



VIII КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ СТРАН СНГ

**«РЕБЕНОК И ОБЩЕСТВО:
ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ,
РАЗВИТИЯ И ПИТАНИЯ»**

22–23 сентября 2016 года

Международная
научно-практическая конференция,
посвященная 55-летию со дня основания
Национального центра охраны материнства и детства

**«МАТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО –
ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ И
ПЕРСПЕКТИВЫ»**

ТЕЗИСЫ КОНГРЕССА И КОНФЕРЕНЦИИ

**Бишкек, Кыргызская Республика
Отель JANNAT Regency**

www.fpcis.org



Организаторы Конгресса

- Федерация педиатров стран СНГ
- Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
- Национальный центр охраны материнства и детства (Кыргызская Республика)
- Общество педиатров Кыргызской Республики
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов (Россия)
- Национальное научное общество инфекционистов (Россия)
- Российская Ассоциация педиатрических центров
- Ассоциация педиатров Узбекистана
- Ассоциация педиатров Украины
- Ассоциация акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь
- Союз педиатров Казахстана
- Ассоциация педиатров Республики Молдова
- Ассоциация педиатров Таджикистана

Международный организационный комитет

Сопредседатели:

- Батыралиев Т.А. Министр здравоохранения Кыргызской Республики, профессор
Каганов Б.С. Президент Федерации педиатров стран СНГ, член-корр. РАН
Узакбаев К.А. Директор Национального центра охраны материнства и детства,
Вице-президент Федерации педиатров стран СНГ от Кыргызской Республики, профессор

Члены комитета:

- | | | | |
|----------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| Ахмедова Д.И. (Узбекистан) | Гаращенко Т.И. (Россия) | Кованова Н.Н. (Россия) | Ревенко Н.Е. (Молдова) |
| Болотова Н.В. (Россия) | Горелов А.В. (Россия) | Майданник В.Г. (Украина) | Сафонова А.Н. (Россия) |
| Боранбаева Р.З (Казахстан) | Дегтярева М.В. (Россия) | Мизерницкий Ю.Л. (Россия) | Эрдес С.И. (Россия) |
| Вохидов В.В. (Таджикистан) | Зейгарник М.В. (Россия) | Михайлова Е.В. (Россия) | |
| Вильчук К.У.(Беларусь) | Ильенко Л.И. (Россия) | Покровский В.И. (Россия) | |

Международный научный комитет

Сопредседатели:

- Антипкин Ю.Г. (Украина), Геппе Н.А. (Россия), Камилов А.И. (Узбекистан)

Члены комитета:

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Бельмер С.В. (Россия) | Диканбаева С.А. (Казахстан) | Палий И.И. (Молдова) | Улезко Е.А. (Беларусь) |
| Боранбаева Р.З. (Казахстан) | М.Кароли (Италия) | Х. Скаржиньский (Польша) | Умарова З.С. (Узбекистан) |
| А.Валиулис (Литва) | М.Кац (Израиль) | Скрипченко Н.В. (Россия) | Хайтович Н.В. (Украина) |
| Х.Боа-Очоа (Испания) | Лапшин В.Ф. (Украина) | Строкова Т.В. (Россия) | Шадрин О.Г. (Украина) |
| Девялтовская М.Г. (Беларусь) | Лобзин Ю.В. (Россия) | Студеникин В.М. (Россия) | Шамсиев Ф.М. (Узбекистан) |
| Джубатова Р.С. (Узбекистан) | Мещеряков В.В.(Россия) | Балвир С. Томар (Индия) | Щеплягина Л.А. (Россия) |

Локальный организационный комитет

Сопредседатели:

- Маймерова Г.Ш., Макенжан уулу А., Джанузакова Н.Э.

Члены комитета:

- | | | | |
|---------------|-----------------|---------------|------------------|
| Байзаков М.Т. | Жетибаева С.Ч. | Маткеева А.Т. | Уракеев А.Т. |
| Бейшеева Ч.К. | Карачев Б.А. | Садыков У.А. | Усманова Б.Ш. |
| Джумаев А.Т. | Мамыралиев А.Б. | Узакбаев Ч.К. | Тургамбаев Т.Дж. |

Локальный научный комитет

Сопредседатели:

- Фуртикова А.Б., Саатова Г.М., Эшалиева А.С.

Члены комитета:

- | | | | |
|------------------|------------------|----------------|------------------|
| Абдувалиева С.Т. | Бабаджанов Н.Дж. | Кабаева Д.Дж. | Назаралиева С.Б. |
| Алымбаев Э.Ш. | Бейшебаева Н.А. | Кучербаев А.А. | Омурзаков Б.А. |
| Ашералиев М.Е. | Жекшенова А.А. | Кочкунов Д.С. | Юлдашев И.М. |

Технический организатор

- Медицинское Маркетинговое Агентство

VIII Конгресс педиатров стран СНГ

*«Ребенок и общество:
проблемы здоровья, развития и питания»*

**Международная научно-практическая конференция,
посвященная 55-летию со дня основания
Национального центра охраны материнства и детства**

*«Материнство и детство – достижения,
проблемы и перспективы»*

ТЕЗИСЫ КОНГРЕССА И КОНФЕРЕНЦИИ

22-23 сентября 2016 года
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Отель JANNAT Regency,
www.fpcis.org

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИММУНОСЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ЦИТОМЕГАЛОВИРУС И ВИРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У ДЕТЕЙ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

Азамова Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Анализ результатов иммunoсерологических исследований в отношении герпесвирусных инфекций у детей и их родителей и определения их значимости в риске рождения инфицированных детей.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов серологических исследований на IgG к цитомегаловирусу (ЦМВ) и вирусу простого герпеса 1 и 2 типов (ВПГ) у детей начиная с грудного возраста до 16 лет и их родителей, также у беременных и рожениц по обращаемости в Городской Медицинский Детский Консультативно Диагностический Центр г. Ташкента и Научно-Диагностический Центр «IMMUNOGEN TEST» Института Иммунологии АН РУз. за период 2006-2008 гг.

Результаты исследования. Анализ результатов 1272-х проб сыворотки крови установил $11,2 \pm 0,8\%$ ($n=143$; CI: 9,6-12,8) серонегативных детей к ЦМВ и $88,7 \pm 0,8\%$ ($n=1128$; CI: 87,1-90,3) – серопозитивных. С учетом возраста выявлены две волны подъёма численности положительных результатов на анти-ЦМВ IgG у детей: 1-я волна с года до 2-х лет ($91,9 \pm 0,8\%$; CI: 90,3 – 93,5), пик волны приходится на возраст до 5 лет ($95,9 \pm 0,6\%$; CI: 94,7-97,1); 2-я волна начинается с 9 лет ($97,7 \pm 0,4\%$; CI: 96,9-98,5) и стабилизируется к 14 годам ($91,7 \pm 0,8\%$; CI: 90,1 – 93,3). У их матерей частота циркуляции антител к ЦМВ класса G достигает $94,3 \pm 0,5\%$ ($n=1828$; CI: 93,3-95,3), у отцов этот показатель составляет $91,7 \pm 0,8\%$ ($n=1045$; CI: 90,1-93,3). Серонегативные женщины составили $4,9 \pm 0,5\%$ (CI: 3,9-5,9) и женщины с сомнительными результатами $0,8 \pm 0,2\%$, и являются группой риска первичной ЦМВ инфекции (ЦМВИ) во время беременности. Антитела к ВПГ обнаружены у $94,0 \pm 0,73\%$ ($n=981$; CI: 92,5- 95,5) женщин fertильного возраста. Частота встречаемости IgG к ВПГ у детей возрастает с 9 летнего возраста (50%-100%) к 14 годам. По данным карт ведения беременных, историй родов ($n=130$) и интервьюирования 419 матерей-рожениц установлен наибольший процент положительных результатов к ЦМВ ($n=353$, $84,2 \pm 1,9\%$ при CI: 80,3- 88,1) и ВПГ 1, 2 типов ($n=314$, $74,9 \pm 2,4\%$ при CI: 70,0-79,8).

Выводы. Высокое превалирование серопозитивных лиц к ЦМВ ($93 \pm 0,5\%$, CI: 92,0 – 94,0) и к ВПГ 1, 2 типов ($93,2 \pm 0,6\%$, CI: 92,0-94,4) во взрослой популяции обуславливает минимальный риск первичной ЦМВИ и герпетической инфекции во время беременности, но повышает риск реинфицирования и реактивации ЦМВ и ГИ у беременной, что приводит к высокому уровню внутриутробного инфицирования.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Айшауова Р.Р., Кусепова Д.А.

АО «Медицинский университет Астана»

Астана, Казахстан

Известно, что изменения показателей функции внешнего дыхания (ФВД) опережают проявление клинических симптомов бронхобструктивного синдрома (БОС). Исчезают они значительно позже нормализации объективных параметров. Поэтому, в отсутствии клинических проявлений заболевания исследование ФВД позволяет обнаружить изменения. Нами использована регистрация дыхательных шумов методом

бронхографии (авт. Малышев В.С.) с помощью датчика, обладающего высокой чувствительностью в широкой полосе воспринимаемых частот, включая те, которые не выявляются при аусcultации. Обструктивные изменения сопровождались возникновением специфического, акустического феномена: появление волновых колебаний на относительно высоких частотах (выше 5 кГц).

Цель: провести сравнительный анализ регистрации ФВД в диагностике бронхобструктивного синдрома у детей.

Проведен мониторинг проходимости бронхов у 24 детей в возрасте $7,5 \pm 1,25$ лет с бронхобструктивным синдромом с помощью бронхографии и пикфлюметрии. Исследования проводились до лечения, при выполнении фармакотерапевтического теста и исчезновении клинических симптомов обструкции дыхательных путей.

До начала терапии при БФГ и пикфлюметрии показатели ФВД в равной мере отражали среднюю степень выраженности бронхобструктивного синдрома. Фармакотерапевтический тест в виде ингаляционного введения беродуала позволил уточнить ведущие механизмы формирования БОС. Через 30 минут отмечалась положительная динамика в виде увеличения пиковой скорости выдоха (ПСВ) на 15-20% и снижения амплитуды высокочастотных колебаний, отражающих паттерн дыхания у $83,3 \pm 7,6\%$ больных. У остальных детей сохранялись функциональные признаки обструкции, что свидетельствовало о преобладании пассивных механизмов. Проведенный курс противовоспалительной и бронхоспазмолитической терапии способствовал уменьшению клинических проявлений заболевания и улучшению показателей ФВД обоими методами. На 10-14 день отмечалась нормализации ПСВ, но сохранялись волновые колебания выше 5 кГц, регистрируемые методом БФГ, что показало более высокую чувствительность последнего.

Таким образом, метод БФГ дает значительно больше информации в качественной и количественной форме, позволяя отслеживать динамику патологического процесса. Более того, регистрирующиеся признаки скрытого бронхоспазма позволяют определить длительность проводимой терапии при отсутствии клинических симптомов заболевания.

ЧАСТОТА ПОЛИМОРФНЫХ АЛЛЕЛЕЙ rs1137101 ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЛЕПТИНА LEPR И rs2167270 ГЕНА ЛЕПТИНА LEP У КРУПНОВЕСНЫХ И МАЛОВЕСНЫХ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Аксенова Е.А., Прилуцкая В.А., Сукало А.В.

Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь

Цель исследования – выявить особенности распределения полиморфных аллелей rs1137101 гена рецептора лептина LEPR и rs2167270 гена лептина LEP у новорожденных с различной массой тела при рождении.

Материалы и методы. Генотипировано 124 маловесных, 137 крупновесных доношенных детей и 115 новорожденных с нормальной массой тела (группа контроля) по полиморфным аллелям Gln223Arg (A668G) (rs1137101) гена рецептора лептина LEPR и A19G (rs2167270) гена лептина LEP. Использован метод аллель-специфичной ПЦР с помощь линейных разрушаемых проб (TaqMan). Статобработка данных проведена в программе AB-Stat.

Результаты. Распределение частоты генотипов по полиморфному локусу Gln223Arg (A668G) (rs1137101) гена рецептора лептина LEPR у маловесных мальчиков достоверно отличалось от контрольной группы детей в целом (AA – 16,9%; AG – 62,7%; GG – 20,3%) и мальчиков с нормальным весом (AA – 20,0%; AG – 65,0%; GG – 15,0%). Гомозиготный

генотип AA (Gln/Gln) LEPR, связанный, по данным Souren N.Y. и соавт. (2008), с более низкой массой тела у новорожденных, у маловесных мальчиков встречался почти в 1,5 раза чаще (29,4%), чем в контроле (20,0%). «Противоположный» GG (Arg/Arg) LEPR генотип чаще (29,4%) выявлен как у мальчиков с низкой массой тела, так и крупновесных новорожденных (27,8% в целой группе, и 28,4% у мальчиков), по сравнению с мальчиками контроля (всего у 15,0%). Среди крупновесных детей распределение частоты генотипов по гену LEPR (AA-23,3%; AG-48,9%; GG-27,8%) достоверно не отличалось от данных для маловесных новорожденных и детей контрольной группы. Частота генотипов A19G (rs2167270) гена LEP у крупновесных (AA – 15,0%; AG – 54,1%; GG – 30,8%) не отличалась от групп контроля (AA – 16,1%; AG – 50,0%; GG – 33,9%) и маловесных (AA – 14,1%; AG – 56,3%; GG – 29,7%). У маловесных мальчиков генотип +19AA LEP, связанный с содержанием ЛПВП в сыворотке крови, встречался почти в 2 раза реже (у 9,8%), чем у мальчиков с нормальной массой (у 18,3%). Самым распространенным у всех новорожденных оказался гетерозиготный генотип по обоим изученным генам Gln/Arg(LEPR)-A/G(LEP), который был обнаружен у 24,1% крупновесных детей, 30,7% маловесных и 33,1% детей контрольной группы.

Заключение. Необходимо дальнейшее сопоставление полученных данных генотипирования новорожденных с клиническими показателями для оценки прогностической значимости изученных генотипов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЛИПИДНОГО СТАТУСА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ *Алдабекова Г.И.*

АО «Медицинский университет Астана»
Астана, Казахстан

Актуальность. Заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) являются одними из важнейших проблем в мире. Атеросклероз начинается в детстве и прогрессирует во взрослую жизнь. Снижение сердечно-сосудистых факторов риска, таких как повышенный уровень общего холестерина (ОХ) и холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), в детском возрасте может привести к снижению ССЗ и смертности во взрослом возрасте.

Цель: Изучить естественную динамику и прогностическую значимость показателей липидного спектра в детском возрасте.

Материалы и методы: Результаты данного исследования были использованы для оценки среднего распределения общего сывороточного холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, холестерина липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), и триглицеридов (ТГ) у детей в возрасте от 2 до 5 лет. В исследовании приняло участие 20 детей, из них 9 (45%) мальчики, 11 (55%) девочки. Возраст детей колеблется в диапазоне от 2 лет до 5 лет. Средний возраст составил 3,5 лет (среди мальчиков – 2,7 лет, среди девочек – 2,9 лет). По национальному признаку группа распределилась следующим образом: представители славянских наций составляют 10%, представители монголоидной расы – 90%. У всех детей собран генеалогический анамнез на предмет наличия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Детям проводилось лабораторное исследование (определение в сыворотке крови уровней ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП).

Результаты: Анализ данных лабораторных исследований показывает, что девочки в возрасте от 2 до 5 лет имеют значительно более высокие средние уровни ОХ и ЛПНП, чем мальчики ($p > 0,005$).

Показатели уровня ОХ у мальчиков распределены в диапазоне 1,5-4,2 ммоль/л.

Средние значения для мальчиков в возрасте от 2 до 5 лет: общего холестерина 2,88 ммоль/л, триглицеридов 0,92 ммоль/л, холестерина ЛПВП 1,0 ммоль/л, холестерина ЛПНП 1,96 ммоль/л. Средние значения для девочек в возрасте от 2 до 5 лет: общего

холестерина 3,44 ммоль/л, триглицеридов 0,65 ммоль/л, холестерина ЛПВП 1,09 ммоль/л, холестерина ЛПНП 2,99 ммоль/л.

Выводы: Исследование дают представление о распределении липидов среди детей в г. Астане, а также показывает, что, как и взрослые, дети испытывают вариабельность уровней липидного спектра. Результаты данного исследования полезно для планирования программ, нацеленных на профилактику ССЗ, начиная с развитием здорового образа жизни в детстве.

СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Алимов А.В., Шомурадова Ш.Ш.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить клинико-биохимическую, биофизическую и патоморфологическую характеристику поражения гепатобилиарной системы при ювенильном ревматоидном артите.

Материал и методы исследования. Обследовано 91 больной ЮРА в возрасте от 1,5 до 18 лет. Из них 18 больных с олиго и 73 с полиартритическим вариантом заболевания. Из 91 больных- 50 (54,9%) мальчиков и 41 (45,0%) девочек. Продолжительность заболевания составляла от 1 года до 10 лет. Ультразвуковое исследование (УЗИ) гепатобилиарной системы проводили на аппарате SSD-630 «Aloka» (Япония). Эластографию печени проводили с помощью аппарата «FibroScan 502 TOUCH» («EchoSens», Франция).

Результаты исследования. Достоверное снижение уровня альбуминов в 1,17, повышение активности АлАТ в 1,17 раза на фоне сохранения нормативных величин активности ГГТ. Уровень прямого билирубина достоверно возрос в 1,63 раза, на фоне сохраняющихся нормативных значений общего и непрямого билирубина, повышение тимоловой пробы в 1,58 раза. Содержание альбуминов достоверно снижалось в 1,5 и 1,27 раза, повышение АлАТ - в 1,54 и 1,32 раза, ГГТ - в 1,4 и 1,51 раза. Средний показатель эластичности печени составил $3,5 \pm 0,5$ кПа для F0, $5,8 \pm 0,5$ кПа для F1 и $6,5 \pm 1,5$ кПа для F2 стадии фиброза соответственно. Показатели стадии фиброза в группе больных ЮРА с поражением печени распределились в равных соотношениях между F0, F1, F2.

Выводы: У 64,8% больных ЮРА выявлено поражение печени, проявляющееся во всех случаях признаками мезенхимального воспаления, 74,6% - гипоальбуминемией, 64,4% - гипербилирубинемией, 35,6% - холестазом и 15,2% - гиперферментемией до 2 норм. Ультразвуковая эластография позволяет на ранних этапах выявить явления фиброза и провести мониторинг МТХ-токсичности печени. Глубина и тяжесть патоморфологических нарушений зависит от дозы и длительности принимаемых препаратов базисной терапии.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЧАСТОТУ ПРОЯВЛЕНИЙ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ахмедова Ф.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди детей по данным российских авторов варьирует от 2,4% до 18,2%.

Цель исследования. Изучить факторы риска (ФР) и оценить их влияние на развитие эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) среди детей 13-15 лет.

Материалы и методы исследования. Обследованием было охвачено 425 детей 13-15 лет, с применением стандартных методов исследования. Для установления диагноза АГ взяты рекомендации ВОЗ и Российские рекомендации (2009). Для оценки ФР развития ЭАГ были рассчитаны коэффициент интеграционного риска (Х) и показатель отношение шансов (ОШ). Распределение обследованных детей в зависимости от уровня АД установило 76% детей с нормальным АД (контрольная группа), с высоким нормальным АД (ВНАД) – 16,9% (сравнительная), с АГ – 7,1% (основная); в зависимости от пола и уровня АД - превалировали мальчики (М) над девочками (Д) в основной группе и в группе сравнения.

Результаты исследования. Риском Х по физическому развитию у девочек были факторы: «риск низкого роста», «риск истощения» - во всех возрастах, «риск избыточного веса» – 11,4, только в возрасте 13 лет. В возрастах 14 и 15 лет зарегистрирован фактор «низкий рост» - 9,8. У мальчиков достоверными ФР были «риск избыточного веса» - 13,1 и «риск низкого роста» -11,4 во всех возрастах, но признак «низкий рост» отсутствовал. Фактор «отягощенный гинекологический анамнез» чаще регистрировался у мальчиков. У обоих полов превалировал признак «отягощенность по сердечнососудистым заболеваниям (ССЗ) по 1 степени родства» - 15,7, 17,3, соответственно для М и Д. «Искусственное вскармливание» был достоверным ФР развития АГ у М-12,3 против 10,8 у Д. Нарушения образования импульса и процессов реполяризации были характерны обоим полам с превалированием у мальчиков. Но признак «гиподинамия» достоверно чаще встречался у девочек. По показателям ОШ различие составили признаки фактора пола – мужской (5,8) и фактора возраста 15 лет (4,7), а также фактор «малая масса при рождении» (6,2) имел 3-е место по значимости.

Выводы. При скрининговом исследовании 16,9% школьников 13-15 лет имели ВНАД и 7,1% - ЭАГ. Отягощенная наследственность по ССЗ и дисгармоничное физическое развитие могут увеличивать шанс формирования ЭАГ у детей 13-15 лет на 6,5 раз.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ

Ахмедова Ф.М., Азгамова Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

В структуре ССЗ первое место по распространенности по-прежнему занимает артериальная гипертензия (АГ). При этом отмечается рост заболеваемости АГ у детей, подростков и лиц молодого возраста. Распространенность АГ среди них составляет по данным различных авторов от 6 до 18%. В настоящее время одним из основных механизмов ее становления рассматривают эндотелиальную дисфункцию (ЭД).

Цель исследования: изучить показатели эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии (ПА) и оценить их влияние на развитие эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) у детей 13-15 лет.

Материалы и методы исследования. Обследованы 57 детей 13-15 лет (средний возраст $13,8 \pm 0,46$). Среди них с нормальным артериальным давлением (АД) (контрольная - 1я группа) - 20 детей, с высоким нормальным АД (ВНАД) – 18 (сравнительная – 2я группа), с АГ – 19 (основная). Измерения диаметра ПА и скоростных показателей функции эндотелия проводились на аппарате Sonospape SSI-500, Mindray DR 6900, HD3 (Голландия) с линейным датчиком 5,5-7,0 МГц. ЭЗВД и скоростные показатели ПА в

обследованных группах изучались за 30 секунд до освобождения воздуха из манжеты и через 60, 90, 180 секунд после момента декомпрессии.

Результаты исследования. Установлено, что в покое средний диаметр ПА у детей с АГ составил $2,45 \pm 0,11$ мм, что несколько меньше, чем у детей 1 и 2 групп ($2,56 \pm 0,13$ и $2,53 \pm 0,17$ мм, соответственно). Анализ динамики диаметра ПА и линейной скорости кровотока при пробе с ЭЗВД в анализируемых группах показал, что максимальные значения указанных параметров наблюдается на точке – 60 сек после декомпрессии. При этом было отмечено увеличение диаметра ПА до $2,86 \pm 0,19$ мм у детей с АГ, что на 1,2 и 1,1 раза меньше по сравнению с 1 и 2 группами. Самый высокий прирост диаметра ПА оказался у детей 1й группы – $26,7 \pm 2,13\%$ по сравнению с детьми с АГ ($15,6 \pm 1,41\%$, $p > 0,001$). Исходная максимальная скорость кровотока в среднем составила $60,3 \pm 6,0$ и $55,34 \pm 5,3$ см/сек у детей 1 и основной групп, соответственно ($p < 0,05$). Динамика скорости кровотока в ответ на временную окклюзию сосуда также статистически не отличалась между данными группами ($p < 0,05$).

Вывод. Нарушение вазодилатирующей функции эндотелия является ранним неинвазивным диагностическим маркером становления ЭАГ у детей. В связи с чем, эндотелий, его функции и коррекция их нарушений может стать целью профилактики ЭАГ у детей.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ашералиев М.Е., Маймерова Г.Ш.

Национальный центр охраны материнства и детства
Бишкек, Кыргызстан

Актуальность проблемы: В Кыргызской республике хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) занимают, ведущее место в структуре общей заболеваемости и значительно влияет на показатель детской смертности. Это обусловлено тенденцией трансформации болезни органов дыхания в более тяжелые и прогностически неблагоприятные формы.

Цель исследование – изучить особенности течения ХНЗЛ у детей в зависимости от нозологических форм, для оптимизации тактики диагностики и лечения.

Материал и методы. Обследовано 150 больных детей с ХНЗЛ в возрасте от 5 до 17 лет. Были выделены следующие группы обследованных больных: 1 группа 30 детей с БА, 2 группа 30 детей с Хронической пневмонией осложненным пневмосклерозом, 3 группа 30 детей с Бронхоэктатической болезнью, 4 группа 30 детей Хроническим обструктивным бронхитом и 5 группа 30 детей с рецидивирующими обструктивными бронхитом. Проведен анализ семейного и собственного анамнеза жизни и болезни. Использованы общеклинические, рентгенологические методы, компьютерная томография лёгких, бронхоскопия, бронхография, спирография и исследование иммунологического статуса.

Результаты: обследование данных групп позволило выявить наличие у 89% детей синдрома соединительнотканной дисплазии (ДСТ). При этом у всех детей ХНЗЛ имело место неблагоприятный перинатальный период развития, отягощенный семейный анамнез. Анамнез заболевания свидетельствовал о наличии в раннем возрасте частых (ежемесячных) эпизодов бронхобструкции с затяжным течением и торpidностью к общепринятой терапии. У 100% детей, выявлялись сопутствующие заболевания, свидетельствующее неспецифичной реакцией организма - патология зрения у 12%, аномалии желчного пузыря у 35%, астеновегетативный синдром у 100%, патологии лор органов у 100%, гельминтозы у 30%, пассивное курение у 38% детей. Особенностью клинического течения ХНЗЛ у детей является частота обострений более 4-х и 6-х раз в

сутки, и которое плохо контролируется, имеет затяжное течение, у части детей выраженность системной воспалительной реакции ($p<0,05$). При рентгенологическом обследовании, на компьютерной томографии органов грудной клетки, бронхоскопии (бронхографии) выявлялись: диффузный пневмосклероз, бронхэктазы, хроническая эмфизема. Функциональные методы исследования свидетельствовали о преобладании смешанного и рестриктивно-обструктивных нарушений функций внешнего дыхания у 80% детей.

Таким образом, все больные нуждались в диспансерном наблюдении и проведение комплексного лечение, требующий необходимый объем медицинской помощи, и, по показаниям, консультации узких специалистов (пульмонолога, торакального хирурга, аллерголога, кардиолога и т.д.).

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА ПРИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Балалаева И.Ю., Буданова М.В., Швырев А.П., Ельчанинова О.Е., Андреева С.Т.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,

Воронежская областная детская клиническая больница № 1

Воронеж, Россия

Считают, что инфицирование мочевой системы у детей может происходить не только восходящим и гематогенным путём, но и путём транслокации патогенных и условнопатогенных микроорганизмов из кишечника в мочевую систему при нарушении кишечного микробиоценоза со снижением колонизационной резистентности кишечника.

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей кишечной микробиоты при инфекции мочевой системы (ИМС) у детей первых месяцев жизни.

Материалы и методы. Нами проанализированы микробиологические особенности содержимого кишечника и флоры мочи у 25 детей с ИМС в возрасте от 3 суток до 4,5 месяцев. В возрасте до 1 месяца было 22 ребёнка, которые поступали в стационар из роддома. Девочек и мальчиков было поровну. Возраст матерей составлял от 20 до 39 лет (в среднем $27,8\pm1,9$ лет).

Результаты и их обсуждение. Отмечена существенная частота высеива из кала большого количества энтерококка (76%), клебсиеллы (68%), эпидермального стафилококка (56%), меньшая частота обнаружения золотистого стафилококка (20%), гемолитической кишечной палочки (16%), дрожжевых грибов (20%). При этом снижение количества лактобактерий и бифидобактерий отмечалось в 100% наблюдений. Протеи не обнаружены ни у одного ребёнка. В кишечной микробиоте у детей, родившихся путём кесарева сечения, преобладали эпидермальный стафилококк, энтерококк (77,8 %) и клебсиелла (66,7 %). В этой группе детей в 2,5 раза чаще отмечался избыточный рост эпидермального стафилококка, в 2 раза реже – рост золотистого стафилококка, чем у детей, родившихся путём самостоятельных родов. Но если при избыточном росте в кале стафилококков и кишечной палочки у детей отсутствовала бактериурия, обусловленная аналогичными микроорганизмами, то при наличии в кишечнике большого количества энтерококка и клебсиеллы частота обнаружения их в моче составляла 25,0% и 37,5 % соответственно.

Таким образом, у детей первых месяцев жизни с ИМС необходима коррекция избыточного роста в кишечнике клебсиеллы и энтерококков, которые, по-видимому, могут являться источником инфицирования мочевой системы. Необходимо улучшение микроэкологии беременных женщин, улучшение санитарно-эпидемиологического режима в роддомах и перинатальных центрах, улучшение ухода за детьми в роддоме, стационаре и в домашних условиях для уменьшения возможности инфицирования новорождённых указанными микроорганизмами и попадания их в органы мочевой системы.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТЯХ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ АЦЕТОНEMИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Бекетова Г.В., Гнатенко Т.Н.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика
Киев, Украина

Введение. Ацетонемический синдром (недиабетический кетоацидоз) это распространенная патология детского возраста, в патогенезе которой значимы метаболические нарушения.

Цель. Определить целесообразность включения лечебного детского питания ПедиаШур1.5 в комплексную терапию ацетонемического синдрома у детей.

Материалы и методы. В исследование были включены 26 детей в возрасте от 5 до 10 лет, с рецидивирующими ацетонемическими синдромами, находившихся на лечении в отделении №2 Детской клинической больницы №9 г. Киева и медицинского центра «ДоброБут». Все 26 детей на момент обследования имели клинические проявления ацетонемического криза: рвоту от 6 до 10 раз/сутки, тошноту, отсутствия аппетита, слабости, кетонурию от «+++» до «++++» по реакции Легаля. Дети были распределены в 2 группы. Основная: 7 девочек и 5 мальчиков, средний возраст $6,4 \pm 0,45$ года и контрольная: 7 девочек и 7 мальчиков, средний возраст $6,5 \pm 0,47$. Все дети получали терапию согласно протоколам МОЗ Украины, которая в основной группе была дополнена применением ПедиаШур1.5 по 1 флакону в день дробными порциями в течении 10 дней. Был проведен статистический анализ сравнения длительности кетонурии, динамики клинических проявлений (рвота, слабость) в основной и контрольной группах методом Манна-Уитни (U-test).

Результаты. Применение нутритивной коррекции в виде ПедиаШур1.5 в комплексной терапии имело положительное влияние на клинические проявления ацетонемического синдрома у детей. Так, длительность кетонурии в основной группе по сравнению с контрольной сократилась с $3,14 \pm 0,18$ до $2,42 \pm 0,18$ суток (U-test= 37, p>0,05). Так же сократился и период рвоты с $2,43 \pm 0,18$ до $1,75 \pm 0,19$ (U-test= 39, p>0,05). Уменьшение слабости, вялости, согласно опроснику родителей, в основной группе происходило раньше: на $1,83 \pm 0,17$ сутки по сравнению с $3,00 \pm 0,22$ сутками в контрольной группе (U-test= 23, p>0,05).

Переносимость ПедиаШур1.5, согласно опроснику родителей, оценивалась как «отличная» в 50% (6 детей), «хорошая» в 33% (4 детей), «удовлетворительная» у 17% (2 детей).

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности и физиологичности применения ПедиаШур1.5 для нутритивной коррекции при ацетонемическом синдроме у детей, способствующей более быстрому купированию таких проявлений как рвота, кетонурия, слабость.

ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВЬЕСОХРАНЯЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Бекетова Г.В., Савинова Е.Б.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика
Киев, Украина

Вступление. Актуальным вопросом остается ухудшение состояния здоровья детей. Одним из путей решения этой проблемы является внедрение здоровьесохраниющих технологий (ЗСТ) в учебный процесс.

Цель работы: оценить эффективность применения у детей младшего школьного возраста ЗСТ

Материалы и методы. Обследовано 66 детей начальной школы гимназии №287 м. Киева (I (основная) группа), где внедрена ЗСТ “Обучение в движении” профессора А.Д. Дубогай. Группу контроля составили 84 учеников общеобразовательной средней школы №3 г. Боярка Киевской области, где ЗСТ не использовалась (II (контрольная) группа). Обследование детей проводилось 4 раза: при вступлении в школу, а также при окончании 1, 2, 3 годов обучения. Исследование включало оценку данных анкетирования (для выяснения факторов, влияющих на состояние здоровья детей); антропометрических показателей, данных спирографии, ЭКГ, функциональных проб, результаты осмотра профильных специалистов для определения частоты функциональных и хронических соматических заболеваний. Противоинфекционную резистентность определяли по частоте острых респираторных заболеваний на протяжении года и наличием их осложнений. При оценке адаптационно-резервных возможностей школьников пользовались методическими рекомендациями «Скрининговая оценка адаптационно-резервных возможностей детей школьного возраста», разработанными ГУ «Институт гигиены и медицинской экологии им. О.М.Марзеева» НАМН Украины.

Результаты исследования. Структура хронических заболеваний и функциональных нарушений совпадала в основной и контрольной группах и сохранялась неизменной за время исследования – на первом плане заболевания опорно-двигательного аппарата, на втором болезни органов дыхания, на третьем болезни нервной системы. В основной группе по сравнению с контрольной за 3 года обучения отмечалось снижение количества функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой (на 5%) и дыхательной систем (на 4,5%), в контрольной группе незначительное повышение (на 1% и 1,5% соответственно). После внедрения ЗСТ в основной группе наблюдалась позитивная динамика посещаемости школы с достоверным уменьшением эпизодов ГРВИ, общего количества дней пропусков уроков за год и количества пропущенных уроков одним учеником.

Вывод: одним из путей решения проблемы сохранения здоровья детей является широкое внедрение в учебных заведениях ЗСТ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Белых Н.А., Крыгина Т.В., Есакова Е.М., Фокичева Н.Н., Шилина С.А.

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, МЗ России, Городская клиническая больница № 11
Рязань, Россия

Актуальность проблемы энтеровирусных инфекций у детей обусловлена распространностью возбудителя в окружающей среде, сезонностью возникновения вспышек в детской популяции, необходимостью ранней диагностики и лечения заболевания.

Цель: изучить особенности течения энтеровирусных менингитов (ЭМ) в Рязанской области за период 2012-2014 гг.

Материалы и методы: проведен анализ медицинской документации 101 ребенка с энтеровирусным менингитом (ЭМ), получавшего лечение в городской клинической больнице №11 (г. Рязань). Всем больным проводился комплекс обследований, включавший клинический анализ крови и мочи, исследование спинномозговой жидкости (СМЖ) по стандартным методикам с выделением РНК энтеровируса методом ПЦР.

Результаты. Наибольшее количество детей с ЭМ было пролечено в 2013 г. – 65 (в 2012 г. – 18, в 2014 г. – 18). Заболеваемость имела сезонный характер с началом регистрации в июне, пиком заболеваемости в июле-августе и окончанием - в ноябре-

декабре (в 2014 г. – в январе). Среди заболевших преобладали дети, в возрасте 6-14 лет (73,3%).

Все больные были госпитализированы в состоянии средней тяжести, из них в 1-е сутки заболевания – 85%, на 2 день – 15%. Ведущими симптомами манифестации ЭМ у 91% были: повышения температуры тела до фебрильных цифр, головная боль, рвота от однократного эпизода до 5 раз в сутки. Менингиальные знаки регистрировались у 97% пациентов на 2-3-й день лечения.

