гипогликемий были нарушения в диете, в 44,4% сочетающиеся с физической нагрузкой. Подростки, наряду с погрешностями в диете и физической нагрузкой, в 43,7% случаев в качестве причины развития гипогликемических состояний называли эмоциональные стрессы. При анализе соблюдения диеты отмечена более высокая приверженность к выполнению рекомендаций у подростков (68,7% при контроле родителей, 56,2% при самостоятельном контроле), по сравнению с детьми (44,4% и 33,3% соответственно). Проведенный с использованием личностных опросников Р. Кеттелла анализ психологических особенностей наблюдаемых пациентов показал, что отличительными чертами подростков являются легкая ранимость, тревожность, впечатлительность, неуверенность в себе.

Приведенные данные отражают большую склонность подростков к гипергликемии на фоне более высокой потребности в инсулине, что связывают с повышением в этом возрасте выработки гормонов, обладающих контринсулярным действием, со снижением на этом фоне чувствительности к инсулину, а также с высокой эмоциональной лабильностью подростков.

ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННОЙ ПО ОЖИРЕНИЮ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ ОЖИРЕНИЯ

Блеклова Ю.О., Вотякова О.И.

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново
ОБУЗ «Кохомская городская больница», Кохма*

Актуальность проблемы ожирения определяется прежде всего тем, что оно является платформой для формирования нарушений метаболизма, обозначаемых в настоящее время термином «метаболический синдром» (МС), которые существенно влияют на продолжительность жизни и ведут к росту смертности среди молодого населения во всем мире. Практически все составляющие метаболического синдрома (висцеральное ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемия, гипергликемия)

являются установленными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, их сочетание многократно ускоряет развитие данной патологии (Балаболкин М.И., Гинзбург М.М., Крюков Н.Н., 2002). Нарушения, объединенные рамками метаболического синдрома, длительное время протекают бессимптомно, они нередко начинают формироваться в подростковом и юношеском возрасте, задолго до клинической манифестации сахарного диабета 2 типа, артериальной гипертензии и атеросклеротических поражений сосудов (Posadas-Romero С., Zamora-Gonzalez J., Yamamoto L. et al., 1994). На сегодняшний день в России проведены единичные исследования проявлений метаболического синдрома в детской и подростковой популяциях. Между тем, растущая распространенность ожирения у детей и подростков обуславливают актуальность его изучения у детей, так как залог успешного предотвращения клинических стадий сердечно-сосудистых заболеваний – выявление маркеров метаболического синдрома на ранних этапах. К числу факторов, подлежащих мониторингу при ожирении, относятся показатели углеводного и липидного обмена.

Целью нашего исследования стал анализ особенностей углеводного и липидного обмена у детей с отягощенной по ожирению наследственностью на этапах его формирования.

Обследовано 70 детей в возрасте от 10 до 17 лет с отягощенной по ожирению наследственностью. Обследованные разделены на 3 группы: первую составили дети с ожирением, вторую – с избытком массы тела, третью – с нормальным весом. Избыток массы тела и ожирение диагностировались в соответствии с европейскими стандартами (Cole T.J., 2000). У детей выделенных групп определялись показатели углеводного (уровень глюкозы натощак и через 2 часа после нагрузки глюкозой их расчета $0,75 \text{ г/кг}$) и липидного (концентрация общего холестерина – ОХ, холестерин липопротеидов высокой плотности – ХС ЛПВП, липопротеидов низкой плотности – ХС ЛПНП, триглицеридов – ТГ) обменов.

При анализе уровня гликемии натощак и после нагрузки глюкозой в ходе проведения стандартного орального глюкозотолерантного теста отклонений от референтных значений у обследованных нами детей не выявлено. Средние значения гликемии натощак составили в группе пациентов с нормальным весом $4,3 \pm 0,1 \text{ ммоль/л}$, с избытком массы тела – $4,2 \pm 0,2 \text{ ммоль/л}$, с ожирением – $4,7 \pm 0,2 \text{ ммоль/л}$, а через 2 часа после нагрузки

глюкозой – $4,6 \pm 0,1$ ммоль/л, $5,1 \pm 0,3$ ммоль/л, $4,8 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно.

При анализе липидного спектра крови у представителей выделенных групп, были отмечены достоверно ($p = 0,004$) более высокие значения ХС ЛПНП у пациентов с избытком массы тела и ожирением ($2,94 \pm 0,13$ ммоль/л и $2,84 \pm 0,10$ ммоль/л соответственно) по сравнению с детьми, имеющими нормальный вес ($2,53 \pm 0,1$ ммоль/л). Уровень ХС ЛПВП был достоверно ($p = 0,002$) ниже у детей с избытком массы тела ($1,06 \pm 0,04$ ммоль/л) и ожирением ($1,03 \pm 0,04$ ммоль/л) в отличие от детей с нормальным весом ($1,22 \pm 0,004$ ммоль/л). Кроме того, выявлены различия в частоте встречаемости низкого уровня ХС ЛПВП у детей выделенных групп и при индивидуальном анализе, так указанные отклонения отмечены у 45,5% пациентов с ожирением, 44,4% с избытком массы тела и всего у 10% у детей с нормальным весом. Уровень общего холестерина у представителей сравниваемых групп составил $4,18 \pm 0,09$ ммоль/л, $4,39 \pm 0,15$ ммоль/л и $4,37 \pm 0,10$ ммоль/л соответственно. Концентрация триглицеридов была достоверно ($p = 0,003$) выше у имеющих ожирение и избыток массы тела ($1,12 \pm 0,09$ ммоль/л и $0,91 \pm 0,11$ ммоль/л соответственно), чем у детей с нормальным весом ($0,86 \pm 0,10$ ммоль/л).

Оптимальными уровнями липидов и липопротеидов в крови у детей и подростков в настоящее время считаются: ОХ менее 4,4 ммоль/л, ХС ЛПНП менее 2,85 ммоль/л, ХС ЛПВП более 1,2 ммоль/л, ТГ у детей 10-19 лет менее 1,0 ммоль/л (Expert Panelon Integrated Guidelines for Health and Risk Reduction in Children and Adolescents, National Heart Lung and Blood Institute, 2011). Исходя из этого, отклонения, отмеченные у детей с избытком массы тела и ожирением, отражают наличие у них нарушений липидного обмена, отражающих риск формирования сердечно-сосудистых заболеваний.

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что у детей с отягощенной по ожирению наследственностью отмечается увеличение атерогенных свойств крови не только при ожирении, но и при наличии избыточной массы тела, что необходимо учитывать при планировании диагностических и реабилитационных мероприятий у этой категории детей и подростков.

НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ И ХАРАКТЕРА ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Карпук Н.Л., Рыбкин А.И., Бусова О.А., Павлова О.Л.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

За последние годы разработаны единые подходы к диагностике, лечению и профилактике сердечнососудистых заболеваний в детском возрасте и сформулированы клинические рекомендации по данной проблеме. Несмотря на это терапия и профилактика повышения артериального давления, особенно на ранних этапах, у данной возрастной категории пациентов остаются недостаточно результативными. Именно поэтому поиск новых направлений ранней диагностики заболевания и подбор эффективных схем лечебно-реабилитационных мероприятий является актуальной проблемой.

Важнейшим направлением диагностики артериальной гипертензии (АГ) является оценка изменений микроциркуляторного русла, лежащих в основе большинства сердечнососудистых заболеваний, в том числе АГ, а также играющих роль в возникновении и прогрессировании поражения органов-мишеней.

Цель исследования - оценка состояния микроциркуляторного русла (капиллярного кровотока) методом лазерной доплеровской флоуметрии у пациентов с АГ и детей с высоким нормальным артериальным давлением (АД) в возрасте 11-14 лет и коррекция выявленных отклонений. Группы наблюдения – дети с высоким нормальным АД, пациенты с лабильной АГ, пациенты со стабильной АГ; группа сравнения (контроля).

По результатам исследования были выявлены нарушения микроциркуляции в виде изменения степени кровенаполнения, соотношения колебательных процессов, нарушения реактивности сосудов в функциональных пробах, гетерогенность гемодинамических типов микроциркуляции с увеличением доли патологических вариантов, отражающих неоднородность изменений микроциркуляторных параметров. Выраженность отклонений варьировала в зависимости от степени и характера повышения АД: изменения усугублялись с повышением уровня АД и его стабилизации. Совокупная оценка гемодинамического типа микроциркуляции (МЦР) позволила выявить в группе детей с повышенным АД низкую частоту встречаемости нормоциркуляторно-

го типа МЦР (до 30% случаев - при высоком нормальном АД, до 25% - при лабильной АГ, до 18% – при стабильной АГ) по сравнению с группой контроля (67% случаев). В группе пациентов с лабильной АГ отмечено увеличение частоты спастического (до 27%) и застойно-стазического (до 27%) типов МЦР. При формировании стабильной АГ начинает доминировать (31% случаев) неблагоприятный застойно-стазический вариант. Попытка коррекции выявленных отклонений была проведена в группе детей с лабильной АГ: в стандартный комплекс лечения (седативная фитотерапия, витаминотерапия, физиотерапевтические процедуры) был включен дополнительный терапевтический фактор – комплекс лечебной физкультуры. По результатам, отмечена положительная динамика целого ряда показателей МЦР: возрасла в 1,5-2 раза частота встречаемости нормальных реакций при проведении функциональных проб, уменьшалась в 1-1,5 раза доля патологических типов МЦР, улучшались параметры эффективности микроциркуляции и резервные возможности микроциркуляторного русла.

Таким образом, оценка состояния микроциркуляции на ранних этапах изменения АД у детей может быть использована как метод ранней диагностики АГ и выделения группы риска по ее прогрессированию, а направление по коррекции патологических и функциональных микроциркуляторных изменений может быть включено в терапевтическую программу при данной патологии, способствуя улучшению прогноза у больных и предотвращению отдаленных последствий повышения артериального давления (поражения органов-мишеней).

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Салапина Е.В., Рывкин А.И., Кузнецова О.В., Карпук Н.Л.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Актуальность проблемы артериальной гипотонии обусловлена широкой распространенностью данного страдания в детской и подростковой популяции, динамичностью и полиморфизмом клинических проявлений, выраженным снижением физической и умственной работоспособности, что приводит к развитию синдрома школьной дезадаптации и снижению качества жизни. Общеизвест-

на в механизмах развития артериальной гипотонии роль нарушений системной гемодинамики. Вместе с тем, значимость регионарных изменений микроциркуляции в этих сдвигах мало исследована, не детализирована, содержит противоречивые сведения о состоянии резистивных сосудов микроциркуляторного русла.

Целью настоящего исследования было уточнение характера микроциркуляторных изменений при артериальной гипотонии для оптимизации комплекса рекомендаций по медицинскому сопровождению этих детей.

Обследовано 37 детей в возрасте 11-14 лет с артериальной гипотонией как проявлением синдрома вегетативной дисфункции, в т.ч. мальчиков – 11 (30%), девочек – 26 (70%). Из исследования исключались больные с вторичными формами гипотензий.

Капиллярный кровоток изучался методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-1. Оценивались исходные параметры микроциркуляции и результаты функциональных тестов (окклюзионная и постуральная пробы). Контрольную группу составили 10 здоровых детей того же возраста.

В ходе исследования получены следующие результаты. При оценке капиллярного кровотока у пациентов с артериальной гипотонией нами отмечена тенденция к повышению показателя тканевой перфузии ($3,79 \pm 0,33$ перф. ед.; против $3,25 \pm 0,41$ перф. ед. в группе контроля) и уменьшение среднего квадратичного отклонения амплитуды колебаний (δ), характеризующего временную изменчивость тканевого кровотока ($\delta = 0,45 \pm 0,04$ перф. ед.; $\delta_k = 0,67 \pm 0,1$ перф. ед. соответственно), что свидетельствует об ухудшении функционирования механизмов его регуляции. Отмечено снижение коэффициента вариации (K_v) ($K_v = 14,73 \pm 1,71\%$; $K_{vk} = 18,9 \pm 1,94\%$), указывающего на более низкую вазомоторную активность микрососудов.

Изменения амплитудно-частотного спектра колебаний микрососудов у пациентов с АГ свидетельствовали о развитии застойно-стазических явлений в системе микрогемодинамики, что подтверждалось значительным уменьшением амплитуды пульсовых колебаний (ACF). Установлена почти двукратная депрессия амплитуд в диапазоне медленных колебаний (Aa, ALF), связанных с ритмической активностью эндотелия и с собственной миогенной активностью сосудов микроциркуляторного ложа, свидетельствующая о снижении их способности активно сокращаться, характеризуя замедление капиллярного кровотока.

Нами также отмечено достоверное снижение показателя собственной миогенной активности вазомоторов (ALF/M) и возрастание уровня нейрогенного компонента (δ /ALF), определяющего состояние сосудистого тонуса. В тоже время, снижение миогенной активности сопряженное с застоем крови в веноулярном звене микроциркуляторного русла, не сопровождалось активированием пассивного механизма регуляции кровотока: респираторные флуктуации (АНФ/ δ) достоверно не отличались от показателей здоровых детей, так же как и флуктуации, синхронизированные с кардиоритмом (АСФ/ δ).

На наш взгляд, подавление активной регуляции тканевого кровотока в сочетании с депрессией показателей пассивной модуляции усугубляло застойные явления в микроциркуляторном русле. Итогом нарушения регуляции капиллярного кровотока явилось снижение его эффективности (ИЭМ = $2,11 \pm 0,09\%$; ИЭМк = $2,4 \pm 0,1\%$).

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ТИПА ГЕМОДИНАМИКИ

Салапина Е.В., Рывкин А.И., Кузнецова О.В., Карпук Н.Л.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Артериальная гипотония широко распространена в детской и подростковой популяции, ее отличает динамичность и полиморфизм клинических проявлений, снижение физической, умственной работоспособности, и качества жизни, основу которых составляют регионарные изменения гемодинамики.

Целью настоящего исследования было уточнение характера микроциркуляторных изменений при артериальной гипотонии в зависимости от уровня и типа гемодинамики.

Обследовано 37 детей в возрасте 11-14 лет с артериальной гипотензией как проявлением синдрома вегетативной дисфункции, в т. ч. мальчиков – 11 (30%), девочек – 26 (70%). Из исследования исключались больные с вторичными формами гипотензий. Сравнительные исследования проведены в группе детей со значениями артериального давления (АД) ниже 10 проценти-

ля – 18 (49%) детей – 2 группа; и ниже 5 перцентилья – 19 (51%) детей – 3 группа.

Капиллярный кровоток изучался методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-1. Оценивались исходные параметры микроциркуляции и результаты функциональных тестов (окклюзионная и постуральная пробы). Контрольную группу составили 10 здоровых детей того же возраста.

При сравнительном анализе полученных данных у детей, в зависимости от выраженности артериальной гипотензии мы отметили что, по мере снижения значений АД существенно углублялись изменения показателей, характеризующих периферическую микрогемодинамику (ПМк = $3,25 \pm 0,41$ перф. ед., ПМ 10 перцентиль = $3,44 \pm 0,57$ перф.ед., ПМ 5 перцентиль = $4,17 \pm 0,56$ перф. ед.). Достоверно снижались значения среднего квадратичного отклонения амплитуды колебаний (δ) ($0,67 \pm 0,1$, $0,51 \pm 0,11$, $0,42 \pm 0,03$ соответственно); коэффициента вариации (Kv) ($18,9 \pm 1,94\%$, $16,74 \pm 3,74\%$, $13,53 \pm 2,76\%$ соответственно); данных амплитудно-частотного спектра колебаний, отражающих застойные явления капиллярного кровотока.

Нами отмечены отчетливые изменения со стороны механизмов регуляции тканевого кровотока, связанные с уровнем АД (ALF/Мк = $34,11 \pm 3,36\%$, ALF/М 2 группа = $25,06 \pm 0,13\%$, ALF/М 3 группа = $20,16 \pm 3,22\%$ и δ /ALFк = $61,48 \pm 2,68$, δ /ALF 2 группа = $71,56 \pm 4,76$, δ /ALF 3 группа = $66,51 \pm 4,05$ соответственно), что подтверждалось изменением значений индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМк = $2,4 \pm 0,1\%$, ИЭМ 2 группа = $2,26 \pm 0,13\%$, ИЭМ 3 группа = $2,17 \pm 0,16\%$). Отчетливо снижались и резервные возможности микроциркуляторного русла по приросту показателя микроциркуляции (РККк = $472,24 \pm 40,5$, РКК 2 группа = $450,04 \pm 75,99$, РКК 3 группа = $441,26 \pm 41,22$).

При анализе показателей тканевого кровотока в зависимости от типа гемодинамики, наибольшая депрессия коэффициента вариации была выявлена у детей с гипо- и гиперкинетическим типом центральной гемодинамики, тогда как эукинетический вариант не имел достоверных различий исследуемых маркеров от группы контроля.

У детей с гипокинетическим типом гемодинамики имели место и более низкие показатели РКК, характеризующие резервные возможности микроциркуляторного русла, опосредованные

снижением кровотока вследствие миогенной эндотелийзависимой реакции прекапиллярных сфинктеров ($PKK = 52,26 \pm 6,33$, $PKK_k = 61,25 \pm 5,5$).

Таким образом, у больных с артериальной гипотонией наблюдаются изменения тканевой перфузии, опосредованные снижением ритмической активности эндотелия и собственной миогенной активности микрососудов, нарушением соотношения между активными и пассивными механизмами регуляции кровотока с развитием застойно-стазических явлений в венулярном звене микроциркуляторного русла и снижением резервных возможностей капиллярного кровотока, которые зависели от уровня АД и типа гемодинамики, что обосновывает необходимость оптимизации программ медицинского сопровождения этих детей.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ТИПОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Слатина М.Ю.