При поступлении в клиническом анализе крови у 35% детей отмечался умеренный лейкоцитоз ($10-13 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофиллез, ускоренная СОЭ (28-31 мм/ч). В спинномозговой жидкости отмечался умеренный цитоз ($54-586 \times 10^6/\text{л}$) нейтрофильного характера с постепенным переходом в лимфоцитарный на 3-4 сутки терапии; содержание белка, сахара и хлоридов было в пределах нормы. РНК вируса ЕКСНО 30 была выделена в СМЖ в 82,2% случаев, Коксаки В5 – в 17,8%.

Выводы: заболеваемость ЭМ в Рязанской области (2012-2014 гг.) имела сезонный характер и типичное клиническое течение. Среди возбудителей ЭМ у детей ведущее значение имел энтеровирус ЭКСНО 30 (82,2%).

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бердалиева Ф.А., Аитова Н., Усимбекова Г.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия
Шымкент, Казахстан

Южно-Казахстанская область имеет наиболее высокие показатели по рождаемости в республике, а также по заболеваемости различными инфекциями женщин фертильного возраста. Одна из острых проблем современного здравоохранения области фактически его генофонда это распространение внутриутробных инфекций, преимущественно ЦМВИ, имеющей выраженный тератогенный, персистирующий характер и значительно ухудшающий качество жизни пациентов, социальную адаптацию в будущем.

Цель работы: изучить особенности клинико-эпидемиологических проявлений цитомегаловирусной инфекции у детей в ЮКО.

Материалы и методы: в работе были использованы материалы, взятые из 50 историй болезней детей, пролеченных в ГИБ в году с диагнозом ЦМВИ. Изучены данные по эпидемиезу, клинико-лабораторным проявлениям цитомегаловирусной инфекции у детей.

Результаты и обсуждение: неблагоприятный акушеро-гинекологический анамнез (abortы, замершие беременности, выкидыши, преждевременные роды, частые простуды, ангины и др.) отмечен при II-III и последующих беременностях в 37 (74%) случаях, при I беременности-13 (26%). Заболеваемость детей до 1-го года составила-29 (58%) из них недоношенных детей было 5 (10%); детей от 1-3 лет-18 (36%); от 4 до 7 лет-1 (2%). Мальчики болели чаще девочек соответственно 31 (62%) и 19 (38%). По характеру течения инфекции замечено преобладание хронического рецидивирующего течения ЦМВИ 33 (66%) с клиникой полиорганной патологии (гидроцефалия, гепатосplenомегалия, энтериты, нефриты и др.), в 10 (20%) случаях было более скрытое течение инфекции со скучной клиникой (отставание в психомоторном развитии), характерная манифестная генерализованная форма отмечена у детей первого полугодия – 7 (14%). В лабораторных анализах чаще отмечены анемия, лимфоцитоз, гипопротеинемия, снижение тромбоцитов, у некоторых детей повышение трансаминаз. Наличие ЦМВИ инфекции подтверждено ПЦР мочи, слюны, крови и ИФА крови с определением

специфических IgG и IgM антител. После проведенного соответствующего клиническим протоколам лечения с улучшением выписано 28 (56%) пациентов и с выздоровлением 22 (44%).

Выводы: Учитывая характер ЦМВИ, как инфекции длительно текущей, склонной к хронизации и приносящей значительный ущерб здоровью детей, влекущий также и весомые экономические затраты необходимо совершенствовать программы профилактики ВУИ, ИППП диагностические и терапевтические возможности.

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У РЕБЕНКА В ПРАКТИКЕ ИНФЕКЦИОНИСТА

Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж.; Тулемырзаева А.Д.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкентский медицинский институт МКТУ им. Х.А.Ясауи
Шымкент, Казахстан

Заболеваемость детей острыми лейкозами в РК в настоящее время имеет тенденцию к росту, показатель на 100000 детского населения составляет 13,4.

Цель работы: проанализировать данный клинический случай, сделать выводы.

Материалы и методы: использована история болезни ребенка, поступившего в ГИБ в 2016 году, с диагнозом: ОРВИ, тяжелая форма, синдром менингизма.

Результаты и обсуждение: мальчик в возрасте 4 года 2 месяца, заболел остро, в течение 2-х недель с диагнозом ОРВИ получал амбулаторное лечение, улучшения не было. Обратились в ОДБ с Дз: ОРВИ тяжелая форма, синдром менингизма ребенок направлен в ГИБ.

Поступил с жалобами на головные боли, боли в животе, боли в суставах н/к, t° - тела 39,0; рвота 2-3 раза. Из анамнеза болеет в течение 2-х недель: отмечалось повышение температуры до 37,5-38,0; слабость, вялость, плохой аппетит. Ребенок не наступал на ножки из-за боли в левом коленном суставе, периодически жаловался на боли в области шеи и головы. Объективно обращает внимание: в зеве катаральные явления, бледность кожных и слизистых покровов, менингиальные знаки сомнительные за счет повышения ригидности затылочных мышц, а при осмотре головы реакция болезненная, пальпируются небольшие подкожные уплотнения в теменной области.

П/ч, задне-шейные, подмыщечные, паховые л/у увеличены, не спаяны, умеренно-болезненные. Отмечается пастозность н/конечностей. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. В динамике на 3 сутки появилась единичные петехиальная сыпь в обл. спины, на н/к, печень увеличилось до 5,0x4,0x3,5см, селезенка на 2,5см. Нарастал синдром анемии на 3-й день: ОАК- Hb – 67г/л, эритроциты – 2,51x10/12л, лейкоциты -7,8 x 10⁹/л, п-11%, недифф.клетки-30%, с/я-9%, мон-2%, лимф-47%, СОЭ –19мм/ч.; СРБ-0,002г/л, RF-64, АСЛО-128. В СМЖ-б/цв., прозр., белок-0,33г/л, цитоз-1x10/6/гл. УЗИ ГБС, почек - ДИПП. Гепатосplenомегалия. Увеличение линейных размеров почек слева. Рентген - ОГК, бр.полости - Б/патологии. Рентген коленных суставов б/особенностей. Консультация гематолога: дз Острый лимфобластный лейкоз.

Вывод: в практике инфекциониста возможна манифестация острый лейкоза на фоне симптомов ОРВИ, преимущественно это дети от 2-5 лет, у которых формируется становление иммунной системы, характерна физиологическая пролиферация лимфоидной ткани.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ СТАФИЛОКОККОВ, ИЗОЛИРОВАННЫХ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКУСОВ ДЕТЕЙ И ИХ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Билялова К.И., Аринова А.Ж., Темирбаева Ж.С., Рахманова А.А.

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗСОР РК

Алматы, Казахстан

Структуру нозокомиальных инфекций определяет профиль стационара, политика применения антибактериальных препаратов, контингент пациентов. Своевременная и рациональная антибиотикотерапия зависит от точной идентификации микроорганизмов и определения антибиотикорезистентности.

Цель исследования. Определение видового состава, антибиотикорезистентности стафилококков, выделенных из микрофлоры различных локусов детей.

Материалы и методы. Исследованию подвергались мазки из глаз, ушей, носа, пупка детей, находившихся на лечении в центре. Идентификацию штаммов, определение антибиотикорезистентности проводили общепринятыми бактериологическими методами, а также с помощью микробиологического анализатора Walk away 40 США и компьютерной программы WHONET 5.

Результат. Наиболее часто выделяемым видом оказался коагулазоположительный стафилококк *S.haemolyticus* (43,5%). Вторым - коагулазоотрицательный стафилококк *S.epidermidis* (34,7%). Один из ведущих возбудителей ВБИ *S.aureus* выделен в 18,9%. В небольшом проценте высеяны *S.intermedius* (1,8%), *S.Saprophyticus* (0,7%), *S.hominis-hominis* (0,2%), прочие виды (*S.auricularis*, *S.simulans*, *S.sciurii*) выделены в 0,2%.

Анализ антибиотикорезистентности выделенных стафилококков позволил установить высокую чувствительность к цефалоспоринам 2 -3 поколения: цефазолину, цефаклору, цефотаксиму и цефтриаксону (92-100%). Доминирующая часть (90-95%), протестированных штаммов оказалась чувствительной к меропенему, имипенему, нитрофурантоину, пиперациллин-тазобактаму, рифампину и триметаприм-сульфометаксазолу, гентамицину. В 80-95% выявлена резистентность стафилококков к пенициллину и амоксициллину. 25-30% стафилококков отнесены к группе метициллинрезистентных стафилококков (MRSA).

Выводы. Введение в работу микробиологического анализатора позволило расширить спектр выделенных микроорганизмов. Среди, выделенных стафилококков преобладают коагулазоположительные виды. Идентификация стафилококков позволила выявить циркуляцию метициллинрезистентных и антибиотикорезистентных штаммов в стационаре.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ PS.AERUGINOSA, ИЗОЛИРОВАННОЙ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ БИОТОПОВ ДЕТЕЙ

Билялова К.И., Аринова А.Ж., Темирбаева Ж.С., Рахманова А.А.

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗСОР РК,

Алматы, Казахстан

Для разработки эффективных протоколов эмпирического назначения антибиотиков микробиологическая лаборатория стационара должна проводить мониторинг возбудителей нозокомиальных инфекций и определять их антибиотикорезистентность. Одним из основных возбудителей внутрибольничных инфекций, из группы неферментирующих грамотрицательных бактерий является *Ps.aeruginosa*.

Цель. Сравнение спектра антибиотикорезистентности *Ps.aeruginosa*, изолированной из различных биотопов детей, к антибактериальным препаратам.

Материалы и методы. Исследовано 580 штаммов *Ps.aeruginosa*, изолированной из мазков различных локусов, мокроты, бронхиальных смывов, мочи и фекалий детей. Использованы общепринятые методы, а также микробиологический анализатор Walk away 40 США. Определение антибиотикорезистентности проводилось диско-диффузионным методом на среде Мюллер-Хинтона, АГВ и с помощью компьютерной программы WHONET5.

Результаты. Наибольшая высеиваемость *Ps.aeruginosa* получена при исследовании мазков из различных биотопов, далее по частоте выявляемости возбудителя оказалась мокрота, затем моча и фекалии. Препаратами выбора в отношении исследованных штаммов *Ps.aeruginosa* оказались следующие антибиотики: азлоциллин; из фторхинолонов - ципрофлоксацин, офлоксацин; из карбапенемов - меропенем, имипенем; из цефалоспоринов - цефтазидим; из аминогликозидов - гентамицин, а также полимиксин. Установлено, что степень активности препарата в отношении возбудителя зависит от биотопа выделенного штамма. Указанные препараты: азлоциллин; ципрофлоксацин; имипенем, меропенем; полимиксин и гентамицин в 77,3-86,6% проявили наибольшую активность в отношении *Ps.aeruginosa* из мазков различных локусов. *Ps.aeruginosa*, изолированная из мокроты и мочи (71,8-87%) наиболее чувствительна к азлоциллину, ципрофлоксацину, имипенему, меропенему. *Ps.aeruginosa*, изолированная из фекалий проявила наибольшую чувствительность к имипенему, ципрофлоксацину, и азлоциллину (78-96%). *Ps.aeruginosa*, изолированная из смывов оказалась чувствительна к азлоциллину, цефтазидиму, полимиксину.

Выводы. Полученные результаты подчеркивают необходимость базирования эмпирической терапии с учетом локальных и региональных данных антибиотикорезистентности возбудителей.

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Большова Е.В., Лукашук И.В.

ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины»
Киев, Украина

Пациенты с сахарным диабетом 1 типа (СД1) составляют группу риска возникновения целиакии (Ц). У детей с СД1 целиакия встречается в 10 раз чаще, чем в общей популяции и является коморбидностью на основе аутоиммунных механизмов с общим молекулярно-генетическим полиморфизмом. Современная диагностика Ц базируется на рекомендациях ESPGHAN (2012) в группах риска (алгоритм 2).

Цель исследования – изучить диагностическую ценность серологических маркеров целиакии у детей с СД1.

Материалы и методы. Обследовано 295 детей в возрасте 3-17 лет с СД1, у 40 детей диагностирована Ц. Проводили HLA типирования и серологические тесты: антитела к тканевой трансглютаминазе (ТкТГ) IgA и IgG, эндомизиальные (ЭМА) антитела IgA и IgG. Дети с СД1 и диагностированной Ц составили I группу (40 детей с СД1 и Ц); II группа – 56 детей с СД1 без Ц. Детей с верифицированным диагнозом Ц перевели на безглютеновую диету (БГД).

Результаты. У 40 (13,6%) детей с СД1 диагностирована Ц, из них в 31 – атипичная, у 9 детей – типичная форма. В I группе не установлено существенных различий гликемического контроля, частоты тяжелой гипогликемии и диабетического кетоацидоза в сопоставлении со II группой. Не выявлено различий между указанными тремя показателями в основной группе в зависимости от комплаенса БГД (хорошо / плохо соблюдали БГД).

При наличии у пациента СД1 клинических неспецифических проявлений целиакии и положительными результатами HLA типирования (DQ2 и DQ8), в случае повышения титров антител ТкТГ или сочетания незначительного повышения показателей ТкТГ и ЭМА, можно воздержаться от проведения биопсии тонкой кишки. Клиническая картина и показатели серологических маркеров могут служить основанием для назначения таким пациентам БГД.

Выводы. Высокие титры антител ТкТГ IgA и ЭМА IgA могут служить диагностическими маркерами целиакии у детей с СД1 без проведения биопсии, а также критериями эффективности БГД.

Целесообразно проводить тесты на целиакию у детей с диагностированным СД1, с последующим рестированием один раз в 2 года.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МОНИТОРА НЕИНВАЗИВНОГО КОНТРОЛЯ ГЕМОДИНАМИКИ ВРАЧОМ, НЕ ИМЕЮЩЕМ ОПЫТА РАБОТЫ С УЛЬТРАЗВУКОМ

Боронина И.В., Ошанова Л.С., Попова И.Н., Пачин Д.А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Воронеж, Россия

Актуальность: Наиболее доступными и информативными методами неинвазивного мониторинга гемодинамики, являются методы, основанные на ультразвуковой эхолокации в сочетании с эффектом Доплера, такие как функциональная допплерэхокардиография и оценка сердечного выброса с помощью неинвазивного ультразвукового монитора USCOM.

Цель: оценить воспроизводимость показателей гемодинамики, измеряемых с помощью ультразвукового неинвазивного монитора контроля параметров сердечного выброса USCOM, несколькими операторами.

Материалы: обследовано 50 новорожденных, из них 30 мальчиков и 20 девочек, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии областной детской клинической больницы. Все дети доставлены бригадой реанимационно-консультативного центра на ИВЛ в возрасте первых суток жизни (22 ± 9 часов) из родильных домов города и области. Средняя масса 2339 ± 082 гр. и срок гестации $36\pm2,6$ недель. Основным диагнозом при поступлении являлась церебральная ишемия II-III степени; синдром угнетения ЦНС; внутриутробная инфекция неуточненной этиологии. Параметры гемодинамики оценивались с использованием ультразвукового монитора неинвазивного контроля сердечного выброса – USCOM. Измерения проводили два независимых оператора, один из которых работает с аппаратом USCOM в течение полутора лет, второй - не имеет опыта оценки параметров гемодинамики ультразвуковыми методами. Измерения проводились у одного и того же больного с интервалом между исследованиями в 5-7 мин.

Статистическая обработка проведена с использованием коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Значимой считали различия при $p > 0,05$.

Результаты: при сопоставлении результатов измерения сердечного выброса коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r) равен $0,766$ ($p=0,0001$); при сопоставлении результатов измерения сердечного индекса $r = 0,781$ ($p=0,0001$); ударного объема $r = 0,837$ ($p=0,0001$); индекса ударного объема $r = 0,764$ ($p=0,0001$); системного сосудистого сопротивления $r = 0,810$ ($p=0,0001$); индекса системного сосудистого сопротивления $r = 0,768$ ($p=0,0001$), инотропного индекса $r = 0,848$ ($p=0,0001$).

Заключение: измерение гемодинамических показателей с помощью ультразвукового неинвазивного монитора контроля параметров сердечного выброса имеет достаточно хорошую воспроизводимость, что подтверждается высокими значениями коэффициента корреляции.

**ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УЧЕБНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В
ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ**
Буданова М.В., Ширяева Л.И., Швырев А.П., Балалаева И.Ю., Савченко А.П.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
Воронеж, Россия

Одним из стратегических направлений государственной социальной политики РФ является охрана материнства и детства. Поиск путей и методов, способствующих сохранению и улучшению состояния здоровья детей, представляет собой комплекс мер по созданию единой системы, включающей не только наличие соответствующих лечебно-профилактических учреждений, но и качественную подготовку медицинских кадров. Последипломное образование в настоящее время предусматривает широкое использование информационных технологий.

Цель. Анализ работы кафедры педиатрии ИДПО по вопросам применения современных учебных технологий в учебном процессе.

Материалы и методы. При организации учебного процесса на кафедре активно реализуются современные формы и методы обучения, в частности, дистанционные образовательные технологии (вебинары, видеоконференции), используется платформа Moodle. Симуляционное обучение включает отработку навыков оказания базисной сердечно-легочной реанимации детям и подросткам с использованием симуляторов, совершенствование умения работы в команде с распределением ролей.

Результаты. При реализации дополнительных профессиональных программ занятия ведутся в интерактивном режиме с использованием деловых игр, брейнсторминга, мультимедийных технологий. Интерактивные методы с «погружением» в решение профессиональных проблем используют сюжетно-ролевые, имитационные игры, способствуют углублению и систематизации профессиональных знаний, умений, навыков, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций врача-педиатра в современных условиях.

Одним из направлений работы кафедры является использование в учебном процессе проблемно-ориентированного обучения, что способствует созданию условий для анализа профессионального опыта и выработки у врачей-педиатров самостоятельной активной позиции при решении проблем, предложенных в процессе практических занятий и семинаров. Это позволяет противостоять устоявшимся стереотипам и профессиональным деформациям.

Заключение. В дальнейшем кафедра планирует активное внедрение и развитие образовательных технологий дистанционного обучения, разработку новых образовательных программ с учетом научно-практических достижений современной педиатрии по вопросам оказания лечебно-профилактической помощи детям. Для эффективного применения современных информационных технологий необходимо повышение уровня компьютерной грамотности врачей-педиатров.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ
ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕТЕРСА**
Волков Е.Е., Ностаева С.Э., Волкова Л.А.
Специализированный центр по лечению асептического некроза
Москва, Россия

Цель исследования: ретроспективный анализ результатов лечения безоперационным методом заболеваний тазобедренных суставов (ТБС) при болезни Пертеса.

Материалы и методы: в исследование включено 20 больных в возрасте от до 3 до 14 лет с диагнозом болезнь Пертеса I–IV стадии. Пациенты получали комплексное лечение не менее 6 месяцев, включавшее: ЛФК, проведение процедур с использованием терапевтических аппаратов «Остеон-1» или «НС-5» с накожными фитоаппликаторами, фитованны, приём лекарственных препаратов и органоминеральных комплексов. Всем пациентам в обязательном порядке предписывался ортопедический режим с использованием костылей. Каждый курс лечения, проводившегося пациентами в домашних условиях, после тщательного инструктажа составлял 3 месяца. До начала и по завершении 3-месячного курса лечения пациенты проходили обследование: обзорную рентгенографию ТБС, денситометрию, анкетирование по шкале Harris и динамический лабораторный контроль маркёров метаболизма костной ткани. Результаты лечения оценивали на основании совокупной динамики клинических, инструментальных и лабораторных показателей.

Результаты: положительные результаты комплексной терапии в виде снятия болевого синдрома, увеличения объема движений отмечались уже после 1-го курса лечения. Для достижения стойкого положительного эффекта требовалось в среднем 15 месяцев. На контрольных рентгенограммах в 87% случаев определяется значительная положительная динамика в виде замещения зоны асептического некроза, заполнения дефектов новой костной тканью. Отмечалась устойчивая нормализация маркеров метаболизма костной ткани и метаболитов витамина Д.

Выводы: 1. Предлагаемый безоперационный метод может рассматриваться как инновационный подход в лечении и реабилитации у больных, страдающих болезнью Пертеса.

2. Комплексное использование всех взаимодополняющих элементов разработанного метода обеспечивает поступление микроэлементов из многокомпонентных фитосборов в ТБС, улучшая микроциркуляцию и способствуя регенерации его тканей.

3. Лечение и реабилитация пациентов с болезнью Пертеса данным методом является патогенетически обоснованным, с минимальным количеством противопоказаний и хорошей переносимостью, с возможностью проведения лечебно-реабилитационных мероприятий в домашних условиях под динамическим контролем врача.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ

Волосянко А.Б., Моисеенко О.В.

Ивано-Франковский медицинский университет

Ивано-Франковск, Украина

Цель исследования – изучить показатели цитокинов у детей с ХГ в стадии обострения и их динамику под влиянием антигеликобактерной терапии (АГБТ).

Под наблюдением находилось 209 больных с ХГ в возрасте 7-17 лет. Больные с ХГ, индуцированным Нр, составили I группу (n=157); дети с ХГ, неинфицированные Нр, составили II группу (n=50). У всех детей определяли антитела к антигену CagA Нр и цитокины: провоспалительные интерлейкины (IL-1 β , IL-8) и противовоспалительные (IL-4, IL-10) ИФА методом с применением стандартных наборов реактивов производства ЗАО «Вектор Бест» (г. Новосибирск, Россия); рассчитывали интегральный цитокиновый индекс (ИЦИ). АГБТ проводилась согласно протоколов приказа №59 МОЗ Украины, дети получали 4 различных схемы терапии; кроме того, 50 детей (I-1(л) группа) получали модифицированную схему последовательной АГБТ (ПАГБТ) на основе препарата висмута: сначала 5-дневный двойной комплекс (препаратор висмута + амоксициллин), а в дальнейшем – 5-дневный тройной комплекс (препаратор висмута + амоксициллин + кларитромицин), продолжительность лечения 10 дней; 25 детей (I-2(л) группа) получали

аналогичную схему ПАГБТ в комплексе с нуклеинатом в возрастной дозе в течение 10 дней; 25 детей (I-3(л) группа) получали стандартную АГБТ (ингибитор протонной помпы + амоксициллин + кларитромицин) в течение 7 дней. Контроль эррадикации проводили с использованием stool-теста.

Результаты исследования. Проанализированы показатели IL в группах сравнения в стадии обострения и после АГБТ. В I группе у детей с ХГ, индуцированным Нр, АГБТ была эффективной у 173 (82,8%); при различных вариантах АГБТ показатель успешной эррадикации Нр составлял: в I-1(л) группе – 92%, в I-2(л) группе – 96%, в I-3(л) группе – 80,6%.

У 19 детей с ХГ, индуцированным CagA «+» Нр, с неуспешной эрадикацией проанализировали динамику IL, оценив отношение шансов OR, и установили предикторы неэффективности АГБТ: IL-1<30 пг/мл; IL-8<40 пг/мл; позитивная динамика IL-4 и IL-10; снижение ИЦИ не более 1,6.

Выводы. У детей с ХГ, индуцированным Нр, оптимальный показатель успешной эррадикации наблюдается при 10-дневной ПАГБТ на основе препарата висмута, а у детей с ХГ, индуцированным CagA «+» Нр, используют последнюю в комплексе с адьювантной терапией препаратом нуклеинат.

ВОЗМОЖНОСТИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

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

ГУ РНКЦ педиатрии и детской хирургии, Республиканский центр репродуктивного здоровья
Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Проблема рождения детей с врожденной и наследственной патологией, в первую очередь с врожденными пороками развития (ВПР), сохраняет свою актуальность и имеет серьезную социально-медицинскую значимость. В настоящее время специалисты различного профиля - патофизиологи, генетики, биохимики, иммунологи, неонатологи, эндокринологи, инфекционисты и др. продолжают уделять особое внимание проблемам перинатологии, в плане изучения этиологии и факторов, приводящих в ВПР. Антенатальное прогнозирование ВПР следует отнести к эффективным пренатальным технологиям. Среди изолированных форм пороки сердечно-сосудистой системы составили 27,8%, пороки костно-мышечной системы - 16%, пороки лица и шеи - 11,8%, пороки пищеварительной системы - 8,4%, пороки мочевыделительной системы - 8,4%, пороки ЦНС и органов чувств - 5%, пороки дыхательной системы - 0,8%, прочие пороки - 2,5%.

Цель исследования - оценить влияние экзогенных факторов в формировании врожденных пороков развития

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 80345 историй родов и карт развития новорожденных в родовспомогательных учреждениях г. Душанбе за 2012-2014 гг. В процессе анализа были выявлены новорожденные дети, родившиеся с врожденными пороками развития.

Результаты и их обсуждение. ВПР плода являются актуальной проблемой современной перинатологии, в связи с влиянием их на частоту перинатальной заболеваемости, смертности и инвалидности детей. По данным многочисленных литературных источников, частота ВПР колеблется от 2,5 до 3%. Для снижения числа рождения детей с тяжелыми, иногда несовместимыми с жизнью аномалиями развития в настоящее время используется программа пренатальной диагностики, включающая комбинированный биохимический скрининг и 3 этапа ультразвукового исследования (УЗИ) в 10-13, 20-22 и 32-34 нед. беременности.

Нами, проведена комплексная оценка состояния здоровья женщин и их детей, у которых имели место проявления ВПР. Возраст беременных находился в пределах от 18 до 44 лет: 18-29 лет - 62,5%, 30-35 – 25%, старше 35 лет - 12,5%. Первые роды предстояли (31%), из них первобеременных было (32,5%), повторнородящие составили (69%). Диагноз ВПР плода, поставленный на основании УЗИ при сроке гестации до 22 нед. зафиксирован в 12,5% случаях. В большинстве наблюдений 75% проведение пренатального скрининга не показало отклонений в развитии плода. Проведенный анализ показал, что рождение детей с множественными ВПР составило (22%), из них синдром Дауна диагностирован в 14%. Аномалии органов пищеварения выявлены 7%, костно-мышечной системы - 28%, мочевыделительной системы - 7%, порок сердца - у 7%, пороки ЦНС - у 14%, расщелина губы и неба - у 7%, ВПР ушной раковины - у 7%. Детальный анализ причин рождения детей с аномалиями развития показал недостаточную эффективность проведения УЗ- скрининга в критические сроки в 75% наблюдений, а иногда и полное его отсутствие при беременности.

Таким образом, не все виды пороков развития удается диагностировать в ранние сроки гестации, множество пороков генетического характера вовсе не диагностируются до 22 недель беременности.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ

Галькевич Н.В., Мартынова А. А.

Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь

Известно, что основным механизмом передачи сальмонеллеза является фекально-оральный, но пути передачи могут быть разными – водный, пищевой, контактный, антенатальный. Нами проведен анализ течения сальмонеллезной инфекции у 200 детей 1-го года жизни, которые проходили лечение в УЗ «ГДИКБ» г. Минска в 2013-2015 гг.

В ходе исследования было выявлено, что заболевание встречалось несколько чаще у детей второго полугодия жизни (56%), чем у детей в возрасте первых 6 месяцев (44%), которые еще не получают прикорм и находятся на грудном или искусственном вскармливании смесями. Анализ анамнестических данных показал, что на раннем искусственном вскармливании было 71,6% детей первого полугодия, а во втором полугодии - 73,2% младенцев, т.е. данный вид вскармливания был преобладающим. Кроме того, уточнено, что эти дети не были госпитализированы ранее и не находились в контакте с лицами, которые накануне получали лечение в стационаре. Более половины родителей в качестве возможного эпидемического фактора указали на использование в пищу яиц из домашних хозяйств.

Среди обследованных детей кроме типичной для сальмонеллеза интестинальной формы заболевания была зарегистрирована генерализованная форма у 17-дневного младенца с вовлечением ЦНС в виде гнойного менингита с высеем Salm. Enteritidis. В анамнезе уточнен эпизод однократной диареи у матери.

Полученные данные свидетельствуют о том, что основным путем передачи кишечной инфекции для детей первого года жизни является контактный, чаще связанный с лицами, непосредственно ухаживающими за ребенком.

Таким образом, актуальной остается необходимость более активного проведения санитарно-просветительной работы среди населения о путях передачи инфекционных заболеваний, методах профилактики ОКИ, в том числе - соблюдении элементарных правил гигиены.

ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

Гарас Н.Н.

Буковинский государственный медицинский университет
Черновцы, Украина

Целью работы являлось повышение эффективности лечения тяжелой бронхиальной астмы у детей с учетом ее фенотипической неоднородности с учетом проведенного кластерного анализа.

С соблюдением принципов биоэтики на базе пульмонологического отделения областной детской клинической больницы (г. Черновцы, Украина) обследовано 57 детей, больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой. С целью выявления фенотипических особенностей тяжелой бронхиальной астмы использовался кластерный анализ. Формирующими признаками кластерного анализа выступили компоненты комплексного обследования: клинико-анамнестические характеристики (тяжесть первого дня обострения, генеалогический индекс по атопическим заболеваниям), показатели эффективности базисного лечения по АСТ-тесту, относительное содержание эозинофилов в индуцированной мокроте и характеристики неспецифической гиперреактивности бронхов (по значениям показателя лабильности бронхов,provokacionnoj дозы гистамина и дозозависимой кривой).

По результатам кластерного анализа показателей комплексного обследования больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой детей выделено три подгруппы пациентов с различными фенотипическими характеристиками и эффективностью лечения заболевания. Показано, что недостаточная эффективность базисной терапии отмечается у детей, больных тяжелой бронхиальной астмой с нееозинофильным вариантом заболевания (содержание эозинофилов индуцировано мокроты $2,2 \pm 1,3\%$) и медленными ацетиляторными механизмами (скорость ацетилирования $60,4 \pm 5,4\%$), обосновывает проведение лечения в соответствии с рекомендациями GINA «ступенька вверх». В то же время, лечение обострения у школьников, больных тяжелой бронхиальной астмой с признаками атопии (генетический индекс по атопическим заболеваниям $0,22 \pm 0,03$ у.е.), эозинофильного характера воспаления бронхов (содержание эозинофилов индуцированной мокроты составило $8,8 \pm 2,2\%$) и их высокой гипервосприимчивости (средняя пороговая концентрация гистамина составила $0,48 \pm 0,09$ мг/мл), целесообразно проводить путем назначения трехдневного курса системных глюокортикоидов в возрастных терапевтических дозах.

Таким образом, при назначении базисного лечения и терапии приступа бронхиальной астмы целесообразно учитывать фенотипическую неоднородность заболевания по характеру воспаления бронхов, их гипервосприимчивости, а также атопический и ацетиляторный статус ребенка.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ВОСПАЛЕНИЯ БРОНХОВ

Гарас Н.Н.

Буковинский государственный медицинский университет
Черновцы, Украина

Целью работы было изучение клинических, лабораторных и инструментальных показателей у детей школьного возраста, страдающих тяжелой бронхиальной астмой, в зависимости от типа воспаления бронхов.

На базе пульмонологического отделения областной детской клинической больницы (г. Черновцы, Украина) обследовано 16 школьников с эозинофильным типом воспаления

бронхов (I группа) и 19 детей школьного возраста с неэозинофильным характером воспаления (II группа). Эозинофильный характер воспаления в бронхах диагностировали при наличии в мокроте 3% и более эозинофильных лейкоцитов. У больных с меньшим содержанием эозинофилов в мокроте хроническое воспаление дыхательных путей расценивали как неэозинофильное. У школьников обеих групп оценивали клинические анамнестические характеристики (тяжесть I дня обострения, показатели эффективности базисного лечения по АСТ-тесту), маркеры воспалительного процесса в бронхах (содержание метаболитов оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха), показатели гипервосприимчивости бронхов.

Установлено, что у детей I группы признаки обструкции бронхов в течение первых 5-и дней лечения в стационаре были несколько отчетливее, чем у пациентов группы сравнения. С 6-го дня госпитализации у детей I группы отмечался более выраженный регресс симптомов приступа, что в дальнейшем отражается в виде достоверно лучшего ответа на базисную противовоспалительную терапию по показаниям АСТ-теста ($15,8 \pm 1,1$ балла против $12,1 \pm 1,7$ баллов в I и II группе соответственно, $p > 0,05$). Лучшие клинические показатели эффективности базисной терапии по результатам АСТ-теста подтверждаются однотипной динамикой инфламатометрии бронхов. Так, после трехмесячного курса ингаляционных глюкокортикоидов у детей с тяжелой эозинофильной астмой показатель метаболитов оксида азота оказался ниже ($38,6 \pm 1,5$ ммоль/л), чем у представителей группы сравнения ($43,8 \pm 4,6$ ммоль/л, $p > 0,05$).

Значительная гипервосприимчивость бронхов у детей, больных тяжелой БА, реализуется путем высшей гиперчувствительности бронхов к гистамину у детей I группы ($0,6 \pm 0,2$ мг/мл против $0,2 \pm 0,09$ мг/мл у детей II группы, $p > 0,05$), и достоверно выраженной гиперреактивности дыхательных путей у представителей группы сравнения (значения дозозависимой кривой составили $2,6 \pm 0,1$ у.е. против $2,1 \pm 0,1$ у.е. у детей с эозинофильным типом воспаления бронхов).

ВНЕКОРОНАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КАВАСАКИ

*Глазырина А.А., Торосян Г.Г., Петряйкина Е.Е., Колтунов И.Е., Выхристюк О.Ф.,
Овсянников Д.Ю.*

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

Москва, Россия

В настоящее время, благодаря централизации оказания высокотехнологической и высококвалифицированной медицинской помощи детям в г. Москве ревматологического профиля, стало возможным наблюдение детей с Болезнью Кавасаки в остром и подостром периодах заболевания.

Наши наблюдения показали, что за 3 года увеличилась диагностика БК на 18%. Ежегодное увеличение количества пролеченных больных с БК, также увеличилось в среднем на 18%.

Обращает на себя внимание стойкая сезонность заболевания с пиком заболеваемости весной, преимущественно в марте. Количество пролеченных больных в марте составляет от 40 до 55% от всех пролеченных больных детей с БК за год. Такая тенденция прослеживается в течение 2014-2016 гг.

По данным мировой статистики, до 25% осложнений, со стороны сердца, является формирование аневризм коронарных артерий различного диаметра. Ретроспективный анализ пролеченных больных показал частоту других осложнений со стороны сердца, таких как: снижения сократительной способности левого желудочка, сепарация листков перикарда и выпот в полости перикарда, изменение створок митрального клапана, наличие регургитации на митральном клапане и ее степень, а также дилатация левого желудочка и рубцовые изменения миокарда левого желудочка, составляющих до 20% от всех осложнений БК.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА НА ПРИМЕРЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО БЮДЖЕТНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА №9**

Горлова Н.В., Петрунина И.И., Евчая Н.И., Беляевская Е.С., Плотицына И.В.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Детская городская клиническая поликлиника №9
Челябинск, Россия

Управление здравоохранения Администрации города Челябинска, муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Детская городская клиническая поликлиника №9, г. Челябинск

Детская городская поликлиника – медицинская организация, обеспечивающая оказание первичной медико-санитарной помощи детскому населению по территориальному принципу.

МБУЗ Детская городская клиническая поликлиника №9 (далее – МБУЗ ДГКП №9) г. Челябинска соответствует современным требованиям организации первичной медико-санитарной помощи детскому населению. Открыта поликлиника в 1971 г. С 2015 г. является клинической базой кафедры пропедевтики детских болезней и педиатрии ГБОУ ВПО УОГМУ под руководством профессора А.Н.Узуновой. Поликлиника обслуживает 19543 детей Курчатовского района. Плановая мощность поликлиники 550 посещений в смену. Численность на одном педиатрическом участке составляет 1073 человека, детей до 1 года - 70.