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ «Детская городская клиническая больница №1»*

Конституциональные типы характеризуют морфологическую индивидуальность человека и в первую очередь его габитус. Большинство из созданных классификационных схем соматотипов основываются на внешних признаках, позволяющих различать одни группы индивидов от других. Так в педиатрии используют группировку В.Г. Штефко и А.Д. Островского, предложенную ими в 1929 году. Детей по соматоскопическим и соматометрическим признакам подразделяют на соматотипы, к которым относят астеноидный, торакальный, мышечный и дигестивный. С учетом того или иного соматотипа предлагается организовывать оптимальные условия окружающей среды, позволяющие индивиду осуществлять нормальную жизнедеятельность, соответствующую его функциональным возможностям. Академиком А.А. Богомольцем была предложена конституциональная типология, опиравшаяся на учёт особенностей соединительной ткани, которая обосновывала её значение для реактивности и резистентности организма человека. Автором выделены 4 конституциональных типа: астенический, для которого типична тонкая и нежная соединительная ткань; фиброзный, отличающийся

плотной волокнистой соединительной тканью; пастозный, для которого характерна рыхлая соединительная ткань и липоматозный тип с преобладанием жировой ткани. Однако, эта группировка не получила должной известности в широких медицинских кругах. Вместе с тем, многие исследователи, занимающиеся типологическими особенностями человека, обратили внимание, что наибольшие изменения в онтогенезе претерпевают ткани с высокими потенциальными возможностями реагирования на изменения окружающей среды, к которым относится соединительная ткань, называемая «вездесущей».

Цель исследования: выявить частоту встречаемости различных конституциональных типов у детей с ДСТ.

Методы исследования: проведено обследование 440 детей 7-15 лет на предмет установления у них типа конституции по критериям В.Г. Штефко и А.Д. Островского. Выраженность ДСТ определяли по таблицам Т.И. Кадуриной (2008).

Результаты и их обсуждение. При оценке типа конституции детей установлено, что наиболее часто (37,73%) регистрируются торакальный тип, несколько реже (27,7%) - мышечный. Астеноидный тип конституции встречается почти у четверти (23,4%) детей и только в 10% случаев (11,1%) выявлен дигестивный конституциональный тип.

Обследуемые дети были разделены на возрастные группы: 287 детей младшего школьного возраста и 153 ребенка старшего школьного возраста. У детей допубертатного периода развития доминирующие позиции занимал торакальный (35,89%) тип. Далее в равных пропорциях следовали мышечный (26,48%) и астеноидный (24,39%) типы. Дигестивный тип отмечен у 13,24% детей. По мере взросления индивидов, то есть у старших школьников количество лиц с астеноидным типом (21,57%) практически не изменялось, с дигестивным (7,19%) типом уменьшалось в 2 раза, а с торакальным и мышечным типами несколько возрастало (41,18% и 30,07%).

Сопоставление сведений по конституциональной типологии подростков 14-15 лет, полученных в 1986 году, с данными, установленными в настоящее время, показало, что астеноидный тип диагностирован в 1986 году у 19,82%, торакальный – у 35,94%, мышечный – у 29,49%, дигестивный – у 14,74% детей. Понимая некую относительность данного сравнения, тем не менее, отметим, что более чем за четверть века различия частоты выявления тех или иных конституциональных типов у детей оказались не выраженными. В частности, они коснулись лишь детей тора-

кального типа, чья доля возросла примерно на 5%, и подростков дигестивного типа, количество которых снизилось в два раза. Полагаем, что данное обстоятельство указывает на известное постоянство распределения соматотипов в детской популяции.

При обследовании детей на наличие и выраженность ДСТ по внешним признакам установлено, что у половины детей имела место дисплазия, которая в 44% случаев была умеренно выраженной и почти в 6% случаев – выраженной. В возрастном аспекте мы отметили лишь тенденцию к увеличению числа детей с ДСТ к периоду полового созревания (с 49,5% до 52,6%), причем этот рост был за счет увеличения детей с выраженной дисплазией (соответственно 10,6% и 14%). Анализ конституциональной типологии детей с учетом наличия у них ДСТ показал, что по мере нарастания выраженности диспластических нарушений преобладающим становился астеноидный тип, характеризующийся слабым развитием костно-мышечного аппарата и локомоторными нарушениями. Так 53,8% детей с ДСТ III степени имели астеноидный тип конституции, в то время как у детей с ДСТ II степени этот тип встречался в трети (32,3%) случаев, а у детей без ДСТ процент данного типа был наименьшим (12%).

Наши результаты подтверждают данные, о том, что астеноидная конституция служит одним из значимых признаков соединительнотканых дисплазий у детей. С другой стороны, наличие у индивидов других типов конституции вовсе не исключает у них дисплазий соединительной ткани.

Учитывая, что соединительная ткань является системообразующей тканью, функционирующей как единое целое, то ее недоразвитие служит морфологической основой многочисленных заболеваний. В этой связи можно согласиться с предложением ученых рассматривать соединительную ткань «конституциональной базой организма», а если использовать терминологию М.С. Маслова дисплазию соединительной ткани можно в той или иной степени относить к «аномалиям конституции». Считаем необходимым продолжать наблюдения, которые позволят определить неблагоприятные факторы, оказывающие влияние на формирование у детей дисплазии соединительной ткани, а также и конституционального типа. Полученные результаты позволят разработать принципы превентивных мероприятий, касающихся обеспечения оптимальной среды жизнедеятельности индивидов, имея в виду создание условий, способствующих созреванию соединительнотканых структур организма.

**«ШКОЛА ДИСПЛАСТОЛОГА» – ИНТЕРАКТИВНАЯ ФОРМА
ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧА И ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА**

**Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Горнаков И.С.,
Шниткова Е.В., Лаэров Г.Л., Слатина М.Ю., Клыкова Е.Н.**

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
Центр здоровья для детей ОБУЗ «Детская
городская клиническая больница №1»*

Учитывая широкую распространённость дисплазии соединительной ткани в детской популяции, её отягощающее влияние на течение соматических заболеваний одной из важных задач работы педиатрического сообщества является распространение знаний среди врачей по данной проблеме. С этой целью используются такие формы как семинары, мастер-классы, информационные письма, публикации в журналах, вкладыши в истории болезни и истории развития, создание банков данных в ЛПУ и т.д. Популяризировать проблему соединительнотканых дисплазий во врачебном сообществе, а также среди населения, возможно через такую интерактивную форму, как «Школа диспластолога». Подобная школа создана в г. Иваново. Её слушателями являются с одной стороны – врачи и медицинские работники лечебно-профилактических учреждений, с другой – пациенты и их родители. Задачи «Школы диспластолога» предусматривают:

- знакомство медицинских работников с проблемой дисплазии соединительной ткани, как междисциплинарной проблемой,
- обучение врачей выявлению фенотипических диспластических признаков и алгоритмам дополнительного обследования ребёнка с ДСТ;
- знакомство с особенностями течения различных заболеваний на фоне ДСТ;
- получение информации о методах лечения и реабилитации детей, особенностях лечения диспластикоассоциированных заболеваний;
- а также информирование родителей детей-диспластов о ДСТ и тех мерах, которые направлены на предотвращение её прогрессирования.

Занятия в «Школе диспластолога» проводятся для небольших групп врачей педиатров и специалистов детских поликлиник, стационаров, Центров здоровья, различных частных медицинских центров города Иванова, так и районов области. Дается инфор-

мация о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения и коррекции ДСТ. В итоге обсуждается целостный подход к трактовке разнообразных клинических проявлений ДСТ, который не только координирует разрозненные усилия отдельных специалистов, но и принципиально изменяет программу патогенетического лечения отдельных заболеваний. При этом определяются пути совместного решения ряда вопросов, касающихся диагностики и тактики лечения коморбидных состояний. Не менее важна индивидуальная работа с пациентами и их родителями.

В последние годы к работе в «Школе диспластолога» успешно привлечён коллектив Центра здоровья для детей г. Иваново. Поскольку целью данных медицинских учреждений является не только выявление отклонений в состоянии здоровья, но и при необходимости направление детей на более глубокое обследование к врачам-специалистам, то выявленные нарушения служат основанием направления детей с ДСТ на дальнейшее обследование для выявления висцеральных признаков дисплазии. Ряд детей по результатам оценки диспластических признаков приглашаются на приёмы врача-педиатра Центра здоровья для получения рекомендаций по образу жизни, медикаментозной коррекции и на консультации врача ЛФК.

Особую роль Центры здоровья играют в обучении детей здоровому образу жизни, которому придаётся огромное значение в профилактике прогрессирования проявлений ДСТ. Разработаны лекции-беседы, которые врачи читают группам школьников разного возраста перед массовыми медицинскими профилактическими осмотрами. Распространению знаний по вопросам дисплазии соединительной ткани, её профилактике, в том числе с учётом образа жизни, способствуют лекции и занятия, которые врачи Центра здоровья проводят со школьниками летних оздоровительных лагерей.

В плане дальнейшей работы ивановской «Школы диспластолога» проведение занятий в образовательных учреждениях. К этому нас побуждает широкий отклик, полученный после публикации серии статей по ДСТ в журнале «Медработник дошкольного образовательного учреждения».

Занятия в «Школе диспластолога» помогают педиатрам и специалистам проникнуться проблемой и не оставлять без внимания

те изменения, которые могут послужить неблагоприятным фоном для развития многочисленных заболеваний органов и систем.

Однако мы считаем, что знакомство врачей с данной проблемой должно начинаться еще со студенческой скамьи. Поскольку в учебных программах нет раздела, посвященного ДСТ, то мы доносим эти знания на элективных циклах, заседаниях студенческого научного кружка. На практических занятиях при написании студенческих историй болезни обучающиеся выполняют УИРС по выявлению признаков ДСТ у курируемых пациентов. Клиническим интернам, ординаторам и аспирантам читаются лекции по проблеме ДСТ. Вопросы дисплазии затрагиваются также и на студенческих конкурсах профессионального мастерства, которые традиционно два раза в год проводит кафедра детских болезней лечебного факультета. Такая работа приносит свои плоды. Обучающиеся ИвГМА включаются в научную работу по проблеме ДСТ. Более 10 лет в рамках Недели науки проводится научная конференция студентов и молодых учёных «Соединительнотканная дисплазии в практике работы врача», которая сейчас является уже традиционной межкафедральной, междисциплинарной и межвузовской.

Таким образом, наш опыт по работе «Школы диспластолога» показывает, что она может быть достаточно эффективной формой распространения знаний о проблеме.

Работа проводится при поддержке РГНФ (грант №15-16-37001).

МОДИФИЦИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Краснова Е.Е., Чемоданов В.В., Балдаев А.А.

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ «Детская городская клиническая больница №1»*

Острые респираторные заболевания составляют около 90% всей инфекционной патологии детского возраста, являясь самой частой нозологией в амбулаторной практике. В этой разнородной по этиологии и локализации группе особое место занимают острые бронхиты, своеобразие течения которых обусловлено как этиологическим агентом, так и индивидуальными особенно-

стями организма, к числу которых относят и дисплазию соединительной ткани (ДСТ).

Модифицирующее влияние ДСТ на течение бронхитов у детей во многом обусловлено нарушением экспекторального клиренса вследствие гипотонии дыхательной мускулатуры, податливости и деформации грудной клетки, свойственных ДСТ, а также снижением дренажной способности бронхов за счет их дистонии, приводящей к изменению вязкости бронхиального секрета и нарушению мукоцилиарного клиренса. Длительное нарушение эвакуации мокроты сопровождается более частым, чем у детей без ДСТ, присоединением бактериальной флоры. Все это способствует большей тяжести и продолжительности клинических проявлений болезни (кашля, физикальных изменений в лёгких, повышения температуры, интоксикации) и лабораторных признаков воспаления.

Одной из характерных клинических особенностей обструктивных бронхитов, протекающих у детей с ДСТ, является преобладание гиперкринического клинического варианта бронхообструкции над бронхоспастическим вариантом. Гиперкринический вариант обструкции характеризуется длительным влажным кашлем с трудно отходящей мокротой, шумным дыханием, одышкой смешанного характера с превалированием экспираторного компонента и наличием диффузных влажных разнокалиберных хрипов и обусловлен в первую очередь избыточным накоплением секрета в просвете бронхов вследствие нарушения их дренажной функции. Кроме того анатомические и функциональные особенности респираторной системы при ДСТ способствуют рекуррентному и рецидивирующему течению бронхитов.

Особенностями инструментальных данных являются: асимметрия лёгочного рисунка с участками деформированности при зональной оценке рентгенограмм легких, завуалированность просвета промежуточного бронха и участки гиповентиляции, возникающие в связи с нарушением эвакуации бронхиального секрета. При бронхофонографии при простом и обструктивном бронхите выявляется значительное повышение акустической работы дыхания в низкочастотном диапазоне, отражающее вовлечённость в патологический процесс трахеи и долевого бронхов в связи с нарушением их упругости и эластических свойств, что сохраняется и в периоде реконвалесценции. Для гиперкринического варианта бронхиальной обструкции характерно повышение акустической работы дыхания во всех частотных диа-

пазонах (низком, средне- и высокочастотном), что свидетельствует о распространённом патологическом процессе в бронхиальном дереве, а более выраженная акустическая работа в низкочастотном спектре указывает на «проксимальный» характер обструкции. Особенности лабораторных данных являются: высокая частота сопутствующей анемии, обусловленной нарушением микрорельефа мембран эритроцитов, сокращающим продолжительность их жизненного цикла при ДСТ, и длительное сохранение лейкоцитоза и нейтрофилеза на фоне клинического выздоровления, что указывает на пролонгированное течение воспалительного процесса у детей с ДСТ.

В острый период при вирусной этиологии бронхита назначают фенспирид. Показаниями к антибактериальной терапии у детей с ДСТ являются отсутствие тенденции к разрешению бронхита в течение 7–10 дней, клинико-лабораторные признаки присоединения бактериальной инфекции по данным микроскопии мокроты и клинического анализа крови. У больных с ДСТ нередко имеет место асимметрия физикальных данных, что не должно являться показанием для антибактериальной терапии. Для лечения кашля назначаются препараты, обладающие отхаркивающим, секретолитическим, противовоспалительным действием (например, бронхипрет³, проспан¹). При бронхообструктивном синдроме терапия должна проводиться с учётом его типа – гиперкринического или бронхоспастического. При гиперкриническом варианте показано назначение комбинированного бронхолитика, включающего β_2 -адреномиметик и М-холинолитик (фенотерола гидробромид и ипратропия бромид³), что при наличии малопродуктивного кашля с вязкой мокротой целесообразно сочетать с ингаляционным и пероральным путем введения муколитика (амброксол²). При бронхоспастическом варианте эффективно применение β_2 -адреномиметика (сальбутамол¹). Продолжительность терапии составляет 7–10 дней. Эффективны и безопасны ингаляции физиологическим раствором. При выраженном БОС показаны ингаляции кортикостероидов или их системное применение

Обязательным компонентом лечения острых бронхитов на фоне ДСТ являются такие методы кинезотерапии, как вибрационный массаж и клопфмассаж, способствующие отхождению бронхиального секрета, а также постуральное положение ребёнка, которые назначают со 2-3 дня лечения при нормальной температуре тела. При клопфмассаже удары по грудной клетке

наносится ладонью, сложенной в виде лодочки, чтобы внутри её образовалась воздушная подушка. Удар должен быть средней силы, достаточный, чтобы вызвать вибрацию бронхов и «отрыв» мокроты и в то же время не вызывать неприятных ощущений. Время работы в каждой точке 1-2 мин., продолжительность процедуры 10-15 мин. После проведения клопфмассажа ребёнок должен занять постуральное положение для эффективного откашливания мокроты.

После выздоровления от бронхита необходимо назначение препаратов, улучшающих метаболические процессы в соединительной ткани (коэнзим Q₁₀, L-карнитин, липоевая кислота). Для достижения максимально выраженного эффекта рекомендуется проведение повторных курсов метаболитной терапии в течение нескольких лет.

СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ФОРМИРОВАНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

*Глазова Т.Г., Рывкин А.И., Побединская Н.С.,
Андреанова Е.Н.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Бронхиальная астма - одна из наиболее актуальных и широко обсуждаемых проблем клинической медицины, которая сопровождается изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы и развитием легочной гипертензии, начальные этапы формирования которых остаются скрытыми, клинически ничем себя не проявляя, что сдерживает разработку методов медикаментозного их сопровождения.

Материал и методы. Всего отобрано 248 больных в возрасте от 6 до 14 лет, находившихся на лечении в детском пульмонологическом отделении областной клинической больницы г.Иваново. У 19,8% диагностирована легкая БА. 43,9% имели среднюю тяжесть заболевания. У 36,3% больных верифицирована тяжелая БА. 57,3% обследованных имели давность заболевания 5 лет и более. 16,5% больных страдали БА в течение 1-2 лет, причем, у всех выявлена легкая или среднетяжелая астма. Контрольные группы составили 120 здоровых детей соответствующего возраста и пола.

Изучены: центральная гемодинамика, состояние крупных сосудов малого круга кровообращения, методом эхо- (ЭхоКГ) и до-

плерэхокардиографии (ДЭхоКГ) с цветным картированием потока на ультразвуковом диагностическом приборе «LOGIQ-500» фирмы "General Electric" (США). Систолическое (СДЛА), диастолическое (ДДЛА) и среднее (СрДЛА) давление в легочной артерии вычисляли по формуле Isobe M. (1986).

Нами у больных детей отмечены выраженные изменения регионарного кровотока, которые зависели от давности и тяжести заболевания и были сопряжены с изменениями клеточного состава периферической крови.