В декабре 2013 г. открыт консультативно-диагностический центр (далее - КДЦ) для оказания медицинской помощи детскому населению г. Челябинска и Челябинской области. На оснащении КДЦ современное медицинское оборудование ведущих отечественных и зарубежных фирм поставленное по программе модернизации здравоохранения.

В КДЦ ведут прием врачи по 13 специальностям. Консультативную помощь оказывают главные внештатные специалисты Управления здравоохранения – детский эндокринолог, детский гинеколог. Кроме того, проводятся функциональные методы исследования для диагностики патологии органов дыхания, сердечно-сосудистой системы; используется широкий спектр УЗИ-методик, эндоскопические методы диагностики патологии желудочно-кишечного тракта, биохимическое исследование крови. Флюорография осуществляется на цифровом флюорографе «Проскан2000».

В течение 2-х лет деятельности КДЦ осуществлено 49785 консультаций врачей специалистов, выполнено 133014 различных видов исследований.

Открытие КДЦ улучшило материально - техническую базу поликлиники, повысило доступность и качество оказания первичной медико-санитарной помощи детям.

Таким образом, в МБУЗ ДГКП №9 существуют все условия для оказания качественной первичной медико-санитарной помощи детям.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ В ЧИТЕ

Гринь Т.С., Щербак В.А., Щербак Н.М.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия
Чита, Россия

Анемия является частым заболеванием среди детей и подростков, однако в Забайкальском крае распространённость этого состояния остается малоизученной.

Цель исследования изучить распространённость железодефицитной анемии (ЖДА) среди детей в возрастной категории от 0 до 18 лет.

Материалы и методы. Изучена заболеваемость по обращаемости (форма 12 Росстата) в ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» за 2015 год. Показатели рассчитывались на 1000 детского населения.

Результаты. В Чите наблюдается 75020 детей в возрасте 0-18 лет. Всего зарегистрировано 1561 случаев ЖДА (21 на 1000 детского населения). Наибольшее количество анемий было в возрастной категории 1-2 лет – 816 человек (распространенность 167 на 1000), что составляет 52,3% от всех случаев ЖДА в городе. В возрастной группе от 0 до 1 года распространенность составляет 86 на 1000, или 22,7% от всех случаев анемии в городе. От 2-3 лет – 26 на 1000. По-видимому, врачи уделяют наибольшее внимание детям первого года жизни, настраивая родителей на рациональное питание и уход за младенцем. За детьми второго года жизни контроль ослабевает, они раньше времени начинают получать неадаптированные продукты питания с общего стола, что ведет к увеличению числа железодефицитных состояний. В группах дошкольников и младших школьников распространённость ЖДА значительно уменьшается. Однако в подростковом возрасте она вновь увеличивается, достигая 11 на 1000 у 17-летних.

Таким образом, наибольшая распространённость анемии зарегистрирована у детей второго года жизни. Вот почему необходимо продолжать рациональное питание в этом возрасте. В дальнейшем с увеличением возраста распространённость анемии снижается, достигая минимума в 8 лет. Затем у подростков отмечается нарастание числа анемий с максимумом в 17 лет.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

Джубатова Р.С., Алимова Х.П., Алибекова М.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкент, Узбекистан

Введение. Пневмония остается одной из актуальных проблем современной медицины. Вероятной причиной указанной тенденции являются несвоевременная постановка диагноза и, как следствие, позднее начало лечения, а также невозможность проведения адекватной оценки эффективности терапии.

Цель исследования – определить диагностическое и прогностическое значение уровня прокальцитонина для ранней диагностики и лечения осложненных форм пневмонии у детей.

Материалы и методы. В исследование были включены 93 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Всем больным проводили общеклиническое обследование, рентгенографию грудной клетки, а также определение в крови количество прокальцитонина в сыворотке крови и содержание в крови цитокинов (TNF α , ИЛ-1 β).

Результаты исследования. Осложнения пневмонии были в виде острой дыхательной недостаточности 1 степени у 40 (43%) детей, 2 степени у 13 (14%), в сочетании с острой сердечно-сосудистой недостаточностью 2 степени у 16 (17,2%), явлениями вторичного менингоэнцефалита у 7 (7,5%) и дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности в сочетании с токсическим поражением печени и почек в 4 (4,3%) случаях. Внутрилегочные деструктивные процессы и гнойные легочные осложнения наблюдались у 6 (6,5%) детей. У 3 (3,2%) выявлен пиопневмоторакс и у 4 (4,3%) диагностирована легочная форма БДЛ.

Анализ определения прокальцитонина в сыворотке крови показал, что уровень прокальцитонина у 55 (59,1%) детей был =0,5 нг/мл, у 25 (26,9%) >0,5 нг/мл, у 13 детей (14%) >2,0 нг/мл. У детей с пневмонией, осложненной острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью, концентрация прокальцитонина была =0,5 нг/мл. Высокими были уровни прокальцитонина у детей с пневмонией, осложненной

токсическим гепатитом, нефритом и менингоэнцефалитом ($>0,5$ нг/мл). При пневмонии, осложненной БДЛ значения прокальцитонина были $>2,0$ нг/мл.

При исследовании цитокинового статуса больных выявлены следующие показатели: уровень TNF α был повышенным в 5 раз - $126,1 \pm 6,1$ пг/мл (у практически здоровых детей $25,2 \pm 5,5$ пг/мл; $P < 0,01$), а уровень ИЛ-1 β - в 5,2 раза - $124,5 \pm 4,9$ пг/мл (у практически здоровых детей $43,4 \pm 3,4$ пг/мл; $P < 0,01$).

На основании лабораторных показателей детям с уровнем прокальцитонина в крови $=0,5$ нг/мл антибактериальная терапия проводилась цефалоспоринами 3-го поколения (цефтриаксон по 75-100 мг/кг/сутки), при уровне прокальцитонина более $>0,5$ нг/мл к лечению подключали антибиотик из группы аминогликозидов (амикацин 12 мг/кг/сутки), при выявлении в крови прокальцитонина >2 нг/мл получали цефтриаксон+амикацин и таблетированная форма из макролидов (азитромицин по 10 мг/кг/сутки), далее проведено лечение с учетом микробиологического мониторинга.

Заключение. Повышение уровня ПКТ является наиболее ценным лабораторным маркером для диагностики осложненных пневмоний и определения тяжести патологического процесса. Сочетание уровня прокальцитонина >5 нг/мл, повышение концентрации TNF α и ИЛ-1 β указывает на тяжелую форму бактериальной пневмонии у детей.

Предлагаемый нами способ диагностики больных с осложненными формами пневмонии (определение прокальцитонина в крови) позволяет оценить тяжесть клинических проявлений пневмонии, и определить адекватный план антибактериальной терапии.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Добрынина О.Д., Мещеряков В.В.

Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутский государственный университет»
Сургут, Россия

Цель: Разработать комплексный подход диагностики бронхиальной астмы (БА), разработать критерии обратимости бронхобструктивного синдрома (БОС) при помощи компьютерной бронхографии (КБФГ).

Материалы и методы: Исследование проведено в два этапа. Первый этап - Под наблюдением 2 группы пациентов: группа 1 – дети с установленным диагнозом бронхиальная астма (БА) $n=103$; группа 2 – здоровые дети $n=50$, средний возраст детей составил 4 (3 – 6) лет, данные группы контрольные для установления диагностических критерии БА. На втором этапе, после установления функциональных характеристик при БА и у здоровых детей, наблюдение за пациентами из группы 3 – дети с рецидивирующими БОС или периодами длительного малопродуктивного кашля, без признаков инфекционного процесса $n=39$. Проведено: КБФГ, бронходилатационная проба, измерение уровня NO в выдыхаемом воздухе. Проведено сравнение спирометрии и КБФГ. Статистическая обработка: Манна-Уитни, ROC анализ, расчет чувствительности и специфичности.

Результаты: у детей из группы 1 при обострении БА установлено повышение акустического компонента дыхания (АКРД) в высокочастотном спектре, характерное для выраженных вентиляционных нарушений. В группе 2 АКРД регистрируется в пределах нормы. Динамическое наблюдение за детьми из группы 1 в период ремиссии показало, длительно сохраняющиеся повышенные показатели АКРД в высокочастотном спектре после клинического выздоровления. Установлена обратимость бронхиальной обструкции, бронходилатационная проба проводилась у детей из группы 1 в период ремиссии. У всех

детей бронходилатационная проба положительная. При сравнении двух методов выявления вентиляционных изменений, показана высокая чувствительность КБФГ ($Se = 0,91$; $Sp = 0,81$; $AUC = 0,95$ — отличное качество) против спирометрии — среднее качество, $p \leq 0,01$. Установлен различный уровень NO у детей с БА в зависимости от возраста: 2-6 лет - 7 (4 - 11), ppb и 7 -18 лет -12 (6,5 - 17), ppb, $p \leq 0,01$. Что можно расценить, как наличие вирус индуцированного агента в качестве триггерного фактора. Учитывая анамнестические данные и по установленным функциональным критериям, характерных для детей с БА у части детей 30,7% (n=12) из группы 3 впервые установлен диагноз БА.

Таким образом, у детей с отягощенным анамнезом, на основании клинических проявлений и функциональных методов диагностики появляется возможность более ранней и объективной диагностики БА.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У

ДЕТЕЙ г. МИНСКА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Довнар-Запольская О.Н., Данилова Д.С., Нициевская А.И.

Белорусский государственный медицинский университет

Минск, Беларусь

С 1987 по 01.04.2016 г. в Беларуси от ВИЧ инфицированных матерей родилось 3195 детей. Диагноз «ВИЧ-инфекция» подтвержден 277 детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, из них 15 умерло.

С целью изучения эпидемиологических и клинических особенностей врожденной и приобретенной ВИЧ-инфекции, а также ответа на антиретровирусную терапию (АРВТ) у детей с ВИЧ-инфекцией в г. Минске нами были проанализированы медицинские карты 34 детей, состоящих на диспансерном учете в «Городской детской инфекционной клинической больнице» г. Минска.

На момент нашего исследования на диспансерном учете состояло 15 детей с врожденной ВИЧ-инфекцией. Из анамнеза этих пациентов известно, что о своем ВИЧ-статусе в период беременности знали 7 женщин, и лишь 3 из них принимали во время беременности АРВТ. Не знали о своем ВИЧ-статусе 8 женщин, причем диагноз ВИЧ-инфекции им был выставлен сразу после родов в связи с обследованием на ВИЧ по показаниям.

Диагноз врожденной ВИЧ-инфекции детям был выставлен в возрасте от 2 до 11 месяцев, причем в III клинической стадии находились 6 (42%) пациентов, в I клинической стадии – 5 (30%), во II клинической стадии - 4 (28%) пациентов.

С приобретенной ВИЧ-инфекцией на учете в диспансерном кабинете состояло 19 детей в возрасте: 1-3 года жизни – 9 (45%) детей, 4-7 лет – 6 (33%), 7-17 лет – 4 (22%). Показания для обследования на ВИЧ у этих пациентов были следующими: выявление ВИЧ у матери (11 пациентов), постановка на учет к наркологу (2 пациента), изъятие из семьи (2 пациента), обследования по клиническим показаниям (3 пациента), обследование по поводу генерализованной вирусно-бактериальной инфекции на фоне задержки физического развития (1 пациент).

На момент наблюдения 27 (79%) пациентов из 34 получают АРВТ в течение от 3 месяцев до 6 лет. На момент нашего исследования у 81% (22) пациентов вирусная нагрузка была ниже определяемого уровня (200 клеток), у 5 (19%) пациентов она находилась на уровне 600-1300 копий/мл. На фоне проводимой АРВТ не имеют иммуносупрессии: уровень CD4-клеток выше 25%, – 78% (21) пациентов, 6 (22%) детей имеют умеренную иммуносупрессию: уровень CD4-клеток у них составляет 21-24,5%.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Довнар-Запольская О.Н., Лиходиевская-Анисенко Т.А., Гацура А.И.

Белорусский государственный медицинский университет

Минск, Беларусь

Особая актуальность проблемы энтеровирусной инфекции (ЭВИ) обусловлена повсеместной распространностью заболевания, высокой частотой встречаемости, клиническим полиморфизмом и высокой изменчивостью возбудителя.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности энтеровирусной инфекции у детей в г. Минске на современном этапе.

Нами были проанализированы медицинские карты 50 пациентов, находившихся на стационарном лечении в «Городской детской инфекционной клинической больнице» г. Минска с диагнозом ЭВИ в 2015 году.

Возраст детей, входивших в исследование, составлял от 6 месяцев до 15 лет. Все пациенты поступали в стационар в состоянии средней степени тяжести. Из клинических форм ЭВИ наиболее частыми были, вне зависимости от возраста: везикулезный фарингит – у 36 (72%) и/или экзантема - у 30 (60%) пациентов. У 22 (44%) пациентов в возрасте от 6 до 24 месяцев был выявлен энтеровирусный энтерит. Тяжелые формы инфекции в виде менингита (дети в возрасте 5 и 12 лет) и менингоэнцефалита (дети в возрасте 5, 12, 18 месяцев) были диагностированы у 3 (6%) и 2 (4%) соответственно пациентов, при этом основной жалобой при поступлении у них была головная боль и рвота, менингеальный синдром был выражен частично, лишь у 1 пациента имелись другие проявления заболевания в виде экзантемы и энтерита. У 2 (4%) пациентов в возрасте 1 года и 5 лет инфекция протекала в виде гепатита с другими проявлениями заболевания: везикулезным фарингитом, экзантемой, энтеритом. При поступлении в стационар в периферической крови лейкоцитоз (у 22 (44%) и повышение СОЭ (у 16 (32%) детей) были выявлены только у пациентов с менингитом/менингоэнцефалитом. Специфическая диагностика ЭВИ с использованием методов ИФА и ПЦР была проведена 21 (42%) пациенту, для диагностики использовались ликвор (9,5%), кал (28,6%) и кровь (61,9%). ЭВИ-этиология менингита/менингоэнцефалита была подтверждена обнаружением генома вируса методом ПЦР в ликворе у 1 пациента (20%), обнаружением специфического IgM методом ИФА в ликворе – у 4 (80%) пациентов. Гепатит был выставлен 2 детям на основании повышения фермента АЛТ (246 Ед/мл и 148,2 Ед/мл), а также обнаружения специфического IgM в крови.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Довнар-Запольская О.Н., Поляк Е.С., Жук Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

Минск, Беларусь

Синдром лихорадки в педиатрии встречается часто и является важным, универсальным диагностическим симптомом, за которым скрываются различные и порой жизнеопасные заболевания.

Ретроспективно нами были проанализированы стационарные карты 50 пациентов в возрасте от 2-х месяцев до 17 лет с диагнозом лихорадка неясного генеза (ЛНГ), находившихся на лечении в Городской детской инфекционной клинической больнице (ГДИКБ) г. Минска в 2014-2015 гг.

Длительность лихорадки у пациентов до госпитализации составляла в среднем 13,3 (7-21) дня. Половина – 25 пациентов, – получали стартовую антибактериальную терапию (АБТ) перед поступлением в стационар в течение от 2 до 10 дней без эффекта:

амоксициллин/claveулановая кислота – 13 (26%), азитромицин – 4 (8%), цефуроксим – 3 (6%), амоксициллин – 2 (4%), кларитромицин – 2 (4%), ко-тимоксазол – 1 (2%) пациент. Смена АБТ была у 8 (16%) детей, также без эффекта.

После обследования в стационаре у большинства детей – 32 (64%) от года до 13 лет была диагностирована острая респираторная инфекция: ринофаринготрахеит и бронхит – у 25 (50%), из них у 2 пациентов хламидийной и микоплапзменной этиологии, стрептококковый фарингит – у 5 (10%), очаговая пневмония неустановленной этиологии – у 1 (2%), острый синусит и острый двусторонний средний отит – у 1 (2%) пациента, причем длительность лихорадки у них составила в среднем 7,2 (3-14) дня. Острая кишечная инфекция была выявлена у 3 (6%) детей в возрасте 3, 6 месяцев и 5 лет соответственно в виде гемоколита стафилококковой и сальмонеллезной этиологии, длительность лихорадки у них составила 10,1 (7-14) дня. Лихорадка более 10 дней была у пациентов с инфекцией мочевой системы (у 3 (6%) детей, причиной которой были – *E.coli*, *Enterococcus*) и инфекционным мононуклеозом (у 2 (4%) детей). ЛНГ неинфекционного генеза была выявлена у 10 (20%) пациентов с дебютом системной формы ювенильного ревматоидного артрита (у 2 (4%) пациентов в возрасте 5 и 11 лет, фебрильная лихорадка у них длилась в среднем 18,5 (7-30) дней) и вегетативной дисфункции с нарушением терморегуляции (у 8 (16%) пациентов в возрасте 9-13 лет, при этом лихорадка у них была субфебрильной и длилась в среднем 40 (30-60) дней).

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ **Дмитрачкова О.В.¹, Дмитрачков В.В.²**

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский колледж»¹,
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»²;
Минск, Беларусь

Цель исследования: оценка физического развития (ФР) детей и подростков с геморрагическим васкулитом (ГВ).

Материал и методы: группа наблюдения (ГрН) – 57 детей, находившихся в 4-й ГДКБ г. Минска (1-16 лет) с ГВ в 2008–2015 гг: 28 мальчиков и 29 девочек. ФР оценивалось центильным методом; рассчитывался индекс массы тела (ВМІ–индекс Кетле).

Обсуждение результатов. В ГрН среднее значение роста (Ро) обнаружено у 17,5%: поровну – 5 девочек и 5 мальчиков. У 40% из этих пациентов ФР оценено как дисгармоничное (ДисГ) или резко дисгармоничное (РДисГ) из-за избытка массы тела (ИМТ) II ст. (40% – у 2 мальчиков) или I ст. (40% – 2 девочки). У 2 детей дисгармоничность ФР была обусловлена дефицитом массы тела (ДМТ): у 1 мальчика РДисГ – ДМТ II ст. и у 1 девочки – ДМТ II ст. У 7% выявлено среднее гармоничное ФР. Нижесредний Ро – у 1 девочки (1,8% от детей ГрН). У нее отмечено РДисГ ФР – ИМТ II ст. Детей с низким Ро не было. Вышесредний Ро определен у 22,8% детей: 9 мальчиков (69,2%) и 4 девочки (30,8%). У 38,5% ФР оценено как гармоничное (ГФР) (3 мальчика и 2 девочки). ИМТ у 3 пациентов (23,1%): 2 девочки с ИМТ II ст., и у 1 мальчика – ИМТ I ст. ДМТ I-II ст. у детей с вышесредним Ро выявлен у 38,5% детей – у 3 мальчиков и 2 девочек. Крайние варианты ФР (Ро – 90–97ц. или >97ц), определены у 57,9% пациентов: 19 девочек (57,6%) и 14 мальчиков (42,4%); причем у 30% >97ц. ГФР – у 36,4% детей с высоким Ро (4 мальчика и 8 девочек). У 63,6% (21 пациент: 11 мальчиков и 10 девочек) отмечалось ДисГ ФР (из них РДисГ у 42,9% (5 мальчиков и 4 девочки). Дисгармоничность ФР обусловлена ДМТ I-II ст. – у 61,9%, а ИМТ I-III ст. у 38,1%. Пропорциональность массы и Ро с использованием ВМІ в целом по ГрН и с учетом пола: часто встречались пациенты ДМТ (36,8%) или с ИМТ (26,3%); у мальчиков: ДМТ – 32,1%, ИМТ – 35,7%, у девочек: ДМТ – 41,4%, ИМТ – 17,2%.

Выводы: ФР детей с ГВ как в целом в ГрН, так и с учетом пола, характеризуется большей частотой крайних вариантов значения Ро (вышесредний и высокий до 80,7% по ГрН), значительным числом случаев ДисГ ФР (по ГрН – 63,2%) примерно в равной степени за счет ИМТ I-II ст. или ДМТ I-II ст.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ С ФЕНОМЕНОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА

Дмитрачков В.В., Строгая Н.В., Короневская К.А.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Беларусь

Цели: определить частоту, характер нарушений сердечного ритма и проводимости (НСРП) у детей с WPW-феноменом (синдромом).

Материал и методы. Группа наблюдения (гр. 1) – 55 детей и подростков в возрасте от 2 мес. до 17 лет, находившихся в 4ГДКБ г. Минска в 2009-2015 гг. Контрольная группа (гр. 2) – 40 здоровых детей. Проводилось ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ.

Обсуждение результатов. Кроме ЭКГ-признаков WPW-феномена различные варианты НСРП выявлены у 92,7% детей гр. 1. Чаще аритмии, обусловленные нарушением автоматизма синусового узла (НАСУ) – у 64,7%: нестабильный синусовый ритм (НСР) у 42,4%, синусовая тахи- (36,4%) и брадикардия (в т. ч. замедленный ритм) – 39,4%, синусовая аритмия (15,2%), эктопические ритмы (и случаи миграции ритма в пределах предсердий) – 42,4% детей. Различные блокады (БЛ) обнаружены в 58,8% случаев с НСРП, из них: синоаурикулярные (САБЛ) II ст. – 23,3%, атриовентрикулярные БЛ (АВБЛ) I-II ст. – 26,7% (АВБЛ II ст. (Мобиц1) – 25%); внутрижелудочковые БЛ у 56,7% детей с БЛ: БЛ правой ножки п. Гиса (76,5%) (из них полная – 7,7%, неполная (НБПНПГ) – 92,3%), левой ножки п. Гиса 23,5% (неполная БЛЛНПГ – 75%). Эктрасистолия (Эс) у 35,3%: желудочковые Эс – 61,1% (левоЖЭс – 9,1%, правоЖЭс – 90,9%). Наджелудочковые Эс – 38,9%: сверхранние Эс и Эс с аберрантным желудочковым комплексом (АЖК) – 42,9%. Гемодинамически значимые Эс (групповые, аллоритм, сверхранние, с АЖК) у 9 пациентов. Сложные НСРП выявлены у 7,8% детей, из них: АВ-диссоциация у 75%, парасистолия у 25%. У 19,6% в анамнезе приступы суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии (СПТ) – WPW-синдром. Из них у 6 детей СПТ регистрировалась в стационаре. Из других НСРП и ЭКГ-феноменов обнаружены синдромы: ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) – 15,7%, укороченного РQ – 3,9%, удлиненного QT – 3,9%. В гр. 2 НСРП у 12,5%: обусловленные НАСУ у 60% детей: НСР – 60%, НППР – 20%; СРРЖ – 20%, укороченный интервал РQ – 5%, НБПНПГ – 60%.

Выводы. У детей с WPW-феноменом встречаются иные НСРП с преобладанием номотопных нарушений, а также случаи в/желудочковых БЛ, Эс, СРРЖ. Но диагностируются и случаи гемодинамически значимых, сложных, комбинированных нарушений ритма.

ФЕНОМЕН ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА - СОСТОЯНИЕ, АССОЦИИРОВАННОЕ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Дмитрачков В.В., Строгая Н.В., Короневская К.А.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Беларусь

Цели: определить частоту, характер: внешних (ВнП) и висцеральных проявлений (ВиП) дисплазии соединительной ткани (ДСТ), малых аномалий развития сердца (МАРС) у детей с WPW-феноменом (синдромом).

Материал и методы. Группа наблюдения (гр. 1) – 55 детей и подростков в возрасте от 2 мес. до 17 лет, находившихся в 4ГДКБ г. Минска в 2009–2015 гг. Контрольная группа (гр. 2) – 40 здоровых детей. Проводилась оценка признаков ДСТ соматоскопическим, морфометрическим методами; УЗИ сердца и органов брюшной полости, осмотры окулиста, ортопеда.

Обсуждение результатов. ВнП и/или ВиП ДСТ выявлены у 51 детей из гр. 1 (92,7%, в гр. 2 – 62,5%), из них ВнП+ВиП – 14 детей (27,5%). В гр. 1 ВнП ДСТ – 47,1% против 62,5% в гр. 2. В гр. 1 ДСТ в костно-суставной системе (КСС) – 45,8% (из них: сколиоз 36,4%, деформации грудной клетки 18,2%, плоскостопие 27,3%, искривление перегородки носа 36,4%) у 1 ребенка-морфаноподобный фенотип; а в гр. 2 – в 27,5%. Среди детей с ДСТ в гр. 1 и гр. 2 признаки ДСТ кожи встречались в 79,1% и 76%. Изменения со стороны глаз (миопия, астигматизм) отмечены у 33,3% (гр. 1) и 2,5% (гр. 2 – гетерохромия радужки). ВиП ДСТ в гр. 1 встречались в 86,3% случаев (44 пациента). Среди них: ДСТ в сердечно-сосудистой системе (ССС) – 88,6% (МАРС) и мочеполовой системах – 22,7% (удвоение почек 10%, нефроптоз 40%, дистопия почек 20%), желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 11,4% (изгибы и перегородки желчного пузыря 80%). Диспластико-ассоциированные состояния ЖКТ – 47,6% (из них: ДЖВП 60%, ДГР 30%, ГЭРБ 20%).

У детей гр. 1 с МАРС чаще определялись: ДХЛЖ – 71,8% из них: множественные хорды – 25%, сочетания: ПМК 1-2 ст.+ДХЛЖ – 28,6%, ДХЛЖ+ФОО – 21,4%, ДХЛЖ+ПМК+ФОО – 3,6%; ФОО (изолированное) – 10,3%, ПТК 1–2 ст. с R 1–2 ст.–2,6% случаев, расширение корня аорты и легочной артерии – 5,1%, избыточный клапан Вальсальвы – 2,6%. Среднее число ВиП ДСТ в ССС на 1 ребенка в гр. 1 – 2,45. У 2 детей (6%) впервые был выявлен ВПС: ОАП и ДМЖП.

Выводы. У детей с WPW-феноменом (синдромом) часто встречаются ВнП и/или ВиП ДСТ, в т. ч. МАРС, из них чаще – ДХЛЖ. Что дает основание считать этот ЭКГ-феномен (синдром) ассоциированным с синдромом недифференцированной ДСТ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЬЯМ

Ильенко Л.И., Кравцова И.В., Качалова О.В., Безмельницина Л.Ю., Горбачева М.М.

ГБУЗ ГКБ им. Е.О. Мухина

Москва, Россия

Недоношенность – одна из основных причин высоких показателей заболеваемости, инвалидизации и смертности новорожденных, что обусловлено не только незрелостью органов и систем преждевременно родившегося ребенка, но и нарушением внутриутробного развития, наличием патологии в родах, ургентными состояниями в неонатальном периоде и отсутствием своевременной специализированной медицинской помощи.

Цель: изучить систему оказания медицинской помощи недоношенным детям в педиатрическом отделении педиатрического стационара перинатального центра (ПОПСПЦ) ГБУЗ ГКБ им. Е.О. Мухина, Москва.

Методы: для реализации поставленной цели был проведен ретроспективный анализ медицинской документации (историй болезни) пациентов ПОПСПЦ в период с 2013 по 2015 гг. Для обработки полученных данных использовались математический, статистический и информационно аналитический методы.

Результаты: заболевания ЦНС гипоксически-ишемического или гипоксически-геморрагического генеза сохраняют лидирующую позицию в структуре заболеваемости пролеченных детей в возрасте 0 до 3-х лет: в 2013 г. – 446 пациентов (84%), 495 (77,5%) и 532 ребенка (78%) – в 2014 и 2015 гг., соответственно, в связи, с чем детям на

максимально ранних сроках, сразу после стабилизации их состояния оказывается реабилитационная помощь.

Курс реабилитации длится 10-15 рабочих дней, на протяжении которых дети проходят комплексное обследование следующими специалистами: педиатр, невролог, врач лечебной физкультуры (ЛФК), физиотерапевт, офтальмолог, ортопед-травматолог. По показаниям проводятся лабораторные и инструментальные исследования. Для реализации реабилитационного процесса ребенок получает массаж, лечебную гимнастику, гидрокинезотерапию, физиотерапию, занятия с психологом и логопедом-дефектологом.

При разработке программ реабилитации недоношенных детей учитываются: срок гестации, оценка по шкале Апгар, особенности течения неонатального периода (продолжительность ИВЛ, наличие внутрижелудочных кровоизлияний (ВЖК)), текущий неврологический статус и сопутствующая патология (ретинопатия, бронхолегочная дисплазия, легочная артериальная гипертензия).

Выводы: В рамках работы отделения доказана возможность адаптации методик, применяемых у детей более старшего возраста и взрослых, в частности, методы РНФ, Костилио-Моралеса, и их клиническая эффективность.

ВЛИЯНИЕ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРВИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ И ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА В ЮЖНО-КАЗАХСАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ирсимбетова Н.А., Тайжанова М.А., Тулендиева К.А.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия

Шымкент, Казахстан

Введение. На современном этапе наиболее эффективным средством профилактики гриппа и его осложнений является вакцинация. Ежегодное увеличение охвата населения области вакцинацией против гриппа позволило повлиять на уровень заболеваемости ОРВИ среди населения в целом, а также на отдельные группы.

Методы. Проведен анализ данных вакцинации против гриппа всего населения, в том числе детей до 1 года и беременных женщин, сведений о показателях их заболеваемости с острыми респираторными заболеваниями за 2010-2015 годы.

Результаты. Охват вакцинацией групп риска в 2010 и 2011 годах от общего населения составлял 5% (135000/2636442) и 7% (194658/2717090) соответственно, то в 2012 году составив 11% (318250/2750423), ежегодно увеличиваясь, в 2015 году достиг 16% (450000/2800682) от общего населения.

Анализ заболеваемости ОРВИ за 2010-2015 гг. показал, что ежегодный рост охвата населения вакцинацией против гриппа влияет на снижение заболеваемости ОРВИ среди населения, так показатель на 100000 населения 2010,43 (52180 сл.) в 2010 году снизился в 3,2 раза до 609,93 (17080 сл.) в 2015 году.

Высокие показатели заболеваемости среди детей до 1 года практически сохранялись на протяжении с 2010 года 8676,8 по 2012 год 8017,1 и уровень заболеваемости ОРВИ за данный период снизился на 8,5%. Начиная с 2013 года охват не менее 90% детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года до 2015 года, ежегодно вакцинировано свыше 34000 детей данного возраста напротив 19124 ребенку в 2010 году, снизил заболеваемость на 100.000 населения в 3,3 раза с 8687,8 в 2010 году до 2585,8 в 2015 году.

Вакцинация беременных женщин во 2-3 триместре беременности, начатая с 2012 года также оказала существенное влияние на снижение показателей заболеваемости ОРВИ среди беременных. Ежегодное увеличение охвата вакцинации беременных с 86,1% (34443/40000) в 2012 году до 95% (37969/40000) в 2015 году снизило заболеваемость на 100.000 населения в 1,5 раза с 4828,8 в 2012 году до 3022,7 в 2015 году.

Выводы: Выявлена обратная связь между охватом вакцинацией и показателем заболеваемости ОРВИ. В области на фоне увеличения охвата вакцинацией населения против гриппа наметилась тенденция к уменьшению показателей заболеваемости ОРВИ среди населения и в основных группах риска, среди беременных и детей до 1 года.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТОКСИЧНЫХ И ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ВОЛОСАХ И КРОВИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Исмаилова Ш.Т., Тиляков А.Б., Кариева Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность: по данным ВОЗ наибольшее влияние на иммунную систему и обмен веществ оказывают токсиканты 1-го класса опасности: ртуть, кадмий и свинец, которые, являясь антагонистами эссенциальных элементов, активно включаются в пищевые цепи и вытесняют из них биогенные вещества, необходимые организму для обеспечения нормального протекания обменных процессов. Учитывая особую опасность данных токсикантов, на V-ой сессии Межправительственного Форума по химической безопасности, было принято постановление о необходимости разработки глобальных превентивных действий.

Цель исследования: изучен микроэлементный состав волос и цельной крови (токсичных – Pb, Cd и Hg) практически здоровых детей (40 девочек и 36 мальчиков) возраста 10-11 лет.

Материалы и методы: изучен микроэлементный состав волос и цельной крови практически здоровых детей (40 девочек и 36 мальчиков) возраста 10-11 лет. Исследования проводились методом нейтронно-активационного анализа. Достоверность результатов контролировали сравнительным анализом стандартного образца сравнения МАГАТЭ.

Результаты: повышенное содержание свинца до $4,62 \pm 1,11$ мкг/г в волосах и до $1,16 \pm 0,10$ мкг/г в крови детей, существенно превышающие референтные значения. Дисперсионный анализ показал влияние пола на содержание свинца и ртути в волосах и крови. Превышение концентраций данных металлов в организме мальчиков по сравнению с девочками статистически значимы ($p > 0,05$), хотя средние значения содержание ртути в обеих группах существенно не различались и составили соответственно $0,11 \pm 0,01$ и $0,13 \pm 0,01$ мкг/г в волосах и $0,01 \pm 0,001$ и $0,02 \pm 0,001$ мг/л в крови. По кадмию, статистически значимые половые различия ($p > 0,05$) выявлены по содержанию данного элемента только в волосах. Как для свинца и ртути, среднее содержание кадмия больше у мальчиков ($0,06 \pm 0,02$ мкг/г против $0,10 \pm 0,02$ мкг/г). Содержание кадмия в крови у обеих полов было одинаковое - $0,02 \pm 0,01$ мл/г.

Заключение: Обнаружены гендерные различия присутствия как токсичных, так и эссенциальных элементов в организме детей, которые более четко проявляются при анализе волос. Дисперсионный анализ показал статистически значимые превышения содержания токсичных металлов в волосах мальчиков. В крови мальчиков было больше свинца и ртути; у девочек больше железа.

АКТИВНОСТЬ КЛЮЧЕВЫХ ГЕНОВ СИГНАЛЬНОГО ПУТИ КАЛЬЦИНЕВРИНА У ДЕТЕЙ С ДВУХСТВОРЧАТЫМ АОРТАЛЬНЫМ КЛАПАНОМ СЕРДЦА

Каменщик А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Запорожье, Украина

Сигнальный путь кальциневрина играет важную регулятивную роль в развитии патологической гипертрофии миокарда. При этом кальциневрин является кальмодулин-зависимой фосфатазой при участии которой происходит интернализация в ядро клеток

кардиомиоцитов нуклеарного фактора активированных Т-клеток (NFATC) с последующей каскадной экспрессией транскрипционных ростовых факторов, участвующих в гипертрофическом ответе. С другой стороны, у детей с двухстворчатым аортальным клапаном сердца (ДАК) нами было отмечено развитие ранней гипертрофии миокарда при достоверном снижении сывороточных уровней кальциневрина.

В связи с вышеизложенным, было проведено изучение уровней относительной нормализованной экспрессии двух ключевых генов сигнального пути кальциневрина (NFATC1 и NFATC4) у 15 детей с двухстворчатым аортальным клапаном сердца, протекающим без признаков сердечной недостаточности. По отношению к контрольному уровню экспрессии принятого за 1 у 15 условно здоровых детей соответствующего возраста.

В результате проведенного исследования был установлен факт гиперэкспрессии как NFATC1 ($56,42 \pm 16,93$; $p < 0,05$) так и NFATC4 ($14,02 \pm 3,57$; $p < 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о предиктивной роли генов сигнального пути кальциневрина (NFATC1 и NFATC4) при формировании гипертрофии миокарда у детей с двухстворчатым аортальным клапаном сердца.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО ПОДХОДА К АНАЛИЗУ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Карауи Т.Н., Куртяну А.М.

Институт Матери и Ребенка

Кишинев, Молдова

Задача снижения перинатальной и младенческой смертности остается важной для Республики Молдова. В структуре младенческой смертности превалирующую роль играет неонатальная смертность. Одной из наиболее эффективных технологий, способной снизить уровень неонатальных потерь является проведение конфиденциального аудита смертности. В ходе конфиденциального анализа не ищется виновный, а выявляются причины, повлекшие к смертельному случаю.

Цель исследования: Оценка факторов риска и причин смертности, объема и качества медицинского ухода за доношенными новорожденными посредством научной оптимизации и научного обоснования нового подхода в анализе неонатальных смертностей. Нами было проанализировано 102 случаев ранней неонатальной смертности. Анализ включал клинико-экспертный анализ первичной документации, используя конфиденциальную анкету и стандарты, данные опроса матерей.

Результаты: Основной причины ранней неонатальной смертности явилась асфиксия/аноксия или травма у нормально сформированного ребенка (56,6%), за которой следует патология матери и плода во время беременности (23,7%) вызванная в 1/4 случаев задержкой внутриутробного развития плода, тяжелые и несовместимые с жизнью пороки развития (10,4%), инфекции и другие специфические причины каждая в 4,4% случаев. В 87,6% случаев случаи велись субоптимально, что указывает на несоблюдение существующих протоколов в акушерской и неонатальной практике. В большинстве исследуемых экспертами случаев в качестве факторов риска, которые повлияли на смертельный исход на первом месте находились факторы, связанные с объемом и качеством мед. помощи. Второе место среди установленных факторов риска занимали факторы, связанные с доступностью медицинской помощи особенно во время беременности и родов как, например, запоздалое направление беременной женщины для диагностики и лечения на более высокий уровень медицинского ухода. Третье и четвертое места занимали факторы, зависящие от женщины, семьи, социальных условий и другие факторы (консультирование, взаимопонимание с медицинским персоналом, диагностика).

Выводы: проведенный клинико-экспертный анализ материала показал, что во всех исследуемых случаях не наблюдалось сложные случаи отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и тяжелая экстрагенитальная патология матери. В основном смертельные исходы были вызваны дефектами ведения беременности, родов и послеродового периода.

СКРИНИНГ-ТЕСТ НА НАСЛЕДСТВЕННУЮ ЭНЗИМОПАТИЮ

Касумова С.М., Алиева У.А., Гасанкулиева Г.М.

Азербайджанский Медицинский Университет

Баку, Азербайджан

В Азербайджане и многих странах мира наследственная энзимопатия (НЭ) – дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), проблема не только собственно педиатрии, а большая медико-социальная приоритетная проблема общественного здравоохранения, первоочередная социальная программа на улучшение качества и продления срока жизни этого контингента. Можно полагать, что много случаев остаются нераспознанными и потому данные, а частоте встречаемости НЭ выглядят сомнительными.

НЭ – не только эритроцитарная патология, носители мутантного гена более поврежены различным инфекционными и адаптационными нарушениями. Повышенная восприимчивость к инфекции при НЭ, по мнению большинства исследователей, зависит от количественного уровня фермента в лейкоцитах.

Учитывая дорогостоимость и кропотливость определения Г-ФДГ в лейкоцитах, исследованием 87 детей, из них 44 с НЭ, предлагаем доступным способом определения лейкоцитарного дефицита Г-6-ФДГ по разнице спонтанного (СП) и стимулированного (СТ) теста восстановления нитросинего тетрозолия (НСТ-тест). В группе носителей НЭ, по сравнению с детьми с нормальной активностью фермента, установлено статистически достоверное снижение показателей НСТ-теста ($p>0,01-0,001$). Так, при уровне активности, Г-6-ФДГ менее 15% от средних показателей нормы, значения как СП, так и СТ НСТ-теста колебались в пределах 0-10% против 10-30% при стимуляции в группе детей с нормальной активностью фермента. Коэффициент корреляции соответствия СТ НСТ-теста и уровня активности Г-6-ФДГ (менее 15%) составил 0,912.

Эти результаты позволяют рекомендовать использование СТ НСТ-теста в качестве скринирующего метода при определении уровня активности Г-6-ФДГ в нейтрофилах. Использование этого способа позволяет с большой вероятностью определить уровень активности фермента Г-6-ФДГ в клетках нейтрофильного ряда. Особую ценность метод имеет при массовом обследовании детей, когда взятие крови из вены не всегда представляется возможным.

Полученные данные могут быть использованы для разработки регионально ориентированных программ профилактической направленности. Перспективное выявление и диспансеризация семей высокого риска по рождению ребенка с НЭ позволит снизить заболеваемость, обусловленную указанной патологией.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ПРИ

ГЛОМЕРУЛОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ

Конюх Е.А.¹, Осипова-Егорова Е.А.²

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
Учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница»²

Гродно, Беларусь

Внедрение нефробиопсии позволило не только классифицировать типы гломеруллярных заболеваний почек, но и установить особенности их иммунопатогенеза.

Именно верификация морфологической формы способствует назначению адекватной терапии и определению прогноза заболевания.

Цель исследования: проанализировать структуру морфологических вариантов при гломерулопатиях у детей.

Для анализа использованы результаты 43 нефробиопсий пациентов с гломерулопатиями. Возраст пациентов составлял 14,16 (10,08-15,88) лет.

В структуре морфологических вариантов мезангиопролиферативный гломерулонефрит (МзПГН) составил 51,1% (22 ребенка), при этом склеротические изменения почечной ткани разной степени встречались у 68,1% детей (15 человек), фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС) - у 15 обследованных (34,9%), мембранопролиферативный вариант диагностирован у 2 детей (4,7%), болезнь минимальных изменений - у 1 ребенка (2,3%), у 1 подростка - гломерулонефрит с полууниями, болезнь тонких базальных мембран - у 1, и у 1 пациента (1,4 года) подтвержден врожденный нефротический синдром французского типа. Признаки нефросклероза встречались у 31 пациента (72,1%).

При анализе клинической картины установлено, что у пациентов со склеротическими изменениями почечной ткани часто процесс является первично хроническим: у 14 (45,1%) детей морфологическое исследование проведено в течение 1-го года от начала клинико-лабораторной манифестации заболевания. Показанием к проведению нефробиопсии у всех пациентов являлось отсутствие динамики и/или нарастание ренальных и экстравенальных симптомов. Следует также отметить, что у 8 детей (25,8%) клинически заболевание проявлялось гематурической формой гломерулонефрита; у 1 ребенка при первичном обращении диагностирована хроническая почечная недостаточность неустановленной этиологии, у 1 пациента - гипоплазия почек, выявленная при профосмотре.

Доступные катамнестические данные следующие: у 2-х пациентов с нефросклерозом (ФСГС и гломерулонефрит с полууниями) - летальный исход, 2 ребенка получают заместительную почечную терапию гемодиализом, 2-м детям успешно проведена трансплантация почки, 3 пациента (старше 18 лет) имеют детей, у 1 пациентки ребенок наблюдается по поводу нефропатии с гематурией.

Таким образом, у 72,1% детей с гломерулопатиями отмечаются склеротические изменения почечной ткани. В 45% случаев процесс является первично хроническим.

СТРУКТУРА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДОВ

Косимов М., Бадалов Ф. Б.

ГУ Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Сведения о распространённости и структуре зубочелюстных аномалий позволяют определить нуждаемость населения в лечебно-профилактических мероприятиях и рассчитать необходимый объем ортодонтической помощи.

Цель исследования - изучение структуры зубочелюстных аномалий у детей в различные возрастные периоды.

Материалы и методы исследования. Проведено стоматологическое обследование 359 детей препубертатного и пубертатного возрастных периодов, проживающих г. Душанбе от 7 до 12 лет и от 13 до 17 лет.

Результаты и их обсуждение. Необходимо отметить, что среди детей, обратившихся за ортодонтическим лечением, количество девочек оказалось в 1,5 раза больше, чем мальчиков. При обследовании врач-ортодонт регистрировал не только сформированные, но и ранние признаки формирующихся аномалий. Среди зубочелюстных аномалий,

выявленных ортодонтом, преобладали аномалии зубных дуг, при этом чаще - их сужение и/или укорочение. Среди обследованных детей аномалии прикуса были обнаружены у 135 пациентов, что составляет 37,6%. Выявлено, что из 135 человек аномалии 1 класса встречались у 49 (36,2%), 2 класса у 34 (25,1%), 3 класса у 12 (8,8%) школьников. Количество обследуемых с глубокой резцовой окклюзией составило 26 человек (19,2%), вертикальная резцовая дизокклюзия наблюдалась у 6 детей (4,4%), перекрестная окклюзия выявлена у 23 школьников (17,04%).

Для оценки динамики возрастной изменчивости распространенности зубочелюстных аномалий, все обследуемые были поделены на 2 группы. Первая группа дети в возрасте от 7 до 12 лет (74 человека или 64,3%). В этой группе патология 1 класса была обнаружена у 18 детей (24,3%), 2 класса - у 42 (56,7%), а аномалии 3 класса встречались у 6 человек (8,1%). Глубокая резцовая окклюзия выявлена у 15 пациентов (20,26%). Вертикальная резцовая дизокклюзия - только у 1 человека (1,31), а число школьников с перекрестной окклюзией составило 9 человек (12,1%). Во вторую группу были включены школьники в возрасте от 13 до 17 лет (61 человека или 45,1%). В данной возрастной группе зубочелюстные аномалии 1 класса были отмечены у 22 человек (36,0%), 2 класса несколько меньше - у 18 (29,5%), аномалии 3 класса у 4 человек (6,5%). У 3 человек (4,9%) выявлена глубокая резцовая окклюзия, вертикальная резцовая дизокклюзия наблюдалась у 2 детей (3,2%), а перекрестная - у 8 детей (13,1%).

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы: За ортодонтическим лечением дети обращаются чаще (51,30%) в период раннего смешанного прикуса, из них большинство (63,00%) - по направлению врача-стоматолога, логопеда. Структура зубочелюстных аномалий в периоды временного, сменного и постоянного прикуса различна. Зубочелюстные аномалии имеют сочетанный характер. При обследовании детей врач-ортодонт выявляет у одного ребёнка в среднем от 1,77 в период временного прикуса до 2,56 в период формирующегося постоянного прикуса видов зубочелюстных аномалий.

УРОВЕНЬ ГОРМОНА РОСТА ПРИ ПОЛИМОРФИЗМЕ ЕГО ГЕНОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РОСТА

Кочерова В.В., Щербак В.А.

Читинская государственная медицинская академия

Чита, Россия

Цель: оценить уровень гормона роста (ГР, GH) в зависимости от полиморфизмов его генов GH1: -119 T>G rs2005172 (promoter), GH1: T>A rs2665802 (intron), GH1: -68 A/G rs6171 (promoter) у новорожденных с различными вариантами задержки внутриутробного роста (ЗВУР).

Исследованы 175 новорожденных: 1 подгруппа n=45 (гипотрофический тип ЗВУР), 2 подгруппа 85 детей с гипопластическим типом, контроль n=45 новорожденных без трофических расстройств.

Для всех исследований использована сыворотка крови (полиморфизм- кровь пуповинная, уровень гормонов из периферической вены на 4-5 день жизни). ГР анализировался методом ИФА, полиморфизм - ПЦР с детекцией в режиме реального времени. Для оценки различий использовался критерий Вилкоксона в программе Statistica 6.0.

При полиморфизме GH1: -119 T>G rs2005172 (promoter) с диким (здоровым) генотипом Т/Т показатели ГР были сопоставимы во всех сравниваемых группах. В случае наследования минорного генотипа G/G выявлено значимое различие (p=0,045) ГР у младенцев 1 подгруппы 30,63 нг/мл [19,08-41,34] против 2 подгруппы 21,1 нг/мл [9,18-29,45]. При полиморфизме GH1: T>A rs2665802 (intron) младенцы с диким генотипом

Т/Т уровень ГР был значимо выше в 1 подгруппе 34,11 нг/мл [28,22-41,56], а во 2 подгруппе 27,01 нг/мл [18,32-33,07] $p=0,038$. При носительстве депрессивного генотипа А/А значимые различия $p=0,01$ прослеживаются при сравнении 1 подгруппы и контроля 20,31 нг/мл [10,89-26,96] и 24,57 нг/мл [13,06-35,13] соответственно. При диком генотипе А/А полиморфизма GH1: -68 A/G rs6171 (promoter) уровень ГР преобладал у новорожденных с гипотрофией 30,32 нг/мл [19,75-39,76] в сравнении с контролем 19,85нг/мл [11,33-26,96] $p=0,031$, и гипопластическим типом ЗВУР 18,96 нг/мл [8,84-29,24] $p=0,036$.

Таким образом: повышенные показатели ГР выявлены у детей с пренатальной гипотрофией с минорным генотипом GH1: -119 T>G rs2005172, а сниженный уровень ГР при минорном генотипе А/А GH1: T>A rs2665802, в тоже время младенцы с диким генотипом Т/Т показывали более высокие уровни ГР в сравнении с контролем и гипопластическим ЗВУР. При полиморфизме GH1: -68 A/G rs6171 как при диком А/А, так и при минорном генотипе G/G уровень ГР доминировал в 1 подгруппе.

ПОЛИМОРФИЗМ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА II И ЕГО УРОВЕНЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРЕНАТАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ РОСТА

Кочерова В.В., Щербак В.А.

Читинская государственная медицинская академия
Чита, Россия

Цель: оценить уровень инсулиноподобного фактора роста II (ИПФР II, IGF2) в зависимости от полиморфизма IGF2: 13790 C>G rs3213221 у младенцев с различными вариантами задержки внутриутробного роста (ЗВУР).

У 175 новорожденных оценены показатели гормонов и полиморфизма. Включены в 1 подгруппу 45 младенцев с гипотрофическим ЗВУР, во 2 подгруппу 85 детей с гипопластическим типом, 45 новорожденных без трофических расстройств составляли группу контроля.

Для исследования полиморфизма использовалась сыворотка пуповинной крови, уровень гормонов определялся на 4-5 день жизни, забор крови проводился из периферической вены. ИПФР II анализировался методом иммунофлюорисценции, полиморфизм - ПЦР с детекцией в режиме реального времени. Для оценки различий использовался критерий Вилкоксона в программе Statistica 6.0.

При изучении полиморфизма IGF2: 13790 C>G rs3213221 установлено, что резиденты всех групп имели дикий (здоровый), гетерозиготный и минорный (депрессивный) генотипы. Наибольшая частота минорного гена G/G диагностирована в 1 подгруппе, (0,26), наименьшая (0,09) в 2 подгруппе, в контроле 0,2 $p=0,02$. Уровень ИПФР II при диком С/С генотипе значимо снижен 140,72 мкг/мл [88,37-151,22] у детей 1 подгруппы, этот показатель ниже 5 перцентиля нормативов и в сравнении с контролем $p=0,0016$. В группе с гипопластическим ЗВУР и в контроле уровень ИПФР II - 183,16 мкг/мл [98,56-242,17] $p=0,001$ и 183,16 мкг/мл [128,08-215,66] соответственно. При носительстве депрессивного генотипа G/G во 2 подгруппе показатель ИПФР II соответствует средним перцентильным возрастным показателям Р5-50, 198,17 мкг/мл [124,23-237,17], а у детей 1 подгруппы 143,77 мкг/мл [97,71-183,24] $p=0,028$, и в контроле 154,95 мкг/мл [100,93-234], оба показателя ниже нормативных.

Таким образом: уровень ИПФР II у младенцев 1 подгруппы значимо снижен как при диком, так и при минорном генотипе IGF2: 13790 C>G rs3213221. Так же обнаружено снижение нормативного количества ИПФР II при минорном G/G генотипе младенцев группы контроля.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕССИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кошимбетова Г.К., Коцанова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Распространенность диспептических расстройств у взрослых и детей достаточно высока – от 20 до 50%, из них 50-70% случаев приходится на органическую и 30-50% – на функциональную диспепсию.

Целью исследования явилось изучение факторов риска развития функциональной диспепсии у детей школьного возраста по результатам анкетирования.

Нами проведено анкетирование 45 школьника в возрасте 7-15 лет, с установленным диагнозом «функциональная диспепсия». При обследовании большинство детей с функциональной диспепсией составили девочки – 72,7%, мальчики – 27,3%.

Клинически у всех детей отмечались болевой синдром, диспептические симптомы и астеноневротические проявления. Основным симптомом была боль. При оценке социально-экономических и медико-биологических условий жизни детей по анкетам выявлено, что в 40% детей в настоящее время испытывают нервно-эмоциональное напряжение на учебе, а также при посещении дополнительных учебных нагрузках после школы. Начало посещения дошкольного учреждения до 3х лет. Отмечены также заболевания на первом году жизни (77,2%) и искусственное вскармливание (65,9%), нарушения режима питания (90,9%), еда всухомятку (97,5%), нарушения режима дня (75%), нерегулярные прогулки и общеукрепляющая гимнастика (95,4%), расстройства ночного сна (88,6%). Применение разработанной анкеты является простым, эффективным и малозатратным методом, которая позволила выявить индивидуальные факторы риска у детей с функциональной диспепсией.

Профилактика факторов риска и их устранение являются эффективными при функциональной диспепсии и коррекции выявленных нарушений в группе детей с риском развития этой патологии.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ

Кошимбетова Г.К., Коцанова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Известно, что дебют многих заболеваний начинается в школьной возрасте, причиной которых является психологические особенности данного возраста, нарушение питания, усиленная умственная нагрузка, гормональная перестройка организма, генетическая предрасположенность и др. Ранняя диагностика и лечение заболеваний, возникших в этом возрасте, дает нам возможность предупредить ряд грозных заболеваний и их осложнений.

Цель: Изучить наиболее часто встречающихся заболеваний у детей школьного возраста.

Материалы и методы исследований: Нами было исследовано 121 школьников в возрасте 13-16 лет. По ходу исследования были использованы анкетирование, тщательный сбор анамнеза, полный клинический осмотр, физикальные методы, данные из карты рост и развития ребенка. Также была проведена антропометрия.

Результаты и обсуждение: По ходу исследований детей выявлены следующие заболевания: хронический тонзиллит 11 детей (9,1%), функциональное нарушение органов пищеварения у 18 детей (15%), из них функциональная задержка стула- 6 детей (33,3%), синдром раздраженной кишки- 5 детей (27,7%), дисфункция желчного пузыря-7

детей (33,8%). У детей выявлено нарушение осанки 28 (23,3%), сколиоз 8 (6,6%), плоскостопия 20 (16,6%), миопия 9 (7,5%), анемия 40 (33%), карие 20 (%), ожирение 12 (10%). Было выявлено, что наиболее частыми причинами выше изложенных заболеваний явилось: психологические особенности данного возраста 34%: нарушения питания 42%, генетическая предрасположенность к возникновению заболевания 24%.

Вывод: Основываясь на результатах нашего исследования можно сделать вывод, что большинство хронических заболеваний у взрослых начинаются в подростковом возрасте. Из этого следует, что необходимо усилить активную диагностику участковыми и школьными педиатрами именно в этом юном возрасте и считаем целесообразным начинать профилактику и лечении. Рекомендуется проводить активную пропаганду здорового образа жизни, нормализовать рациональное: питание, режим труда и отдыха.

АНАЛИЗ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛИМЕНТАРНЫХ ФАКТОРОВ

Кошимбетова Г.К., Шомансурова Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

В последнее годы заболеваемость корью увеличивается. Несмотря на массовую иммунизацию в структуре заболеваемости управляемых инфекций корь занимает первое место. Целью исследования явилась оценка состояния поствакцинального иммунитета к кори у детей раннего возраста находящихся на различных видах вскармливания. Нами было обследовано 48 детей раннего возраста до 1 года - 3, от 1 года до 1 г 6 мес - 42, до 2 лет - 3. Первую группу составили 25 детей, находящихся на грудном вскармливании, 2 - 23 детей, находящихся на искусственном вскармливании. Оценивали титр антител на искусственном вскармливании. Оценивали титр антител на вакцинацию и ревакцинацию против кори.

Результаты и обсуждение: при оценке и анализе результатов поствакцинального иммунитета в зависимости от алиментарных факторов были получены следующие данные: у детей, находящихся на естественном вскармливании, высокие титры антител к кори достоверно отличались у 20 (1:40) детей, против 4 (1:40) детей, находящихся на искусственном вскармливании ($p < 0,05$). Средние титры антител у детей, находящихся на естественном вскармливании выявлены в 5 случаях (1:20), против 7 (1:20) детей, находящихся на искусственном вскармливании, а низкие титры антител у детей при естественном вскармливании отсутствовали, но в 10 случаях у этих детей отмечалось отсутствие поствакцинального иммунитета.

Таким образом, целесообразность данного исследования обусловлена необходимостью дальнейшего изучения влияния алиментарных факторов, в частности характера вскармливания на иммунные ответы организма в целях разработки эффективных мер по повышению поствакцинального иммунитета.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Кошимбетова Г.К., Шомансурова Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность: в нашу Республику поступили многочисленные рекомендации ВОЗ, в том числе, и по проблемам грудного вскармливания. С другой сторон, в течение многих

лет заболеваемость и летальность от пневмонии у детей раннего возраста остается высокой и занимает первое место в структуре летальности.

Цель исследования: изучение особенностей течения острой пневмонии у детей при различных характеристиках вскармливания.

Материалы и методы: всего обследовано 40 детей от 1 месяца до 1 года жизни перенесших острую пневмонию. В зависимости от характера вскармливания все обследуемые дети были разделены на 2 большие группы. 1 группу составили 20 детей, находящиеся на грудном вскармливании и 2 группу 20 детей, находящиеся на искусственном вскармливании.

Результаты и обсуждения: Как показывают результаты анализа анамнестических данных, пневмония, как осложнение ОРВИ, встречалась в 15% случаев при естественном вскармливании и в 56% - при искусственном вскармливании. У большинства детей 1-ой группы при поступлении в стационар состояние было средней тяжести, тогда как у детей 2-ой группы было тяжелым. При общем осмотре у детей 2-ой группы в отличие от первого обнаружены выраженные нарушения микроциркуляции: бледность и мраморность кожных покровов, акроцианоз, а в ряде случаев и общий цианоз. Дыхательная недостаточность у детей 1-ой группы наблюдалась в единичных случаях и оценивалась чаще как 1 степени, тогда как, у детей второй группы 2 и 3 степени соответственно, которая проявлялась одышкой от 40 до 60 в мин., аритмичностью дыхания, участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Приступы вторичной асфиксии наблюдались у 18% детей 2-ой группы. При физикальном обследовании легочной звук с тимпанитом, аускультативно прослушивались необильные влажные мелкопузырчатые хрипы, на фоне жесткого дыхания у детей 1-ой подгруппы, а у детей 2-ой группы обильные влажные, крепитирующие хрипы на фоне ослабленного дыхания.

Заключение: У детей, находящихся на искусственном вскармливании пневмония встречается чаще и протекает тяжелее, чем у детей, находящихся на естественном вскармливании. Тяжесть состояния была обусловлена как симптомами дыхательной недостаточности, так и симптомами интоксикации.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ

Куртяну А.М.

Институт Матери и Ребенка
Кишинев, Молдова

В мире асфиксия в родах является основной причиной смертности и заболеваемости. Последствия осложненного течения родов приводят к тяжелой и среднетяжелой неврологической патологии.

Цель работы состояла в оценке неврологического развития по функциям развития, неврологической патологии и степени ее тяжести, а также роста окружности головы в 2 года жизни новорожденных, которые перенесли неонатальную энцефалопатию.

Материалы и методы. Проведено исследование случай-контроль 104 доношенных новорожденных, из них 29 перенесли ГИЭ (1-ая группа) и 75 условно здоровых новорожденных (2-ая группа). Оценка проводилась с помощью теста Bayley Scales of Infant and Toddler Development – третье издание, 2004, а также с измерением окружности головы в 3, 6, 9, 12, 18 и 24 месяца жизни. Оценка проводилась невропатологом с использованием структурированного неврологического осмотра, а также с измерением окружности головы в 3, 6, 9, 12, 18 и 24 месяца жизни.

Результаты: Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) была диагностирована у всех новорожденных из 1-ой группы: в 13,79% случаях тяжелая форма и в 86,21% случаях - среднетяжелая форма. В раннем неонатальном периоде она протекала с бульбарным синдромом и сочеталась с посттравматическими

неврологическими осложнениями. В 2 года жизни у детей из 1-ой группы диагностировали ДЦП в 34,48% случаях, вторичную микроцефалию - в 20,69% случаях, симптоматическую эпилепсию - в 13,79% случаях и нейросенсорную глухоту - в 3,45% случаях. В 1 год жизни у детей из 1-ой группы наблюдалось уменьшение окружности головы по сравнению с условно здоровыми новорожденными ($p>0,05$).

Выводы: Удельный вес асфиксии уменьшился в 5 и 3,7 раза соответственно в структуре неонатальной смертности и заболеваемости в республике. Распространенность тяжелой инвалидности после асфиксии в родах отмечалась в 34,48% случаях, в основном в виде ДЦП в сочетании с другой неврологической патологией. Неврологическое развитие было нарушено за счет выразительной, познавательной и моторной функций. Мониторинг роста окружности головы позволяет выявить задержку ее роста и тяжесть сопутствующей неврологической патологии.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Куртяну А.М., Караки Т.Н.

Институт Матери и Ребенка

Кишинев, Молдова

Ранняя неонатальная смертность (РНС) является основным показателем для оценки доступа к неонатальному уходу и оценки его качества.

Материалы и методы. Были анализированы показатели официальной статистики по неонатальной и младенческой смертности.

Результаты. Республика Молдова достигла еще в 2012 г. 5-ую Цель Развития Тысячелетия, когда младенческая смертность достигла 9,8/1000, этот показатель сохраняется и в 2015 г. Это достижение связано с комплексной реформой перинатальной помощи, основными достижениями которой являются: разработка и внедрение национальной политики в области перинатальной помощи; организация региональной системы перинатальной помощи; внедрение эффективных технологий, рекомендованных ВОЗ; создание системы мониторинга, оценки и аудита материнской и перинатальной смертности; внедрение клинических научно-доказательных протоколов, модернизации помощи новорожденным и создание системы наблюдения за детьми из групп риска, оснащение перинатальных центров оборудованием, согласно их уровню. Эффективное внедрение было возможно в результате подготовки врачей специалистов, среднего мед. персонала и менеджеров.

Показатель РНС в стране в 2015 г. составил 4,7 на 1000 детей, родившихся живыми и снизился на 39,7% за 1990-2015 гг. (с 7,3% при подсчете показателя от массы тела новорожденных >1000 г в 1990 г. до 4,7% от массы тела от 500 г в 2015 г.).

Наибольший успех в плане снижения РНС по ее основным причинам отмечается по травмам, которые снизились на 92% (с 0,64/1000 за 1990-1994 гг. до 0,05/1000 за 2000-2014 гг.), врожденным аномалиям на 44% (с 1,26/1000 до 0,70/1000), асфиксии на 27% (с 1,12/1000 до 0,30/1000), наименьшее снижение отмечается по респираторному дистресс синдрому – на 10% (с 0,89/1000 до 0,80/1000) в вышеуказанном времени.

Летальность с 2000 до 2015 года снизилась среди родившихся живыми новорожденными в весовой категории 500-999 гр. на 42% (с 98,4% до 57,8%), а среди новорожденных с весовой категорией 1000-1499 гр. на 89,7% (с 47,8% до 10,3%).

Выводы: Сокращение РНС на 39,7% за 25 лет существенно повлияло на снижение младенческой смертности. Стремительный темп сокращения РНС до 2007 г. имел место среди доношенных детей благодаря применению недорогих и эффективных технологий. С 2007 года из-за эффективного внедрения высоких технологий, уход за новорожденными сосредоточился на недоношенных детях.

КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ

Лагир Г.М., Манкевич Р.Н., Матуш Л.И., Клюйко Н.Л.

Белорусский государственный медицинский университет

Минск, Беларусь

Острые кишечные инфекции сохраняют свою значимость в педиатрической практике. Несмотря на достигнутые успехи в изучении возбудителей кишечных инфекций, все еще в практической медицине остается до 40-50% неустановленная этиология заболевания. В настоящее время накоплено достаточно данных, свидетельствующих о важной роли кампилобактеров в этиологии кишечных инфекций как у взрослых, так и у детей. Целью работы было изучение клинических и лабораторных особенностей кампилобактериозной инфекции у детей. Проведен анализ клинических проявлений и лабораторных показателей у 71 ребенка с кампилобактериозной инфекцией, находившихся на лечении в детской инфекционной больнице г. Минска в 2013-14 гг. Диагноз кампилобактериозной инфекции был установлен 6 пациентам на основании бактериологического исследования фекалий, 65 пациентам – обнаружением ДНК кампилобактерий в фекалиях методом ПЦР.

Проведенные исследования показали, что чаще кампилобактериозной инфекцией болеют дети в возрасте до трех лет (76,2%). Заболевание протекает остро с преобладанием фебрильной лихорадки (81,4%), продолжавшейся в течение $3,06 \pm 0,17$ дней. Рвоты была кратковременная (в среднем $1,75 \pm 0,17$ дней). Характер стула был энтероколитическим либо гемоколитическим, сопровождавшимся болями в животе и урчанием кишечника. При исследовании анализа периферической крови, как правило, определялся лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. В качестве этиотропной терапии кампилобактериоза у детей не всегда достаточно было применения стартового антимикробного препарата – нифуруксазида. В 27% случаев необходимо было назначение курса антибактериальной терапии: цефалоспорины 3-го поколения, макролиды.

Таким образом, кампилобактериозная кишечная инфекция не имеет патогномоничных признаков. Применение метода ПЦР для диагностики кампилобактериоза у пациентов с гемоколитами позволит улучшить диагностику данной инфекционной патологии у детей и назначить своевременное лечение.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ С

ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Лозюк И.Я., Сокольник С.В., Сорокман Т.В., Новак Д.И.

Буковинский государственный медицинский университет

Черновцы, Украина

Гастроинтестинальные проявления пищевой аллергии - это поражение желудочно-кишечного тракта в результате иммунного ответа на пищевые антигены.

Цель - выявить клинические проявления пищевой аллергии у детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП).

Материал и методы. Исследование проведено на базе гастроэнтерологического отделения Черновицкой областной клинической детской больницы в течение 2014-2015 гг. Основную клиническую группу составили 100 детей в возрасте 8-18 лет с ХГДП. Группу сравнения составили 25 практически здоровых детей сопоставимых по возрасту и полу с основной клинической группой. Проанализированы жалобы, наследственный анамнез, анамнез жизни, проведение анкетирования и интервьюирования, изучена медицинская документация (форма 0112 / в, форма 025 / у).

Результаты. Клинические признаки орального аллергического синдрома (ОАС) развивались через несколько минут после еды и проявлялись зудом губ (45%), слизистой оболочки полости рта (33%), отеком губ и языка (17%), неба (11%), фарингит и ларингит

регистрировались в 7% детей. Провоцирующим фактором ОАС, в основном, было употребление свежих фруктов и сырых овощей (яблоко, вишня, персик, укроп, сельдерей и т.д.), а также контакт с пыльцой растений причинно-значимых фруктов или овощей, родственных им растений, имеющих сходные антигенные детерминанты. Реже синдром ассоциировался с другими известными продуктами (орехи деревьев, арахис, яйца, молоко или рыба). Аллергический риноконъюнктивит проявлялся в 2/3 случаев. Анамнез таких пациентов обычно был обременен полинозом.

В клинической картине эозинофильного эзофагита (ЭЭ) у детей раннего возраста преобладали отрыжка (87%), тошнота (72%), рвота (34%), отсутствие аппетита (34%), боли в животе (27%), беспокойство (16%), в старших детей - жалобы на ощущение кома в горле (22%), першение (31%), изжогу (67%), боли в груди (45%), другие признаки дисфагии - 33%. Примерно в 50% детей с ЭЭ присутствовали другие проявления аллергии: бронхоспазм (11%), экзема (23,5%), аллергический ринит (26,5%). Около 35% пациентов имели семейный анамнез пищевой аллергии или бронхиальной астмы.

Проявлением эозинофильного аллергического гастроэнтерита (ЕГЭ) у детей был болевой синдром (66%), рвота (58%), нарушение аппетита (34), задержка физического развития ребенка (22%).

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ПРЕПАРАТА ВИСМУТА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Лукашук В.Д., Али А.А., Ходаковская С.П., Лукашук И.В., Бабяк В.И.

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

Цель исследования – изучить эффективность модифицированной схемы последовательной антихеликобактерной терапии (АГБТ) на основе препарата висмута у детей с функциональной диспепсией (ФД), индуцированной *Helicobacter pylori* (Нр).

Материалы и методы. Обследовано 153 детей с ФД, индуцированной Нр, в возрасте 5-16 лет. Диагностика ФД основана на Римских критериях III. У всех детей определяли 25 (ОН) D.

Обследованные дети получали различные схемы АГБТ и разделились на 5 лечебных групп: I-1(л) группа (n=33) – модифицированная схема последовательной АГБТ (ПАГБТ) на основе препарата висмута: сначала 5-дневный двойной комплекс (препаратор висмута + амоксициллин), а в дальнейшем – 5-дневный тройной комплекс (препаратор висмута + амоксициллин + кларитромицин), продолжительность курса 10 дней; I-2(л) группа (n=28), дети с дефицитом витамина D (ВД) – указанная схема ПАГБТ в комплексе с ВД в дозе 1200 МЕ / сут в течение 3 недель; I-3(л) группа (n=30) – 10-дневная ПАГБТ на основе блокатора H2-рецепторов гистамина (ранитидин); I-4(л) группа (n=30) – 7-дневная стандартная тройная АГБТ (ранитидин + амоксициллин + кларитромицин); I-5(л) группа (n=32) – не получали АГБТ. Эффективность АГБТ оценивали на основании stool-теста.

Результаты. У 102 (84,3%) детей с ФД, индуцированной Нр, АГБТ была эффективной. Эффективность эрадикации не зависела от варианта ФД.

Проанализировали показатель успешной эрадикации при различных вариантах АГБТ: в I-1(л) группе – 90,9%, в I-2(л) группе – 85,7%, в 4 больных не достигнуто эрадикации Нр; в I-3(л) группе – 83,3%, в I-4(л) группе – 76,6%. Важно подчеркнуть, что неуспешная эрадикация Нр была у детей с пониженным обеспечением или дефицитом ВД. Итак, самая высокая эффективность эрадикации Нр выявлена в I-1(л) и I-2(л) группах на ПАГБТ с включением препарата висмута.

Вывод. У детей с ФД, индуцированной Нр, самую высокую эффективность обеспечивает 10-дневная ПАГБТ на основе препарата висмута, а у детей с пониженным обеспечением или дефицитом витамина D применяют указанную ПАГБТ в комплексе с препаратором витамина D.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Лукашук В.Д., Бабяк В.И., Савчук Л.А., Шишик А.И.

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

Цель – усовершенствовать диагностику синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) с учетом его клинического варианта и гендерных особенностей. Обследовано 109 детей с СДВГ младшего школьного возраста.

Результаты. Не выявлено различий в частоте клинических вариантов СДВГ, однако для девочек 10-11 лет (54,2%) свойственны нарушения внимания, а мальчикам 6-7 лет (42,4%) свойственна гиперактивность.