Легкая бронхиальная астма сопровождается преходящими нарушениями местной гемодинамики адаптивного характера: перераспределением интенсивности кровоснабжения различных зон легочной ткани с целью поддержания адекватного газообмена. Среднетяжелая бронхиальная астма в периоде обострения отличается гиперволемией малого круга, дефицитным кровотоком нижних отделов и повышением сосудистого тонуса, в ремиссию - стойкой сосудистой гипертензией и низким уровнем базального кровотока на фоне изоволемии, что соответствует фазе относительной адаптации. Длительное и тяжелое течение патологического процесса характеризуется симптомами редукции сосудистого русла: нарушением апикально-базального градиента, гипокинетическими явлениями регионарного кровотока с выраженным дефицитом перфузии в нижних отделах, что можно расценивать как дезадаптивные изменения гемодинамики малого круга кровообращения.

Указанные изменения зональной гемоциркуляции позволяют высказать предположение о механизмах формирования легочной гипертензии при БА. Начальным этапом гемодинамических изменений являлась локальная вазоконстрикция и перераспределение регионарного кровотока вследствие вентиляционных нарушений. Рецидивы бронхиальной обструкции приводили к развитию гиперкинетического типа гемодинамики, пассивно расширялось сосудистое русло легких, увеличивался минутный объем кровотока. В дальнейшем повышение интенсивности легочного кровотока с целью улучшения условий газообмена приводило к формированию гиперволемической стадии легочной гипертензии. Эти первые стадии гемодинамических нарушений можно расценивать как адаптационные. В последующем длительное прогрессирующее течение заболевания приводило к истощению механизмов компенсации. В ответ на активацию воспалительного процесса в бронхах, развивался гипокинетический тип гемодинамики, характеризующийся обеднением легочного кровотока. Повторяющиеся эпизоды гипо-

кисической вазоконстрикции, направленные на поддержание перфузии, приводили к развитию легочной гипертензии, нарушению апикально-базального градиента и обеднению регионарного кровотока, максимально выраженному в нижних отделах легких. Эту стадию можно считать дезадаптивной, способствующей прогрессированию течения заболевания.

В ремиссию легкой БА дисциркуляторные нарушения со стороны легочного кровотока практически отсутствовали. Тем не менее, почти у четверти пациентов отмечалась ЛГ, связанная с повышением периферического сосудистого тонуса. Сосудистая дистония сохранялась у больных в периоде ремиссии средне-тяжелой БА, приводя к снижению объема кровотока, более выраженному в средних зонах. При гипокинетическом варианте кровообращения выявлялась генерализованная вазоконстрикция, значительное обеднение МКК, преимущественно в средних и нижних отделах легких.

Дисциркуляторные проявления в ремиссию тяжелой БА характеризовались стойким повышением сосудистого тонуса, признаками гипокинетических расстройств, приводящих к диффузному обеднению кровотока.

Самый низкий уровень перфузии легких на фоне генерализованной ангиодистонии определялся у пациентов с гипокинезией миокарда. Длительное течение заболевания проявлялось более высоким периферическим сопротивлением сосудов и значительным снижением объема кровотока. Максимально высокие цифры сосудистого тонуса зафиксированы у пациентов с ЛГ. Указанные признаки позволяют предположить, что у пациентов с длительным течением БА имеет место редукция сосудистого русла, которая приводит к стойкой ЛГ и дефициту кровотока, наиболее выраженному в базальных отделах легких.

Персистирующий воспалительный процесс респираторного тракта оказывал существенное влияние на реологические свойства крови, изменения которых зависели от периода и тяжести заболевания. Эпизодическая бронхиальная обструкция и артериальная гипоксия приводили к развитию компенсаторных реакций со стороны красной крови в виде эритроцитоза, который сопровождался патологической деформируемостью, повышенной агрегацией и измененной клеточной архитектурой.

Рецидивы заболевания усугубляли гемореологические сдвиги. Максимальные отклонения количественных и качественных характеристик эритроцитов выявлены при обострении тяжелой

БА, что проявлялось возрастанием Ht и показателей агрегации, уменьшением деформируемости в сочетании с нарушенной citoархитектоникой. Комплекс отмеченных изменений гемореологических параметров можно расценить как вариант синдрома повышенной вязкости крови, который способствовал нарушениям микроциркуляции и транспорта кислорода. Сохраняющиеся в ремиссию тяжелой БА, протекающей на фоне гипокинетического типа кровообращения, гемореологические отклонения участвовали в формировании синдрома капиллярно-трофической недостаточности, что нарушало метаболизм легочной ткани, поддерживало дисциркуляторные расстройства и вентиляционно-перфузионный дисбаланс.

**МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ
КАК ФАКТОР РИСКА НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

*Ларюшкина Р.М., Рывкин А.И., Глазова Т.Г.,
Побединская Н.С.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В настоящее время достигнут значительный прогресс в изучении закономерностей развития бронхиальной астмы у детей и подростков, ее систематизации, разработки медицинского сопровождения и наблюдения. Вместе с тем, у большинства пациентов, по тем или иным причинам, достичь адекватного контроля заболевания не всегда удается.

Исследования последних лет свидетельствуют о несомненной роли в развитии широкого спектра патологических процессов активации и/или повреждения эндотелия, который не только влияет на реологические свойства крови, гемостаз, процессы перфузии и гемотканевого обмена, но и определяет тяжесть течения заболевания.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось: установить особенности морфофункциональных изменений эндотелия, их взаимосвязи с показателями оксида азота и респираторной активностью легких у детей с бронхиальной астмой с тем, чтобы обосновать их значимость в механизмах персистенции воспаления в бронхолегочной системе.

Под нашим наблюдением находилось 125 детей, больных бронхиальной астмой в возрасте от 6 до 14 лет. Обследование

проводилось в детском пульмонологическом отделении на базе Областной клинической больницы г. Иваново.

Большинство обследованных составили мальчики (52%). У 56,8% больных диагностирована легкая БА. Около трети (31,1%) имели среднетяжелый вариант заболевания. Тяжелая БА диагностирована у 12,10% пациентов. В периоде обострения обследовано 59% больных, в клиническую ремиссию – 41%. Почти четверть пациентов (24,60%) болели БА в течение 3-4 лет, у стольких же больных (26,60%) длительность заболевания составила 1-2 года, у 48,8% - более 5 лет. Все пациенты получали адекватную степени тяжести поддерживающую терапию и препараты для облегчения симптомов заболевания.

Параметры, отражающие морфологическую целостность и функциональное состояние эндотелия, оценивались нами по степени десквамации интимы сосудов, вазоконстрикторному, вазодилатационному, антитромбогенному и противосвертывающей потенциалу эндотелиальной выстилки сосудов в зависимости от особенностей течения БА.

В периоде обострения БА нами выявлено изменение морфофункционального статуса эндотелиальных клеток, о чем свидетельствовало нарушение их структуры и уровня медиаторов, синтезирующихся в эндотелии – повышение уровня эндотелина-1, нитрит-ионов, тканевого активатора плазминогена, фактора Виллебранда, ингибитора активатора плазминогена и снижение антитромбина III на фоне альтерации интимы сосудов и циркуляции высоких титров десквамированных эндотелиоцитов.

Максимальная степень десквамации эндотелия, активности фактора Виллебранда, синтеза эндотелий зависимых вазорегулирующих медиаторов: эндотелина-1, оксида азота и снижения выработки сосудистой стенкой антитромбина III, объективно отражающих степень альтерации эндотелия и как следствие – высокий риск интрамурального или внутрисосудистого тромбоза отмечена у больных с тяжелой астмой. Одной из основных причин активации ФВ является деструкция эндотелиальных клеток, и вероятно, субэндотелия (основного депо ФВ), что имеет значение не только для оценки степени нарушения его функции, как предиктора эндотелиальной дисфункции, но тяжести и распространенности повреждения интимы сосудов в целом.

При длительности заболевания более 5 лет у детей на фоне высокой степени альтерации интимы сосудов, отмечена депрессия синтеза активаторов плазминогена и антитромбина III, отра-

жая, возможно, перенапряжение функциональных возможностей системы и последующее ее истощение вследствие предшествующей длительной активации в условиях персистирования аллергического воспаления. Эндотелиальная дисфункция усугублялась активацией фактора Виллебранда, ингибитора активатора плазминогена, накоплением в циркуляции эндотелина-1 и как следствие высоким вазоконстрикторным потенциалом крови.

При достижении контроля заболевания отмечалась тенденция к нормализации исследуемых показателей, которые, однако, при среднетяжелом и тяжелом вариантах заболевания не достигали референсных значений.

У больных со среднетяжелой астмой на фоне выравнивания содержания вазопрессорных медиаторов (эндотелин-1 – $0,4 \pm 0,05$ фм/мл, у здоровых – $0,3 \pm 0,02$ фм /мл) сохранялась интенсивная дезагрегация интимы сосудов (циркулирующие эндотелиоциты – $16,45 \pm 0,1 \times 10^4$ /л, у здоровых – $5,10 \pm 0,2 \times 10^4$ /л) и активация Фактора Виллебранда ($143,1 \pm 2,4$ %, у здоровых – $83,0 \pm 2,3$ %).

При тяжелой БА исследуемые показатели также не достигали контрольных значений: удерживалась повышенная десквамация интимы сосудов (циркулирующие эндотелиоциты – $20,6 \pm 2,0 \times 10^4$ /л, у здоровых – $5,10 \pm 0,2 \times 10^4$ /л), сопряженная с высоким вазоконстрикторным потенциалом крови, обусловленным гиперпродукцией эндотелина-1 (эндотелин-1 – $0,95 \pm 0,07$ фм/мл, у здоровых – $0,3 \pm 0,02$ фм/мл), сниженной плазминовой активностью за счет уменьшения продукции сосудистой стенкой активатора плазминогена (t-PA – $3,0 \pm 0,2$ нг/мл, у здоровых – $6,4 \pm 0,4$ нг/мл) и увеличения секреции его ингибитора (PAI – $10,4 \pm 0,1$ Ед/мл., у здоровых – $2,2 \pm 0,06$ Ед/мл). Сопряженное повышение активности Фактора Виллебранда ($161,2 \pm 3,4$ %, у здоровых – $83 \pm 2,3$ %) и вовлечение в патологический процесс сложных многофакторных реакций эндотелийзависимого звена регуляции системного кровотока и стимуляции фибрино- и тромбосинтеза сохранялись при достижении контроля заболевания.

Отсутствие полной нормализации изучаемых параметров, по-видимому, отражало пролонгированный характер выявленных изменений, обусловленный персистированием воспаления в респираторном тракте.

Отмеченная нами активация эндотелиальной выстилки сосудов на фоне морфологических нарушений может потенцировать, в

свою очередь, образование тромбоцитарных агрегатов, выделение биологически активных веществ, способствуя усугублению эндотелиального дисбаланса и усилению сосудистой проницаемости.

Отмеченные нами структурно-функциональные изменения клеток крови и эндотелия были сопряжены с показателями, характеризующими респираторную дисфункцию и активность аллергического воспаления.

Мы полагаем, что выявленные тесные функциональные взаимосвязи показателей эндотелиальной дисфункции с маркером аллергического воспаления и респираторной активностью легких, свидетельствуют об обширном повреждении интимы сосудов в результате бронхиальной обструкции, что сопровождается выделением биологически активных субстанций, которые наряду с компонентами иммунного воспаления являются пусковым моментом в активации функций тромбоцитов. Они не только “запускают” фибринообразующий каскад, но и поддерживают воспалительные реакции в легких, повышая бронхиальное сопротивление, посредством продукции провоспалительных и бронхоконстрикторных медиаторов, становясь непосредственными участниками этого процесса.

Таким образом, участие эндотелия на всех этапах патологического процесса, высокая сопряженность изменений с активностью воспаления и респираторной дисфункцией, сохраняющаяся при достижении контроля над симптомами заболевания, дают возможность рассматривать признаки эндотелиальной дисфункции высокочувствительным патофизиологическим маркерами активности воспаления, которые являются предикторами риска обострений и снижения функции легких независимо от уровня клинического контроля заболевания и обосновывают необходимость разработки эффективных персонализированных схем терапии для пациентов с недостаточно контролируемой бронхиальной астмой.

РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ ТРОМБОЦИТОВ В ПЕРСИТИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

*Ларюшкина Р.М., Рывкин А.И., Глазова Т.Г.,
Побединская Н.С., Диндяев С.В.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В патогенезе бронхиальной астмы (БА) особое место занимают тромбоциты, факт участия которых в аллергическом вос-

палении определил интерес к изучению их роли в патогенезе заболевания. Несмотря на отмеченный интерес к данной проблеме, на наш взгляд, отсутствует комплексное и многоуровневое изучение структурно-метаболических параметров кровяных пластинок в механизмах воспаления при БА у детей.

Целью исследования явилось установление особенностей структурно-функциональных параметров тромбоцитов у детей с БА, с тем, чтобы обосновать их роль в механизмах персистенции аллергического воспаления.

У 52 детей с БА в возрасте от 4 до 15 лет на автоматическом гематологическом анализаторе «Cobas Vega» исследованы морфологические тромбоцитарные параметры (количество клеток, средний объем (MPV), тромбоцит (PCT), анизоцитоз (RDW).

Функционально-метаболические характеристики кровяных пластинок оценивали по адгезивно-агрегационной активности тромбоцитов (экспресс методом на предметном стекле с ристомидином по А.С. Шитиковой, 1984), концентрации в них биологически-активных веществ (серотонина и катехоламинов) – методом Фальке-Хилларпа (Диндяев С.В., 2008), внутриклеточному уровню нитрит-ионов методом Скуп Д., Уэст Д. (1979), содержанию общих фосфолипидов (ОФЛ) и холестерина (ХС) методом тонкослойной хроматографии, интенсивности перекисного окисления липидов в мембранах (Yagi R., 1979). Оценка функции внешнего дыхания проводилась методом компьютерной спирометрии на приборе «SPIROSIFT-3000».

В ходе проведенного исследования при обострении БА имела тенденция к увеличению среднего объема тромбоцитов ($8,32 \pm 0,3$ фл) и коэффициента вариации тромбоцитометрической кривой ($0,22 \pm 0,04\%$), уменьшению тромбоцита ($15,79 \pm 0,03\%$). В период обострения БА пул изучаемых клеток находится в состоянии метаболической активации, о чем свидетельствовало уменьшение времени агрегации тромбоцитов – $3,57 \pm 0,2$ сек., возрастание в них уровня малонового диальдегида – $2,67 \pm 0,04$ нмоль/мл и нитрит ионов – $1,19 \pm 0,05$ ммоль/л, в сравнении с контролем ($6,3 \pm 0,04$ сек., $1,59 \pm 0,03$ нмоль/мл и $0,3 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно). В кровяных пластинках достоверно ($p < 0,05$) увеличивалось содержание серотонина – $3,2 \pm 0,06$ у.е. и катехоламинов – $2,7 \pm 0,05$ у. е., превышавшее контрольные значения почти в 3 раза ($1,0 \pm 0,04$ у. е. и $1,27 \pm 0,04$ у. е. соответственно).

При обострении заболевания регистрировались отклонения и мембранной пластичности тромбоцитов, о чем косвенно свидетельствует увеличение уровня холестерина ($70,91 \pm 0,2\%$), коэффициента ХС/ОФС и уменьшение ОФЛ ($29,09 \pm 0,3\%$). Повышение ригидности мембран изучаемых клеток нарушает, по всей видимости, функционирование их ферментных систем, изменяет активность поверхностных рецепторов, способствует усилению адгезии тромбоцитов и запуску коагуляционного каскада внутрисосудистого свертывания крови.

Выявленные отклонения функциональной активности тромбоцитов были детерминированы тяжестью БА. Наибольшая степень дезорганизации функциональных параметров тромбоцитов зарегистрирована при тяжелой БА (время агрегации – $2,5 \pm 0,2$ сек., NO_3 – $1,7 \pm 0,3$ ммоль/л, МДА – $3,38 \pm 0,2$ нмоль/мл, серотонин – $3,9 \pm 0,02$ усл. ед., катехоламины – $3,1 \pm 0,05$ усл. ед.) в сравнении со среднетяжелой (время агрегации – $3,45 \pm 0,05$ сек., NO_3 – $1,1 \pm 0,4$ ммоль/л, МДА – $2,51 \pm 0,0$ нмоль/мл, серотонин – $3,2 \pm 0,06$ усл. ед., катехоламины – $3,24 \pm 0,03$ усл. ед.) и легкой БА ($4,75 \pm 0,3$ сек., $0,77 \pm 0,25$ ммоль/л, МДА – $1,95 \pm 0,04$ нмоль/мл, серотонин – $2,52 \pm 0,1$ усл. ед., катехоламины – $1,3 \pm 0,08$ усл. ед. соответственно). Зарегистрированная метаболическая активация кровяных пластинок может потенцировать образование тромбоцитарных агрегатов, выделение биологически активных веществ, способствуя нарушению эндотелиальной выстилки и усилению сосудистой проницаемости.

В периоде ремиссии БА параллельно выравниванию адгезивно – агрегационных свойств тромбоцитов (увеличение времени агрегации до $6,48 \pm 0,2$ сек.), отклонения функциональных характеристик кровяных пластинок сохранялись, о чем свидетельствовало сохраняющееся накопление продуктов липопероксидации (МДА $2,23 \pm 0,02$ нмоль/мл), метаболита оксида азота ($0,42 \pm 0,2$ ммоль/л), изменение липидного бислоя клеток (ХС – $66,5 \pm 0,3\%$, ОФЛ $33,5 \pm 0,4\%$).

Сопряжение тромбоцитарных параметров с уровнем маркера активности аллергического воспаления, показателями функции внешнего дыхания, свидетельствует о том, что выявленные тромбоцитарные отклонения являются, по всей вероятности, одним из патогенетических механизмов хронического воспаления в бронхолегочной системе.

ОПТИМИЗАЦИЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Побединская Н.С., Рыбкин А.И., Глазова Т.Г., Смирнова Т.Л.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В связи с многообразным патогенезом бронхиальная астма (БА) является очень многоликой болезнью. В фенотипической её реализации, несмотря на общую направленность, принимают участие самые разнообразные патогенетические механизмы. Резистентность к стандартной базисной терапии, встречающаяся у 30-50% пациентов, связывают с фенотипической неоднородностью БА, в развитии которой большую роль играют как факторы внешней среды, так и генетическая предрасположенность. Это обосновывает стремление врачей выделить отдельные клинические варианты (фенотипы) бронхиальной астмы, обусловленные превалированием в патогенезе тех или иных иммунологических и других механизмов, накладывающие свой отпечаток на клинические проявления заболевания. Установление фенотипического варианта заболевания и типа воспаления дыхательных путей позволяет правильно выбирать базисную терапию и способствовать оптимизации контроля над заболеванием. В педиатрической практике наиболее значимыми критериями, определяющими фенотип БА, являются возраст ребенка и основной, провоцирующий обострения заболевания фактор: контакт с аллергенами или индукция обострения вирусной/бактериальной инфекцией. Исходя из этих критериев выделяют атопическую, вирус-индуцированную БА и БА, провоцируемую физической нагрузкой.

Среди современных препаратов базисной терапии БА, безусловным лидером являются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), которые обладают высокой противовоспалительной активностью, способностью к восстановлению поврежденных структур эпителия дыхательных путей, уменьшению гиперреактивности, улучшению показателей функции внешнего дыхания при низком системном воздействии, поэтому используются при всех фенотипах БА. В настоящее время в арсенале врача имеется достаточно широкий спектр ИГКС (беклометазон дипропионат, будесонид (Пульмикорт, Буденит Стери неб), флутиказона и мометазона фууроат) в том числе и комбинированных с ДДБА (флутиказона пропионат/ сальметерол, будесонид/формотерол (Симбикорт), беклометазон/формотерол, мо-

метазон/формотерол), отличающиеся по своим фармакологическим свойствам: противовоспалительной активности, биодоступности, аффинности к ГКС рецептору и др. Концепция лечения БА, предложенная GINA 2014, режим единого ингалятора (для поддерживающей терапии и купирования приступа), одобрена в нашей стране пока только для препарата будесонид/формотерол (Симбикорт).

Уменьшить глюкокортикостероидную нагрузку и добиться отчётливого терапевтического эффекта позволяет применение нового класса противоаллергических препаратов – антилейкотриенов. Их действие направлено на ключевые медиаторы аллергического воспаления – лейкотриены (LT). Роль LT в патогенезе бронхиальной астмы разнообразна: они вызывают гиперсекрецию слизи, повышение сосудистой проницаемости, отек тканей, нейрональную дисфункцию, а также нарушают цилиарный клиренс и привлекают клетки в очаг воспаления. Лейкотриены являются основными медиаторами бронхиальной обструкции, вызванной физической нагрузкой и гипервентиляцией при вдыхании больными бронхиальной астмой холодного, сухого воздуха.

Антагонист лейкотриеновых рецепторов (АЛП) – монтелукаст (Сингулар, Монтеласт) – уменьшает симптомы бронхиальной астмы у детей, обеспечивает бронхопротективное действие, противовоспалительный эффект и предотвращает ремоделинг дыхательных путей. Многочисленные рандомизированные многоцентровые клинические исследования, многолетний опыт по применению АЛП в детском пульмо-аллергологическом отделении Ивановской областной клинической больницы и Областной детской клинической больницы подтверждают их эффективность в качестве поддерживающей терапии и минимизации будущих рисков БА.

Применяют монтелукаст (Сингулар, Монтеласт) у детей с возраста 2-х лет. В России он зарегистрирован в виде жевательных таблеток по 4 мг (для детей 2-6 лет) и по 5 мг (для детей 6-14 лет), а также в виде таблеток в оболочке по 10 мг (для детей старше 14 лет и взрослых). Применяют препарат 1 раз в сутки, жевательные таблетки – вечером, за 1 час до или 2 часа после еды, таблетки в оболочке – независимо от приёма пищи. Положительный эффект монтелукаста (Монтеласт, Сингулар) проявляется уже в первые сутки приёма, а длительное (до 80 недель) его применение у детей не вызывало тахифилаксии и

возрастания частоты побочных эффектов. Монтелукаст начинает действовать уже через 15 минут, а клинический эффект проявляется уже после однократной принятой внутрь дозы. Так, монтелукаст рекомендован пациентам с бронхиальной астмой и сопутствующим аллергическим ринитом; во всех случаях бронхоспазма, вызванного физической нагрузкой или холодным воздухом; при бронхиальной астме, провоцируемой вирусной (особенно риновирусной) инфекцией у детей первых лет жизни. Применение монтелукаста позволяет на 23% уменьшить глюкокортикостероидную нагрузку благодаря отчётливому синергичному эффекту при его сочетанном применении с ИГКС.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КОМПЛЕКСОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

*Глазова Т.Г., Рывкин А.И., Ларюшкина Р.М.,
Побединская Н.С.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Бронхиальная астма (БА) является одной из самых актуальных проблем педиатрии, занимая ведущее место в структуре бронхолегочной патологии у детей. Несмотря на достигнутый прогресс в понимании механизмов заболевания, некоторые патогенетические звенья остаются недостаточно изученными.

Современная концепция патогенеза БА и стратегия лечения этого заболевания определяет необходимость проведения базисной противовоспалительной терапии, объем которой определяется уровнем контроля и тяжестью БА. Ранее нами было показано, что БА у детей сопровождается изменениями морфофункциональных параметров клеток крови и эндотелия, взаимосвязанных с выраженностью респираторной дисфункции и воспалительного процесса, детерминированные периодом и степенью тяжести БА, которые свидетельствуют об участии их в патогенетических механизмах данного заболевания.

Сохранение в периоде обострения выявленных нами нарушений структурно-функционального профиля эритроцитов, метаболических свойств лейкоцитов, изменения жесткости их мембран, нарушения морфофункционального статуса тромбоцитов, влияющих на эндотелиальную систему, реологические свойства крови и гемостаз, послужили основанием к дополнению стан-

дартной базисной терапии астмы средствами патогенетически обоснованной коррекции выявленных отклонений.

Нами изучалась терапевтическая эффективность инфракрасного лазерного излучения у детей с БА. Выделено 3 группы больных, отобранных в соответствии с критериями Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2012). Пациенты первой группы – 13 человек с БА, в качестве базисной терапии получали ингаляционный кортикостероид будесонид в умеренных дозах (стандартная терапия). 2-ю группу составили дети, получавшие комбинированный препарат, содержащий ИКС – будесонид и пролонгированный β_2 -агонист – формотерол (комбинированная терапия). 3 группа представлена пациентами, в комплекс лечения которых наряду со стандартной терапией (ИКС – будесонид и β_2 -агонист короткого действия) было включено низкоинтенсивное инфракрасное излучение в импульсном режиме. Общая продолжительность процедуры 10 мин. Курс лечения – 10 сеансов. Выбор этого метода светолечения продиктован, прежде всего, его противовоспалительным действием, нормализующим влиянием на клеточные мембраны, функцию внутриклеточных ферментов, состояние системы микроциркуляции и гемостаза.

Клиническую эффективность проводимых мероприятий оценивали, рассчитывая ежедневно клинический индекс (КИ). Анализ темпов купирования основных симптомов заболевания показал, что симптомы обострения быстрее ликвидировались у детей 2-й и 3-й группы, у которых на 4-й день отмечалось более значительное снижение КИ ($6,4 \pm 0,6$ и $7,2 \pm 0,3$ – соответственно) чем у пациентов 1-й группы ($10,5 \pm 0,3$).

Нами также установлено, что у больных 2-й и 3-й группы отмечается более быстрое выравнивание основных характеристик бронхиальной проходимости. Наиболее благоприятное влияние на респираторную функцию легких оказала комбинированная терапия (2 группа). Показатель суточной вариабельности ПСВ снизился с $20,5 \pm 3,55\%$ до $4,9 \pm 2,06\%$; ФЖЕЛ увеличился с $69,3 \pm 1,6\%$ до $87,6 \pm 4,6\%$; ПСВ – с $76,8 \pm 3,2\%$ до $94,3 \pm 3,2\%$. Второй по значимости положительных влияний на бронхиальную проходимость была 3-я группа больных. Мы полагаем, что данный факт связан с бронхорасширяющим, десенсибилизирующим и противовоспалительным действием лазеротерапии, который повышает чувствительность рецепторов к глюкокортикостерои-

дам и позволяет добиться более значительного клинико-функционального эффекта.

Позитивные тенденции морфо-метрических эритроцитарных показателей отмечены нами у пациентов всех наблюдаемых групп. Наибольшее увеличение показателя деформируемости эритроцитов ($0,16 \pm 0,001$ у.е.) и уменьшение анизоцитоза (RDW – $11,5 \pm 0,5\%$) отмечено у детей на фоне лазеротерапии. Нормализация содержания морфологически измененных клеток зарегистрирована нами лишь у детей 3-й группы через 4 недели наблюдения. Показатель агрегации эритроцитов у детей 1-й и 2-й группы был на 16% выше, чем у детей 3-й группы. Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что ни один из видов базисной терапии (1-я и 2-я группы), не приводили к полному восстановлению морфофункционального статуса красных клеток крови. Наиболее выраженные позитивные изменения со стороны лейкоцитов были получены во 2-й группе детей. Отмечалось повышение активности пероксидазы ($0,340 \pm 0,010$ усл.ед), снижение α -ГФДГ ($0,141 \pm 0,006$ усл.ед) и СДГ ($0,121 \pm 0,004$ усл.ед), на фоне сохранения высокого значения ХС/ФЛ лимфоцитов ($1,128 \pm 0,054$ усл.ед).

Агрегационная активность тромбоцитов, уровень МДА и NO^3 в кровяных пластинках выравнивались быстрее также у детей 2-й и 3-й группы ($7,4 \pm 0,32$ сек., $8,2 \pm 0,16$ сек; МДА – $1,72 \pm 0,04$ нмоль/мл; $1,65 \pm 0,03$ нмоль/мл; NO^{3-} $0,51 \pm 0,04$ млмоль/л; $0,37 \pm 0,06$ млмоль/л – соответственно) в сравнении с 1-й группой.

Итогом восстановления у пациентов 2-й и 3-й группы эритроцитарных и тромбоцитарных параметров явилась нормализация эндотелийзависимых характеристик (эндотелин-1 $0,49 \pm 0,05$ фм./мл и $0,41 \pm 0,03$ фм./мл – соответственно; циркулирующие эндотелиоциты – $11,6 \pm 0,09 \times 10^4/\text{л}$ и $9,1 \pm 0,1 \times 10^4/\text{л}$ – соответственно).

Таким образом, комбинированная терапия, а также сочетанное применение с базисной терапией низкоинтенсивного инфракрасного излучения в импульсном режиме на зоны легких, оказывает положительное влияние на структурно-функциональные параметры клеток крови эндотелия, нивелирует их гиперактивацию, высвобождение биологически активных веществ с бронхоспастическим и провоспалительным действием, существенно уменьшает длительность острого периода и респираторную дисфункцию при БА у детей.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ИММУНОКОРРЕКЦИИ

***Павлова О.Л., Баклушин А.Е., Карпук Н.Л.,
Побединская Н.С.***

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В последние десятилетия иммунотерапию активно практикуют врачи различных специальностей для лечения широкого круга заболеваний.

В настоящее время одной из актуальных проблем в клинической медицине, особенно педиатрии, является определение необходимости использования препаратов, восстанавливающих нарушенный иммунный ответ.

На современный фармакологический рынок, а, следовательно, в арсенал врача, внедряются различного рода лекарства «от всех болезней», которым приписаны иммунокорректирующие свойства, включение которых в комплекс лечебных и профилактических мероприятий не демонстрирует ожидаемого эффекта.

Практическому врачу порой бывает сложно выбирать источники информации, которые он мог бы считать достоверными.

До настоящего времени в педиатрии нет единых клинико-лабораторных показателей для назначения иммунокорректирующей терапии при вторичном иммунодефицитном состоянии (ВИД). Ситуация осложняется и тем, что само понятие «ВИД» трактуют неоднозначно, а порой ставится под сомнение правомочность диагноза «ВИД».

Бесспорным является факт, что показанием для назначения иммуномодулятора является наличие иммунной недостаточности: клинические проявления иммунодефицита и лабораторные показатели иммунного статуса. Необходимо учитывать, что реальную информацию об изменении иммунного статуса несут лишь сильные сдвиги показателей иммунограммы (> 20% от нормы). Изменения показателей, выявленные при иммунологическом обследовании пациента, при отсутствии клинических критериев иммунодефицита не являются основанием для иммунотерапии.

Методы коррекции иммунных реакций условно разделяют на специфические и неспецифические. К специфическим, назначение которых определяется четкими показаниями, в частности, относят введение специфических иммуноглобулинов и сывороток, специфическую клеточную иммунотерапию.

Все гораздо сложнее с препаратами так называемой «неспецифической иммунокоррекции», единые критерии использования которых, по понятной причине, отсутствуют. Следует отметить, что иммуномодулятора с избирательным действием на конкретный компонент иммунной системы не существует, поскольку регуляция всех иммунных процессов чрезвычайно сложна, осуществляется с помощью цитокинов, действие которых плеiotропно. Следует иметь в виду, что многие иммуностропные препараты могут обладать амбивалентным действием на иммунную систему.

Имуномодуляторы воздействуют не только на иммунокомпетентные клетки, но также на другие клетки организма и микроорганизмов с развитием каскада ответных реакций, последствия которых могут быть непредсказуемыми.

Как известно, существует группа детей с транзиторным дисбалансом иммунологической резистентности, получающих регулярные курсы «иммунокоррекции» без эффективного клинического воплощения.

Проблема здоровья носит многосторонний характер, а, следовательно, требует комплексного подхода к реабилитации детей с рекуррентной респираторной патологией, включающего изучение причин и следствий, а также личных особенности конкретного пациента. Перед назначением иммуностропного препарата необходимо комплексное обследование пациента, тщательный анализ эффективности проведения стандартной базисной терапии, поскольку иммунокорректоры при ВИД не являются этиотропными средствами.

Особое внимание при выборе препарата необходимо обратить на инструкцию по его применению, в которой отражены показания и противопоказания, возможные побочные эффекты, фармакологическая совместимость, профиль безопасности, возможность использования в различных возрастных группах. Необходимо строгое соблюдение рекомендуемых схем и дозировок.

Проведение иммунокоррекции требует обязательного динамического наблюдения за состоянием иммунного статуса пациента даже при положительном клиническом эффекте.

Несмотря на активное внедрение иммунотерапии в клинику, необходим аргументированный подход к назначению модуляторов иммунного ответа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Побединская Н.С., Петровская Н.М., Кабаков А.В.

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства
им. В.Н. Городкова» Минздрава России*

Частые респираторные заболевания в детском возрасте представляют важную медико-социальную проблему, что обусловлено высокой их распространенностью. Дети, подверженные частым острым респираторным инфекциям (ОРИ), составляют от 15 до 75% детской популяции (Мизерницкий Ю.Л. с соавт., 2009). Среди часто болеющих детей наиболее распространены респираторные инфекции верхних и нижних дыхательных путей. У 1/3 часто болеющих детей была выявлена аллергическая патология респираторного тракта, причем у каждого пятого (у 20%) была диагностирована бронхиальная астма легкой и средней степени тяжести. Более чем у 76% детей с частыми ОРИ были диагностированы хронический аденоидит, аденоидные вегетации 2-3 степени, хронический тонзиллит, гипертрофия небных миндалин, рецидивирующий отит.

Имеющиеся в литературе данные по клинико-иммунологическому обследованию ЧБД указывают на нарушение процессов интерферонообразования. При изучении факторов местного иммунитета у ЧБД выявлено снижение содержания секреторного IgA в слюне, уровень и активность лизоцима в носовом секрете, что указывает на иммунодефицит в системе местного иммунитета у данной категории больных (Маркова Т.П. с соавт., 2001). Исследование функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов в НСТ-тесте показывает снижение данного показателя.

У ЧБД даже в период клинического благополучия выявляются отчетливые изменения межклеточного взаимодействия в иммунной системе: повышается содержание провоспалительных цитокинов (ИЛ-2, ИЛ-4), а также цитокинов, участвующих в хронизации процессов воспаления (ИЛ-6, ИЛ-8), что сопровождается снижением клеточной цитотоксичности, дисиммуноглобулинемией, повышением уровня клеток, экспрессирующих рецепторы, которые индуцируют апоптоз (Романцов М.Г. с соавт., 2009).

До настоящего времени остается дискуссионным вопрос о методах иммунокорректирующей терапии для профилактики и лечения частых респираторных инфекций в детском возрасте. В лечении инфекционных заболеваний дыхательных путей у ЧДБ детей педиатры успешно применяют высокоэффективный иммуномодулятор бактериального происхождения – Бронхо-Ваксом, экзогенный полимерный иммуномодулятор – Деринат, препарат интерферона альфа-2b – Виферон, индуктор интерферона – Анаферон, представляющий сверхмалые дозы антител к интерферону γ человека и др. Выбор иммуномодулирующего препарата осуществляется врачом эмпирически, по клиническим показаниям. С учетом массовости и разнородности группы ЧДБ это обуславливает высокую медико-социальную и экономическую значимость проблемы восстановительного лечения этих детей.

Целью нашего исследования было оценить эффективность применения различных иммуномодуляторов в группе часто болеющих детей.

В исследование было включено 20 детей, страдающих частыми ОРВИ и повторными инфекциями верхних дыхательных путей и ЛОР-органов в возрасте 2-5 лет. Критерии включения: давность заболевания более 1 года, частота обострений ОРВИ 5-6 и более раз в год, частота обострений сопутствующих заболеваний за последние 6 месяцев 4 и более раз и число дней с симптоматикой заболеваний 30 и более за последние 6 месяцев. Из исследования были исключены дети, получавшие иммуномодулирующие препараты в течение 6 предыдущих месяцев. Дети распределены в 2 группы сопоставимые по полу и возрасту. Сбор информации осуществлялся методом выкопировки из отчетных форм (ф. 112/у) Ивановского НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова.