Почти у всех детей (81,4%) младшего школьного возраста с СДВГ наблюдается сочетание расстройств: у каждого третьего ребенка в возрасте 8-9 лет выявлено три и более сопутствующих заболеваний.

У детей с СДВГ в возрасте 8-9 лет наблюдаются невротические, неврозоподобные и тревожные расстройства в 33,1%; в 30,2% имеют место нарушения речи и школьных навыков (дисграфия, дискалькулия, дислексия) в 24,4% детей наблюдается оппозиционно-вызывающее поведение. Выявлено гендерные особенности у мальчиков: преобладание тиков, энуреза, речевые нарушения, оппозиционно-вызывающее поведение; у девочек преобладание тревожности и нарушения сна.

У девочек с СДВГ наблюдается самый слабый уровень качественных характеристик внимания.

У детей с СДВГ в неврологическом статусе редко выявляется грубая очаговая неврологическая симптоматика, а преобладает «мягкая» неврологическая симптоматика в зависимости от клинического варианта: расстройства больших локомоций и координации движений наблюдается при гиперактивном и комбинированном вариантах; нарушения мелкой моторики наблюдается при дефиците внимания; нарушение реципрокной координации и моторная асимметрия (латерализация) конечностей наблюдается у детей обоих полов при гиперактивном и комбинированном вариантах СДВГ в возрасте 6-7 и 8-9 лет соответственно.

У детей с СДВГ в возрасте 6-7 лет наблюдаются выраженные отклонения координаторной сферы в виде нарушений равновесия и крупной моторики с последующей положительной динамикой; указанные отклонения могут сохраняться при гиперактивном и комбинированном вариантах.

Вывод. В диагностике СДВГ у младших школьников целесообразно учитывать определенные гендерные особенности детей. Для улучшения внимания и координации движений младшим школьникам рекомендовано внедрять интерактивные методы обучения.

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЭМПИРИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ДОМУ У ДЕТЕЙ ДО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Мазинова Д.Э.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Согласно статистике ВОЗ, пневмония является одной из 10 самых распространенных причин смерти – в 2012 году от нее умерло 3,1 млн. человек. Пневмония – основная причина смерти детей до 5 лет. Ежегодно в мире от пневмонии погибает 1 млн. детей младше 5 лет. Ежегодно в Европе на лечение пневмонии тратится 10,1 млрд евро.

Цель исследования. Определить, какой из антибиотиков наиболее эффективен и приемлем в качестве эмпирического лечения пневмонии в амбулаторных условиях у детей до 5 лет.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 детей с установленным диагнозом «Внебольничная пневмония, острое течение». В первую группу входило 14 детей без сопутствующей патологии. Во вторую группу входило 9 детей с гипоксически – ишемической энцефалопатией в анамнезе. В третью группу вошли 7 детей с хроническими заболеваниями дыхательных путей. Эмпирическое лечение проводилось антибиотиками: Амоксициллин, Спиромицин.

Результаты исследования. По рекомендованной ВОЗ программе «интегрированное ведение болезней детского возраста» всем группам без исключения была проведена эмпирическая терапия с назначения Амоксицилина по 125 мг 3 раза в день, и последующее наблюдение за динамикой клинических проявлений. У всех детей из 1-ой группы, 8-ми детей из 2-ой группы состояние начало улучшаться в течение первых суток лечения, и на протяжении 7-ми дневного курса лечения отмечалось постепенное угасание клинической симптоматики. Экстенсивный показатель по Амоксицилину составил $P=73,3\pm8,07$. У одного ребенка из 2-ой группы и у всех детей из 3-ей группы эффекта от Амоксицилина на протяжении 2-х суток лечения не наблюдалось, поэтому мы были вынуждены заменить его на Спиромицин по 15 мг/кг в 2 приема, который дал положительные результаты. Экстенсивный показатель по Спиромицину составил $P=26,6\pm8,06$. Разность достоверных показателей составила $t=4,09$.

Выводы. В результате проведенного исследования у 73,3% детей был зарегистрирован положительный эффект от Амоксицилина в сочетании с клинической картиной пневмонии, характерных для типичных возбудителей, а у 26,6% детей картина пневмонии имела атипичное течение и хороший терапевтический эффект в данном случае дал препарат Спиромицин.

ИНТЕГРИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ПО ПУЛЬМОНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ 7 КУРСА

Мазинова Д.Э.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Программа ИВБДВ – интегрированное ведение болезней детского возраста, является вспомогательной обучающей программой для врачей и студентов, внедряемой ВОЗ в развивающихся странах. Она рассматривает заболевания у детей в возрасте 2 месяцев-5 лет. В программе имеется текстовый материал, видеоролики с проводимой консультацией детей, страдающих бронхолегочной патологией, а также проверочные тесты, где студенты могут оценить полученные знания по диагностике и лечению детей с заболеваниями дыхательной системы.

Цель: определение качества обучения у студентов 7 курса, прошедших курс обучения по программе ИВБДВ в разделе пульмонологии.

Материалы и методы исследования: Нами было проанализировано 100 студентов 7 курса. Все студенты обучались по установленной стандартной программе по педиатрии и заболеваниям бронхолегочной системы у детей. По окончании занятий данного раздела студенты проходили устный опрос по пульмонологии в педиатрии. По окончании раздела «Педиатрии» проводится 5 дневная программа ИВБДВ, 1 день из которой был посвящен изучению раздела «обструктивный синдром и синдром кашля у детей». По окончании курса обучения студенты также проходили внутрикафедральный устный опрос. По окончании обучения на нашей кафедре проведено анкетирование студентов о необходимости введения программы ИВБДВ в курс амбулаторной медицины.

Результаты исследования: По окончании обучения выявлено, что 6,25% студентов освоили и сдали устный опрос по детской пульмонологии на «отлично», 86,25% сдали опрос на «хорошо», оставшиеся 7,5% сдали на «удовлетворительно». После прохождении курса ИВБДВ, включающее пульмонологию, оценки были следующими: «5» - в 10%, «4» - 85%, «3» - 5%. Результаты опроса показали, что студентам понравились видео-уроки с прослушиванием аускультативных записей, а также лаконичный стандарт лечения болезней легких у детей.

Выводы: Таким образом, программа ИВБДВ, внедряемая ВОЗ в нашей республике, оказывает выраженный положительный эффект в понимании и лечении детей с заболеванием дыхательной системы в возрасте 2 месяцев - 5 лет.

ХРОНИЧЕСКИЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Мазинова Д.Э.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Пристальное внимание врачей в Узбекистане в последние годы привлекает проблема здоровья детей среднего и старшего школьного возраста. Каждый пятый человек в мире - подросток. Ухудшение экологической ситуации, климатические условия, а также приверженность подростков к вредным привычкам, активному и пассивному табакокурению, играют заметную роль в увеличении хронических заболеваний органов дыхания. Хронические и рецидивирующие заболевания бронхолегочной патологии стабильно занимают в структуре заболеваемости подростков третье место.

Цель: нашего исследования была оценка распространенности хронических бронхолегочных заболеваний среди подростков.

Материал и методы. Методикой одномоментного поперечного исследования с применением метода случайной выборки было проведено диспансерное обследование детей подростков 12 - 17 лет в количестве 80 детей, среди них 47 лиц женского и 33 лиц мужского пола.

Результаты и их обсуждение. 31,25% детей к подростковому возрасту страдают заболеваниями органов дыхания и 10,5% из них уже имеют хронические бронхолегочные заболевания. Лишь у трети детей к пубертатному периоду (10,4%) устанавливается стойкая ремиссия (не менее 2 лет) рецидивировавшего ранее бронхита, у другой трети - течение болезни либо не изменяется, либо утяжеляется, и у оставшейся трети подростков были хронические заболевания верхних дыхательных путей. Среди всех подростков, страдающих хроническими болезнями органов дыхания, доля лиц с бронхиальной астмой (БА) составила более 8%. Лиц женского пола среди болеющих бронхиальной астмой в возрасте от 12 до 17 лет становится больше-13%, в то время как среди лиц, страдающих другими хроническими бронхолегочными заболеваниями, количество девушек и юношей-подростков примерно одинаково по 16-17% соответственно.

Вывод. Таким образом, мы можем сказать, что вовремя поставленный диагноз хронических и рецидивирующих заболеваний бронхолегочной системы способствует более раннему и легкому течению их в зрелом возрасте.

СОСТОЯНИЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА ЖИЗНИ

Макибаева М.Г.

АО «Медицинский университет Астана»
Астана, Казахстан

Актуальность. Рациональное питание детей в первые годы жизни предопределяет особенности его метаболизма, гармоничный рост, нервно-психическое развитие на

протяжении последующей жизни и, как следствие, предрасположенность к определенным заболеваниям и особенности их течения.

Цель исследования: оценить характер питания детей первого года жизни.

Пациенты и методы. 94 ребенка первого и второго лет жизни. Проводили: опрос и анкетирование матерей (анализировали: характер вскармливания, сроки введения прикормов, переносимость смесей и др.).

Результаты. Из 94 детей 76% родились естественным путем, 24% — путем кесарева сечения. На грудном вскармливании находилось 66% детей, на смешанном — 33%. Искусственное вскармливание получали 11% младенцев, из них 4% — со дня рождения. Основная причина перевода на искусственное вскармливание: гипогалактия, которая составила 65%. Другие поводы прекращения грудного вскармливания: болезнь ребенка — 11%, болезнь матери — 8%, выход матери на работу и учебу — 8%. Продолжительность исключительно грудного вскармливания составила: до 6 месяцев — 61%, до 1 года — 13%, до 1,5 года — 6%, до 2 лет — 3%. При смешанном вскармливании осуществляли докорм адаптированными смесями. 85% ввели первый прикорм в возрасте от 4 до 6 мес. как рекомендовано ВОЗ, случаи раннего введения прикорма с 3 мес — 8%. 48% опрошенных ввели первым прикормом овощное пюре, 32% - фруктовые соки и пюре, 20% — каши. 65% прикормов имели промышленное производство и 35% — домашнее.

Заключение. Распространенность грудного вскармливания среди детей первого года жизни г. Астаны составила в среднем 66%. Основной причиной прекращения грудного вскармливания является гипогалактия (65%).

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА ЖИЗНИ

Макибаева М.Г.

АО «Медицинский университет Астана»
Астана, Казахстан

Актуальность. Железодефицитные состояния являются одной из самых распространенных патологий в мире. Дефицит железа имеют более 3 580 000 000 человек, а железодефицитную анемию — 1 987 300 000 000 жителей планеты. Даже в индустриально развитых странах анемия встречается у 20,1% детей до 4 лет, у 5,9% детей до 14 лет и 22,7% беременных женщин.

Цель исследования: изучить влияние факторов риска на развитие ЖДА у детей первого года жизни г. Астаны.

Материал и методы. Проанализировано 64 истории развития детей, достигших возраста одного года жизни, на базе Центра семейного здоровья Ниет, города Астаны. Диагноз ЖДА определяли по клиническим симптомам и анализу крови (Hb, Эр, ЦП).

Результаты. Из 64 детей у 39 установлен диагноз анемии (60,9%). 36 детей имели факторы риска по развитию анемии (92,3%). Со стороны матери: хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) у 26 (66,7%), анемия у 34 (87,2%), оперативное родоразрешение у 7 (17,95%), многоплодная беременность у 2 (5,1%), в том числе — различные сочетания у 17 (46,2%). Со стороны ребенка: ранний перевод на искусственное вскармливание у 9 (23,1%), смешанное - у 7 (17,95%), недоношенность — у 6 (15,4%), признаки внутриутробной гипотрофии имели 4 ребенка (10,3%). Наиболее значимыми факторами со стороны матери реализации ЖДА оказались наличие анемии разной степени тяжести ($p < 0,01$) и ХФПН ($p < 0,05$); со стороны детей: ранний перевод на искусственное и смешанное вскармливание (41,1%, $p < 0,05$). Клинико - лабораторные признаки ЖДА выявлены в возрасте от 3 до 9 месяцев у 18 детей (46,1%). В

преобладающем большинстве случаев определялась анемия легкой степени тяжести (76,9%).

Заключение. На развитии ЖДА у детей первого года жизни значимо влияют такие факторы, как анемия беременной и ХФПН, ранний перевод на искусственное и смешанное вскармливание.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Манкевич Р.Н., Савич О.Л.

Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь

Использование пробиотиков при инфекционной диарее в настоящее время признано эффективным методом профилактики и лечения. Целью исследования было оценить клиническую эффективность использования пробиотика, содержащего *Lactobacillus acidophilus* и *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis*, в терапии РВИ у детей в возрасте до 3-х лет.

Материалы и методы. Нами обследовано 122 ребенка в возрасте от 1 до 36 месяцев, находившихся на стационарном лечении с РВИ в 2015г. в ГДИКБ. Верификация диагноза осуществлялась обнаружением ротавирусного антигена в фекалиях пациентов методом ИФА. Все пациенты с РВИ были разделены на 2 группы: в основную группу были включены 92 ребенка (ср. возр. – $11,2 \pm 2,1$ мес.), контрольная группа составила 30 детей (ср. возр. – $18,1 \pm 3,1$ мес.), $p > 0,05$. Пациентам обеих групп были назначена регидратационная терапия, энтеросорбенты. Пациенты основной группы были разделены на две подгруппы – I и II. Дети I подгруппы (59 чел.) с первого дня поступления получали пробиотик с содержанием *Lactobacillus acidophilus* (LA-5) и *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis* (BB-12) по 1 капсуле в сутки, дети II подгруппы (33 чел.) получали этот же пробиотик по 1 капсуле 2 раза в сутки. Статистическая обработка проводилась методами математической статистики.

Результаты и обсуждение. Все пациенты поступали в стационар на 1 - 2-е сутки от начала заболевания в состоянии средней степени тяжести с дегидратацией II степени. Основным клиническим симптомом была диарея. У всех детей стул был обильным, водянистым, светлых оттенков без патологических примесей. Кратность стула при поступлении составила в основной группе $5,4 \pm 0,5$ раз/сут (в I подгруппе – $5,0 \pm 0,4$ раз/сут и $5,9 \pm 0,6$ раз/сут во II подгруппе), в контрольной группе – $5,3 \pm 0,9$ ($p > 0,05$). На 3-и сутки лечения пробиотиком у пациентов обеих подгрупп основной группы стул нормализовался по характеру и частоте по сравнению с детьми контрольной группы ($2,29 \pm 0,3$ раз/сут в I подгруппе и $1,44 \pm 0,2$ раз/сут во II подгруппе против $3,24 \pm 0,3$ раз/сут в контрольной группе, $p < 0,05$). При этом получена достоверная корреляционная обратная зависимость уменьшения частоты диареи от кратности приема пробиотика ($p < 0,05$). Таким образом, использование пробиотиков, содержащих *Lactobacillus acidophilus* и *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis* в лечении РВИ у детей в возрасте до 3-х лет способствует скорейшей инволюции диарейного синдрома.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Мательский Н.А., Дмитрачков В.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Беларусь

Цель: изучить некоторые клинико-лабораторные особенности ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) у детей первых лет жизни.

Материал и методы. Гр. наблюдения (ГрН) – 41 ребенок с ЮОРА (1–4 года): 75,6% девочек (Дев), 24,4% мальчиков (Мал) ($p < 0,001$) (4-я ГДКБ г. Минска (2012–2015 гг)).

Обсуждение результатов. Физическое развитие (ФР) в ГрН – дисгармоничное в 61%: дефицит массы тела (ДМТ) – 72%: у Мал 80%: ДМТ I ст. – 62,5%, II ст. – 37,5%; у Дев – 32,3%: ДМТ I ст. – 80%, ДМТ II ст. – 20%. Избыток массы тела II ст. у Дев – 28%. ЮОРА манифестирувал с суставного синдрома (СуС) в 87,8%, имелись случаи начала с синдрома эндотоксикоза (СЭ) – 4,9%, с увеита (2,4%), что затрудняло диагностику. Клиника определялась синдромами (С): СуС–100% (моно- (31,7%), олиго- (43,9%) и 24,4% полиартрит); катаральным (КС) – 51,2%, лимфопролиферативным (ЛПС) – 24,4%, абдоминальным и кожным – по 12,2%, СЭ и анемическим (АнС) – по 7,3%, пульмонитом, гепатолиенальным (ГЛС) по 4,9%, кардита, гепатита, васкулита, нефрита, полисерозита, ДВС-синдрома, а также увеита – по 2,4%. СуС чаще в сочетании с др. С (70,7%): 2 синдрома (СуС+) – 55,2%: СуС+КС (56,3%), СуС+КоС (12,5%), СуС+ЛПС, СуС+АнС, СуС+ГЛС, СуС+uveit по 6,3%; 3-х и > С (44,8%): СуС+ЛПС+КС (30,8%), СуС+КС+ЛПС+АнС (15,4%). Аллергосептический вариант ЮОРА у Дев – 6,4%. Случаи 1-2 ст. акт. – 95,1%: у Дев 1 ст. – 45,2%, 2 ст. – 48,4%, 3 ст. у 6,46%; у Мал 1 ст. – 70,0%, 2 ст. – 30%. В крови: лейкоцитоз (75,7%) (лимфоцитоз – 53,6%), повышение СОЭ (71,4%), тромбоцитоз (32,4%). У 43,2% анемия I-II ст., (гипохромная с анизоцитозом – 87,5%). В б/х ан. крови: диспротеинемия – 65,5%, СРБ (+) – 27,6%, повышение серомукоидов – 17,2%. У всех детей серонегативный ЮОРА. В синовии: повышение белка (75%), 31,2% – снижение глюкозы, СРБ (+) у 12,5%; у 6,3% выявлены раНоциты.

Выводы. Среди детей первых лет жизни ЮОРА чаще болеют девочки. Дисгармоничное ФР объясняется сочетанием хронического, часто системного заболевания и воздействием на организм базисной терапии. ЮОРА протекает более тяжело у Дев, имеются случаи аллергосептического варианта. Изменения в крови неспецифичны, выявляются не у всех детей. Все пациенты серонегативны, что затрудняет диагностику.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ПРИ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ГНОЙНЫХ ОТИТАХ У ДЕТЕЙ

Махкамова Г.Т., Шамансурова Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Острый средний гнойный отит (ОСГО) — воспалительное заболевание слизистой оболочки воздухоносных полостей среднего уха, составляет примерно 25-40% среди всех заболеваний уха [1]. Причины возникновения ОСГО можно подразделить на общие и местные. К общим причинам относятся особенности микробного пейзажа, большой удельный вес вирусов, атипичных возбудителей, грибковой флоры, детские инфекции, недостаточность естественного иммунитета, экссудативный диатез, искусственное вскармливание, патология бронхолегочной системы, наследственные факторы. Более частому возникновению ОСГО способствуют и анатомо-физиологические особенности ЛОР-органов.

Цель: Выявление роли *Streptococcus pneumoniae* при острых гнойных средних отитах у детей.

Материалы и методы исследования: в целях определения этиологического спектра возбудителей ОСО у детей проведено обследование 91 ребенка (121 уха) из числа госпитализированных в оториноларингологическое отделение клиники ТашПМИ, среди них 48 (52,7%) мальчика и 43 (47,3%) девочек, 30 (33,0%) детей с двусторонним процессом и 61 (67,0%) — с односторонним. Возрастная градация детей составила от 1 года до 15 лет ($6,9 \pm 0,3$ лет). Клинический материал забирали из наружного слухового прохода стерильным тампоном, после помещали в среду обогащения и высевали.

Результаты. По нашим данным, наиболее частым бактериальным патогеном был *Streptococcus pneumoniae* (25,3%), при этом у 16 детей (69,6% от числа больных с «пневмококковым» ОСГО) - в качестве единственного («моно») возбудителя.

При определении чувствительности возбудителей ОСГО к антибиотикам выявлено, что *S.pneumoniae* сохраняет высокую чувствительность к амоксациллину, пефлоксацину, цефазолину, цефуроксиму и ципрофлоксацину. Несколько снижена чувствительность к азитромицину.

Заключение. *S.pneumoniae* удалось выделить в 24% случаев ОСГО, несмотря на предшествующий прием больными антибактериальных препаратов, что может свидетельствовать о лекарственной устойчивости выделенных штаммов. При определении чувствительности возбудителей ОСГО к антибиотикам выявлено, что *S.pneumoniae* сохраняет высокую чувствительность к амоксациллину, пефлоксацину, цефазолину, цефуроксиму и ципрофлоксацину.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Мехтиева С.А., Насирова С.Р., Мустафаева Н.М.

Научно-Исследовательский Институт Педиатрии им. К.Я.Фараджевой

Баку, Азербайджан

Некротический энтероколит (НЭК) — одно из наиболее тяжелых заболеваний у новорожденных. Одним из приоритетных направлений исследований НЭК является поиск надежных диагностических маркеров, позволяющих адекватно определить тяжесть течения заболевания с целью определения исходов и выбора индивидуальной тактики лечения. Среди большой группы потенциальных молекулярных прогностических факторов особое место занимают системы кальпротектин. Кальпротектин — белок, содержащий в своем составе ионы кальция и цинка и обладающий бактериостатическим и фунгицидным действием.

Цель исследования - изучение фекального кальпротектина (ФК) у новорожденных при некротическом энтероколите.

Под наблюдением находились 45 новорожденных с НЭК, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии Научно-Исследовательского Института Педиатрии в возрасте от 1 до 60 дней. Гестационный возраст составил 26-40 недель, масса тела при рождении 700-3700 г. Стадия заболевания определялась по клиническим проявлениям согласно классификации Walsh и Kliegman. В соответствии с общепринятыми стандартами больным проводился комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования: общие анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, определение кислотно-основного состояния газов крови, посев крови и кала. Контрольную группу составили 20 здоровых новорожденных, без признаков инфекции. У всех пациентов иммуноферментным методом в динамике выявлены средние концентрации ФК. У больных с НЭК концентрация кальпротектина увеличивалась 19 раз (250-1307 мкг/г) в сравнении с контрольной группой (21-38,6 мкг/г). Анализ показал, что значимое увеличение концентраций ФК тесно связано с прогрессирующим течением НЭК у новорожденных детей. Кроме этого, была отмечена тесная прямая зависимость между стадией энтероколита и уровнями ФК в крови.

Таким образом, ФК может быть использован в клинической практике в качестве маркера прогрессирующего течения НЭК у новорожденных детей.

«ЭКРАННОЕ ВРЕМЯ» КАК ФАКТОР КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ

Мисюра А.Н., Хайтович Н.В.

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

Компьютерная и интернет зависимость у подростков ассоциируется с развитием эмоционально-поведенческих и социальных расстройств. Доказано влияние длительности экранного времени как фактора сидячего образа жизни на формирование ожирения, развитие кардиометаболических нарушений и социальной неуверенности у подростков.

Целью нашего исследования было уточнить связь «экранного» времени у подростков с частотой занятий спортом, склонностью к избыточному употреблению легкоусвояемых углеводов, курением и употреблением алкоголя.

Было обследовано методом анонимного анкетирования с использованием специально разработанной анкеты 205 подростков (101 девочку и 104 мальчика) в возрасте 13-16 лет, которые учились в средней школе и в гимназии г. Киева.

Для оценки результатов исследования использовали программу Statistica for Windows 8.0, проводился факторный анализ.

Выявлено, что 36 (17,6%) подростков более 5 часов, а 69 (33,6%) 2-4 часа в сутки играют в видеоигры; 34 (16,6%) подростков пользуются социальными сетями более 5 часов в день, а 65 (31,7%) 2-4 часа.

Длительность ежедневной игры на компьютере достоверно ($P < 0,01$) коррелирует с возрастом ($r=0,19$), длительностью пользования социальными сетями ($r=0,48$), увлечением играми шутерами и многопользовательскими ролевыми онлайн играми (ММОРПГ) ($r=0,24$), уменьшением частоты занятия спортом ($r=0,22$), курением ($r=0,22$), склонностью к злоупотреблению сладкой пищей ($r=0,25$).

Увлеченность социальными сетями также достоверно ($P < 0,01$) ассоциируется с возрастом ($r=0,19$), уменьшением частоты занятия спортом ($r=0,25$).

Склонность играть в шутеры и ММОРПГ ассоциировалась с возрастом ($r=0,22$), мужским полом ($r=0,46$) и склонностью к сладкой пище ($r=0,24$).

Курение и склонность к углеводному питанию чаще ($P < 0,01$) отмечалось у учеников общеобразовательной школы, употребление алкоголя – среди учеников гимназии.

Анализ факторных нагрузок позволил выявить наиболее высокую нагрузку для факторов 1 и 2 соответственно «длительности игры на компьютере» (0,81) и «мужского пола» (0,85).

Таким образом, выявлены 2 основных фактора кардиометаболического риска, один из них определяется длительностью игры на компьютере (в меньшей степени длительностью использования социальных сетей, типом школы, характером питания), второй – полом подростка (в меньшей степени – характером видеоигр, частотой занятия спортом).

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ГОРОДЕ БАРАНОВИЧИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПЯТЬ ЛЕТ

Мощенко Ю.П., Сапотницкий А.В.

УЗ «Барановичская детская городская больница»¹,
УО ««Белорусский государственный медицинский университет»²
Барановичи¹, Минск², Беларусь

Цель исследования – оценка динамики сердечно-сосудистой заболеваемости у детей и подростков в 2011-2015 годах в городе Барановичи Брестской области Республики Беларусь.

Методы исследования. Проведен аналитический обзор годовых статистических отчетов и амбулаторных карт детей, находившихся на диспансерном наблюдении в кардиоревматологическом кабинете детской поликлиники №1 Барановичи в 2010-2015 годах.

Результаты и обсуждение. В динамике последней пятилетки выявлено неуклонное увеличение числа детей и подростков с заболеваниями системы кровообращения. В 2011 году на диспансерном учете состояло 394 пациента, в 2012 – 376, в 2013 – 420, 542 – в 2014, 704 – в 2015. Врожденные пороки сердца (ВПС) продолжают занимать ведущее место в нозологической структуре детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. При этом число пациентов с ВПС постоянно увеличивается: 298 ребенка в 2011 году (75,6% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), 300 детей в 2012 (79,8%), 328 в 2013 (78,1%), 414 в 2014 (76,4%), 547 (77,7%) в 2015.

Отмечен рост частоты нарушений сердечного ритма и проводимости. В 2011 году наблюдались 42 ребенка с этим видом патологии (10,7% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), в 2012 году – 28 (7,5%), в 2013 – 41 (9,7%), в 2014 – 55 (9,9%), и в 2015 – 62 пациента (8,8%). Отмечена тенденция к увеличению числа пациентов с подтвержденной артериальной гипертензией. В 2011 на диспансерном учете состояло 15 таких пациентов (3,8%), в 2012 году – 10 (2,7%), в 2013 – 16 (3,8%), в 2014 – 36 (6,6%), в 2015 – 30 детей и подростков (4,3%).

Число детей с системными заболеваниями соединительной ткани (ювенильным ревматоидным артритом, острой ревматической лихорадкой, другими коллагенозами) остается относительно стабильным. На диспансерном учете состояло 22 пациента в 2011 году (5,6% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), 23 в 2012 (6,0%), 19 пациентов в 2013 (4,5%), 22 в 2014 (4,1%), 24 (3,4%) в 2015.

Выводы. В период 2011-2015 годов выявлено неуклонное повышение числа детей и подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. При этом наиболее существенно выросло число пациентов с ВПС. Также отмечены тенденции к росту частоты нарушений ритма и проводимости и случаев подтвержденной артериальной гипертензии. Постоянный анализ динамики заболеваемости важен для оптимального планирования работы кардиоревматологического кабинета

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ПОДБОРА ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ДЛЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Ненартович И.А.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия

последипломного образования»

Минск, Беларусь

Введение. Современная медицина обращена в сторону персонификации в профилактике и лечении различных заболеваний. Но фармакогенетика мало доступна пациентам, решает не все проблемы индивидуализации лекарственной терапии. Решением частного вопроса – подбора лекарственного средства для базисной терапии бронхиальной астмы – может быть подход, основанный на оценке и анализе физиологического ответа.

Цель: оценить эффективность применения разработанного метода индивидуализированного подбора лекарственного средства для базисной терапии бронхиальной астмы в работе учреждений здравоохранения.

Материалы и методы обсуждения. Суть предложенного метода, разработанного для детей с 6 лет, заключается в следующем:

1. В соответствии со ступенью лечения астмы определяем объем терапии: монотерапия ингаляционным кортикостероидом (ИКС), фиксированная комбинация ИКС+ бета2-агонист длительного действия.

2. Если у пациента, которому показана монотерапия ИКС, по данным спирометрии выявлены обструктивные изменения в бронхах мелкого калибра, то для базисной терапии показан мелкодисперсный ИКС (циклесонид), в случаях вовлечения бронхов среднего и крупного калибра используют ИКС с меньшим содержанием фракции мелких частиц (флютиказон, будесонид, беклометазон).

3. Если у пациента, которому показана терапия фиксированная комбинация ИКС+ бета2-агонист длительного действия, по данным спирометрии выявлены обструктивные изменения в бронхах, то ему выполняется серия бронходилатационных тестов. Акцент здесь делается на пробы с формотеролом и сальметеролом (компоненты фиксированной комбинации). В случае фиксации ухудшения ФВД под действием 1 из этих 2 бронхолитиков, либо отрицательная проба, не рекомендовано использовать для длительной терапии фиксированную комбинацию с данным бета2-агонистом длительного действия.

Данный метод внедрен в практику 10 учреждения здравоохранения Республики Беларусь (клиника, ЦРБ, поликлиники). Согласно актам внедрения подбор монотерапии ИКС проведен 282 пациентам, комбинированной -267. Во всех случаях получены только положительные результаты, сомнительных и отрицательных результатов не было.

Вывод: предложенный метод имеет практическую значимость, используется в учреждениях здравоохранения различного уровня и этапов оказания медицинской помощи: детская поликлиника, ЦРБ, крупная многопрофильная клиника (областного уровня).

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Нехаенко М.И.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика
Киев, Украина

Введение. Актуальность проблемы ранней диагностики и лечения детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД) в современном мире, требует изучения особенностей течения ХГД у подростков. В этом возрасте увеличение распространенности заболевания с рецидивирующим и прогредиентным течением и недостаточной эффективностью традиционной терапии, предполагает высокую степень вероятности формирования в дальнейшем инвалидности, как социально значимой патологии у взрослых.

Цель работы: изучить клинико-параклинические особенности течения ХГД у подростков за последние 10 лет.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ историй болезни детей подросткового возраста с верифицированным диагнозом ХГД, которые находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении ДКБ №9 Киева в 2003 и 2013.

Частота применения антибактериальных препаратов с раннего детского возраста, воздействие на организм эндогенных и экзогенных факторов риска развития патологического процесса приводит к нарушению микробиотического равновесия и антимикробной резистентности слизистой оболочки, нарушению равновесия между защитными факторами и факторами агрессии к слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Особенности патогенеза зависят от наличия *Helicobacter pylori* и комбинации с вирусами, хламидиями, грибами рода *Candida*. Нейро-иммунно-эндокринная недостаточность особенно актуальна в период пубертата. Чувствительность организма к инфекции определяется патогенностью микроорганизма, факторами окружающей среды,

и состоянием иммунной системы. Более быстрое развитие иммунных реакций обеспечивается врожденным иммунным ответом.

Выводы: Выявленные клинико-параклинические особенности течения хронического гастродуоденита у подростков требуют новых подходов для их лечения и профилактики. Перспективным является изучение молекулярных дефектов в системе врожденного иммунитета для оценки их роли в патогенезе хронического гастродуоденита у подростков.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Нечитайлло Ю.Н., Ковтюк Н.И., Нечитайлло Д.Ю., Попелюк Н.А., Безрук В.В.

ВГУЗ «Буковинский государственный медицинский университет»

Черновцы, Украина

По данным разных авторов артериальная гипертензия (АГ) регистрируется у 15-30% взрослого населения. В то же время, обращает на себя внимание низкий уровень АГ среди детского населения. Несмотря на то, что АГ является самым распространенным хроническим заболеванием, частота его у детей и подростков точно не известна. Важным является вопрос целесообразности измерения артериального давления (АД) в детском и подростковом возрасте и выбор методики скрининга.

Целью исследования было установить частоту повышенного артериального давления у детей школьного возраста при скрининговых обследованиях и оптимизировать их проведение.

В нашей работе было обследовано 848 школьников старших классов. Обследование проводилось группой из 4 исследователей по 60-80 школьников за один день. Уровень АД имеет зависимость от пола, возраста и роста ребенка. Методологически скрининговое исследование функционального состояния сердечнососудистой системы у школьников можно разделить на следующие этапы: подготовка школьников к обследованию, определение порядка и объема проведения, комплексное обследование, фиксация данных, оценка результатов и выделение группы риска для углубленного обследования.

Исследуемых школьников собирают отдельными классами, подробно разъясняют порядок и методику проведения исследований, демонстрируют на добровольце. Такая подготовка резко уменьшает риск «гипертензии белого халата». Исследования проводят в просторном, хорошо освещенном помещении, чтобы не возникало трудностей при осмотре детей. В оснащении должны быть автоматические тонометры с регистрацией аритмий и набором манжет, механический тонометр для верификации результатов, ростомер, электронные весы, портативный электрокардиограф, возрастные перцентильные таблицы для оценки АД. Оптимальным является проведение скрининга группой исследователей, каждый из которых выполняет соответствующий фрагмент. Последовательность исследований может быть такой: заполнения учетной документации и сбор анамнеза, проведение антропометрии, измерение АД, при регистрации аритмии - запись ЭКГ, проведения проб Штанге, Генча, нагрузочных проб. В нашем обследовании было выявлено 150 школьников с систолическим АД выше 95 перцентиля (18,2%), в том 81 (9,8%) – с повышением и диастолического, 78 школьников (9,2%) с аритмиями.

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ И ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКЕ "АКСАЙ" г. АЛМАТЫ

Нугманова А.М., Диканбаева С.А., Сейлова А.А., Косарева С.Л., Кулданова А.Т.

Алматы, Казахстан

На сегодняшний день единственным стандартом лечения конечной стадии хронической почечной недостаточности у детей является трансплантация почки.

Мы проанализировали 15 историй болезни детей, которые перенесли аллотрансплантацию почки и получали лечение в УК «Аксай» г. Алматы. По этиологическому фактору причина тХПН: у 5 детей (33,3%) – гломерулярные заболевания, у 10 (66,7%) – аномалии развития мочеполовой системы. Средний возраст обследованных - $13,8 \pm 0,6$ года (от 4 до 18 лет), средняя масса тела — $34,2 \pm 1,8$ кг, при распределении по полу девочек 9 (60%), мальчиков – 6 (40%). По характеру донорского материала - 15 пациентам выполнена трансплантация родственной почки. Причинами ХБП были: гломерулярные заболевания у 89 (64,9%), врожденные аномалии развития мочевыделительной системы – у 48 (35,1%). 12 детей получали программный гемодиализ (4 ч x 3 р в неделю), время нахождения на хроническом гемодиализе колебалось от 1 мес до 2 лет, в среднем $11,9 \pm 1,3$ месяца. Гемодиализ проводился на аппаратах фирмы «Фрезениус», доза гемодиализа (Kt/V) в среднем составляла $1,0 \pm 0,2$, состав диализирующего раствора определялся состоянием пациента. Сеансы перitoneального диализа получали 2 пациента, использовали растворы Физионил 1,36% и 2,27%, проводили 4 обмена в сутки, объем залива 700,0 мл, экспозиция 6 часов. 1 ребенку трансплантация выполнена в додиализном периоде.