Парное межгрупповое сравнение проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни. Внутригрупповое сравнение показателей проводилось с использованием критерия Вилкоксона для двух зависимых переменных.

В качестве иммунокорректирующей терапии были выбраны иммуномодулятор бактериального происхождения ИРС-19 и полусинтетический бактериальный препарат Ликопид. Эффективность препаратов в профилактике ОРВИ связана в целом с тем, что они имитируют стимулирующее действие вирулентной инфекции на иммунную систему ребенка. Активизируя специфиче-

ские и неспецифические факторы иммунной системы, данные иммуномодуляторы способствуют стимуляции иммунного ответа при естественном контакте ребенка с широким спектром бактериальных и вирусных респираторных патогенов.

В первой группе Ликопид назначали натошак по 1 мг 1 раз в день в течение 10 дней. Во второй группе – ИРС-19 по 1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в день в течение 2 недель. У всех детей до начала приема иммуномодуляторов и через 10 дней после окончания курса терапии определяли уровень Т- и В-лимфоцитов, IgA, бактерицидную активность нейтрофилов (NST-тест), ЦИК.

Иммунологические показатели у детей обеих групп до приема иммуномодуляторов не имели достоверных различий и характеризовались снижением уровня Т-лимфоцитов (CD3+), IgA и NST-тест спонт. На фоне проводимой терапии во всех группах ЧДБ отмечались различные изменения иммунологических характеристик. У детей первой группы после приема Ликопида отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня Т-лимфоцитов (CD3+) с 62% до 68%, IgA с 44 до 93 мг%, NST-тест спонт. с 9 до 14 %. У детей, получавших ИРС-19 отмечено повышение IgA с 58 до 74 мг%, NST-тест спонт. с 9 до 13 %, при этом не отмечено достоверного повышения уровня Т-лимфоцитов.

Таким образом, ликопид и ИРС-19 являются эффективными средствами коррекции иммунологических нарушений у часто болеющих детей. После приема как ликопида, так и ИРС-19 отмечалась нормализация уровня IgA, бактерицидной активности нейтрофилов, числа ЦИКов, но достоверное восстановление уровня Т-лимфоцитов отмечено только при приеме Ликопида.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА КАЛЬФ-КАЛИФА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

***Можаяев А.В., Иванов С.К., Баклушин А.Е., Антонова С.Н.,
Балаев И.В., Урусова Н.А.***

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Патология респираторной системы сохраняет ведущее место в структуре заболеваемости детей. Грипп и другие ОРВИ продолжают оставаться слабо контролируруемыми инфекциями, при них нарушается иммунный статус, что часто приводит к разви-

тию заболеваний респираторной системы, как вирусной, так и бактериальной этиологии. Болезни бронхолегочной системы, в том числе пневмония, в структуре младенческой смертности занимают более 12%. Следовательно, прогнозирование и ранняя диагностика осложнений при респираторной патологии является довольно актуальной проблемой. В настоящее время показана возможность использования в диагностике различных воспалительных заболеваний и их осложнений интегральных гематологических показателей, например, лейкоцитарного индекса интоксикации Кальф-Калифа, однако вопрос их использования при бронхолегочной патологии у детей не уточнен.

Целью данного исследования было разработать дополнительные прогностические критерии развития осложнений при острых заболеваниях респираторной системы у детей с использованием индекса Кальф-Калифа на начальном госпитальном этапе.

Проведено комплексное динамическое клиничко-лабораторно-инструментальное обследование 104 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет жизни с острой респираторной патологией, поступивших в детское отделение реанимации и интенсивной терапии ОБУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница». Из них у 33 детей отмечены респираторные заболевания вирусной этиологии: острый обструктивный бронхит, бронхиолит; у 71 ребенка диагностирована пневмония. В контрольную группу вошли 20 детей без признаков острой бронхолегочной патологии. В общую клиничко-лабораторную часть исследования входило клиническое обследование, по показателям общего анализа крови в динамике определялся лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) Я.Я. Кальф-Калифа. Объективизация и верификация воспалительного процесса в легочной ткани достигалась путем применения рентгенологического исследования органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях.

В рамках работы нами исследовался ЛИИ у детей при поступлении и на следующий день. На этом этапе работы наблюдавшиеся больные были распределены на четыре группы. Первую и вторую группы составили больные острым обструктивным бронхитом, бронхиолитом и ОРВИ, причем в первую группу вошли 13 детей, заболевание у которых сопровождалось развитием компенсированной стадии шока. Во вторую группу вошли 20 детей с более тяжелым течением заболевания, сопровождавшимся развитием суб- и декомпенсированной стадий шока. Третью и четвертую группы составили дети с тяжелыми пневмониями. В тре-

тью группу вошел 21 ребенок с острой тяжелой пневмонией и сепсисом. В четвертую – 50 детей с пневмониями, осложненными тяжелым сепсисом и декомпенсированной стадией септического шока (21 ребенок с сочетанием внелегочных и легочных осложнений, и 21 ребенок с изолированными внелегочными осложнениями и 8 детей с декомпенсированным септическим шоком).

Результаты и их обсуждение. ЛИИ при поступлении (ЛИИ₁) был достоверно выше у детей 2 и 4 групп по сравнению с детьми 3 группы наблюдения. Максимальных значений ($6,3 \pm 1,3$) ЛИИ₁ достигал в подгруппе детей с декомпенсированной стадией септического шока и легочной деструкцией.

Максимальные цифры ЛИИ на следующий день после поступления в стационар (ЛИИ₂) отмечались в подгруппе детей с легочными и внелегочными осложнениями ($1,6 \pm 0,3$), они были достоверно выше, чем у детей с сочетанием пневмонии и сепсиса.

При анализе динамики ЛИИ было установлено следующее: в 1 и 3 группах ЛИИ снижался менее чем в 2 раза. Различие между ЛИИ₁ и ЛИИ₂ в этих группах было недостоверным. Во 2 и 4 группах ЛИИ снижался резко, более чем в два раза, причем различие между показателями в группе детей с осложненными пневмониями и, особенно, в подгруппе детей, у которых впоследствии развились декомпенсированная стадия септического шока или деструкция легочной ткани, было достоверным ($p < 0,01$).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что степень изменения ЛИИ при бронхолегочных заболеваниях у детей зависит в большей степени от тяжести септического процесса и степени компенсации шока, а не от нозологической формы патологии.

Индекс Кальф-Калифа может являться прогностическим критерием для сепсиса и септического шока при респираторной патологии у детей. Высокий уровень ЛИИ при поступлении (больше 2,0) однозначно свидетельствует о тяжелом течении патологического процесса и высоком риске развития тяжелого сепсиса и декомпенсированной стадии септического шока. Снижение ЛИИ в течение первых суток более чем в 2 раза также прогностически неблагоприятно.

Определение лейкоцитарного индекса интоксикации при поступлении и после первого дня терапии позволяет прогнозировать развитие тяжелого сепсиса, декомпенсированной стадии септического шока и легочной деструкции при острой респираторной патологии.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Борзов Е.В., Жабурин М.В., Соколов Р.О.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В настоящее время заболевания верхнего отдела дыхательных путей в детском возрасте встречаются очень часто, по данным многих авторов от 76,3% до 84,7% (М.Р. Богомилский, Т.И. Гаращенко, 2000).

За последние годы частота распространения заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составила 35-37% среди всех заболеваний верхнего отдела дыхательных путей. Ежегодно количество таких больных увеличивается на 1,5-2%. Понятна необходимость проведения своевременной терапии, направленной как на купирование острого процесса, так и на полное восстановление всех функциональных параметров слизистой оболочки полости носа.

Развитию воспалительных явлений в слизистой оболочке пазух у детей способствуют факторы как местного, так и общего характера. Поверхность слизистой оболочки верхних дыхательных путей служит отправным пунктом инфекции. Начальным моментом инфекции является адгезия – прикрепление патогенных агентов к поверхности слизистой оболочки. Затем, на втором этапе патогены размножаются и «запускают» местную воспалительную реакцию, вызывая приток клеток воспаления. Вследствие отека слизистой оболочки полости носа, закрываются выводные отверстия пазух. Ограничивается, а затем полностью прекращается поступление воздуха в просвет пазухи, снижается аэрация, угнетается транспортная функция мерцательного эпителия. В пазухе создается пониженное давление, ведущее к венозному застою, гиперсекреции железистого аппарата, трансудации жидкости в просвет пазухи. Так развивается начальная фаза асептического воспаления. На этом фоне в условиях снижения местного иммунитета слизистой оболочки активизируется вирусная и бактериальная флора.

Основными клиническими проявлениями острого риносинусита являются болевой синдром, повышение секреции, нарушение носового дыхания и обоняния, конъюнктивит, общие симптомы. Спектр диагностически значимых неинвазивных инструментальных методов исследования широк: рентгенография и компьютерная томография околоносовых пазух, эндоскопическая риноско-

пия, бактериологическое исследование мазка из носа. Наряду с неинвазивными в диагностике риносинуситов используются также инвазивные методы (пункция верхнечелюстных пазух, зондирование фронтальных, сфеноидальных синусов).

Схема ведения пациентов с риносинуситом включает: устранение явлений воспаления, восстановление проходимости соустья, эвакуацию отделяемого из пазух, ликвидацию очага инфекции. Местную иммуномодулирующую терапию проводят при наличии показаний.

Современные протоколы эмпирической антибактериальной терапии риносинуситов рекомендуют: использовать антибиотики, обладающие активностью против основных возбудителей; учитывать способность назначаемых антибиотиков преодолевать резистентность классических возбудителей, применять антибиотики, накапливающиеся в очаге воспаления, превышающим минимально подавляющую концентрацию. Важным и ответственным моментом является оценка эффективности антибиотикотерапии. Клиническое улучшение наступает, как правило, через 36-48 часов. Отсутствие эффекта характеризуется сохранением или прогрессированием общей и локальной симптоматики, в связи с чем необходима смена антибиотика и использование других лечебных мероприятий.

В связи с сохраняющейся актуальностью патологии околоносовых пазух необходим комплексный подход к диагностике и лечению риносинуситов у детей, и постоянное взаимодействие врачей различных специальностей. Только постоянное взаимодействие врачей общей практики, педиатров и оториноларингологов способствует уменьшению частоты заболеваемости риносинуситами в детском возрасте.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6-9 ЛЕТ: ОБОСНОВАНИЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ТЕРАПИИ

***Курчанинова М. Г., Касаткина А.В., Баланец Е.Е.,
Алябина А.А., Тропина А.А.***

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

На рост и формирование челюстно-лицевой области (ЧЛО) оказывает влияние как генетический фактор и анатомические структуры, так и качество функций дыхания, глотания, жевания,

наличие вредных привычек (чаще всего обусловленных неврологическим статусом). Известно также, что аномалии раннего детского возраста закрепляются в сменном и постоянном прикусе, иногда в более тяжелой форме. Ортогнатический прикус встречается не более чем у 30 % населения, при этом успехи цивилизации не улучшают статистику. В препубертатный период еще сохраняется потенциальная возможность исправления ортодонтической патологии и профилактики связанных с ней осложнений.

Цель исследования – изучение распространенности ортодонтических аномалий и определение структуры факторов, определяющих формирование и закрепление данных аномалий, у детей 6-9 лет в городе Иваново для выработки эффективных подходов к тактике ведения данных пациентов.

Проведено анкетирование родителей и осмотр ортодонтом 95 детей в возрасте от 6 до 9 лет.

У осммотренных детей была обнаружена различная ортодонтическая патология. Структура ортодонтических аномалий в исследуемой группе детей была представлена следующим образом: в 49% случаев выявлялся дистальный прикус, 18% – мезиальный, 16% – глубокий, 10% – открытый, 7% – перекрестный прикус.

В результате анкетирования выявлены группы наиболее часто встречающейся сопутствующей патологии: заболевания ЛОР-органов, неврологические, логопедические, аллергические заболевания, а также вредные привычки. Среди общего количества осммотренных детей 33,68%, со слов родителей, не имеют хронических заболеваний, 66,32% имеют одну или сочетание нескольких соматических патологий.

На первом месте среди сопутствующих соматических патологий расположились патология ЛОР органов (21,05%) и аллергические заболевания (15,79%). Данные заболевания отмечены у 44,44% детей с открытым прикусом, 42,86% – с перекрестным прикусом, 36,17% – с дистальным прикусом, 35,29% – с мезиальным прикусом, 26,66% – с глубоким прикусом. Ротовое дыхание резко меняет нагрузку на растущие кости и приводит к серьёзным деформациям челюстно-лицевой области. Формируется «аденоидный» тип лица, готическое небо, узкая верхняя челюсть, блокировка нижней челюсти в дистальном положении, развивается мышечный дисбаланс, асимметричный рост правой и левой половин лица. Эффективность и стабильность ортодонтического лечения возможна только при междисциплинарном

этиопатогенетическом лечении. Нейромышечный стереотип открытого рта часто сохраняется после восстановления проходимости носовых ходов. Следовательно, нормализация мышечного тонуса и миодинамического равновесия является неотъемлемой частью лечения.

В 14,74% случаев причиной аномалии ЧЛО являются вредные привычки, обусловленные изменением неврологического статуса (10,53% осмотренных детей находятся на учете у невропатолога). Ведение таких пациентов должно координироваться через детского психолога.

Таким образом, по результатам исследования установлено, что в структуре ортодонтических аномалий в группе обследованных преобладает дистальный прикус, который выявляется у 49,47% детей. Определена структура и частота сопутствующей соматической патологии, связанной с аномалиями ЧЛО. Среди сопутствующей соматической патологии наиболее часто встречаются заболевания ЛОР органов. Таким образом, для осуществления этиопатогенетического лечения оптимальным будет являться междисциплинарный подход, предусматривающий терапию не только ортодонтической патологии, но и сопутствующих соматических заболеваний, в первую очередь, ЛОР органов, что позволит создать необходимые условия для роста и развития ЧЛО в препубертатный возрастной период.

МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА

Машин С.А., Орлова С.Н., Копышева Е.Н., Колосова М.А.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Характерной чертой инфекционной патологии последних десяти лет является стремительный рост заболеваемости вирусными инфекциями среди детского населения. Это связано с эволюционными изменениями в популяции возбудителей, развитием резистентности к противовирусным препаратам, уменьшением доли бактериальных инфекций, социально-экологическими особенностями жизни современного населения. Результатом этого явилось увеличение частоты встречаемости у больных мононуклеозоподобного синдрома, который характеризуется наличием лихорадки, тонзиллита, аденоидита, лимфа-

денопатии, гепатомегалии, спленомегалии, пастозности лица и возможности появления сыпи. Данный синдром наблюдается при следующих распространенных вирусных инфекциях: Эпштейна – Барр вирусная, цитомегаловирусная, аденовирусная, герпесвирусная инфекция 1, 2 и 6 типа, ВИЧ-инфекция. Похожие симптомы регистрируются и при ряде других вирусных инфекциях из группы ОРВИ. Для всех этих заболеваний характерны различные механизмы и пути передачи инфекции, такие как: воздушно-капельный, алиментарный, контактный, половой, трансплацентарный, интранатальный, при кормлении грудью, пересадке органов и тканей. В связи с этим в ближайшие годы следует ждать увеличения случаев мононуклеозоподобного синдрома у детей.

Целью работы явилось определение частоты встречаемости Эпштейна – Барр вирусной инфекции, особенностей клинической картины инфекции у пациентов с мононуклеозоподобным синдромом.

Материалами для исследования послужили 98 обследованных детей в возрасте от 6 месяцев до 9 лет, находящихся на стационарном лечении в инфекционном отделении № 3 ОБУЗ «1-я ГКБ» г. Иваново. Диагноз верифицировался при обнаружении специфических маркеров вирусов методом ИФА (Anti EBV–VCA–IgM, Anti EBV–VCA–IgG, Anti EBV–NA–IgG, Anti EBV–EA–IgG и Anti CMV–IgM), для верификации ВИЧ-инфекции проводился иммунный блоттинг.

В ходе проведенного обследования нами было установлено, что у половины детей (54,4%), госпитализированных в инфекционное отделение с мононуклеозоподобным синдромом были обнаружены антитела к вирусу Эпштейна-Барра, к цитомегаловирусной инфекции имели положительные маркеры 8,5% пациентов, 4,8 % больных имели смешанную инфекцию (Эпштейна-Барр и цитомегаловирусную); неуточненная этиология определялась у 6,7% обследованных, с ОРВИ и отрицательными маркерами к герпесвирусам было 25,6% детей.