Объем диуреза был наибольшим в первые послеоперационные сутки. Концентрация калия и натрия в сыворотке крови, а также их экскреция мочой на этапах наблюдения были нормальными. Концентрация креатинина в сыворотке крови у реципиентов в первые сутки составила в среднем $262,3 \pm 30,1$ мкмоль/л, постепенно снижаясь до $189,2 \pm 7,6$ мкмоль/л к концу 1 месяца послеоперационного периода. Скорость клубочковой фильтрации у реципиентов на протяжении раннего послеоперационного периода была достаточно высокой, с последующей нормализацией к концу второго месяца после операции.

Стандартная иммуносупрессия, включала: 1) Преднизолон per os в дозе $60 \text{ mg/m}^2/\text{сут}$ с постепенным снижением; 2) Циклоспорин А (CsA) — $6 \text{ mg/kg}/\text{сут}$, в последующем дозу адаптировали в зависимости от концентрации препарата в плазме крови (целевая концентрация в период 0-6 мес – $150-200 \text{ mg/l}$, далее – $100-150 \text{ mg/l}$), Такролимус – $2 \times 0,15 \text{ mg/kg}/\text{сут}$ (концентрация 5-10 mg/l); 3) Микофенолат мофетил (ММФ) – $2 \times 600 \text{ mg/m}^2/\text{сут}$ с обязательным контролем над лейкоцитами крови.

Таким образом, успешно проведенная операция по трансплантации почки у детей и подростков приводит к ускорению роста, увеличению массы тела, показатели качества жизни у детей с нормальной функцией трансплантата становятся намного выше.

СОСУЩЕСТВОВАНИЕ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА И CLOSTRIDIUM DIFFICILE-КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И СПОСОБЫ ЕГО КОНТРОЛЯ *Пацера М.В.*

Государственный медицинский университет
Запорожье, Украина

В условиях эпидемии туберкулеза в мире и в Украине в частности остро стоит проблема непрерывного, комплексного лечения туберкулеза легких. Вследствие перерыва в лечении или его прекращения формируются резистентные штаммы *Mycobacterium tuberculosis*. Развитие нежелательных реакций со стороны пищеварительной и других систем организма в результате воздействия противотуберкулезных препаратов приводит к отказу больных от лечения и, возможно, формированию устойчивых штаммов микобактерий, то есть развитию резистентного туберкулеза. Длительное, многокомпонентное лечение антимикробными препаратами вызывает гибель нормальной микробиоты в толстом кишечнике, происходит активация вирулентных штаммов *Clostridium difficile*. У больных возникают жалобы на тошноту, боли в животе, диарею. Опираясь на современную концепцию пробиотиков, нормальных симбионтов кишечника,

было предложено лечение побочных эффектов со стороны кишечника с помощью пробиотических штаммов *Lactobacillus acidophilus* Rosell-0052 and *Lactobacillus rhamnosus* Rosell-0011, институт Розель, Канада.

Как показали наши исследования, у 21 подростка из 55 (58,3% детей) в возрасте 13-18 лет, получавших противотуберкулезное лечение по поводу легочного туберкулеза, обнаруживали с помощью метода ELISA, Canada, токсины *Clostridium difficile* более 1 нг/мл в кале. Достоверно эффективной терапией в отношении *C. difficile*-кишечной инфекции оказалось использование пробиотических штаммов Rosell в дозе 1,2 x 10¹⁰ колониеобразующих единиц в день в течение 1 месяца на фоне противотуберкулезных препаратов. При этом у пациентов исчезал гастроинтестинальный синдром, и уровень токсинов *C. difficile* в кале становился ниже диагностического, менее 1 нг/мл. Изучая катамнез детей, больных легочным туберкулезом, пришли к выводу, что в ходе длительного, более 6 месяцев лечения противотуберкулезными препаратами с одновременным использованием пробиотических штаммов Rosell не отмечалось ухудшения результатов терапии туберкулеза легких.

Таким образом, одним из способов контроля легочного туберкулеза у детей и сопутствующей *Clostridium difficile*-кишечной инфекции, является дополнение режимов терапии туберкулеза терапевтическими дозами пробиотических штаммов.

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРАХ У МЛАДЕНЦЕВ

Пащенко И.В., Крутъ А.С., Пидкова В.Я.

Запорожский государственный медицинский университет

Запорожье, Украина

Запор является одним из распространенных проявлений функциональных гастроинтестинальных нарушений у детей. При раннем появлении и прогрессирующем течении запора у младенца необходимо исключить аномалию развития кишечника. Но чаще на практике встречаются функциональные нарушения моторно-эвакуаторной работы кишечника. В раннем возрасте переход на искусственное вскармливание может сопровождаться появлением запоров, связанных с высоким содержанием казеина в коровьем молоке.

Диета при запорах имеет особое значение. Для профилактики и лечения функциональных запоров у детей раннего возраста, находящихся на искусственном вскармливании целесообразно использование лечебных смесей с галактоолигосахаридами, имеющими механизм действия сходный с пищевыми волокнами.

Целью исследования было изучение эффективности вскармливания лечебной смесью с лактулозой детей первого года жизни при функциональных запорах.

Для лечебного питания 32 детей от 1 до 6 месяцев, страдающих запорами, использовалась смесь, содержащая 0,9 г лактулозы в 100 мл (12,5% в составе углеводов), которая вводилась перед основным кормлением в отдельной бутылочке начиная с 30 мл в первый день, с постепенным увеличением объема до достижения эффекта. Подбирался такой суточный объем смеси, при котором стул у ребенка становился нормальной консистенции 1-3 раза в сутки.

Эффективность использования лечебной смеси оценивали по изменению частоты и консистенции стула у детей. Макро- и микроскопическое исследование каловых масс позволяло исключить осложнения - наличие слизи, крови.

Результаты исследования показали, что клинический эффект наблюдался при оптимальном объеме смеси 500-600 мл у 25% детей на 2 сутки от начала диетотерапии, у 57% - на 3 сутки, у 2 детей улучшение дефекации отмечено на 5-6 сутки. При достижении позитивного результата объем смеси в рационе ребенка уменьшали до 150-300 мл в сутки.

Продолжительность применения лечебной смеси при необходимости составляла 2-3 месяца. Назначение пробиотиков потенцировало полученный эффект.

Таким образом, применение при функциональных запорах адаптированных молочных смесей с пробиотиком лактулозой эффективно и безопасно, требует индивидуального подхода и может использоваться продолжительное время.

40-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЕЯМ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА

Петрунина И.И., Горлова Н.В., Василькова Д.С., Ильюшина Л.В.

Управление здравоохранения Администрации г. Челябинска

Челябинск, Россия

Организация неотложной медицинской помощи населению регламентирована Федеральным Законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. №2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Первые 2 отделения неотложной помощи были созданы в городе Челябинске в 1976 г. на основании приказа Облздравотдела Челябинской области от 15.10.1976 №401 «О мерах по дальнейшему улучшению скорой и неотложной помощи детям Челябинска».

В настоящее время организовано 6 отделений неотложной медицинской помощи детям во всех 7 районах города: МБУЗ Детская городская клиническая поликлиника № 8, МБУЗ Детская городская клиническая поликлиника № 3, МБУЗ Детская городская больница №5, МБУЗ Детская городская клиническая больница № 7, МБУЗ Детская городская клиническая больница № 8, ГБУЗ Областная клиническая больница №2. Детское население города составляет 249 309 детей (по состоянию на 21.03.2016 г.).

К обслуживанию принимаются состояния и острые заболевания, обострения хронических заболеваний, не сопровождающиеся угрозой жизни ребенка и не требующие экстренной медицинской помощи. Наиболее частым поводом для вызова неотложной медицинской помощи в 83,7% случаях является гипертермия, на втором месте – кашель (3%), на третьем – сыпь (2,5%), прочие в 14% случаев (рвота, отит, стоматит, боли в животе, жидкий стул, головная боль, перевозки).

Во всех медицинских организациях около 70% вызовов приходятся вызовы к детям раннего возраста. Ежегодно увеличивается количество обслуживаемых вызовов: с 56507 в 2011 г. до 66678 в 2015 г. Средняя суточная нагрузка на отделение составила 30 вызовов, на 1 бригаду – 16 вызовов.

Круглосуточная работа врачей отделений неотложной помощи позволила обеспечить своевременную диагностику заболеваний у детей, преемственность и непрерывность наблюдения больных, своевременное начало лечения, и госпитализацию детей, нуждающихся в стационарном лечении. Таким образом, стабильная работа отделений неотложной помощи детям способствует повышению доступности и качества медицинской помощи.

БИОИНФОРМАТИКА И ПЕДИАТРИЯ. ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ

Пиянзин А.И.

Алтайский государственный медицинский университет

Барнаул, Россия

Одной из задач биоинформатики является анализ медицинских данных с помощью математики и информатики.

Цель работы: оценить применение биоинформатики в практической работе и в научных исследованиях, связанных с педиатрией.

Большую роль в решении задач автоматизированных консультативных систем в практике экстренной и специализированной консультативной помощи детям сыграли научно-исследовательские работы Ленинградской педиатрической школы, которые проводились под руководством И.М. Воронцова и Е.В. Гублера. Основу этих работ составляли следующие автоматизированные системы: реанимационно-консультативной помощь, раннее выявление угрожающих состояний на догоспитальном этапе, диспансерное наблюдение, оценка физического развития. Изучению основных вариантов течения и исходов вирусных гепатитов у детей было посвящено большое количество работ детских инфекционистов и математиков г. Москвы. Возглавляли данные научные исследования - Г.И. Марчук, Н. И. Нисевич, В. Ф. Учайкин. Использованию математических методов в прогнозировании здоровья детей раннего возраста и профилактике заболеваний с учетом закономерностей становления систем крови и иммунитета во взаимосвязи с темпами физического развития были посвящены работы Степановой Е.И, Нарциссова Р.П, Кочегурова В.А, Константиновой Л.И. Эти работы были выполнены в Томске. Несмотря на высокий уровень вышеуказанных научных работы они не нашли широкого применения в повседневной практике врача-педиатров. Главными причинами этого была большая трудоемкость работ, маленькая мощность и недостаточное количество электронно-вычислительных машин. В настоящее время появились информационные технологии больших данных «big data». Данные технологии позволяют с большой скоростью обрабатывать огромные массивы разнообразных данных, при этом новая система обработки данных позволяет получать новые знания, которые мозг человека не способен выявить. Распространение этой технологии связано с возможностью использования суперкомпьютеров и «облачных» сервисов.

Выводы. На данный момент времени для педиатрии особенно актуальной задачей становится использование биоинформатики в разработке новых эффективных подходов в решении задач диагностики, лечения и профилактики различных детских заболеваний.

КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ШКОЛЬНИКОВ, РОЖДЕННЫХ В «LATE PRETERM» СРОКЕ

Попов С.В., Бокова С.И.

Сумський державний університет

Суми, Україна

Преждевременное рождение ребенка влияет на его дальнейшее развитие в разные возрастные периоды, наиболее проблемным из которых является школьный. Интенсификация анатомо-физиологических изменений в сочетании с возрастающими психоэмоциональными и физическими нагрузками вносят свой вклад в функционирование органов и систем. В последние годы все больше внимания уделяется изучению состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) у школьников, как маркера процессов адаптации, особенно у рожденных в «late preterm» сроке, 34-36 недель гестации.

В ходе нашего исследования под наблюдением находился 58 ребенок 10-12 лет, рожденный в «late preterm» сроке. Группа контроля состояла из сверстников, рожденных в срок. После изучения данных обследования, проведенного с помощью эхокардиографии и допплерографии до и после пробы с физической нагрузкой выявлено, что показатели систолической функции левого желудочка (ЛЖ) и диастолической функции обоих желудочков снижены. Полученные данные свидетельствуют о сниженном уровне функционирования ССС. С целью его повышения был разработан и комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, включавший несколько составляющих. Для уменьшения уровня заболеваемости инфекционными болезнями мы рекомендовали ежедневные прогулки на свежем воздухе, увеличение двигательной активности, гимнастические

упражнения продолжительностью и применения закаливающих процедур в виде обтирания или обливания. В осенне-зимний период - вакцинация, поливитаминные препараты. Для коррекции нарушений на клеточном уровне - 20% раствор L-карнитина, Levocarnitine.

Через 6 месяцев после начала ввода комплекса проведено повторное исследование состояния ССС. У детей, получивших комплекс, достоверно увеличились показатели систолической функции (СФ).

Для изучения степени влияния отдельных составляющих комплекса на нормализацию СФ проведено определение соотношение шансов. Наибольшие показатели имели увеличение физической активности, закаливающие процедуры, в меньшей степени вакцинация и метаболическая терапия. Наивысшее и достоверное влияние установлено при использовании всего комплекса.

Таким образом, применение предложенного комплекса приводило к повышению уровня систолической функции миокарда ЛЖ при тенденции к нормализации диастолической функции обоих желудочков, а также снижению заболеваемости ОРЗ.

ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

Попов С.В., Бокова С.И.

Сумський державний університет
Суми, Україна

Патология недоношенных, ее ведение остается одной из наиболее значимых проблем неонатологии. Основное внимание концентрируется в вопросах выхаживания в первые дни и недели жизни, однако состояние здоровья рожденных раньше срока может быть отличным от нормального в более поздних возрастных периодах. Особое внимание уделяется нервно-психическому развитию, в то же время функциональное состояние других органов и систем также может изменяться. Большую часть недоношенных составляют поздненедоношенные, рожденные в "late-preterm" сроках. После рождения они могут не требовать оказания интенсивной терапии, в то же время вероятность нарушений в уровне функционирования органов и систем у них выше, чем у рожденных в срок. Значительный интерес представляет изучение состояния сердечно-сосудистой системы. Это обусловлено ее ролью в развитии целостного организма, влиянием на качество жизни не только ребенка, но и взрослого.

Целью исследования было изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей школьного возраста, рожденных в "late-preterm" сроках. Методом допплерэхокардиографии было обследовано 58 детей в возрасте от 10 до 12 лет жизни, которые родились в сроке 34-36 недель. Контрольную группу составляли 42 сверстника, родившихся доношенными. Исследование проводилось после выполнения физической нагрузки – пробы Руфье.

Для кровотока митрального клапана у недоношенных характерным было увеличение его преимущественно за счет скорости быстрого наполнения левого желудочка, в меньшей степени за счет медленного наполнения. Направленность изменений подпадала под рестриктивный тип нарушения диастолической функции. Наоборот, для кровотока триkuspidального клапана характерным было увеличение скорости за счет периода медленного наполнения правого желудочка. Полученные нами данные свидетельствовали об ограничении функциональной способности миокарда в виде отклонений от нормы диастолической функций в ответ на нагрузку. Распространенность ее относительно невелика - в основной группе у 10,75% пациентов. Тем не менее, это требует контроля функционального статуса сердечно-сосудистой системы, а при необходимости - проведения мероприятий по коррекции указанных нарушений.

КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Попова Н.Г., Доровская Е.Н., Рябинина М.А.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»,

ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр»

Чита, Россия

Цель: изучение особенностей коррекции ранней анемии недоношенных на фоне хламидийной инфекции (ХИ).

Материалы и методы. Обследовано 42 недоношенных ребенка, родившихся с массой тела от 1000 до 1500 г, разделенных на 2 группы: 22, получавших препарат эритропоэтин-альфа - основная группа и 20, не получавших препарата - группа сравнения. Сравнение выделенных групп детей по массе тела при рождении, гестационному возрасту, степени отягощенности материнского анамнеза, состоянию при рождении показало, что они былиreprезентативны и существенно не различались.

Препарат Эральфон применяли 10-ти детям, начиная с возраста 6 дней и 12 - с 10 дней жизни. До назначения Эральфона, в период его применения и после окончания курса проводили исследования показателей красной крови, свободного железа (СЖ), общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), свободного ферритина (СФ), трансферрина.

Детям группы сравнения на 13-15-е сутки жизни проводилась гемотрансфузия.

Диагноз врожденного хламидиоза был подтвержден ПЦР полуколичественным и количественным методом и ИФА с определением титра и авидности.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 8,0 (StatSoft).

Результаты и их обсуждение. На фоне ХИ диагностировались анемия в 98%, значительное повышение свободного ферритина при статистически незначимом снижении уровня трансферрина, СЖ и ОЖСС, что позволило начать терапию эритропоэтином-альфа в раннем неонатальном периоде. При введении эритропоэтина-альфа наблюдалась тенденция к росту ретикулоцитарного индекса (РИ) (>2-х). В группе сравнения показатели РИ, несмотря на гемотрасфузию к концу неонатального периода были < 2.

При введении эритропоэтина-альфа на фоне роста уровня СФ, синтезируемого из поврежденных клеток, отмечалась нормализации его уровня с параллельным ростом уровня гемоглобина и эритроцитов. В группе сравнения, несмотря на проведенную гемотрансфузию, до конца неонатального периода продолжался рост СФ с параллельным снижением уровня гемоглобина и эритроцитов. Статистически незначимое снижение трансферрина в первые две недели нивелировалось на фоне применения эритропоэтина-альфа, что свидетельствует не столько о дефиците железа, сколько о дефиците эритропоэтина.

Выводы: Применение эритропоэтина позволяет снизить частоту тяжелых форм ранней анемии недоношенных, в том числе и на фоне ХИ.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ - ОПЫТ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Попова И.Н., Пачин Д.А., Крюков Ю.В., Патюткин А.В., Михалев И.Н.

Воронежская областная детская клиническая больница №1

Воронеж, Россия

Перегруженность отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТ), входящих в состав реанимационно-консультативного центра (РКЦ), нередко

становится препятствием для эвакуации пациентов в критическом состоянии из учреждений, входящих в сферу ответственности РКЦ.

С целью оптимизации работы 24-коекного ОРИТ, в состав которого входят 18 коек для новорожденных, в том числе хирургических, был предпринят в 2014-2015 гг. ряд мер: ужесточена политика гигиены рук персонала, проведено четкое зонирование работы медицинских сестер, внедрены закрытые системы для парентерального питания, доведено до максимума использование материнского молока для питания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, введено быстрое наращивание объема энтерального питания, рационализирована антибактериальная терапия с учетом мониторинга микрофлоры в отделении, введены элементы развивающего ухода для детей с ЭНМТ, обеспечен более широкий доступ родителей в ОРИТ.

В результате предпринятого комплекса указанных мер число детей, получивших лечение в ОРИТ, возросло на 39,1% — с 542 в 2013 году до 754 в 2015 году. На 35,8% — с 360 до 489 — увеличилось число пролеченных новорожденных. На 53% увеличилось число недоношенных детей, из них с очень низкой и экстремально низкой массой тела увеличилось на 81,9% — с 61 до 111. При этом число новорожденных детей, которым проводился тот или иной вид респираторной поддержки, увеличилось на 90% — с 215 до 410.

Произошло уменьшения среднего пребывания пациента на койке ОРИТ с 9,8 дней до 6,8 дней. В группе доношенных детей среднее длительность пребывания снизилась с 7,9 дней до 4,4 дней, а в группе недоношенных - с 14 до 10,2 дней. Оборот койки увеличился на 40,9% - с 25,9 в 2012 году до 35,9 в 2015 году. Уменьшилось средняя продолжительность ИВЛ в группе доношенных детей на 43,3%, в группе недоношенных – на 33,3%. Произошло снижение летальности на 37,3%.

В 2015 году в ОРИТ ликвидирован в связи с отсутствием необходимости «лист ожидания перегоспитализации». Число выездов реанимационной консультативной бригады, входящей в состав ОРИТ, уменьшилось с 912 в 2013 году до 610 в 2015 году за счет уменьшения числа повторных выездов.

Использование мер, не требующих значительных затрат, позволяет оптимизировать работу ОРИТ, увеличивая его пропускную способность и обеспечивая пациенту доступность лечения в учреждении более высокого

ОСОБЕННОСТИ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Попова Н.Г., Степанова Н.Н., Дейкова Е.З.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»,

ГУЗ «Забайкальское патологоанатомическое бюро»

Чита, Россия

Цель исследования: изучить особенности фосфорно-кальциевого обмена у недоношенных детей на фоне персистентной хламидийной инфекции (ПХИ).

Материалы и методы. Обследован 81 недоношенный ребенок, рожденный женщинами с персистентной формой хламидиоза (основная группа) и 73 ребенка без инфекционной патологии - группа сравнения. Проанализированы результаты макро- и микроскопического исследования последов, состояние фосфорно-кальциевого (Р-Са) обмена у матерей и рожденных ими детей обеих групп. Сравнение выделенных групп детей по массе тела при рождении, гестационному возрасту, состоянию при рождении были репрезентативны и существенно не различались.

Диагноз врожденного хламидиоза был подтвержден ПЦР полуколичественным и количественным методом и ИФА с определением титра и авидности.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 8,0 (StatSoft).

Результаты и их обсуждение. У женщин с ПХИ 8% детей родились ранее 34 недели гестации, 92% - после 34 недели, однако не зависимо от срока гестации отмечался статистически значимый по отношению к группе сравнения дефицит Са и Р в сочетании с повышением уровня щелочной фосфотазы (ЩФ). При анализе Р-Са обмена у женщин с ПХИ имеет место статистически значимый дефицит данных микроэлементов в сочетании с повышением уровня ЩФ, что сопровождалось и клиническими проявлениями. Переход химических соединений, в том числе Са и Р, от матери к плоду во многом зависит от проницаемости плаценты. В проведенном нами исследовании последы при ПХИ отличались воспалительным отеком, влекущим за собой увеличение массы, а также плацентарно-плодового коэффициента $0,27 \pm 0,07$ и в группе сравнения $0,16 \pm 0,04$ ($p < 0,001$). ПХИ характеризовалась высокой частотой аномалий прикрепления плаценты ($p < 0,007$), гипоплазией плаценты ($p < 0,006$), возникновение инфарктов ($p < 0,001$) по сравнению с группой сравнения. Для ПХИ характерны значительные отложения солей фосфорнокислого кальция в различных структурах плаценты в виде обширных конгломератов ($p < 0,0001$), что сопровождалось клиническими симптомами кальциевой недостаточности и снижением уровня Са и Р в крови беременной с одновременным повышением активности ЩФ.

Выводы. В результате депонирования Са в плаценте под влиянием *Ch. trachomatis* развивается Са дефицит не только у матери, но и, у ее ребенка, даже рожденного после 34 недели гестации.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Прохоров Е.В., Пищеничная Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецк, Украина

В последние годы отмечено качественное ухудшение состояния здоровья призывающих, что привело к снижению показателя годности к военной службе.

Цель нашего исследования: определение частоты и характера субклинических форм сердечно-сосудистой патологии у мальчиков-подростков донецкого региона.

Обследованы 547 мальчиков-подростков в возрасте 15-16 лет. Обследование включало сбор жалоб, анамнестических данных, клинический осмотр, проведение лабораторных (определение липидного, гликемического профиля) и инструментальных исследований (стандартная ЭКГ, допплер-ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, стресс-тесты).

По результатам 336 (61,4%) подростков признаны здоровыми. В основную группу вошли 192 (35,1%) мальчиков-подростков с субклиническими формами сердечно-сосудистой патологии. Они были разделены на 4 группы. I группу составили 53 мальчиков-подростков – с высоким нормальным артериальным давлением или «предгипертензией» (ВНАД), II группу – 51 мальчиков с нарушениями ритма сердца (НРС), III группу – 45 подростков с дислипидемией, нарушением толерантности к глюкозе и предгипертензией – мозаичный метаболический синдром (МС), IV группу – 43 мальчиков-подростков с патологическими формами геометрии миокарда (ГМ), ХСН 1.

В группе детей с ВНАД достоверно ($p < 0,05$) чаще, нежели в других группах констатированы жалобы на головную боль, подростки с НРС достоверно ($p < 0,05$) чаще жаловались на измененное сердцебиение.

При обследовании соматического статуса принципиальных отличий не отмечено. В то же время, в I группе наиболее часто констатированы приглушенность сердечных тонов

(35,8%) и короткий систолический шум на верхушке в горизонтальном положении (47,2%). Во II группе у 72,5% подростков выявлена аритмичная сердечная деятельность. В III группе наиболее часто встречались короткий систолический шум на верхушке и щелчок открытия митрального клапана – 53,3 и 60,0% соответственно. Почти у всех (95,3%) мальчиков-подростков IV группы выслушивался короткий систолический шум на верхушке в горизонтальном положении и более, чем у половины (58,1%), – приглушенность сердечных тонов.

Таким образом, комплекс адекватных и информативных для оценки состояния сердечно-сосудистой системы методов обследования позволил у 35,1% мальчиков-подростков предпраздничного возраста выявить субклинические формы сердечно-сосудистой патологии, характеризующиеся собственными клиническими особенностями.

УРОВНИ ЛЕПТИНА И АДИПОНЕКТИНА У КРУПНОВЕСНЫХ И МАЛОВЕСНЫХ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Прилуцкая В.А., Солнцева А.В., Сапотницкий А.В., Дацкевич Е.И.

Белорусский государственный медицинский университет

Минск, Беларусь

Введение. Для крупновесных и маловесных к сроку гестации новорожденных детей характерна более высокая частота нарушений периода ранней адаптации [Елиневская Г.Ф. и соавт., 2007; Briana D.D., 2014].

Цель: оценить особенности адипокинового статуса крупновесных и маловесных доношенных новорожденных с учетом антропометрических показателей их матерей.

Материал и методы. Обследовано 20 крупновесных (Гр1), 20 маловесных (Гр2) и 50 доношенных новорожденных с нормальной массой тела при рождении (ГрК). Масса тела (МТ) крупновесных составила 4,30 [4,14; 4,40] кг, маловесных – 2,46 [2,27; 2,65] кг, детей группы контроля – 3,39 [3,26; 3,62] кг. Длина тела – 55,8 [54,2; 56,7] см, 50,8 [48,5; 51,1] и 52,2 [51,3; 53,5] соответственно. Производные показатели (ИМТ, Z-score массы тела) рассчитывали с помощью программы WHO Anthro. Все новорожденные были от одноплодной беременности, не имели отечного синдрома, ВПР. Исследование уровней адипонектина и лептина в пуповинной крови проведено наборами «DRG International Inc». Статобработка данных выполнена в программе Statistica 7.0.

Результаты и их обсуждение. Прегравидарная масса тела (прМТ) матерей детей Гр1 была выше, чем в ГрК (65,0 [60,0; 69,0] кг против 56,0 [52,0; 60,0] кг, $p < 0,001$). Прибавка МТ за беременность составила 17,0 [12,5; 19,0] кг, против 12,8 [11,0; 15,0] кг в группе контроля ($p=0,04$). ИМТ (24,2 [20,6; 25,6] кг/м²) у матерей крупновесных достоверно выше ($p=0,014$), чем в контроле (20,1 [19,1; 21,6] кг/м²). ПрМТ матерей маловесных составила 63,0 [60,0; 72,0] кг (в контроле 56,0 [52,0; 60,0] кг, $p=0,03$). Прибавка МТ за беременность была ниже в Гр2 (10,4 [10,0; 11,0] кг против 12,8 [11,0; 15,0] кг, $p=0,008$). ИМТ матерей Гр2 (22,9 [21,9; 23,4] кг/м²) достоверно ($p=0,005$) отличался от ГрК. Уровни лептина пуповинной крови составили у детей Гр1 – 11,06 [4,67; 32,75] нг/мл, Гр2 – 3,35 [1,15; 4,99] нг/мл, ГрК – 5,02 [2,32; 9,08] нг/мл ($p1-k=0,001$; $p2-k=0,08$; $p1-2=0,002$). Содержание адипонектина значимых отличий не имело (25,44 [6,87; 29,37], 23,65 [21,30; 30,68] и 32,55 [26,10; 38,19] мкг/мл). Установлены прямая корреляционная взаимосвязь между МТ детей и уровнем лептина пуповинной крови ($r=0,428$; $p=0,001$), обратная – между значениями прМТ матерей и концентрацией адипонектина ($r=-0,404$; $p=0,018$).

Заключение. Адипокиновый дисбаланс отмечается при рождении как у крупновесных, так и маловесных доношенных новорожденных.

ГЕМАНГИОМЫ У ДЕТЕЙ: ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

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

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецк, Украина

Гемангиомы кожных покровов и слизистых – доброкачественные сосудистые образования, составляющие 50% опухолей мягких тканей у детей. Для ликвидации гемангиом используют: хирургическое, криогенное лечение, лучевую, склерозирующую, глюкокортикоидную терапию, диатермокоагуляцию, а также неселективный β -адреноблокатор пропранолол, обладающий антиангиогенным действием.

Цель исследования: оценить эффективность применения неселективного β -блокатора пропранолола у детей с гемангиомами различной локализации.

Материал и методы. 53 ребенка с гемангиомами (46 девочек, 7 мальчиков) в возрасте от 2 месяцев до 5 лет. Все пациенты имели безусловные (быстрый рост опухоли, обширность поражения, ранний возраст, локализация в области головы и шеи) и/или условные (кровотечение и изъязвление) показания к назначению β -блокаторов. Начало лечения приходилось: у 46 (86,8%) детей на стадию активного роста, у 3 (5,7%) чел. – на стадию прекращения роста, у 4 (7,5%) чел. – на период появления осложнений (кровотечение, инфицирование). В одном случае регистрировались множественные кавернозные гемангиомы диаметром 0,5-1 см, в том числе висцеральные. До обращения в клинику 28 (52,8%) пациентов не получали лечения, у остальных проведенная терапия была неэффективна. Перед назначением пропранолола всем детям проводилось комплексное общеклиническое и кардиологическое обследование. Пропранолол назначали в дозе 0,5-2,5 мг/кг с титрованием в течение 3-4 недель. Продолжительность терапии – 9-15 месяцев. Во время приема пропранолола всем пациентам проводили мониторинг частоты сердечных сокращений и АД. Контроль за эффективностью лечения осуществляли путем ультразвукового исследования, фотодокументирования гемангиом.

Результаты. У всех детей констатирован положительный эффект, начиная с первых дней лечения, в виде изменения цвета гемангиом (уменьшение их яркости или цианотичности), прекращения кровоточивости, уменьшения площади, вплоть до полной регрессии опухоли. Побочных реакций в процессе лечения не наблюдали. Катамнестическое наблюдение продолжалось 3 года – у 6 чел., 1,5 года – у 18 чел., 6 мес. – у 8 чел. Рецидивов гемангиом не было. В настоящее время 11 пациентов продолжают получать лечение.

Выводы. Пропранолол является эффективным и безопасным методом лечения гемангиом, который целесообразно использовать у детей с первых месяцев жизни в качестве препарата первой линии.

НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С СЕПСИСОМ

Рагимова Н.Д¹., Полухова А.А.²

Научно-Исследовательский Институт Педиатрии им. К.Я. Фараджевой¹

Азербайджанский Медицинский университет²

Баку, Азербайджан

Особое место в структуре заболеваемости и смертности детей на первом месяце жизни занимают неонатальные инфекции. Перинатальные инфекции являются одной из основных причин тяжелого неврологического повреждения при рождении.

С целью оценки диагностического и прогностического значений показателей нейроспецифической енолазы (НСЕ), интерлейкина 1 β (ИЛ-1 β), интерлейкина-6 (ИЛ-6) было обследовано 88 новорожденных с сепсисом различного гестационного возраста.

Проведено общепринятое клинико-анамнестическое, лабораторное, инструментальное обследования. Лабораторное обследование включало: общий анализ крови, определение уровня С-реактивного белка в крови, иммуноферментный, бактериологические методы, полимеразно-цепная реакция.

Среди обследованных новорожденных, септикоциемия установлена у 46, септикопиемия у 42 новорожденного. У обследованных новорожденных септический процесс осложнялся диссеминированным внутрисосудистым свертыванием (6), энтероколитом (41), некротическим энтероколитом (22), вентрикулитом (19), менингитом (6), перикардитом (3), гематогенным остеомиелитом (17).

Установлено, что у новорожденных с сепсисом уровень НСЕ в 2,5 раза выше уровня новорожденных контрольной группы. Среди обследованных новорожденных со структурными поражениями отмечается наибольшая активность НСЕ. У новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями уровень ИЛ-6, ИЛ-1 β достигает наивысшего уровня. Уровень ИЛ-1 β в сыворотке крови у доношенных в 4,7 раз, а у недоношенных в 3,2 раз выше уровня новорожденных контрольной группы. Концентрация ИЛ-6 в сыворотке крови у доношенных достигала $22,9 \pm 2,39$ пг/мл, что в 5,5 раз выше уровня новорожденных контрольной группы. Содержание ИЛ-6 у недоношенных в 4,6 раза выше показателей контрольной группы. Высокий уровень НСЕ, ИЛ-6, ИЛ-1 β в сыворотке крови при сепсисе свидетельствуют также о тяжелом поражении центральной нервной системы.

Определение нейроиммунологических показателей в сыворотке крови у новорожденных с перинатальными инфекциями позволяет использовать их в качестве критерии ранней диагностики и прогнозирования тяжести перинатальных поражений ЦНС.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE-ИНФЕКЦИЯ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

Радутная Е.А., Иванько О.Г., Пидкова В.Я., Крутъ А.С., Шульга А.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Запорожье, Украина

По данным многочисленных исследований одной из основных причин антибиотик-ассоциированных диарей и колитов является Clostridium difficile-инфекция. С каждым годом в мире отмечается увеличение частоты и тяжести этого заболевания.

Целью исследования было усовершенствование ранней диагностики кишечных осложнений антибиотикотерапии, в том числе, обусловленных Clostridium difficile-инфекцией у детей.

Был обследован 131 ребенок в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Из них 116 детей с соматическими заболеваниями получали антибактериальные препараты. Контрольную группу составили 15 клинически здоровых детей. Всем проведены общеклинические, биохимические, копрологические, бактериологические, иммунохроматографические и иммуноферментные исследования. Обязательными критериями диагноза антибиотик-ассоциированной диареи, обусловленной Clostridium difficile-инфекцией, считали факт приема антибиотика, диарею, которая возникала на фоне антибиотикотерапии, положительный тест на токсины Clostridium difficile A+B в кале больных, отсутствие других (инфекционных и неинфекционных) причин диареи.

По результатам исследования наиболее частым кишечным осложнением антибиотикотерапии была острая диарея, которая выявлялась у 25% детей. Из них у 76% больных определялись токсины Clostridium difficile в кале. Установлено, что риск развития кишечного клостридиоза возрастает у детей, которые получали длительную, комбинированную антибиотикотерапию. Особенностью клинических проявлений

Clostridium difficile-инфекции был преимущественно колитный синдром со среднетяжелым и тяжелым течением. Кроме диареи, наиболее частыми симптомами были лихорадка (87,5% больных), метеоризм (69%), абдоминальные боли (75%), лейкоцитоз (69% детей), ускорение СОЭ (75%), эксикоз (31% больных). Анализ копрологических исследований выявил при клостридиальной инфекции показатели воспалительных изменений в кишечнике (кровь, лейкоциты, слизь).