У большинства наблюдаемых детей верифицирована острая Эпштейна-Барр вирусная инфекция (ОЭБВИ). Анализ клинической картины показал, что у 82% больных ОЭБВИ протекала в среднетяжелой форме, у 11% больных диагностировано легкое течение и только у 7% пациентов – тяжелое. Симптомы интоксикации в виде вялости, слабости, головной боли, недомогания при поступлении были у 95,3% детей, и сохранялись до 7 суток –

у 40,6% наблюдаемых, и лишь у 10 пациентов (7,9%) – свыше 7 суток. Изменения слизистых ротоглотки были выявлены у всех больных, и они характеризовались яркой гиперемией слизистых оболочек мягкого и твердого неба (81,25%), фолликулярной или лакунарной ангиной (66,41%), гиперплазией фолликулов задней стенки глотки (26,41%). Сыпь мелкоточечная и пятнисто-папулезная на кожных покровах регистрировалась у 44,2% больных, она локализовалась преимущественно на туловище, конечностях, реже на лице. Амбулаторно все эти дети получали препараты аминопеницилинов. Увеличение периферических лимфатических узлов было наиболее частым и клинически значимым симптомом ОЭБВИ, он наблюдался при всех формах и у всех больных. Чаще всего (в 75,8% случаев) мы наблюдали увеличение переднешейных лимфатических узлов. Заднешейные лимфатические узлы реагировали у 55,5% больных, подчелюстные – у 48,8% детей. Реже отмечалось увеличение паховых и подмышечных лимфатических узлов (у 33,6% пациентов). Полиаденит регистрировался у 38 (29,9%) больных, в основном при тяжелом течении ОЭБВИ. Гепатомегалия диагностирована у 96% пациентов, причем у каждого третьего ребенка (34%) печень увеличивалась значительно и пальпировалась более чем на 4 см из-под края реберной дуги. Увеличение селезенки выявлялось реже – у 42,2% обследованных. Уменьшение размеров селезенки происходило одновременно с угасанием других симптомов, в среднем на $11,3 \pm 1,8$ сутки. У 27% больных ОЭБВИ протекала с развитием синдрома цитолиза гепатоцитов и повышением активности АлАТ более чем в 3 раза. Количественных изменений биохимических показателей билирубина у этих детей не отмечалось, что послужило основанием диагностировать паренхиматозный безжелтушный гепатит, вызванный вирусом Эпштейна-Барра.

Выводы: В этиологической структуре мононуклеозоподобного синдрома лидирует Эпштейна-Барр вирусная инфекция, которая определяется у каждого второго ребенка. Течение ОЭБВИ у детей характеризуется длительной лихорадкой, выраженными симптомами интоксикации, лимфоаденопатией с преимущественным увеличением переднешейных и заднешейных лимфатических узлов, ангиной с гнойными наложениями на миндалинах, гепатоспленомегалией и синдромом сыпи у детей, получавших аминопенициллины в первые дни болезни. У каждого пациента мононуклеозоподобный синдром проявляется сочетанием

нием 3–5 характерных симптомов разной степени выраженности. У трети пациентов с ОЭБВИ наблюдается развитие вирус-ассоциированного гепатита, протекающего в безжелтушной форме. Таким образом, при диагностировании мононуклеозоподобного синдрома пациента следует обследовать на ОЭБВИ, цитомегаловирусную инфекцию, необходимо контролировать биохимические показатели крови, отказаться от назначения аминопенициллинов при развитии гнойной ангины, сопровождающейся явлениями аденоидита.

РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЗАВОЕВЫВАЕТ МИР. ЧТО ПРОТИВОПОСТАВИТЬ АГРЕССОРУ?

Орлова С.Н., Шибачева Н.Н., Николаева Д.С.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

По данным ВОЗ и ЮНИСЕФ ежегодно в мире регистрируется около 2 миллиардов случаев острой диареи. Более 5 тысяч детей умирают каждый день в результате диарейных заболеваний. Ротавирус человека – основная причина развития тяжелого обезвоживания в раннем детском возрасте. Наиболее часто ротавирусная инфекция (РВИ) регистрируется у детей первых лет жизни. Именно в этом возрасте наиболее высок риск заражения и тяжелого течения заболевания с развитием дегидратации и возможным летальным исходом. Вирус обнаруживается в фекалиях больных с первых дней болезни. Установлено, что переболевший человек способен выделять ротавирус с фекалиями в течение 2–3-х недель и более, представляя высокую эпидемиологическую опасность для окружающих.

Многолетняя динамика заболеваемости вирусными ОКИ в Ивановской области показывает значительный рост РВИ среди населения, что связано не только с проявлениями эпидемического процесса, но и с улучшением лабораторной диагностики. Если в 2012 году интенсивность эпидпроцесса среди совокупного населения составляла 26,8 на 100 тысяч населения, то в 2014 году – 48,8 на 100 тысяч (рост на 82%).

Целью исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей ротавирусной инфекции у детей, определение предикторов эффективности проведенного лечения.

Материал и методы: проанализированы истории болезни па-

циентов, госпитализированных в инфекционные отделения ОБУЗ «1-я ГКБ» г. Иванова за 2014 год и 8 месяцев 2015 года. Диагноз РВИ подтверждался методом ИФА – обнаружением ротавирусного антигена в кале больных.

Результаты: в 2014 году проведено обследование 1455 пациентов, находящихся на лечении в инфекционных отделениях ОБУЗ «1-я ГКБ» г. Иванова, положительных результатов анализов на ротавирус зарегистрировано 539, что составило 37% от всех проведенных обследований. В 2015 году наблюдается значительный рост заболеваемости ротавирусной инфекцией – из 660 обследований, проведенных пациентам с ОКИ, положительными на ротавирус оказались 416 анализов, что уже составило 63%.

В отдельные месяцы (декабрь, январь, февраль, март, апрель) доля ротавирусной инфекции составляла от 78 до 65% среди всех проведенных обследований. В отличие от предыдущих лет, когда ротавирусная инфекция регистрировалась исключительно в холодное время года, проведенное нами исследование показало, что и в теплое время года РВИ диагностируется у больных достаточно часто (в июне месяце – у 52% заболевших, в июле – у 43% больных, в августе – у 38% госпитализированных в инфекционную больницу).

Наиболее интенсивно в эпидемическом процессе участвуют дети раннего возраста. В проведенном нами исследовании в 2015 году 34,3% детей (32% в 2014 году) были пациенты первого года жизни, 50,7% – больные в возрасте от 1 до 3-х лет (44% в 2014 году), 12,3% – дошкольники (15% в 2014 году), 2,6% детей – школьники (9% в 2014 году). Таким образом, по сравнению с 2014 годом в 2015 году наблюдается увеличение доли детей раннего возраста, больных РВИ (68% и 85,1% соответственно). Большинство детей данной группы были неорганизованными, то есть они не посещали детские образовательные учреждения. А детей школьного возраста, вовлеченных в эпидемический процесс, становится все меньше, что, как мы полагаем, связано с формированием противовирусного иммунитета у детей данного возраста и санитарно-эпидемиологическим благополучием школ.

Причиной обращения за медицинской помощью во всех случаях явилось наличие диареи (100%), повышение температуры тела (72%), рвота (68%). Заболевание сопровождалось катаральным синдромом лишь у 17,5% детей. Лихорадка сохраня-

лась в среднем 2,6 дней, диарея – 4,3 дня. По уровню поражения желудочно-кишечного тракта гастроэнтерит наблюдался в 50% случаев, энтерит – у 32% больных, гастроэнтероколит – у 18% больных.

Наличие поражения толстого кишечника не характерно для вирусной инфекции, но у 61 пациента наблюдалось сочетание РВИ с бактериальной инфекцией, что составило 14,6% среди всей установленной РВИ. Наиболее часто вместе с РВИ регистрировалась клебсиеллезная инфекция (в 54,1% случаев), коли-инфекция (16,4%), стафилококковая (9,8%) и протейная (8,2%) инфекции кишечника. В отдельных случаях при бактериологическом исследовании детей с РВИ из кала высевались протей, синегнойная палочка, сальмонеллы.

Все госпитализированные больные с РВИ получали этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. У детей раннего возраста в качестве этиотропной терапии использовались интерфероны системного действия (виферон, кипферон), у пациентов в возрасте старше 3-х лет – противовирусное средство умифеновир (арбидол). Раннее использование противовирусной терапии способствует быстрому купированию основных клинических симптомов инфекции – нормализации температуры тела, уменьшению диареи, купированию рвоты, препятствовало внутрибольничному заражению контактных лиц. У пациентов с симптомами гастроэнтероколита назначались антимикробные препараты.

Таким образом, в настоящее время ротавирусная инфекция является самой распространённой среди всех острых кишечных заболеваний у детей, которая теряет характерную сезонность и регистрируется на протяжении всего года. Наиболее интенсивно в эпидемическом процессе участвуют неорганизованные дети раннего возраста. У 14,6% определяется вирусно-бактериальная инфекция, требующая назначения антимикробных препаратов. Катаральные симптомы регистрируются редко – в 17,5% случаев. Предикторами эффективности проведенного лечения явились: раннее поступление больного в стационар и раннее применение противовирусных препаратов системного действия, при регистрации у больного РВИ симптомов гастроэнтероколита – ранее назначение антимикробных препаратов.

**АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА
ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ МАТЕРЯМИ
С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ И ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С
В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Жуйкова А.В., Щуренков А.П., Чиянова О.Л., Морозова О.В.,
Каплина С.Ю.**

*ОБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и
инфекционными заболеваниями»*

В мире 180 миллионов людей инфицированы вирусом гепатита С (ВГС). В РФ зарегистрировано около 4 миллионов пациентов с ХГС (3-е место в мире). 70-80% всех пациентов составляют лица молодого возраста. Инфекция ВГС является наиболее частой причиной развития хронического поражения печени, в том числе у женщин детородного возраста. Частота вертикальной передачи ВГС при моноинфекции ХГС в РФ составляет 4-5%. Среди здоровых детей в России уровень обнаружения anti HCV колеблется от 0,3 до 0,7 %. С увеличением возраста детей число инфицированных ВГС растет.

Цель работы – провести анализ случаев вертикальной передачи ВГС у детей, рожденных матерями с ко-инфекцией ВИЧ/ХГС по материалам ОБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» г. Иваново (далее Центр), обосновать предложение по созданию на базе Центра областного консультативного приема для пар мать-дитя с вирусными инфекциями печени В, С, В+С.

Методы исследования: наблюдение за детьми, рожденными матерями с ко-инфекцией ВИЧ/ХГС проведено на базе Центра. Под наблюдение взяты 207 детей, рожденных в период с 2010 по 2014г, с диагнозом перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции и гепатиту С в возрасте от 1 до 24 месяцев. Критериями включения в наблюдение являлись: эпидемиологические данные – рождение матерью с ко-инфекцией ВИЧ/ХГС; лабораторное обнаружение в сыворотке крови детей antiHCV, РНК HCV, генотипа HCV, повышение уровня АЛТ, ультразвуковые изменения.

Результаты и их обсуждение: с 2010г по 2014г в Центре наблюдался 661 ребенок, рожденный ВИЧ-позитивными матерями, из них 207 детей имели риск вертикальной передачи ВГС. Исключена передача ВГС от матери к ребенку у 194 детей. Продолжено наблюдение 13 детей, у них исключена вертикальная передача ВИЧ-инфекции. Регулярно в Центре наблюдались во время беременности 12 матерей, 3-х этапную профилактику вертикальной передачи ВИЧ получили 12 пар мать-дитя, одному

новорожденному назначен 3-й этап профилактики. Из 13 родов проведено 4 кесаревых сечения, при 9 физиологических родах длительность безводного промежутка составляла более 6 часов. ВИЧ-статус матерей по стадиям был: 6 матерей наблюдались с диагнозом ВИЧ-инфекция 3 стадия; 4 со стадией 4А, 1 со стадией 4Б, 2 со стадией 4В, у всех фаза ремиссии на высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Стандартную противовирусную терапию (ПВТ) ХГС женщины не получали до беременности. У всех матерей за время беременности определялась вирусная нагрузка (ВН) более 400 000 копий/мл. Всем детям было исключено грудное вскармливание с первых дней жизни. Из 13 детей у 4 детей отмечалось определение antiHCV с транзитной вирусемией и спонтанным клиренсом РНК HCV к возрасту 24 месяцев, у 9 детей установлен диагноз ХГС на основании эпидемиологических данных, с малосимптомным клиническим течением, лабораторных данных - определение antiHCV, умеренной активностью аминотрансфераз, РНК HCV выявлялась в возрасте 2-24 месяца от умеренной до выраженной, у 3 определен 1 генотип ВГС, у 6 детей 3 генотип, у 1 уз признаки гепатомегалии. Из 9 детей 6 девочек и 3 мальчика.

Таким образом, можно сделать следующие *выводы*:

1. Частота вертикальной передачи ВГС от ВИЧ-инфицированной матери ребенку составила 4,4%.

2. У женщин, коинфицированных ВИЧ и ХГС без иммуносупрессии риск инфицирования ребенка ВГС не превысил, чем при моноинфекции ХГС.

3. С целью снижения риска вертикальной трансмиссии ВГС и заболеваемости ХГС у детей необходимо обследование женщин детородного возраста, планирующих беременность на наличие ХГС и проведение ПВТ до планирования беременности.

4. Женщинам с ко-инфекцией ВИЧ/ХГС целесообразно для снижения риска перинатальной передачи ВГС раннее назначение ВААРТ для коррекции иммуносупрессии до планируемой беременности.

5. Ко-инфекция ВИЧ/ХГС не повышает риск вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.

6. В целях правильного планирования беременности, ведения беременных и их детей для обеспечения преемственности наблюдения, решениях вопросов об иммунопрофилактике, лечении ХГС, ХГВ, социальном сопровождении семей, создания единой информационной базы целесообразно организовать областную консультативную приемную на базе Центра для пар матерей с вирусными инфекциями печени В, С, В+С.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

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

*ГБОУ ВПО ИвГМА Миздрава России
ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»*

Во всем мире отмечается рост злокачественных заболеваний как у взрослых, так и у детей. По данным национальных канцер- регистров, общая заболеваемость онкопатологией в 2000-х гг. составила 150-160 на 1 млн. детского населения в возрасте от 0-14 лет.

Цель исследования: изучить заболеваемость злокачественными новообразованиями и структуру опухолей у детей Ивановской области за 5 лет.

Проведен анализ историй болезни детей, находившихся на лечении в детской областной клинической больнице. Расчет заболеваемости проведен за 5- летний период с 2009 по 2013 гг. на 100 тыс. детского населения в возрасте 0-18 лет.

Всего за 5-летний период в области зарегистрировано 77 случаев злокачественных новообразований у детей. Средний показатель заболеваемости равен 9 случаев на 100 тыс. детского населения, что является средним для РФ. При анализе годовых значений заболеваемости онкопатологией у детей, следует отметить рост данного показателя в 2012 году – 12,2 случая на 100 тыс. детского населения, с последующим снижением до среднего значения.

Проведен анализ распространенности онкопатологии у детей в зависимости от возраста и пола. Число детей заболевших в возрасте от 0 до 14 лет приблизительно одинаково. Среди пациентов с опухолевыми заболеваниями было 45 мальчиков и 31 девочка. Соотношение мальчики/девочки (м/д) равно 1,4:1. Заболеваемость у мальчиков выше, чем у девочек, и составляет 10 случаев на 100 тыс. детского населения.

В структуре заболеваемости детей злокачественными опухолями лейкозы составляют 51% (в том числе острый лимфобластный лейкоз 41,5%, острый миелоидный – 9,1%); лимфомы – 22,1% (лимфома Ходжкина – 11,7%, неходжкинские лимфомы – 10,4%). На долю солидных опухолей приходится 27,3%.

Причем, острым лейкозом чаще заболевают дети в возрасте от 2 до 5 лет, соотношение м/д – 3,6:1. Пик заболеваемости лимфомами приходится на подростковый возраст. Наибольшее количе-

ство пациентов с солидными опухолями – это дети в возрасте от 0 до 4 лет, второй скачок заболеваемости приходится 10-14 лет.

Ежегодно острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) заболевают в среднем 4-5 детей на 100 тыс. детского населения. Лимфомы встречаются с частотой около 2 случаев на 100 тыс. детей и подростков. Солидные опухоли у детей встречаются с частотой 2,4 случая на 100 тыс. детского населения.

Анализ территориального распределения злокачественных заболеваний у детей Ивановской области показал, что наибольшее число заболевших приходится на городских жителей 78,9%, причем в Иваново – 67%, из городов областного подчинения – 10% приходится на Кинешму; по 6,7% – на Тейково и Родники, соответственно. Среди сельских детей данные заболевания выявлялись в 4 раза реже, чем у жителей городов.

Анализ уровня заболеваемости по районам области, показал, что наиболее высокие показатели в Фурмановском, Шуйском, городах Тейково, Иваново.

Экологические воздействия являются одним из факторов, влияющим на развитие онкопатологии. В атмосферном воздухе из года в год повышается концентрация формальдегида и бенз(а)пирена. Кроме того, наиболее сильными загрязнителями воздуха в Ивановской области являются оксид углерода, диоксид азота, оксид азота и свинец. Источниками данных веществ является автотранспорт и промышленные предприятия. Так, п. Лежнево, г. Родники, г. Шуя, г. Тейково расположены вдоль междугородных автомобильных трасс с большим транспортным потоком. Существенный вклад в загрязнение атмосферного воздуха перечисленными выше веществами вносят ООО «ЭггерДревпродукт» (г. Шуя), водных объектов – ООО «Родники-Текстиль», ООО «УК Тейковский ХБК». В Тейковском районе, кроме того, отмечается превышение концентрации хрома, кадмия, никеля в воздухе и почвах.

Таким образом, следует отметить, что средний уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей Ивановской области составляет 9 случаев на 100 тыс. детского населения и не превышает таковые по стране. Среди заболевших преобладают мальчики, соотношение м/д 1,4:1.

В структуре заболеваемости преобладают случаи острого лейкоза, с преимущественной долей острого лимфобластного лейкоза. Опухолевые заболевания имеют возрастные особенности. Наиболее часто злокачественные заболевания диагностируются у жителей городов и в районах с экологическим неблагополучием.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ

***Курчанинова М.Г., Нагибина А.А., Курылева К.С.,
Воробьев М.В.***

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Зубочелюстная система представляет сложный трехуровневый механизм, обладающий функциональным единством, и включающий зубы, мышцы и височно-нижнечелюстной сустав.

Неточное воспроизведение морфологии окклюзионных поверхностей, которые образуют множественные точечные контакты, приводит к дисбалансу окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений и изменению физиологического равновесия ЗЧС, особенно в период ее формирования. Недостаточная осведомленность врачей о концепции сбалансированной окклюзии, особенностях анатомической морфологии зубов и ограничение времени на детском приеме, обуславливает поиск новых методологических подходов к лечению кариеса зубов, что и определяет актуальность нашего исследования.

Цель исследования – поиск и оптимизация способов реабилитации анатомии жевательной группы зубов как функциональной единицы зубочелюстной системы.

В исследовании принимали участие 300 человек (116 девочек и 184 мальчика) в возрасте от 6 до 9 лет с диагнозом кариес дентина К 02.1 (МКБ-10) жевательной группы зубов. Диагноз ставили на основании жалоб и результатов клинко-рентгенологического обследования, включающего основные и дополнительные методы обследования. Было проведено лечение 457 зубов с помощью композитных реставрационных материалов с изготовлением перед этапом препарирования кариозной полости силиконовый ключ на основе В-силикона.

Исследования проводились после постановки пломб с использованием данного метода, и определялись компоненты окклюзии (центральная окклюзия, рабочие и нерабочие контакты зубов и их контакты при выдвижении нижней челюсти вперед).

По результатам проведенного исследования нами были выделены следующие положительные стороны метода «силиконового ключа»:

1. Исследование показало, что при постановке пломбы из композитного материала с применением метода «силиконового ключа» затрачиваемое время сокращается до 20-30 мин.

Отпадает необходимость в длительном моделировании жевательной поверхности.

2. Увеличение прочности реставрации и улучшение краевого прилегания, т.к. согласно методике последний слой композита полимеризуется под давлением.

3. Применение метода «силиконового ключа» позволяет сохранить функциональную анатомию жевательных зубов. После реставрационного лечения с использованием данного метода оценивались окклюзионные взаимоотношения в центральной, передней и боковых окклюзиях. Были сделаны следующие наблюдения:

3.1 контуры восстановленных зубов не увеличены, что могло бы послужить причиной преждевременных контактов в положении центральной окклюзии и привести к гиперестезии, патологической подвижности зубов, нейромышечному дисбалансу и суставной дисфункции;

3.2 контуры восстановленных зубов не уменьшены, что привело бы к утрате контакта с зубом-антагонистом в положении центральной окклюзии;

кроме того, это могло бы послужить причиной смещения положения зубов в результате выдвигания из лунок неоднородных, противоположащих зубов и расшатывания, наклона соседних;

отдаленными результатами такого процесса является постепенная утрата вертикального размера окклюзии и перегрузка тканей пародонта;

3.3 восстановленные зубы не создают преждевременных контактов в положении центрального соотношения.

4 Уменьшение расхода материала на реставрацию зуба.

Таким образом, по результатам исследования и на основе данных, полученных после оценки окклюзионных контактов, применение метода «силиконового ключа» при постановки пломб из композитных материалов установлено, что этот способ сохраняет анатомические параметры высоты и глубины фиссур, что способствует правильному формированию окклюзионной высоты и точечных контактов, необходимых для гармоничного развития и роста зубочелюстной системы и ВНЧС, а так же экономит время врача-стоматолога, сохраняя при этом высокую результативность.

Согласно отдаленным результатам, применение метода «силиконового ключа» позволило максимально точно воссоздать окклюзионную высоту и окклюзионные контакты привычные для данного пациента.

III. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ-ДЕТЕЙ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

Баклушина Е.К., Березина И.Г., Еремцова И.А.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Полноценная реализация прав детей-пациентов в деятельности среднего медицинского персонала является одной из актуальных проблем организации здравоохранения. Проведенное на кафедре организации здравоохранения и общественного здоровья ИПО исследование позволило установить недостаточный уровень их реализации, основные позиции, характеризующие эту проблему и разработать комплекс предложений по совершенствованию правового обеспечения несовершеннолетних пациентов.

Цель работы – на основании анализа состояния реализации прав несовершеннолетних пациентов средними медицинскими работниками разработать комплекс предложений по ее совершенствованию.

Методы исследования: аналитический, социально-гигиенический (анкетирование, полустандартизованное интервью), экспертный, организационный эксперимент.

Одной из наиболее серьезных проблем, осложняющих формирование комплекса мероприятий по совершенствованию системы реализации прав несовершеннолетних пациентов средними медицинскими работниками, является отсутствие в законодательстве Российской Федерации четко прописанных нормативных положений об их полномочиях, функциях и компетенциях в данной сфере. Основы охраны здоровья граждан, установившие права пациентов, при регламентации механизмов реализации практически всех прав пациента не разделяют функции врачебного и среднего медицинского персонала. Как показало изучение локальных нормативных документов медицинских организаций, в функциональных обязанностях медицинских сестер практически никогда не прописаны вопросы, связанные с реализацией отдельных прав.

Особые проблемы возникают в отношении прав на согласие и отказ от медицинского вмешательства, а также информацию о

состоянии здоровья. В настоящее время достаточно сложно определить границы полномочий врача и медицинской сестры в этой сфере. Опрос средних медицинских работников установить, что они в подавляющем большинстве затрудняются с определением этих границ, в то же время, многие самостоятельно оформляют согласие на отдельные виды медицинских вмешательств, отказ от них, а также информируют родителей о самых различных аспектах здоровья ребенка. Опрос родителей свидетельствует о том, что такие случаи нередко встречались им при обращении с ребенком за медицинской помощью. Однако родители затрудняются в понимании того, что должны делать и говорить им медицинские сестры, а чего они делать и говорить не должны. Врачи достаточно часто выражают недовольство по поводу «превышения полномочий» медицинскими сестрами, которые, при информировании родителей, трактуют данные обследования, говорят о лечении и наиболее оптимальных, с их точки зрения, методах, оценивают врачебные действия и т.д.

Выход, на наш взгляд, в формировании в каждой медицинской организации локальных нормативных актов (ЛНА), прописывающих, с учетом ее специфики, функции, полномочия и компетенции средних медицинских работников в реализации прав пациентов и их разграничение с подобными позициями у врачебного персонала. Организационный эксперимент по внедрению таких ЛНА показал их востребованность и эффективность при совершенствовании системы реализации прав несовершеннолетних пациентов.

Вторая наиболее значимая проблема – это недостаточное соблюдение тех прав и принципов оказания медицинской помощи, которые являются прямыми обязанностями средних медицинских работников и должны реализовываться ими непосредственно при выполнении своих профессиональных действий. Речь идет, прежде всего, о праве пациента на охрану врачебной тайны и принципа уважительного и гуманного отношения к пациенту. По данным опроса родителей, врачей и самих средних медицинских работников установлены достаточно распространенные нарушения этих прав, что также требует организационного решения. Наиболее тревожным в аспекте данного исследования является тот факт, что родители и врачи свидетельствуют, а медсестры подтверждают, что частота нарушений сестринским персоналом значительно выше, чем врачебным.

Эксперимент по внедрению отдельных предложений на базе медицинских организаций Ивановской и Владимирской областей показал эффективность информационной и этико-деонтологической работы со средним медицинским персоналом. Вектор этой работы – повышение информированности персонала о наличии и нормативном содержании прав пациента, механизмах их реализации, а также мотивации на всемерное соблюдение, в том числе путем введения системы санкций за нарушения и поощрений за полноценную реализацию. Серьезную поддержку оказали также разработанные ЛНА, содержащие порядок реализации отдельных прав средними медицинскими работниками, в частности, порядок предоставления сведений о пациенте, составляющих врачебную тайну. Внедренный порядок мониторинга состояния реализации прав пациентов позволил своевременно выявлять наиболее распространенные и типичные нарушения, проводить корректирующие мероприятия и добиваться повышения уровня реализации прав детей-пациентов в медицинской организации.

Таким образом, стандартизация механизмов реализации прав пациентов в медицинской организации с четким описанием требований, условий и алгоритмов данного процесса призвана способствовать улучшению качества обслуживания пациентов, и является инструментом правовой защиты не только несовершеннолетних пациентов, но и средних медицинских работников.

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ И ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*Каминская Н.В., Рябчикова Т.В., Ласкарева Л.Н.,
Качанова Л.А.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Преимущества естественного вскармливания, как наиболее оптимального вида питания детей первого года жизни, не вызывают сомнений. Однако его практическая реализация остается крайне неудовлетворительной. В России только 30% детей до трех месяцев жизни находятся на грудном вскармливании. Снижение его распространенности начинается с конца первого месяца и прогрессивно нарастает на 2-3 месяцах жизни детей. Это связано, с одной стороны, с широким производством и рекламой

искусственных смесей, с другой – недостаточными пропагандой и поощрением медицинскими работниками грудного вскармливания. В Международном документе ООН «План действий по осуществлению декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы», подписанном представителем нашей страны, поставлена цель: «Обеспечение кормления всеми женщинами своих детей в течение первых 4-6 месяцев жизни и продолжения кормления грудью, используя дополнительное питание на втором году жизни». В связи с этим заслуживает пристального внимания расширение мероприятий по поддержке и стимуляции естественного вскармливания, начатых в значительной мере в нашей стране по инициативе специалистов ВОЗ/ЮНИСЕФ при активной поддержке Минздрава Российской Федерации. Они направлены на выполнение принципов совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб», ратифицированной МЗ РФ (1995). Обеспечение грудного вскармливания новорожденных – одна из важнейших, в первую очередь сестринских, современных перинатальных технологий. В медицинской литературе и нормативных документах определены задачи среднего медицинского звена по организации, пропаганде преимуществ естественного вскармливания среди беременных, рожениц и родильниц, обучению технике кормления грудью матерей, профилактике гипогалактии. Существует общепринятое мнение об отрицательном влиянии оперативного родоразрешения на лактационную функцию. Преобладание катаболических процессов на фоне болевой афферентации у родильниц после абдоминального родоразрешения приводит к угнетению центральных механизмов стимуляции лактогенеза. Операционная травма, кровопотеря, последствия перенесенной анестезии, метаболическая дезадаптация, ощущение голода, послеоперационный парез кишечника – все это препятствует осуществлению полноценной программы продукции материнского молока. После кесарева сечения отмечается позднее становление лактации и снижение темпов её прибавки. Частота гипогалактии после оперативного родоразрешения от 5,5% до 72% может быть детерминирована не только повреждающими факторами самого вмешательства, но и факторами риска развития гипогалактии, которые во многих случаях в своей совокупности составляют показания для кесарева сечения. Знание этих факторов дает возможность акушеркам и ме-

дицинским сестрам своевременно предотвратить развитие гипогалактии на всех этапах ведения пациенток, начиная с ранних сроков беременности.

Цель работы – исследование организации и поддержки грудного вскармливания у женщин с оперативным родоразрешением медицинскими работниками со средним профессиональным образованием.

Исследование проводилось на базе акушерского стационара городской больницы №1 г. Рыбинска Ярославской области. Было проведено анкетирование двухсот родильниц в день выписки из родильного дома (100 родильниц после операции кесарева сечения – основная группа и 100 родильниц после родов через естественные родовые пути – контрольная группа).

Выявлено, что подготовка беременных в школе по поддержке грудного вскармливания женской консультации проводилась лишь у 1/3 пациенток из основной и контрольной групп (29% и 34% соответственно). Сестринский персонал стационара также недостаточно занимался педагогикой с родильницами обеих групп, и довольно часто пациентки обращались за помощью по вопросам грудного вскармливания к врачам, особенно после оперативного родоразрешения. У всех родильниц основной группы отмечались проблемы при вскармливании грудью, в отличие от родильниц после естественных родов (61%). Среди проблем во время старта лактации в основной группе на первом месте оказалась общая слабость, что, возможно, связано с осложнениями беременности, экстрагенитальной патологией и состоянием после операции. Также пациентки основной группы чаще, чем контрольной группы, отмечали дискомфорт при кормлении вследствие болезненности в месте послеоперационной раны, дефицит знаний техники прикладывания ребенка к груди и сцеживания молока, недостаток молока. Респонденты основной группы труднее адаптировались к изменениям режима дня и необходимости коррекции рациона питания. Родильницы после оперативного родоразрешения чаще обращались за помощью к медработникам при возникновении проблем при грудном вскармливании.

Таким образом, проведенное исследование выявило большое количество проблем при организации и поддержке грудного вскармливания у родильниц с оперативным родоразрешением, возникающих как на амбулаторном этапе предродовой подготовки, так и в условиях стационара до и после родоразрешения. Эффективность работы существующих школ поддержки грудно-

го вскармливания на всех этапах помощи беременным и родильницам может быть повышена за счет более активного и профессионального участия среднего медицинского персонала, владеющего приемами сестринской педагогики.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРВОКЛАССНИКОВ

*Качанова Л.А., Ласкарева Л.Н., Рябчикова Т.В.,
Каминская Н.В.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

За последнее десятилетие произошло значительное ухудшение состояния здоровья учащихся образовательных учреждений. Среди них отмечается выраженный рост распространённости функциональных отклонений, хронических заболеваний, нарушения физического развития.

Рост и развитие ребенка во многом определяются факторами внешней среды. Комплексное воздействие неблагоприятных факторов учебного процесса приводит к ухудшению резервных возможностей нервной, эндокринной, иммунной и других систем растущего организма, имеющих особую значимость в периоде адаптации к новым микросоциальным условиям. Высокое функциональное напряжение, которое испытывает организм первоклассника, определяется тем, что интеллектуальные и эмоциональные нагрузки сопровождаются длительным статическим напряжением, связанным с сохранением определенной позы при работе в классе. Причем статическая нагрузка для детей 6—7 лет наиболее утомительна, так как при удержании определенной позы, например, при письме, необходимо длительное напряжение спинных мышц, недостаточно развитых у детей этого возраста. Сам процесс письма (особенно безотрывного) сопровождается длительным статическим напряжением мышц руки (сгибателей и разгибателей пальцев).

В связи с этим, контроль за состоянием здоровья первоклассников и мероприятия, направленные на его укрепление, являются одним из значимых разделов профилактической и оздоровительной работы среднего медицинского персонала школы.

Цель работы – изучение вопросов качества профилактической работы школьной медсестры, направленной на сохранение здоровья первоклассников.

Исследование проводилось на базе средней школы №64 г. Иваново. По разработанным нами анкетам опрошены родители 91 первоклассника и проведена статистическая обработка полученных результатов.

В результате анкетирования родителей выявлено, что меньше половины опрошенных (41,3%) считают своего ребенка здоровым, 1/3 обследованных детей состоит на диспансерном учете с различной хронической патологией. У 1/4 первоклассников уже имеются разные варианты нарушения осанки и зрения, но из них только 6,6% родителей пытались улучшить осанку и зрение своему ребенку, никто из опрошенных родителей не знает о соответствии высоты школьной мебели в классе росту ребёнка.

По результатам проведённого профилактического осмотра первоклассников только 1/5 часть родителей (20,9%) в течение первого месяца обратились с детьми в поликлинику по поводу вновь выявленных отклонений в состоянии здоровья. Спустя полгода этот показатель увеличился до 56%. К концу года треть школьников (28,6%) осталась с неуточненными диагнозами.

В режиме дня у большинства из них отмечались отсутствие утренней зарядки, недостаточная продолжительность ночного сна и прогулок, значительное превышение времени работы с компьютером и подготовки уроков по сравнению с возрастными нормативами, часто наблюдается дополнительная нагрузка статического характера: музыкальная школа, изостудия, шахматы. Режим питания ребенка не соблюдает большая часть семей (94,5%).

Большинство родителей (95,6%) не проводят своему ребенку мероприятий по профилактике простудных заболеваний, объясняя это незнанием, нехваткой времени или отсутствием желания.

Удовлетворенность работой медицинского персонала школы, в которой обучается ребенок, высказали чуть меньше половины опрошенных (46,2%). Среди основных причин неудовлетворенности были: невнимательность медицинской сестры, недостаточное материально-техническое оснащение медицинского кабинета школы, недостаточность профессиональных знаний медицинских работников.

Работа школьной медицинской сестры имеет свою специфику, которая заключается в том, что большая часть её времени уделяется проведению профилактических мероприятий. Работая в условиях общеобразовательной школы, медсестра имеет возможность обучать детей и их родителей простым, доступным методам восстановления здоровья, предупреждения заболеваний,

приемам массажа, закаливающим процедурам и прочим манипуляциям. Но никто из опрошенных родителей не дал положительного ответа на вопрос о полноте рекомендаций по организации режима дня и питания первоклассников, профилактике нарушения зрения и осанки. Всего 2/3 родителей дали положительный ответ на вопрос, касающийся своевременности информирования о предстоящих профилактических осмотрах, и только 15,4% из них довольны полнотой информации о результатах данных осмотров. Только 89,7% довольны полнотой и своевременностью информации по поводу предстоящих профилактических прививок.

В ходе исследования выявлен недостаток знаний о способах сохранения и укрепления здоровья, низкий уровень медицинской активности и низкий уровень мотивации здоровьесберегающего поведения у школьников и родителей, что связано с пассивностью медработников и родителей в вопросах сохранения и укрепления здоровья детей. Недостатками в профилактической работе школьной медсестры являются: несвоевременное и недостаточное информирование родителей о профосмотрах, их результатах, отсутствие рекомендаций по организации режима дня и питания детей, профилактике заболеваний. Для устранения выявленных недостатков школьному медперсоналу необходимо уделять больше внимания профилактическому направлению работы, быть инициаторами внедрения образовательных программ для детей и родителей с целью формирования гигиенического стереотипа поведения, повышения медицинской грамотности семьи и улучшения состояния здоровья детей.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Ласкарева Л.Н., Качанова Л.А., Рябчикова Т.В.,
Каминская Н.В.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Дальнейшее развитие сестринского дела в нашей стране должно осуществляться на основе анализа современного состояния качества сестринской помощи и определения как сильных, так и слабых сторон деятельности медицинских сестер. На выполнение медсестрами своих обязанностей могут оказывать влияние степень их удовлетворенности выполняемой работой,

психологический климат в коллективе и ряд других факторов. Удовлетворенность медицинских работников своей работой определяется теми условиями, в которых организовано сестринское вмешательство, наличием средств организации ухода, эргономических пособий, средств и методов обеспечения инфекционной и психологической безопасности пациента и персонала, размером и формой оплаты труда, практикой моральных поощрений. Немалое значение имеет возможность профессионального роста, участия в реализации федеральных программ с последующим обменом опытом и общением с коллегами из других медицинских организаций или регионов, решения вопросов социальной защищенности.