Установлено, что определение токсинов *Clostridium difficile* в комплексе с клиническими данными и копрологическими исследованиями, высоко информативно в ранней диагностике прогностически неблагоприятных кишечных осложнений антибиотикотерапии.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ

Рыбинская В.А.¹, Добренко О.В.¹, Гузаревич В.Б.², Конюх Е.А.¹

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
Учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница»²

Гродно, Беларусь

В течение более десятка лет первое место среди гемобластозов у детей занимают острые лейкозы (ОЛ). Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения заболевания при первичной диагностике ОЛ возникают сложности, связанные с неспецифической картиной заболевания.

Цель исследования: проанализировать эпидемиологические и клинико-лабораторные данные при первичной диагностике острого лейкоза у детей.

Объект и методы исследования. Для анализа отобраны медицинские карты детей, госпитализированных в соматические отделения детского стационара областного уровня, у которых при первичном обследовании диагностирован острый лейкоз.

Результаты. Проанализированы медицинские карты 25 детей с ОЛ: 1 ребенок – годовалого возраста, дети 2–6 лет составили 64% (16 человек), 7–10 лет – 16% (4 ребенка), 11–18 лет – 16% (4 человека). Из них 15 мальчиков, 10 девочек. Установлено, что жалобы на длительный кашель были у 37,5%, насморк – у 16,6%. У 83,3% обследуемых отмечалось повышение температуры, у 37,5% – боль в суставах при движении, полилимфоаденопатия встречалась у третьей части обследуемых (36,3%). Увеличение селезенки у детей с ОЛ встречалось в 50% случаев, гепатомегалия – в 45,8%. Боли в животе беспокоили 12,5% детей. У 29,1% отмечались петехиальная сыпь и экхимозы. 8,3% пациентов указывали на рецидивирующие носовые кровотечения. Следует отметить, что у 64,9% пациентов клинические проявления отмечались менее 1 месяца до момента выявления заболевания.

Анемия и тромбоцитопения встречалась в 62,5% случаев. Лейкопения и лейкоцитоз выявлены в одинаковом проценте случаев (по 29,1%), у остальных пациентов уровень лейкоцитов оставался в пределах нормы. У 54,1% детей отмечались признаки нейтропении. Повышение СОЭ было у 87,5% детей. По нашим данным лишь у 20,8% детей в периферической крови встречались бластные клетки. Остальным детям выполнена миелограмма для подтверждения диагноза. Количество бластных клеток в пунктате составляло от 51 до 88% у разных пациентов.

Таким образом, среди пациентов с ОЛ преобладают мальчики (1,5:1). Чаще ОЛ манифестирует в возрасте 2–6 лет. Клиническая картина при ОЛ у детей разнообразна, однако дифференциальной диагностики требует длительный кашель, артриты, боли в животе, геморрагическая сыпь.

**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АУДИОЛОГИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ
ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

Сапожников Я.М., Карпов В.Л.

ФГБУ Научно-клинический центр оториноларингологии
Москва, Россия

В соответствии с «Универсальным аудиологическим скринингом новорожденных и детей первого года жизни» 1-й этап аудиологического скрининга проводится в учреждениях родовспоможения и детства в сроки от 3-4 дней до 1 мес. после рождения методом регистрации, задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ).

Следует отметить, что в 20 и более % случаев ЗВОАЭ во время 1-го этапа аудиологического скрининга не регистрируется. Это связано с разными причинами: некомпетентностью персонала, проводящего исследование, отсутствием туалета наружного слухового прохода, наличием кондуктивной тугоухости и др.

В рамках проведения 1-го этапа неонатального аудиологического скрининга нами были обследованы 100 новорожденных детей (200 ушей) в возрасте 3-4 дней. Наряду с классической схемой проведения скрининга (регистрация ЗВОАЭ) проводили широкополосную тимпанометрию. Использовался портативный прибор “Titan” фирмы Interacoustics (Дания). Существенным преимуществом данного прибора является возможность проведения обоих исследований, не вынимая зондовый микрофон из уха младенца. У 94 новорожденных была зарегистрирована ЗВОАЭ с обеих сторон (188 ушей), при этом у них были зарегистрированы следующие типы тимпанограмм (Т): у 40(40%) обследованных детей (88 ушей) наблюдалась Т типа «А». У 30 (30%) - (60 ушей) наблюдалась двухпиковая Т, характерная для Т типа «Е» у взрослых пациентов. У 22 (22%) - (44 уха) наблюдался пик, характерный для Т типа «Ad» у взрослых пациентов. У 4 (4%) – (8 ушей) Т типа В. У 6 новорожденных (6%) - (12 ушей) ЗВОАЭ зарегистрирована не была, при этом у двух детей была зарегистрирована с обеих сторон Т типа А, что свидетельствовало об отсутствии кондуктивной тугоухости и свидетельствовало о наличии сенсоневральной тугоухости.

Таким образом, использование широкополосной тимпанометрии в рамках первого этапа аудиологического скрининга новорожденных расширяет возможности для выявления кондуктивной тугоухости; следует рекомендовать использование широкополосной тимпанометрии при проведении второго этапа аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни для выявления кондуктивной тугоухости, а также при обследовании недоношенных новорожденных с различным сроком гестации.

**ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПОСТУПЛЕНИЕ БЕЛКА И ПРИРОСТ МАССЫ ТЕЛА У
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В
ПЕРВЫЕ ДВА МЕСЯЦА ЖИЗНИ**

Сапотницкий А.В., Подольская Т.С., Гребенько В.Е.

Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь

Цель – изучение нарастания массы тела недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в первые два месяца жизни в зависимости от энтерального поступления белка.

Материалы и методы. В исследование включены 32 недоношенных ребенка с ЭНМТ. Рассчитаны среднесуточные прибавки массы тела за второй месяц жизни. Средние

значения исследуемых величин представлены в виде медианы и интерквартильного размаха, применен критерий Манна – Уитни.

Масса тела при рождении в обеих группах не отличалась, составив 860 (800,0 – 990,0) г и 790 (730,0 – 960,0) г в группе 1 и 2 соответственно. В первую группу включены 15 новорожденных, у которых к возрасту 1 месяца жизни удалось достичь целевых показателей потребляемого белка не менее 3,5 г/кг в сутки (в среднем 4,0 (3,6 – 4,4) г/кг в сутки). У этих детей удавалось постепенно и плавно наращивать объемы энтеральной нагрузки без срывов. Во вторую группу включены 17 детей, у которых среднее поступление белка с питанием составило 2,6 (1,9 – 3,0) г/кг/сут. Причинами недостаточного поступления белка стали срывы нарастания объемов энтеральной нагрузки. Они проявлялись в виде одного или нескольких эпизодов снижения суточного объема потребляемой смеси в течение первого месяца жизни. Случаев некротического энтероколита у обследованных детей зарегистрировано не было.

Результаты и обсуждение. В возрасте одного месяца жизни масса тела достоверно не отличалась, составив 1300,0 (950,0 – 1400,0) г и 1230,0 (980,0 – 1390,0) г в группах 1 и 2 соответственно. В возрасте двух месяцев жизни средняя масса тела в группе 2 составила 1750,0 (1450,0 – 1890,0), что было достоверно ниже ($p=0,02$), чем в группе 1 – 2100,0 (1850,0 – 2250,0) г. В группе 2 средняя прибавка массы тела за второй месяц была достоверно ниже ($p=0,016$) по сравнению с первой, составив 18,63 (14,17 – 23,25) г, что было чем в первой группе – 27,87 (23,10 – 30,70) г.

Выводы. Дети с ЭНМТ при меньшем поступлении белка имели более низкие показатели массы тела в возрасте двух месяцев жизни, а также более низкие темпы среднесуточной прибавки массы тела во второй месяц жизни. Дальнейшие исследования важны в плане поиска методов оптимизации белкового обеспечения в первые месяцы жизни у новорожденных с ЭНМТ.

СОДЕРЖАНИЕ ДИСГЕМОГЛОБИНОВ В ПЕРВЫЙ ЧАС ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С МАССОЙ МЕНЕЕ 1000 ГРАММ И РАЗВИТИЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

Сапотницкий А.В., Саханова Ю.В., Талабаева М.М.

Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь

Цель работы – изучить концентрации гемоглобина и дисгемоглобинов в артериальной крови в первый час жизни у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в зависимости от развития впоследствии ретинопатии недоношенных (РН).

Материалы и методы. Обследовано 29 детей с ЭНМТ при рождении. В первую группу включены 17 детей, у которых в течение первых двух месяцев жизни развилась РН, во вторую 12 младенцев без РН. Анализ проведен в течение 60 минут после рождения. Кровь получали их артериального катетера. Определены концентрации общего гемоглобина, оксигемоглобина, восстановленного гемоглобина, метгемоглобина, карбоксигемоглобина, фетального гемоглобина. Средние значения исследуемых величин представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. При сравнении применен критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Гестационный возраст составил 28,0 (27,0-30,0) недель и 28,0 (27,0-29,0) недель, а средняя масса тела при рождении 900,0 (760,0-990,0) г и 870,0 (750,0-990,0) г в группах 1 и 2 соответственно. Не обнаружено различий в средних значениях концентраций общего гемоглобина: 153,0 (137,0-172,0) и 155,0 (129,0-171,0) г/л, фракций оксигемоглобина (95,6 (94,6-96,8)% и 95,1 (83,6-96,5)% восстановленного гемоглобина (1,9 (1,0-3,1)% и 3,3 (1,5-21,2)% в группах 1 и 2 соответственно. Значения

концентраций карбоксигемоглобина не имели достоверных различий, составив 1,2 (1,1-1,5)% и 1,2 (1,11,4)% в группах 1 и 2 соответственно.

Выявлено статистически значимое ($p=0,048$) увеличение фракции метгемоглобина в первой группе: 1,1 (0,91,4)% против 0,8 (0,7-0,9)% в группе 2. Метгемоглобин смещает кривую диссоциации оксигемоглобина влево, что снижает кислородотранспортную функцию крови, приводя к снижению оксигенации тканей. Можно предполагать, что дальнейшее быстрое повышение содержания концентраций кислорода в тканях в процессе лечения приводит к избыточному токсическому воздействию на незрелую сетчатку недоношенных детей и увеличивает риск развития РН.

Выводы. Выявлено повышение фракции метгемоглобина в первый час жизни у детей с ЭНМТ, у которых в дальнейшем развилась РН. Концентрация метгемоглобина может стать перспективным предиктором развития ретинопатии недоношенных.

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ И ИНВАЗИРОВАННОСТЬ ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Сарбасова Ж.О., Ибраева К.Е., Карасаева А., Калиуллаев Б.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова
Алматы, Казахстан

Цель работы: Уточнить патогенетические аспекты повышенной респираторной заболеваемости у детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями.

Материал и методы исследования: Обследовано 214 детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями в возрасте от 1 до 15 лет на базе Городской поликлиники №33 и школы-интернат №17 г. Алматы. Группу сравнения составили 103 относительно здоровых ребенка. Для определения уровней антител к антигенам вируса Эпштейна-Барр, иммуноглобулинов класса G к антигенам *Mycoplasma* и *Chlamydiae pneumoniae*, а также антител (total) к антигенам пяти видов гельминтов и одного вида простейших (лямблии) использовался метод твердофазного иммуноферментного анализа с тест-системами ЗАО «Вектор-Бест» и ООО «ИмДи-спектр» (г. Новосибирск).

Результаты: Установлено, что у детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями в межрецидивном периоде отмечается инфицирование вирусом Эпштейна-Барр (98,7%), *Mycoplasma pneumoniae* (14,3%), *Chlamydiae pneumoniae* (12,3%), *Laiblia intestinalis* (58,8%), *Ascaris lumbricoides* (25,8%).

Выводы: Таким образом, инфицирование вирусом Эпштейна-Барр, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydiae pneumoniae* и инвазирование *Laiblia intestinalis*, *Ascaris lumbricoides* влияют на частоту обострений, длительность и тяжесть респираторных заболеваний в межрецидивном периоде у часто болеющих детей.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРАЛЬНЫХ СИСТЕМ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Сафаров З.Ф., Шарипов А.М., Усманова Г.М., Джусубатова Р.С., Касымова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Актуальность: многообразие клинических проявлений полиорганной недостаточности и трудности определения риска развития опасных для жизни осложнений, а также нарастающее из года в год число публикаций, посвященных этих вопросам, свидетельствуют об актуальности исследований в этом направлении, и о необходимости дальнейших углубленных поисков в направлении формализации диагностической информации о полиорганной недостаточности у пациентов

Цель исследования: Разработка систем прогноза исхода и осложнений состояний различной тяжести для оптимизации лечебной тактики в этапах догоспитальной помощи

на основании сравнительного анализа наиболее распространенных в настоящее время шкал.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 143 детей, поступивших по линии городской службы скорой медицинской помощи клинику Ташкентского педиатрического института, которому доставлены. Проведено ретроспективная оценка тяжести состояния детей, основываясь, результатов ранее проведенных обследований по шкале APACHE II, SAPS, SOFA и MODS для прогноза результатов диагностики у детей состояниями различной тяжести. Больные распределены на 5 групп по набранным баллам по шкале APACHE II. Для сопоставления полученных данных именно по этим группам было повторно проведено балльная оценка первые сутки в интенсивной палате ОРИТ.

Результаты исследования: в шоковой палате приёмного покоя больные набирали по APACHE II $23,0 \pm 0,56$ баллов, по SAPS $17,6 \pm 0,53$ баллов, по MODS $14,4 \pm 0,42$ баллов и по SOFA $12,3 \pm 0,34$ баллов. В первой сутки интенсивной палате ОРИТ по APACHE II $18,6 \pm 0,56$ баллов, по SAPS $13,8 \pm 0,56$ баллов, MODS $9,0 \pm 0,54$ баллов и по SOFA $9,2 \pm 0,37$ баллов. Из общей количества случаев было наблюдено 63 (44,1%) летальных исходов. При анализе балльной оценки по интегральным шкалам умерших больных было получено следующие результаты: по APACHE II 28,7 ($\pm 2,9$) баллов, по SAPS 25,9 ($\pm 2,3$) баллов, MODS 12,9 ($\pm 1,9$) баллов по SOFA 10,9 ($\pm 1,1$) баллов.

Заключение: На основе результатов исследования установлено, что характер, течение и прогноз критических состояний во многом определяются возрастными особенностями и ограничением компенсаторных возможностей детского организма. Исследования ещё раз утверждает на допустимость применения в педиатрической практике оценочной системы APACHE II. Максимальной информационной ценностью среди использованных интегральных систем у детей обладает шкала SAPS и MO.

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПРОЦЕССЫ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ УСТОЙЧИВЫХ СТЕРЕОТИПОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Сергета И.В., Панчук А.Е., Макаров С.Ю.

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

В структуре формирования устойчивых стереотипов здорового образа жизни детей и подростков, учащихся и студентов, несомненно, одно из важнейших мест, занимают вопросы психогигиенического содержания, в центре которых находятся проблемы, связанные с изучением и объективной оценкой психофизиологических функций организма, личностных особенностей и состояния психического здоровья, а также особенностями его динамических изменений в связи с воздействием на организм природных, учебных и социально-бытовых факторов и разработкой, на основании этих исследований, профилактических мероприятий, направленных на активное воздействия на человеческий организм и среду его обитания с целью создания наиболее благоприятных условий для сохранения и укрепления психического и соматического здоровья.

Психогигиена в целом, психогигиена детей и подростков в частности определяют в качестве приоритетных два ведущих направления реализации своих задач: первое – связано с осуществлением гигиенической донозологической диагностики, в центре которой находится установление наличия разнообразных преморбидных изменений в состоянии здоровья в контексте причинно-следственной взаимосвязи индивидуума и окружающей среды, второе – предполагает непосредственное осуществление первичной профилактики различных донозологических нарушений с целью повышения психической

и соматической устойчивости организма, а также гармонизации отношений личности и социума.

Учитывая вышеизложенное, в ходе проведенных исследований разработана и научно обоснована концепция психогигиенического воздействия как на процессы сохранения и укрепления здоровья детей и подростков, так и на процессы формирования устойчивых стереотипов здорового их образа жизни, ведущими компонентами которой являются: разработка профилактически-обусловленной методологии изучения психического здоровья (методологический компонент), определение особенностей психофизиологического состояния организма и личностных особенностей детей и подростков (диагностический компонент), обоснование профилактических технологий, направленных на сохранение общесоматического здоровья путем укрепления его нервно-психической составляющей благодаря использованию разнообразных психогигиенических мероприятий (профилактический компонент), а также использование системного подхода к проведению прогностической оценки состояния психического здоровья (прогностический компонент).

ОСТРОФАЗОВЫЕ БЕЛКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕНИНГИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Слижевская Е.Е., Астапов А.А.

Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь

Определение содержания белков острой фазы воспаления в биохимическом анализе крови у детей с нейроинфекциями позволяет расширить возможности дифференциальной диагностики менингитов различной этиологии.

Цель исследования: оценить содержание белков острой фазы воспаления у детей с менингитами гемофильной и герпетической этиологии.

Материалы и методы. Ретроспективно были проанализированы 51 медицинская карта пациентов, лечившихся в УЗ «ГДИКБ» г. Минска по поводу гнойного менингита гемофильной этиологии (26 карт) и серозного менингита герпетической этиологии (25 карт).

Результаты. В первые 3 дня заболевания у 22 пациентов с менингитом гемофильной этиологии отмечалось увеличение содержания СРБ до $118,7 \pm 40,8$ мг/л. У 19 пациентов отмечалось увеличение уровня фибриногена до $5,7 \pm 1,2$ г/л. Уровень альбуминов определялся у 17 пациентов, и у всех пациентов он был снижен до $47,2 \pm 3,9\%$. Уровень альфа-1-глобулина и альфа-2-глобулина определялся у 9 пациентов. Среднее значение альфа-1-глобулина составило $8,4 \pm 1,5\%$, альфа-2-глобулина $- 17,2 \pm 2,1\%$. До начала этиотропной терапии у 14 пациентов с менингитом герпетической этиологии отмечалось увеличение содержания СРБ до $7,7 \pm 1,7$ мг/л, что было достоверно ниже по сравнению с содержанием СРБ у пациентов с гнойным менингитом ($p < 0,001$). Содержание фибриногена определялось у 5 пациентов. Среднее содержание его составило $3,9 \pm 1,9$ г/л, что было достоверно ниже по сравнению с содержанием фибриногена у пациентов с гнойным менингитом ($p < 0,05$). Уровень альбуминов определялся у 10 пациентов, среднее содержание альбумина составило $53,6 \pm 7,8\%$, и различие не было достоверным ($p > 0,05$). Уровень альфа-1-глобулина и альфа-2-глобулина определялся у 7 пациентов. Среднее значение альфа-1-глобулина составило $6,0 \pm 1,3\%$, альфа-2-глобулина $- 13,3 \pm 1,8\%$, что было достоверно снижено по сравнению с пациентами с гнойным менингитом ($p < 0,001$).

Выводы: 1. При гнойных менингитах, по сравнению с вирусными менингитами, достоверно увеличено содержание СРБ, фибриногена, альфа-1-глобулина и альфа-2-глобулина. 2. Определение содержания белков острой фазы воспаления можно

использовать для дифференциальной диагностики бактериальной и вирусной нейроинфекции.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, КАК ДЕСТАБИЛИЗИРУЮЩИЙ ФАКТОР НОРМАЛИЗАЦИИ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ НЕГОСПИТАЛЬНУЮ ПНЕВМОНИЮ

Смиян А.И., Васыльшин К.И., Романюк О.К., Горбась В.А., Бында Т.П.

Сумской государственный университет, Медицинский институт
Сумы, Украина

К настоящему времени существенных тенденций к снижению удельного веса негоспитальной пневмонии (НП) в структуре заболеваемости и смертности детского населения не отмечается. Важным остается дальнейшее изучение клинического течения внебольничной пневмонии, возникшие на фоне анемии и состояния иммунологического баланса у детей предшкольного возраста.

Целью работы было изучение влияния железодефицитной анемии (ЖДА), как фонового заболевания на некоторые показатели иммунологического статуса детей, больных негоспитальной пневмонией

Материалы и методы. Обследованы 49 пациентов с НП, в возрасте от одного до трех лет. В зависимости от наличия ЖДА дети были разделены на группы: I группа - 21 больных НП без ЖДА; II группа - 28 пациентов НП с ЖДА легкой степени. Уровень показателей клеточного звена иммунитета определяли в сыворотке крови с помощью иммунологических методов исследования в динамике лечения: на 1-3-и сутки после госпитализации и в период стабильного улучшения общего состояния (12-14-й день).

Результаты работы. Дополнены научные данные о характере иммунного ответа у детей, больных негоспитальной пневмонией на фоне железодефицитной анемии, которая заключается в угнетении состояния клеточного звена иммунитета, что подтверждается существенно сниженным уровнем CD3 +, CD4 +, CD8 +, CD16 +, лимфопенией, достоверно повышенном уровне IL-4 и IL -8. В начале заболевания у больных с ЖДА отмечалось снижение количества CD8 + ($p < 0,01$) по сравнению с показателями практически здоровых детей и уменьшение количества лимфоцитов ($p < 0,01$), CD3 + ($p < 0,001$), CD4 + ($p < 0,05$), против соответствующих показателей у детей, больных НП без ЖДА. На этапе выздоровления у больных НП без ЖДА происходила нормализация уровней CD8 +, CD16 +, тогда как количество лимфоцитов, CD3 +, CD4 + оставались ниже показателей практически здоровых детей.

Выводы: - у детей с НП всех групп в остром периоде наблюдалась значительная дисфункция иммунной системы, проявляющаяся формированием относительного гиперсупрессорного варианта иммунодефицита; в периоде реконвалесценции у пациентов с негоспитальной пневмонией без анемии нормализация иммунологических показателей происходила раньше.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РОТАВИРУСНОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА МОДИФИЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Смиян-Горбунова Е.

Сумской государственный университет
Сумы, Украина

Основной причиной острой диареи по всему миру служит ротавирусная инфекция (РВИ) у детей раннего возраста. Заболеваемость РВИ составляет 125 млн. случаев ежегодно по всему земному шару.

Целью нашей работы было оценка эффективности модифицированной терапии у детей, больных ротавирусной кишечной инфекции, на основе изучения показателей микрофлоры кишечника.

Нами было обследовано 42 ребенка в возрасте от 4 месяцев до 5 лет, из них 27 больных РВИ и 15 практически здоровых детей. Верификация диагноза проводилась с помощью иммунохроматографического. В зависимости от получаемой терапии все больные были разделены на две группы: - первая группа (13 детей) – больные, которые получали стандартное лечение; вторая группа (14 детей) – больные, в модифицированном лечении которых использовался пробиотик (*Bacillus clausii* – 2×109), а также порошок для оральной регидратации (*Lactobacillus reuteri* DSM 17938, цинка сульфат). Лечение проводилось пробиотиком в течении 10 дней, а препаратом для оральной регидратации – 5 дней в дозах, рекомендуемых инструкцией завода-изготовителя. Оценка состояния кишечной микрофлоры проводили путем бактериологического исследования испражнений с определением видового состава и популяционного уровня микробиоты по методу Р.Б. Эпштейн-Литвак (1977) в остром периоде заболевания и в периоде реконвалесценции.

Острый период заболевания у детей, больных РВИ характеризовался достоверным снижение показателей бифидо-, лактобактерий, общего количества кишечной палочки, а также повышением стафилококка, условно-патогенной микрофлоры (УПМ) и грибов рода Кандида при сравнении с аналогичными данными здоровых детей. После проведенной стандартной терапии у пациентов первой группы наблюдалось достоверное уменьшение значения бифидо-, лактобактерий, общего количества кишечной палочки и увеличение стафилококка, УПМ, грибов рода Кандида, чем в остром периоде заболевания. Для детей второй группы период выздоровления характеризовался нормализацией показателей бифидо-, лактобактерий, общего количества кишечной палочки, стафилококка, УПМ, а также грибов рода Кандида.

Результаты нашего исследования позволяют рекомендовать включать в комплексное лечение больных РВИ пробиотического препарата в состав которого входят *Bacillus clausii*, а также порошок для оральной регидратации, содержащий *Lactobacillus reuteri* и сульфат цинка.

ИЗУЧЕНИЕ PIVKA-II У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Соляник А.В., Иванько О.Г.

ЗГМУ

Запорожье, Украина

Современные педиатры рекомендуют однократное введение витамина К1 (филоквина) сразу после рождения для предупреждения геморрагической болезни новорождённых, но эта практика может нарушать. Целью нашего исследования стало определение концентраций PIVKA-II (protein induced by vitamin K absence) у детей первых шести месяцев жизни, находящихся исключительно на грудном вскармливании, дефицитном по витамину К. По ранее проведенным исследованиям, высокие концентрации PIVKA-II, определяемые методом ИФА, достоверно выявляют витамин -К-дефицитные состояния.

Мы исследовали 180 детей в возрасте от 1 суток до 6 месяцев, которые родились доношенными, с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов и находились на грудном вскармливании с момента рождения. В обследовании приняли участие 81 девочка и 99 мальчиков. Из 135 детей, которые были обследованы в период новорожденности, 60 по социальным причинам не получили профилактическую инъекцию витамина К. Из 48

детей, которые были обследованы в возрасте от 1 до 6 месяцев, 35- получали в момент исследования антибактериальную терапию.

При анализе всех показателей концентраций PIVKA-II в сыворотке выявлено 3 характерных возрастных паттерна. Первый составили дети в возрасте от момента рождения до 7 дней. Почти 2/3 из них, независимо от факта получения инъекции витамина K, имели высокие уровни PIVKA-II->40 Au/ml. Следующую группу составили дети в возрасте от 8 дней до 1 месяца. Ни у одного из этих 32 здоровых детей не выявлялись повышенные концентрации PIVKA-II. Среди 48 детей, вошедших в возрастную группу от 1 до 6 месяцев жизни, вновь появились PIVKA-II – позитивные дети. 15 из них получали антибиотики. Мы можем сделать выводы, что 93 (52%) образцов сыворотки детей первых недель и месяцев жизни, находящихся на естественном вскармливании, содержали повышенные концентрации PIVKA-II, что свидетельствует о скрытом гиповитаминозе K в этой субпопуляции. Профилактическое введение витамина новорожденным у части детей не предупреждает дефицит витамина K. Витаминное обеспечение улучшается у детей старше 7 дней, имеющих нормальные показатели PIVKA-II, что можно связать с началом выработки менаквиринов (витамина K2) эндогенной флорой толстого кишечника.

Грудные дети, получающие антибиотики, склонны к возобновлению дефицита витамина K. Коррекцию дефицита витамина K у детей можно проводить пробиотиками, способными вырабатывать эндогенные менаквирины.

СОДЕРЖАНИЕ IL-4 И TNF-А В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сокольник С.В., Сорокман Т.В., Новак Д.И., Лозюк И.Я.

Буковинский государственный медицинский университет

Черновцы, Украина

Особый интерес представляют медиаторы врожденного и адаптивного иммунитета - интерлейкины, которые играют центральную роль в регуляции иммунной системы слизистой оболочки. Вероятно, развитие и результат воспаления в слизистой оболочке желудка тесно связаны с балансом про- и противовоспалительных цитокинов.

Цель - исследовать содержание IL-4 и TNF- α в сыворотке крови детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП).

Материал и методы. Исследование проведено на базе гастроэнтерологического отделения Черновицкой областной клинической детской больницы в течение 2014-2015 гг. Основную клиническую группу составили 64 ребенка в возрасте 8-18 лет с ХГДП. Группу сравнения составили 25 практически здоровых детей сопоставимых по возрасту и полу с основной клинической группой, все обследованные дети были в удовлетворительном состоянии, физическое и нервно-психическое развитие соответствовало возрасту. Исследования содержания ИЛ-4 и TNF- α в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с помощью тест-системы «Вектор Бест» (Россия) и «DRG» (IMMUNOTECH, Франция).

Результаты. В 88,9% детей с ХГДП выявлено повышение IL-4 у детей групп сравнения. Содержание TNF- α достоверно не отличалось по показателям у детей групп сравнения. Между содержанием TNF- α и IL-4 выявлено прямая корреляционная связь ($r = +0,53$, $p < 0,01$). Содержание IL-4 было выше у детей при пангастрите и антравальном гастрите, в то время как концентрация TNF- α не отличалась. Выше был уровень IL-4 у детей с бульбитом, чем у пациентов с дуоденитом. Отличались показатели и при разной кислотообразующей функции желудка. Самые высокие показатели определялись при повышенной кислотообразующей функции желудка ((ИЛ-4: 10,3 (16,6: 22,9) пг/мл TNF- α : 14,9 (18,6: 21,9) пг / мл)).

По нашим данным, у детей с расстройствами моторики желудочно-кишечного тракта содержание ИЛ-4 составило ((6,8 (5,5; 8,35) пг / мл)) и не отличалось от пациентов без диагностированных нарушений моторики ((8, 5 (6,0; 9,4) пг/мл)), $p > 0,05$. Это же касалось и уровня TNF- α : при расстройствах моторики он составлял ((0,95 (0,3; 2,05) пг/мл)), без них - ((1,1 (0,4; 5,0)) пг/мл, $p < 0,05$. Рост провоспалительных факторов приводит к более глубокому повреждению слизистой оболочки.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СТРУКТУРА ТИМУСА И НАДПОЧЕЧНИКОВ В ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Сорокман Т.В.

Буковинский государственный медицинский университет
Черновцы, Украина

Существенное значение для характера течения заболевания, прогноза разрешение, выздоровления и развития осложнений имеет способность детского организма к иммунному ответу. Наряду с эндокринной и нервной системами, тимус, как один из центральных органов иммуногенеза обеспечивает ее интегрирующую функцию, отвечая за сохранение гомеостаза организма ребенка раннего возраста.

Цель - изучить функциональное состояние тимуса и надпочечников у детей с обструктивным бронхитом (ОБ).

Материал и методы. Обследовано 88 детей в возрасте от 1-го месяца до 3-х лет и 19 здоровых детей, репрезентативных по возрасту и полу. Ультразвуковое сканирование тимуса и надпочечников проводилось на аппарате - «Система ультразвуковой диагностики SSA-550A», фирмы TOSHIBA, с использованием линейного датчика с частотой 3,5-7,5 МГц.

Результаты. В ($46,2 \pm 4,1\%$) больных с ОБ выявлено увеличение тимуса. Линейные показатели, масса тимуса и тимический индекс (ТИ) у детей II группы достоверно превышали соответствующие показатели детей I и контрольной групп, что говорит об увеличении тимуса и наличие тимомегалии (ТМ) у больных ОБ ($p < 0,001$). Выявлена связь между ТИ и массой тела детей в обеих группах. Так, у детей I группы найден отрицательная корреляционная связь средней силы между ТИ и массой тела пациентов с ОБ без ТМ ($r = -0,7967$). У пациентов II группы установлена отрицательная корреляция средней силы ($r = -0,6543$ между исследуемыми показателями. При УЗИ надпочечников у детей I и контрольной групп не было выявлено достоверных различий в параметрах органов и установлено, что длина левой железы ($(7,7 \pm 0,1)$ мм и $(7,6 \pm 0,1)$ мм соответственно) меньше их ширины ($(11,8 \pm 0,1)$ мм и $(11,7 \pm 0,2)$ мм), а правый надпочечник - длиннее левый, что соответствует анатомическим особенностям их строения. Во время эхографии надпочечников у детей II группы было установлено, что длина левого надпочечника ($(9,8 \pm 0,2)$ мм) больше его ширины ($(9,3 \pm 0,2)$ мм) и превышает соответствующий показатель у детей, тогда как длина правой железы ($(8,5 \pm 0,2)$ мм) достоверно меньше, чем аналогичный показатель практически здоровых детей, скорее всего связано с гипертрофией тканей за счет снижения функциональной активности надпочечников ($p < 0,05$).

ФАКТОРЫ РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Сорокман Т.В.

Буковинский государственный медицинский университет
Черновцы, Украина

Метаболический синдром (МС) у детей и подростков является одной из актуальных медицинских проблем. Цель - определить факторы риска метаболического синдрома у детей.

Материал и методы. Методом случайной выборки обследовано 988 детей, которые обращались за медицинской помощью в областную детскую больницу г. Черновцы. Проанализированы жалобы, наследственный анамнез, анамнез жизни, проведено анкетирование и интервьюирование, изучена медицинская документация (форма 0112/у, форма 025/у). Статистический анализ распределения детей на группы по возрасту ($p1,3=0,302$; $p2,3=0,994$) и полу ($p1,3=0,455$; $p2,3=0,185$) не выявил достоверной разницы. Возраст обследованных детей составлял от 9 до 18 лет, из них детей с МС на фоне генерализованного ожирения (ГО) - 14,0 (11,0-16,0) лет, детей с МС на фоне абдоминального ожирения (АО) - 15 (12,0-17,0) лет.

Результаты. Отягощенный анамнез по метаболическим заболеваниям и их осложнениям установлен как у родственников детей с МС на фоне и ГО, так и на фоне АО, что говорит за эпидемичность и распространенность МС в общей взрослой популяции. Ожирение [15,7%; $p1,3=0,018$; $r1=0,18$; $p=0,026$] и артериальная гипертензия (АГ) (17,1%; $p1,3=0,010$) у матерей детей с МС на фоне ГО наблюдалась достоверно чаще, чем у детей группы контроля и реже у детей с МС на фоне АО ($p1,2=0,001$ и $p2,2=0,003$ соответственно). Частота ожирения (41,1%; $p2,3=0,001$) ($r2=0,31$; $p=0,008$) и АГ (38,9%; $p2,3=0,001$) у матери и ожирение (25,5%; $p2,3=0,0001$) и АГ (38,9%; $p2,3=0,0001$) у отца детей с МС на фоне АО достоверно выше, чем у детей группы контроля. Установлены периоды детства, которые можно считать угрожающими по развитию МС у детей с ГО и АО - набор избыточной массы тела в возрасте 1-5 мес и 6-18 лет ($p1,3=0,001$ и $p2,3=0,001$). Дети с МС на фоне ГО достоверно чаще страдали гипоксически-ишемическим поражением ЦНС ($p1,3=0,047$), в то время как у детей с МС на фоне АО с большей частотой диагностированы гипоксически-ишемическое поражение ЦНС ($p2,3=0,001$) и пренатальная гипотрофия ($p1,3=0,040$). Фактором риска развития МС являются меньше гестационного возраста масса тела ребенка при рождении, пренатальная гипотрофия, соматическая патология ребенка: хронический холецистит, реактивные изменения поджелудочной железы.

АНАЛИЗ СИНТРОПИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Стоева Т. В., Джагаишвили О. В., Ларионов А. П.

Одесский национальный медицинский университет

Одесса, Украина

Цель: изучить особенности синтропной патологии при функциональных расстройствах (ФР) органов пищеварения у детей.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней 64 детей с синтропной патологией органов пищеварения, госпитализированных в стационар городской детской больницы им. академика Б.Я.Резника, г. Одессы. Средний возраст пациентов составил 8 лет, мальчиков было 37, девочек – 27.