Цель исследования – выявить и проанализировать факторы, оказывающие влияние на работу медицинских сестер детского хирургического отделения.

Анонимно проанкетировано 30 медицинских сестер детского хирургического отделения ГУЗ ВО «Областная детская клиническая больница» г. Владимира. Вопросы анкеты касались отношения медицинских сестер к своей работе, причин неудовлетворенности выполняемой работой, оценки сотрудниками психологического климата в коллективе.

При оценке анкет медсестер детского хирургического отделения выявлено, что среди них больше половины (56,7%) составляют лица в возрасте 30-39 лет, 20% – в возрасте 40-49 лет и 16,7% – до 29 лет, тогда как лиц в возрасте 50-59 лет было всего 6,6%. Из опрошенных 10% имеют общий стаж до 5 лет, 16,7% – 5-10 лет, 66,7% – 10-20 лет, 3,3% – 20-30 лет, 3,3% – свыше 30 лет. По результатам опроса 20% опрошенных не в полной мере удовлетворены своим настоящим местом работы, а 80% – не удовлетворены им вовсе, также все респонденты считают профессию медсестры на сегодняшний день не престижной. Основными демотивирующими факторами стали низкая заработная плата (54,1%), недостаточный уровень организации труда (25%), неуккомплектованность кадрами (8,4%), потеря интереса к данной специальности (8,3%) и конфликты в коллективе (4,2%). Основными причинами неудовлетворенности организацией труда медсестры указали следующие: большая нагрузка и ее неравномерность (76,7%), высокий риск заражения инфекционными заболеваниями (10%), повышенная ответственность (13,3%). Также респонденты отметили ряд личных ограничений в работе: неумение рационально использовать время (36,6%), трудная

адаптация к нововведениям (30%), склонность избегать острых ситуаций (20%), неумение бороться со стрессами (13,3%). Трудность к нововведениям испытывают в основном медсестры в возрасте старше 40 лет (55,5%), неумение рационально использовать время – медсестры 30-39 лет (54,5%), а неумение бороться со стрессами отметили работники до 30 лет (100%). В то же время выявлен ряд факторов, которые удерживают сотрудников в данном отделении. Мотивирующими факторами явились: для 73,3% сестер возможность делать то, что лучше всего умеют, для 16,7% сестер – моральное удовлетворение от работы, для 6,6% сестер – благоприятный психологический климат в коллективе, для 3,3% сестер – шанс сделать карьеру.

Таким образом, проведенное исследование показало, что все медицинские сестры в той или иной степени не удовлетворены своей работой, и в первую очередь, заработной платой и организацией труда. Выявлен ряд факторов, препятствующих успешной работе медицинских сестер, в том числе и психотравмирующие факторы, которые могут приводить к развитию синдрома эмоционального выгорания. Руководству больницы рекомендовано с целью повышения качества сестринской помощи разработать программу повышения мотивации и самооценки сотрудников, включающую постоянное профессиональное обучение на рабочем месте, создание комнаты психологической разгрузки, консультации психолога и проведение мотивационных тренингов, методы морального и материального поощрения медицинских сестер, достигших наивысших результатов в своей деятельности.

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Ласкарева Л.Н., Рябчикова Т.В., Качанова Л.А.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Несмотря на успехи практической медицины, распространённость болезней органов мочевыделительной системы в различных регионах мира и в России остается высокой. Многие заболевания мочевыделительной системы, ранее впервые диагностируемые в подростковом периоде, в настоящее время выявляют у детей раннего возраста, новорождённых и внутриутробно. Реабилитация детей с данной патологией требует больших

усилий, как со стороны медицинских работников, так и со стороны родителей. Одной из ключевых фигур в реабилитации больных являются медицинские сестры. В задачи медицинской сестры входит наблюдение за больными детьми, выполнение врачебных назначений, составление, выполнение и коррекция плана ухода за пациентами. Для обеспечения высокого качества сестринской помощи детям с патологией мочевыделительной системы медицинские работники со средним профессиональным образованием должны иметь высокий уровень знаний и владения практическими навыками по вопросам наблюдения и ухода за данными больными.

Цель исследования – выявить и проанализировать проблемы, возникающие при оказании сестринской помощи детям с заболеваниями мочевыделительной системы и дать практические рекомендации по их устранению.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ Детская городская клиническая больница №1 г. Иваново, ОБУЗ Детская городская поликлиника №6 г. Иваново. Были разработаны анкеты для медицинских сестер и для детей с патологией мочевыделительной системы. Проанкетировано 16 участковых медицинских сестер, 33 палатные медицинские сестры, а также 31 ребенок в возрасте от 9 до 15 лет.

Самостоятельно оценивая свой уровень знаний по реабилитации детей с заболеваниями мочевыделительной системы, 25% медсестер поликлиники и 12,2% медсестер стационара ответили «низкий», а остальные – «средний», и никто из них не определил его как «высокий». Проведенный анализ показал, что медицинские сестры амбулаторно-поликлинического звена в недостаточной степени владеют практическими умениями по наблюдению и уходу за больными с расстройствами мочеиспускания, недостаточно информированы в таких вопросах, как измерение водного баланса, особенности диетотерапии и планирование режима дня ребенка с патологией мочевыделительной системы, в то время как у медсестер стационара отмечены более высокие показатели. Большинство медицинских сестер поликлиники и стационара получают новые знания по проблеме реабилитации детей нефрологического профиля на циклах усовершенствования и от коллег по работе, а в стационаре – еще дополнительно читают медицинскую литературу. В то же время, необходимо отметить низкий уровень посещаемости научно-практических конференций, особенно среди участковых медсестер. 88% медсестер поликлиники

и 91% медсестер стационара указали, что обучают больного ребенка и его родителей особенностям ухода при заболеваниях мочевыделительной системы, остальные же респонденты отводят эту роль врачу. В то же время, анкетирование детей показало, что эти знания они получают в основном от врачей (90,3%) и родителей (38,7%), и только 3,2% – от медицинской сестры. Исследование показало, что все пациенты с заболеваниями мочевыделительной системы умеют правильно собирать анализы мочи, соблюдают правила личной гигиены, не забывают принимать лекарственные препараты, но только 2/3 из них информированы об особенностях своей диеты.

Таким образом, при нашем исследовании выявлен недостаточный уровень знаний медсестер, особенно участковых, по вопросам реабилитации детей с заболеваниями мочевыделительной системы, а также низкий уровень участия среднего медперсонала в педагогической работе с родителями и детьми. Поэтому мы считаем необходимым регулярно проводить в медицинских организациях сестринские научно-практические конференции и практические занятия с показом видеофильмов, использованием наглядных пособий и контролем полученных знаний и практических умений. Для детей и их родителей силами медсестер поликлиники и стационара могут быть организованы индивидуальные и групповые обучающие занятия с использованием презентаций, плакатов, книг, аудио- и видеоматериалов и стандартных памяток-рекомендаций в печатном виде. Для того, чтобы освободить врачей от обучения больных детей и их родителей элементарным навыкам ухода в острый период и период ремиссии, необходимо обучить средний медицинский персонал сестринской педагогике.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ОБСЛУЖИВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Рябчикова Т.В., Качанова Л.А., Ласкарева Л.Н.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Обеспечение высокой удовлетворенности потребителей медицинских услуг качеством оказываемой помощи – одна из основных задач всей системы здравоохранения (О.В. Андреева). Изучение удовлетворенности пациента отражает степень эффективности медицинской помощи и является одним из индикатора

торов качества работы медицинского персонала, в частности соблюдения этико-деонтологических принципов. Однако до настоящего времени в литературе крайне мало представлены исследования, посвященные удовлетворенности родителей качеством оказания медицинской помощи.

В связи с этим целью данного исследования было: дать анализ удовлетворенности родителей качеством оказания медицинской помощи в условиях детской поликлиники.

Работа была выполнена на базе детских поликлиник г. Нижнего Новгорода. Объектом исследования являлись родители детей, обслуживающихся в данном лечебном учреждении. Методы исследования: опрос, анкетирование, статистические методы обработки материала. Для изучения мнения родителей пациентов было разработано две анкеты: по выявлению удовлетворенности пациентов и их родственников качеством сестринской помощи и по выявлению потребностей родителей пациентов в обучении. В анкетном опросе участвовало 100 человек. В ходе проводимого опроса родители пациентов имели возможность высказать свои предложения и замечания по улучшению эффективности труда участковых медицинских сестер.

Анализ результатов анкетирования родителей пациентов показал, что удовлетворены работой детской поликлиники, в которой обслуживается ребенок, 72 %, частично удовлетворены работой поликлиники 18% опрошенных и не удовлетворены – 10%. Среди основных причин неудовлетворенности работой поликлиники в целом были указаны невнимательность врачей и медицинских сестер, недостаточное материально-техническое оснащение поликлиники, недостаточность профессиональных знаний медицинских работников. Материалы исследования показали, что 80% респондентов удовлетворены тем, как медсестра выполняет назначения врача, 20% – частично не удовлетворены. Почти пятая часть (17%) родителей пациентов отметили недисциплинированность в работе медицинских сестер. Родители детей придают большое значение атмосфере общения с медсестрами, врачами, отмечают все нюансы этого общения. Среди опрошенных, участвовавших в исследовании, больше половины (69%) оценили психологическую атмосферу и микроклимат, который создает участковая медицинская сестра, как доброжелательную, 26% – как атмосферу терпимости, 5% – как атмосферу безразличия медсестры к пациенту. По мнению пациентов, существенную роль в деятельности медсестер играет внешний

вид и культура общения. Наибольшее число респондентов оценили внешний вид участковых медицинских сестер как аккуратный и подтянутый (89%), 11% респондентов отметили, что медицинским сестрам необходимо поработать над улучшением внешнего вида. Свою удовлетворенность культурой общения участковых медицинских сестер с пациентами высказали – 78 % опрошенных, частично удовлетворены – 19 %, не удовлетворены – 3 % респондентов. Среди причин неудовлетворенности респонденты отметили равнодушие медсестры к пациенту, раздражительность медицинских сестер, нежелание общаться. Профессиональной компетентностью участковых медицинских сестер удовлетворены 47% опрошенных, 51 % – частично не удовлетворены, 2 % – не удовлетворены. Основной причиной неудовлетворенности профессионализмом участковых медсестер является дефицит профессиональных знаний и умений (24%). Работа участковых медицинских сестер детской поликлиники имеет свою специфику, которая заключается в том, что она требует проведения мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения. Выполняя назначения врача, нанося визиты с целью патронажа, медсестра имеет возможность обучать пациентов простым, доступным методам восстановления здоровья, предупреждения заболеваний, приемам массажа, гимнастическим комплексам, закаливающим процедурам и прочим манипуляциям. 63% опрошенных указали на то, что участковые медицинские сестры помогают им в уходе за ребенком, 52% отметили, что медицинские сестры проводят беседы о профилактике заболеваний, 72% респондентов получают информацию о профилактических прививках от медицинских сестер, 38% получают консультации по рациональному вскармливанию своих детей от участковых медицинских сестер, 29% опрошенных отметили, что участковые медицинские сестры проводят беседы в поддержку естественного вскармливания, 8% респондентов указали, что участковые медицинские сестры проводят беседы по воспитанию ребенка. Прислушиваются к советам участковых медицинских сестер и выполняют их безукоризненно – 52% опрошенных, выполняют по-своему – 21%, выполняют только после подтверждения информации в литературе – 22%, 5% прислушиваются больше к советам родственников и знакомых, чем к медицинской сестре.

Таким образом, при изучении удовлетворенности пациентов выявлено, что профессиональной компетентностью участковых

медицинских сестер удовлетворены лишь 47 % опрошенных. Среди основных причин неудовлетворенности профессионализмом детских участковых медицинских сестер назван дефицит профессиональных знаний и умений (24%). Прислушиваются к советам медицинской сестры и выполняют их безукоризненно только 52% опрошенных, 22% – ищут подтверждение информации, которую получают от медсестры, в литературе. Очевидно, это говорит о низком уровне доверия к медицинской сестре и о том, что медсестры уделяют недостаточно внимания пациентам и работе с родителями.

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТКОВЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Рябчикова Т.В., Ласкарева Л.Н., Качанова Л.А.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

На сегодняшний день приоритетной задачей для здравоохранения России является повышение качества оказания медицинской помощи. И одним из резервов данного направления является эффективная организация работы сестринских служб: рациональная расстановка кадров, перераспределение функций между средним и младшим медицинским персоналом, планирование работы, снижение непроизводительных затрат рабочего времени. В современных условиях особое значение приобретает совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи детям как первичного звена в системе охраны здоровья детского населения.

В связи с высокой значимостью обозначенных проблем была определена цель исследования: на основе социально-гигиенического исследования изучить вопросы качества оказания медицинской помощи педиатрическими участковыми медицинскими сестрами и разработать предложения по повышению эффективности их деятельности.

Работа была выполнена на базе детских поликлиник г. Нижнего Новгорода. Объектом исследования являлись участковые медицинские сестры. Методы исследования: опрос, анкетирование, экспертная оценка, статистические методы обработки материала. Были разработаны: анкета по оценке деятельности медицинских сестер, анкета удовлетворенности своим трудом

(для участковых медицинских сестер), профессиограмма, карта экспертной оценки. При составлении анкет использовались квалификационные характеристики и должностные инструкции.

Проведенное исследование показало, что большинство участковых медицинских сестер детских поликлиник – это женщины в возрасте 41-55 лет (50,0%). Доля женщин 25-40 лет составила 21,9%, старше 55 лет – 15,6%, до 25 лет – 12,5 %. Больше половины респондентов (59,4%) имеют диплом по специальности медицинская сестра, пятая часть (21,8%) имеют специальность фельдшера, 9,4% – акушерки и 9,4% имеют свидетельство об окончании курсов медицинских сестер. Почти половина из них (43,8%) имеют стаж работы в данном лечебно-профилактическом учреждении более 20 лет, четверть (25,0%) имеют стаж работы менее 5 лет и остальные (31,2%) имеют стаж работы от 5 до 20 лет. Причем, больше половины (62,5%) имели высшую квалификационную категорию, пятая часть (21,9%) – первую, и лишь небольшая часть – 15,6% медицинских сестер не имели категории. Как правило, это были медицинские сестры со стажем работы в данном лечебном учреждении менее 5 лет. При самооценке своей деятельности пятая часть медицинских сестер (21,8%) отметили, что испытывают трудности в работе. При этом почти у трети из них (28,5%) трудности связаны с дефицитом знаний, у трети (28,5%) – с отношениями с руководством. Остальные (43%) затруднились ответить, с чем связаны трудности в их работе.

Среди вопросов, по которым медицинские сестры отметили дефицит знаний являются: недостаток знаний о назначаемых врачами лекарственных препаратах (66,6%), санитарно-эпидемиологический режим (41,6%), рациональное вскармливание детей до 1 года (33,3%), знания о профилактике заболеваний (33,3%), ведение медицинской документации (33,3%), рациональное питание здорового ребенка (16,6%), соблюдение технологии выполнения манипуляций и процедур (16,6%), подготовка пациента к определенным видам исследований (16,6%), питание ребенка, имеющего хроническое заболевание (8,3%), по уходу за детьми (8,3%).

В процессе исследования участникам опроса было предложено самостоятельно оценить свой профессиональный уровень. Четверть (25%) медицинских сестер не смогли оценить себя самостоятельно. Старшие медицинские сестры педиатрических отделений детских поликлиник также оценивали профессиональные характеристики участковых медицинских сестер. При

сравнении экспертных оценок с самооценкой медицинских сестер, установлено, что показатели экспертные оценки по большинству показателей ниже, т.е. медицинские сестры оценивают свой профессионализм выше. К таким показателям относятся: понимание смысла работы, умение общаться с больным, внимательность, коммуникабельность, эрудиция, творческое отношение к работе, умение работать с информацией и документацией, стремление к знаниям. Так же экспертная оценка медицинских сестер старшими медсестрами выявила недостаточно высокую оценку таких элементов деятельности, как качество проводимых патронажей, регулярность посещений детей на дому, соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, ведение медицинской документации.

Таким образом, результаты исследования показали, что согласно анализу медико-социальной характеристики, среди участковых медицинских сестер детской поликлиники преобладают лица в возрасте 41-55 лет (50,0%), имеют стаж работы в данном лечебном учреждении более 20 лет 43,8 % опрошенных, 62,5% имеют высшую квалификационную категорию.

Полученные данные свидетельствуют о том, что через 10 – 15 лет может создаться дефицит трудовых ресурсов среди данной категории медицинских сестер, поэтому уже сейчас возникает необходимость в подготовке резерва путем привлечения молодых специалистов.

Исследование показало, что 37,5% медицинских сестер испытывают дефицит знаний по тем или иным вопросам, 21,8% опрошенных указали на то, что испытывают трудности в своей работе, связанные с недостатком знаний.

Результаты экспертной оценки медицинских сестер старшими медицинскими сестрами говорят о недостаточном уровне, как профессионализма, так и стремления к знаниям. Оценка реализованности характеристик участковых медицинских сестер старшими сестрами по всем параметрам оказалась ниже их самооценки в пределах от 0,1 до 0,7 балла.

**Материалы III съезда детских врачей и
медицинских сестер Ивановской области**

Подписано в печать 15.10.2015. Формат 60×84¹/₁₆
Усл. печ. л. 10,34 Тираж 75 экз. Заказ № 453

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8

Отпечатано в ООО «ПресСто»
153025, г. Иваново, ул. Дзержинского, 39, оф. 307
Тел.: (4932) 30-42-91, 26-26-30
E-mail: presto@mail.ru