Результаты. В результате проведенного исследования отмечены следующие особенности синтропии: в качестве основного заболевания у ($70,3\pm5,7\%$) пациентов выявлено функциональное расстройство билиарного тракта (ФРБТ), гипотонически-гипокинетический тип, которое сочеталось с аномалиями развития желчного пузыря (АРЖП) у ($51,6\pm7,7\%$) больных. При этом сопутствующим заболеванием у ($68,4\pm7,1\%$) детей установлена панкреатопатия, которая сочеталась с ацетонурическим синдромом у ($23,7\pm6,5\%$), сопутствующие нарушения со стороны кишечника (функциональный запор) были зарегистрированы у ($7,9\pm4,1\%$) пациентов. ФР кишечника в качестве основного заболевания установлены у ($18,6\pm4,9\%$) детей и представлены синдромом раздраженного кишечника (СРК) у 15,5%, функциональным запором – у 3,1% пациентов. В качестве сопутствующей патологии при СРК у всех детей были зарегистрированы ФР желчного

пузыря и сфинктера Одди преимущественно гипотонически-гипокинетического типа, в сочетании с панкреатопатией у (50,1±14,4)% пациентов. ФР верхнего отдела пищеварительного тракта были представлены функциональной диспепсией у (7,8±3,3)% детей, при которой сопутствующим диагнозом у 60,0% больных были ФРБТ, у 40,0% – АРЖП в сочетании с панкреатопатией и ацетонурическим синдромом.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о широкой распространенности синдропной патологии при ФР органов пищеварения в детском возрасте. Следует отметить, что значительную часть пациентов составили дети младшего школьного возраста от 7 до 11 лет – (42,2±6,2)%, что связано с влиянием стрессовых и алиментарных факторов. Выявленные особенности синдропии и высокий риск трансформации функциональных нарушений в органическую патологию требуют дальнейшей разработки диагностических подходов и адекватной лечебной тактики.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ СТРОЕНИЯ И ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С β -ТАЛАССЕМИЕЙ

Сугак А.Б., Николаева Г.Н., Феоктистова Е.В.

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева МЗ РФ
Москва, Россия

Введение. Основной причиной смертности пациентов с β -талассемией является сердечная недостаточность. К ее развитию приводят два основных фактора - объемная перегрузка сердца в результате адаптации к хронической анемии и токсическое действие железа, откладывающегося в миокарде при заместительной трансфузационной терапии. Диагностика поражения сердца при β -талассемии на доклинической стадии недостаточно успешна, в связи с чем сохраняет актуальность поиск способов ее выявления.

Цель. Оценить возможности эхокардиографии (Эхо-КГ) в ранней диагностике изменений строения и функции левого желудочка (ЛЖ) сердца у детей с β -талассемией.

Материалы и методы. Эхо-КГ с исследованием движения фиброзного кольца митрального клапана (ФК МК) в режиме тканевой допплерографии была проведена 50 пациентам с β -талассемией без признаков сердечной недостаточности и 47 условно здоровым детям в возрасте от 2 до 16 лет.

Результаты. У пациентов с β -талассемией были достоверно выше конечно-sistолический и конечно-диастолический диаметры ЛЖ, индексы конечно-sistолического и конечно-диастолического объемов ЛЖ, индекс массы миокарда ЛЖ, диаметр левого предсердия, сердечный индекс, скорости трансмитрального кровотока (Е и А), диастолические скорости движения ФК МК (E' и A') и отношение скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ к ранней диастолической скорости движения ФК МК (E/e'); достоверно ниже фракция выброса ЛЖ по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Толщина стенок ЛЖ, масса миокарда ЛЖ, ЧСС, ударный выброс ЛЖ, минутный объем, отношение скоростей трансмитрального кровотока (E/A), sistолические скорости движения ФК МК (s^2) между группами не различались.

Выводы. У детей с β -талассемией по данным Эхо-КГ выявлены эксцентрическая гипертрофия ЛЖ сердца и гиперкинез миокарда, выражавшийся в увеличении скоростей трансмитрального кровотока и движения ФК МК. Эхо-КГ обладает невысокой точностью в диагностике ранних нарушений функции сердца, связанных с перегрузкой железом, возможно потому, что их проявления маскируются гиперкинетическим статусом, отражающим адаптацию организма к хронической анемии.

СОСТОЯНИЕ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ

Ташенова Г.Т., Боранбаева Р.З.

Научный центр педиатрии и детской хирургии

Алматы, Казахстан

Благодаря улучшению социально экономических условий жизни казахстанцев, в стране наметилась тенденция улучшения основных медико-демографических показателей. Рождаемость за последние три года с 2012 г. выросла с 22,69 до 22,73 в 2013 г. и за 2014 г. составила 23,32 на 1000 чел. нас. Естественный прирост с 2012 г. вырос с 6,2 до 14,75 на 1000 чел. нас. в 2014 г. За последние пять лет показатель младенческой смертности (МлС) снизился в 2,3 раза (2011 год - 14,8 на 100 тыс. живорожденных; 2015год – 9,6 на 1000 живорожденных).

Несмотря на общее снижение МлС в целом по РК в 2015 г., в некоторых областях - Южно-Казахстанской (11,1%), Алматинской (11%), Жамбылской (11%), Кызылординской (11%), Костанайской (10,7%), Восточно-Казахстанской областях (10,2%), смертность детей до года остается выше республиканского уровня (9,6%). В возрастном аспекте в стране больше детей умирают в раннем неонатальном (38,8%) и постнеонатальном (38,8%) периодах, в позднем неонатальном периоде -22,3%. Наиболее выражена тенденция к ее снижению, по сравнению с 2014 г. у маловесных детей (с 58% в до 56,3%) и увеличения доли доношенных (с 42% до 43,7%). Смертность младенцев от перинатальной патологии (ПП) и врожденных пороков развития (ВПР) продолжает сохранять лидирующие позиции во всех регионах, составляя в целом по РК 52% и 22,6% соответственно. В структуре ПП возрастает роль врожденной пневмонии и инфекций, специфичных для этого периода (дистресс-синдром 55,5%, врожденные пневмонии 19,0% и асфиксии – 14,0%). ВПР на уровне женской консультации в значительном числе случаев или не выявляются, или выявляются в поздние сроки беременности. При высоком уровне УЗИ и пренатального скрининга беременных женщин (охват по РК -78,1%) эффективность его в большинстве регионов недостаточная, что влечет за собой низкий уровень элиминации плодов с пороками развития, в том числе несовместимыми с жизнью. Существенным фактором снижения младенческой смертности в стране является смертность от несчастных случаев, травм и отравлений, которые вышли в целом на третье ранговое место (5,4%) и занимают ведущее первое место в структуре (29,8%).

Для дальнейшего снижения уровня МлС необходимо повышение качества медицинской помощи, особенно в первичной медико-санитарной помощи, внедрение в практику действенных программ ВОЗ и ЮНИСЕФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСВЕЖИМИ И ЗАСТАРЕЛЫМИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Тиляков А.Б., Исмаилова Ш.Т., Кариева Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Чрезмыщелковые переломы у детей среди больных с повреждением плечевой кости по нашим данным, достигают 60%. В 83%, случаев чрезмыщелковые переломы плечевой кости у детей сопровождаются смещением отломков и требуют репозиции. Среди всех методов лечения чаще используется одномоментное вправление, однако оно не лишено ряда недостатков. При использовании данного метода сообщаются о частых неудачах вправления, вторичных смещениях отломков и осложнениях.

Цель исследования. Разработка дифференцированного подхода к лечению больных с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости со смещением на основе применения наиболее адекватного способа репозиции при различных вариантах данной травмы.

Материал и методы. Изучены результаты обследования и лечения 60 детей с переломами, локализующимися в области дистального мыщелка плечевой кости (чрезмыщелковые переломы плечевой кости) в возрасте от 1 до 17 лет. У 35 больных несвежие переломы (давность травмы от 5 до 12 дней), у 25 больных застарелые переломы (давность травмы от 13 до 60 дней). Оперативное лечение проводилось у 54 пациентов. Среди них у 18 больных детей проведена операция, открытая репозиция костных отломков. Показаниям к открытой репозиции послужило: низкий чрезмыщелковый перелом, неудачная ручная репозиция и на аппарате Илизарова застарелый перелом. Открытое сопоставление отломков предпринималось у детей с давностью травмы от 16 до 24 дня. Применялись доступы по Campbell или Van Golden. Под общим обезболиванием производилась закрытая редрессация, репозиция костных отломков, с учетом среднее ротационное положение плеча, и наложение аппарата Илизарова из двух полуколец.

Результаты исследования. Результаты лечения изучены у 60 больных: хороший исход наблюдался у 85%, удовлетворительный - у 10% и неудовлетворительный - у 5%. Высокий процент хороших и удовлетворительных результатов на наш взгляд, связано с использованием открытой редрессации, репозиции костных отломков, с учетом среднее ротационное положение плеча, и наложение аппарата Илизарова из двух полуколец.

Заключения. Используемый нами метод открытой редрессации, репозиция костных отломков, с учетом среднее ротационное положение плеча, и наложение аппарата Илизарова из двух полуколец обеспечивает успешные результаты.

ВЛИЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПАТРОНАЖА НА ИЗМЕНЕНИЕ ГРУПП ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ УЗБЕКИСТАНА

Тахирова Р.Н., Ахмедова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Целью настоящей работы являлось изучить влияние патронажа на изменение групп здоровье новорожденных детей в условиях сельской местности

Обследовано 134 новорожденных детей в Кибрайском районе Ташкентской области. Новорожденные, взятые под наблюдение, составили следующие группы здоровье: I-группа здоровых детей 15,3%, II- группа внимания - 40%, III- группа риска - 44,4%.

В I группу вошли здоровые новорожденные от здоровых матерей, во II-здоровые дети от много рожавших матерей и с внутриутробной гипотрофией I степени, в III-новорожденные от матерей с экстрагенитальной патологией, осложненным течением беременности и родов с внутриутробной гипоксией, рожденные в состоянии асфиксии, недоношенности I степени, переношенной, от многоплодной беременности т.д.

Первой патронажной осмотр новорожденного проводится врачом-неонатологом на 5-7-й день пребывания ребенка в роддоме с заполнением Ф. 112 и определением группы здоровья. В дальнейшем в зависимости от группы определяют частоту патронажных наблюдений. К здоровым детям проводится четыре патронажных посещения в первый месяц жизни, в группе внимания – пять, в группу риска - шесть. К концу первого месяца жизни отмечалось изменения соотношения числа детей в группах здоровья. Так, в 2 раза (30,7%) увеличилось их число в группе здоровье, несколько повысилось (45,3%) в группе внимания и на 1/3 уменьшилось (31%) в группе риска.

Таким образом, выделение групп здоровье новорожденных детей, проведение в соответствии с ними дифференцированного патронажа позволяет своевременно обратить внимание на отклонение от нормального развитие ребенка, проявление различных заболеваний и провести комплекс профилактических мероприятий, что в целом способствует улучшению состояния их здоровье.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Тахирова Р.Н., Машарипова Н.И.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Целью настоящей работы явилось изучения влияния социально-биологических факторов на заболеваемости детей раннего возраста

Обследовано 327 детей раннего возраста (до 3-х лет). Изучалась зависимость кратности заболеваний от доношенности при рождении, характера вскармливания, жилищных условий, посещения детских дошкольных учреждений. Так у доношенных детей удельный вес здоровых в 4-5 раза выше, чем среди недоношенных. При грудном вскармливании был максимальным - 17,3%, при смешанном - 15,2%, при искусственном - 9,1%. Частота заболеваемости при искусственном вскармливании составила в 3-5 раза выше, чем при грудном.

На кратность заболеваний влияют социально-биологические факторы, причем в первые годы жизни значительно, а позже социально-гигиенических и лечебно-профилактических. Социально-биологическим факторам, оказывающим влияние на кратность заболеваний, является возраст родителей, особенно матери. Из 100 детей 1-го года жизни, рожденных от матерей 35 лет и старше, не болели 10,1%, болели эпизодически 19,8% детей, часто 48,4%, очень часто 21,7%. Это связано с недостаточным уходом, большим количеством малолетних детей в семье.

Вредные привычки родителей (курение, алкоголизм) существенно изменяют кратность заболеваний у детей на первом году жизни. В этой группе число часто болеющих детей увеличивается вдвое по сравнению с семьями, где родители не курят и не злоупотребляют алкоголем.

Во всех возрастных группах процент заболевших детей до 1 года больше у матерей со средним и, особенно с высшим образованием (19,8% и 27,9%), среди детей 2 лет он составил 24,1% и 29,5%. Число детей, болеющих эпизодически, оказалось примерно одинаковым.

Четкая зависимость кратности заболеваний детей от размеров дохода на каждого члена семьи и влияния жилищных условий отмечается только в группах часто болеющих детей.

Наиболее низкая заболеваемость детей раннего возраста наблюдалась в семьях с оптимальными условиями жизни. В семьях с средними условиями жизни она выше в возрасте 1-2 лет.

Таким образом, удельный вес здоровых детей и кратность заболеваний зависят от таких социально-биологических факторов, как возраст матери, вид вскармливания, уровень образования матери и ее санитарной грамотности.

ЗНАЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Тахирова Р.Н., Ражабов И.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан.

Цель настоящей работы - использование длительного мониторного наблюдение и динамического ультразвукового исследования для диагностики и оценки эффективности лечение детей с экстракардиальными аритмиями сердца.

Обследованы 170 детей с аритмиями сердца в возрасте от 1 года до 15 лет, из них преобладали больные с экстрасистолией (36,47%) и эктопическом ритмом (28,24%).

Тахикардия в виде постоянной эктопической и синусовой было выявлена соответственно у 1,76% и 2,94% обследованных. Блокады сердца диагностированы у 8,24% детей, из них синоаурикулярная блокада у 1, атриовентрикулярная блокада I степени – у 6, II степени – у 4, II-III степени – у 2, полная поперечная – у 1.

При ЭхоКГ обследовании было установлено, что наиболее выраженное снижение сократительной и насосной функций левого желудочка наблюдается у детей с блокадами сердца и политропной экстрасистолией. Анализ гемодинамических изменений у больных с экстрасистолией непосредственно во время преждевременного сокращения и в постэкстрасистолическом периоде позволил установить, что преждевременное сокращение приводить к повышению показателей сократимости и уменьшению обменных параметров левого желудочка. Гемодинамические нарушения наиболее выражены при появлении преждевременного возбуждения из желудочек.

Установлено у 38 детей, что терапевтический эффект при назначении препаратов кордарон и финоптин, с экстрасистолией и пароксизмальной тахикардией наблюдается на 3-4 день приёма препарата и проявляется уменьшением количества экстрасистол более чем на 50% и прекращением приступов пароксизмальной тахикардии. В то же время выявлено, что финоптин в терапевтических дозах не ухудшает сократительной способности миокарда.

Таким образом, проведенные нами исследование показали высокую информативную значимость эхокардиографии и длительного мониторного наблюдения в оценке функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей контроля с аритмиями сердца и возможность использования этих методов для контроля эффективностью проводимой антиаритмической терапии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Тахирова Р.Н., Ходиев Р.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – установить распространность клинически диагностированной бронхиальной астмы среди подростков (13–18 лет).

В исследование были включены 201 подростков Ташкентской области. Распределение подростков, включенных в исследование по полу, было следующим: 44,6% мальчики и 55,4% девочки. Средний возраст подростков исследуемой группы составил $15,48 \pm 0,02$ лет. Однако при разделении по половому признаку установлено, что девочки были старше мальчиков во всей популяции.

При анализе распространённости клинически диагностированной бронхиальной астмы в целом в популяции и в независимости от региона проживания установлено, что показатели, отражающие наличие или отсутствие респираторных симптомов у всех подростков, включённых в исследование, были сопоставимы. Зарегистрировано достоверно большее число девочек с респираторными симптомами как в общей популяции, указавших на наличие бронхиальной астмы, так и среди подростков.

Наличие клинически диагностированной бронхиальной астмы зарегистрирована лишь у 7,2% детей в возрасте от 13 до 18 лет, что почти в 3 раза меньше показателя, отражающего распространённость симптомов астмы среди всех включённых в исследование. Распределение подростков, имеющих диагноз бронхиальной астмы, по полу в целом в исследуемой популяции и при внутригрупповом анализе чаще встречается среди мальчиков (66,2%, $p=0,035$).

Для оценки вероятности диагноза астмы на фоне астмаподобных симптомов, аллергического ринита, атопического дерматита. Был проведён расчёт отношения шансов.

Установлено, что вероятность клинически диагностированной бронхиальной астмы в 8,84 раза чаще у детей с жалобами наастматоподобных симптомов.

Таким образом, проведённое исследование демонстрирует значительные расхождения с данными официальной статистики относительно распространённости астмы и симптомов болезни в популяции подростков. Использование единого методологического подхода в изучении эпидемиологии бронхиальной астмы дает возможность сравнивать результаты в различных регионах и странах, позволяя определить региональные особенности, формирующие патологию и выявить факторы, определяющие динамику заболеваемости.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ВАЗОВАГАЛЬНЫМИ СИНКОПЕ

Тонких Н.А., Пшеничная Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецк, Украина

Актуальность синкопальных состояний определяется их значительной распространённостью и высоким риском развития жизнеугрожающих ситуаций. Согласно данным Европейской ассоциации кардиологов, в структуре синкопальных состояний у детей преобладают обмороки вазовагального генеза. В существующих протоколах по диагностике и лечению заболеваний сердечно-сосудистой системы отсутствует протокол по диагностике и реабилитации детей с вазовагальными синкопе (BBC).

Цель работы: оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с BBC путем повышения приверженности терапии.

Материалы и методы: обследовано 254 детей 3-18 лет с обмороками неуточненного генеза: суточное мониторирование ЭКГ и АД, тилт-тест, велоэргометрическая проба с активным постнагрузочным ортостазом. У всех пациентов с BBC был изучен психоэмоциональный статус, у 50 чел. – показатели оксидативного стресса и антиоксидантной системы (по уровню лактата в плазме крови, восстановленного глутатиона, лактатдегидрогеназы в эритроцитах).

Результаты: BBC были диагностированы у 105 (41,3%) чел.: у 26 (24,8%) чел. – кардиоингибиторный тип, у 40 (38,1%) чел. – вазодепрессорный тип, у 39 (37,1%) чел. – смешанный тип. У всех пациентов констатированы изменения психоэмоционального статуса, наличие оксидативного стресса и дисбаланса антиоксидантной системы. Важным в лечении ребенка является достижение комплаенса между врачом, пациентом и его родителями, для чего в доступной форме объясняли причину синкопе, обучали принципам коррекции поведения с целью устранения факторов, провоцирующих обмороки, методикам самомассажа биологически активных точек, оказанию неотложной само- и взаимопомощи с отработкой практического навыка на манекене-тренажере. Для повышения комплаентности лечения использовали слайд- и видеопрезентацию. Медикаментозную терапию по коррекции психоэмоционального, вегетативного и антиоксидантного статуса, повышению сосудистого тонуса назначали в течение 1-3 мес. В дальнейшем немедикаментозные мероприятия продолжали в течение 2 лет, курсы кардио- и нейротрофической терапии 1 раз в 6 мес.

Выводы: при высокой приверженности терапии применение указанной программы доказало ее высокую эффективность (86,8%) по результатам 5-летнего проспективного наблюдения, что позволяет рекомендовать предложенный терапевтический комплекс для широкого внедрения в практическое здравоохранение.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ СЕРДЦА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ОПЫТ РАННЕЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ

Тумаева Т.С.¹, Герасименко А.В.¹, Балыкова Л.А.²

Мордовский республиканский клинический перинатальный центр¹,

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва²

Саранск, Россия

Цель исследования: активность сердца по данным ХМ ЭКГ у недоношенных после кесарева сечения (КС) в неонатальном периоде и возможности медикаментозной коррекции.

Материалы и методы: исследованы 270 детей - 170 после КС; 100 после естественных родов. Критерии исключения: аномалиями развития, инфекционные процессы, синдромальная патология. Контроль - 57 здоровых доношенных детей. Оценивалась вариабельность ритма (ВРС), частотно-временные показатели суточной работы сердца.

Результаты: у всех недоношенных выявлен вегетативный дисбаланс с повышением показателей ВРС при значимых различиях с контролем гMSSD ($52,4 \pm 4,59$ и $41,2 \pm 5,43$ против $22,8 \pm 1,84$ (мсек), $p < 0,05$) и pNN50 ($4,1 \pm 0,52$ и $3,3 \pm 0,59$ против $1,9 \pm 0,31$ (%), $p < 0,05$); выраженные изменения ЧССmin ($69,9 \pm 2,49$ и $62,4 \pm 2,97$ против $94,7 \pm 2,27$ (уд/мин), $p < 0,001$), что коррелировало с пролонгированными паузами ритма ($r = 0,952$, $p = 0,000$). Патологические паузы >1100 мс чаще формировались у детей, рожденных КС (в 50 (29%) случаях против 13 (13%) во II группе, $\chi^2 = 9,480$, $p = 0,009$). Интервал QTc был замедлен у всех недоношенных, но чаще патологический QTc (>460 мс) был у детей, рожденных КС (в 32 (11%) случаях, $\chi^2 = 6,929$, $p = 0,031$). Снижение циркадного индекса отражало ригидность ритма ($1,06 \pm 0,01$ и $1,03 \pm 0,01$ против $1,12 \pm 0,01$, $p < 0,001$). Недоношенным проводилась стандартная терапия. В I группе с 7-14 дня дополнительно назначали внутрь на 3 недели 30% раствор левокарнитина («Элькар®»), 100 мг/кг/сут в 2 приема в первой половине дня. Установлено, что у получавших «Элькар®» в период выраженного вегетативного дисбаланса (3-6 месяцев) динамика гMSSD и pNN50 была стабильная в отличие от детей II группы, у которых показатели достоверно повышались ($34,3 \pm 3,38$ мсек и $2,76 \pm 0,28\%$ в I группе против $49,5 \pm 6,29$ мсек и $3,89 \pm 0,69\%$ во II группе, $p < 0,05$). К 6 месяцам среднесуточная ЧССmin в I группе была выше ($67,3 \pm 3,53$ уд/мин против $65,5 \pm 4,36$ уд/мин), паузы ритма короче ($914,2 \pm 36,83$ мс против $922,7 \pm 48,56$ мс), не достигая статистической значимости; паузы >1100 мс выявлены только у 4 (5,7%), получавших «Элькар®», а во II группе в 15 (21%) случаях ($\chi^2 = 7,0$; $p = 0,03$).

Выводы: по результатам ХМ ЭКГ у детей после КС установлена более выраженная дисфункция сердца; дополнительное применение «Элькар®» улучшало работу сердца в период вегетативного дисбаланса.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕРТВОРОЖДЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ

Туманова У.Н., Шувалова М.П., Щеголев А.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова МЗ РФ
Москва, Россия

Врожденные аномалии занимают второе место среди причин мертворождения в Российской Федерации. При этом их частота зависит от места проживания, возраста беременной, а также пола плода.

Цель работы: сравнительный анализ частоты врожденных аномалий как причины мертворождения в зависимости от пола плода.

В основу работы положены статистические формы А-05 Росстата за 2014 г, формируемые на основании записей в медицинских свидетельствах о перинатальной смерти и относящиеся к мертворождению. Анализировали данные о первоначальных причинах смерти (основных заболеваниях), касающихся врожденных аномалий. Значимость различий их частот оценивали при помощи критерия Хи-квадрат Пирсона, в том числе с поправкой Йейтса, и точного критерия Фишера в зависимости от количественных характеристик.

Согласно данным Росстата, в 2014 г зарегистрировано 11593 мертворожденных. Соотношение мальчиков и девочек составляло 52,8% и 47,2% соответственно. При этом доля плодов, погибших в результате врожденных пороков развития, от общего количества мертворожденных составила в целом по России 5,0% (4,6% для мужского и 5,3% для женского пола). Наиболее часто в качестве первоначальной причины смерти (основного заболевания) фигурировали поражения, входящие в группу «Другие виды врожденных аномалий» и составлявшие 42,2% от общего числа врожденных пороков развития среди мертворожденных мальчиков и 39,4% - среди девочек. Среди причин мертворождения от врожденных аномалий у мальчиков по сравнению с девочками преобладали врожденные аномалии органов пищеварения (72,7% по сравнению с 27,3%) и аномалии пищеварительной системы (60,0% по сравнению с 40,0%). У мертворожденных плодов женского пола преобладали «анэнцефалия и подобные аномалии» (76,0% по сравнению с 24,0%) и «синдром Дауна и другие хромосомные аномалии» (60,4% по сравнению с 39,6%). Вследствие этого удельная доля анэнцефалий от всех летальных врожденных аномалий у девочек (6,5%) значительно превышала соответствующие показатели среди мальчиков (2,1%) ($p < 0,05$). При этом значения относительной частоты аномалий органов пищеварения, мочевыделительной системы и синдрома Дауна не имели значимых отличий у мальчиков (2,8%, 7,4% и 6,7% соответственно) по сравнению с девочками (1,0%, 4,8% и 9,9% соответственно) ($p > 0,05$).

Таким образом, частота мертворождений в результате врожденных пороков развития в определенной степени зависит от пола плода.

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ ПРИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ *Турдиева Д.Э.*

Ташкентский институт усовершенствования врачей
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема пневмонии у новорожденных является одной из актуальных в современной медицине. Важность ее определяется высоким уровнем заболеваемости с тенденцией к росту, особенно в период эпидемических вспышек гриппа и острых респираторных заболеваний. Не до конца изучен характер воздействия лазерного излучения на организм новорожденного, нет чёткой фундаментальной базы тактики и стратегии применения лазерной терапии (ЛТ) и срока ее назначения у новорожденных, не ясен механизм воздействия на иммунный статус.

Цель. Изучить иммунный статус новорожденных пневмонией с применением аппарата лазерной терапии (АЛТ) «Восток».

Методы исследования. Обследовано 36 новорожденных с пневмонией. I группа - новорожденные с пневмонией, получили только базисную терапию, во II группу дополнительно подключили ЛТ. Использовали моноклональные антитела: СД 3, СД 4, СД 8, СД 19, ИРИ.

Результаты исследования. Иммунологические исследования показали, что после традиционной терапии и при использовании ЛТ, в клеточном звене иммунитета регистрировалось статистически достоверное увеличение относительных показателей СД3 и СД4 лимфоцитов ($P<0,05$), на фоне снижения относительного содержания СД8. Достоверно сниженный до лечения ($0,9\pm0,04$, $P<0,001$) ИРИ, после традиционной терапии не изменился. Однако, после ЛТ его значение достоверно повысилось до $1,5\pm0,07$ ($P<0,001$) и статистически не отличалось ($P>0,05$) от уровня контроля ($1,7\pm0,08$). Также было выявлено, что применение ЛТ способствовало снижению относительного числа СД19 клеток до $28,5\pm0,83\%$, а в группе детей, получавших традиционное лечение, наблюдалось снижение - $33,9\pm1,62\%$, против показателей до лечения $34,0\pm1,21\%$ соответственно.

Вывод. Анализ иммунологических параметров позволяет считать, что ЛТ имеет высокую степень иммунологической эффективности по сравнению с традиционным лечением. Неинвазивность (поверхностное воздействие, через кожу) и экологическая безопасность ЛТ позволяет рекомендовать у новорожденных с пневмонией на всех этапах лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Турдиева Д.Э., Таимухамедова Б.Э., Турсунова Н.Э.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последнее время наряду с многочисленными медикаментозными и физиотерапевтическими методами лечения, все большую популярность получает низкоинтенсивная лазерная терапия. Из полупроводниковых лазеров АЛТ «Восток» имеет улучшенное схемотехническое решение, предназначен для широкого круга терапевтических воздействий благодаря использованию большого количества различных типов излучающих головок.

Цель. Оценка клинической эффективности аппарата АЛТ «Восток» в комплексном лечении бронхолёгической патологии (БЛП), у детей грудного возраста.

Материалы и методы. Проведено комплексное клиническое обследование детей раннего возраста с БЛП (острый ринит, назофарингит, острый бронхит, пневмония). Всего обследовано 45 детей. Дети грудного возраста составили от 1 до 3 месяцев – 44% и старше 3 месяцев – 56%.

Все дети были разделены на 2 группы в зависимости от вида лечения: I – Основная группа получала традиционное лечение и лазерную терапию в количестве 6 процедур; II – Контрольная группа получала только традиционное лечение. В основной группе использовалось лазерное излучение с длиной волны 0,89 мкм, частотой следования импульсов 600-1500 Гц, с мощностью 1-3 Вт, время экспозиции 32-128 секунд на 1 поле в проекции грудины, кубитальной области и легочных полей.

Результаты исследования. Клинические наблюдения показали, что уже после 3-4-х процедур у большинства больных (72%) с БЛП отмечалась выраженная положительная динамика клинических симптомов: исчезла заложенность носа, отделяемое становилось скудным, менее вязким и легко отделяемым, уменьшение гиперемии миндалин, кашель стал более редким и продуктивным, аускультативно выслушивались единичные сухие хрипы на фоне жестковатого дыхания. Одновременно уменьшились или исчезли симптомы интоксикации: раздражительность, вялость и плохой сон.

В динамике лабораторных показателей у большинства больных (78%) нормализовалось количество эозинофилов в периферической крови, отмечалась тенденция к нормализации уровня лейкоцитов, лимфоцитов, уменьшилось число детей с нейтрофильным сдвигом.

Вывод. Аппарат АЛТ «Восток» благоприятно влияет на клиническое течение БЛП у детей грудного возраста. Обладает секретолитическим, противоотечным, противоаллергическим и противовоспалительным эффектом.

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ ПРИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Турдиеева Д.Э., Турсунова Н.Э., Таимухамедова Б.Э.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема внебольничной пневмонии у новорожденных является одной из актуальных в современной медицине. Важность ее определяется высоким уровнем заболеваемости, с тенденцией к росту, особенно в период эпидемических вспышек гриппа и острых респираторных заболеваний.

Современная антибактериальная терапия не решает все проблемы. Ведутся поиски путей оптимизации терапии. В последние годы возрос интерес к применению низкоинтенсивной лазерной терапии. Беспрецедентная широта терапевтического действия лазерного излучения, отсутствие отрицательных последствий, возможность комбинированного воздействия выделяют этот метод лечения бронхолегочной патологии у детей среди других, а также обосновывают актуальность и перспективность дальнейших исследований в этом направлении. Однако в литературе мало работ по применению лазерного излучения в неонатологии. Мало изучен характер воздействия лазерного излучения на организм новорожденного, не установлены положительные и отрицательные стороны этого воздействия на разные жизненно важные системы этой группы детей. Нет четкой фундаментальной базы тактики и стратегии применения лазерной терапии (ЛТ) и срока ее назначения у новорожденных, неясен механизм воздействия на иммунный статус.

Цель. Изучить иммунный статус новорожденных внебольничной пневмонией с применением аппарата лазерной терапии (АЛТ) «Восток».

Методы исследования. Обследовано 36 новорожденных с внебольничной пневмонией. Наблюдаемые новорожденные с внебольничной пневмонией были разделены на 2 группы: I группа - новорожденные с внебольничной пневмонией, получавшими только симптоматическую и базисную терапию в соответствии с современными рекомендациями и стандартами; II группа - новорожденные получавшие традиционную комплексную терапию, рекомендованную современными программами по лечению внебольничной пневмонии с подключением ЛТ.

Иммунокомпетентные клетки (Т- и В-лимфоциты) определяли иммунофлюоресцентным методом с использованием моноклональных антител к соответствующим маркерам производства Института Иммунологии. Использовали моноклональные антитела к следующим кластерам дифференцировки: СД 3, СД 4, СД 8, СД 19, ИРИ (СД 4/СД 8).

Концентрация провоспалительных IL 6 и IL 8 цитокинов определяли на основе «сэндвич» - метода твердофазного иммуноферментного анализа с применением пероксидазы хрена в качестве индикаторного фермента.

Лазерная терапия проводилась по разработанной схеме с учётом имеющихся рекомендаций. Области воздействия: 1) надключичные области; 2) тело грудины на уровне III-ребра; 3) паравертебрально (Th4 – Th 8) (сканирующим методом). Общее число сеансов - 5-7, число сеансов в сутки - 1, время проведения сеансов - утром до кормления, площадь облучения (на коже) - 1-1,5 см².

Результаты исследования. Иммунологические исследования показали, что после традиционной терапии и при использовании ЛТ, в клеточном звене иммунитета регистрировалось статистически достоверное увеличение относительных показателей СД3

и СД4 лимфоцитов ($P<0,05$), на фоне снижения относительного содержания СД8. Достоверно сниженный до лечения ($0,9\pm0,04$, $P<0,001$) ИРИ, после традиционной терапии не изменился. Однако, после ЛТ его значение достоверно повысилось до $1,5\pm0,07$ ($P<0,001$) и статистически не отличалось ($P>0,05$) от уровня контроля ($1,7\pm0,08$). Также было выявлено, что применение ЛТ способствовало снижению относительного числа СД19 клеток до $28,5\pm0,83\%$, а в группе детей, получавших традиционное лечение, наблюдалось снижение - $33,9\pm1,62\%$, против показателей до лечения $34,0\pm1,21\%$ соответственно.

Продукция IL-6 у новорожденных с внебольничной пневмонией в остром периоде заболевания достоверно снижается ($28,2\pm1,39$ пг/мл, $P<0,001$), а продукция IL-8 статистически достоверно повышается ($871,7\pm34,25$ пг/мл, $P<0,001$) при контрольных значениях $63,7\pm3,67$ и $188,4\pm5,26$ пг/мл соответственно. При традиционной терапии уровень концентрации IL-6 повышается ($32,3\pm1,56$ пг/мл, $P<0,001$). Такое изменение сохранялось и при применении ЛТ, и не достигала контрольных значений. При традиционной терапии продукция IL-8 снижается до $490,6\pm34,08$ пг/мл ($P<0,001$), под влиянием ЛТ до $313,6\pm5,70$ пг/мл и также не достигает контрольных значений.

Вывод. Анализ иммунологических параметров позволяет считать, что ЛТ имеет высокую степень иммунологической эффективности по сравнению традиционным лечением. Неинвазивность (поверхностное воздействие, через кожу) и экологическая безопасность ЛТ позволяет рекомендовать у новорожденных с бронхолегочной патологией на всех этапах восстановительного лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-ПОДРОСТКОВ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕГИОНАЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Убайдуллаева С.А., Шамансурова Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Проблема хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) привлекает в настоящее время всеобщее внимание вследствие угрожающих тенденций роста заболеваемости, инвалидизации и смертности от указанных заболеваний как в детском, так и во взрослом возрасте. Следует отметить, что многие неинфекционные заболевания, диагностируемые у взрослых, возникают именно в детском возрасте, но в силу ряда причин остаются невыявленными.

Целью исследования явилось провести сравнительный анализ диагностических и терапевтических подходов в ведении детей с неинфекциоными заболеваниями.

В исследовании принимали участие 830 детей с 11 до 18 лет предрасположенностью к неинфекционым заболеваниям. Дети и подростки, ученики школ и колледжей, проживающие в различных регионах страны.

Для проведения сравнительного анализа выявления факторов риска формирующих НИЗ, у всех детей-подростков проводилось анкетирование. Вместе с этим все дети прошли скрининг, с включением антропометрии с высчитыванием ИМТ, 2-х кратного измерения А/Д, пикфлуметрии, сахара крови натощак, кровь на холестерин и на С-реактивный белок. А также, всем детям с группы риска и впервые установленными диагнозами НИЗ проводились консультирования по немедикаментозной терапии, совместно с медикаментозной терапией по стандарту лечения.

Нами было выявлено, что среди детей из группы риска по развитию НИЗ преобладала АГ, которая выявлялась в 24,5% случаях, в 8,3% случаях была установлена БА, а у 2,8% - СД. Основными факторами, вносящими существенный вклад в развитие НИЗ у детей, являются: низкая физическая активность (3,05); низкий социальный уровень

(2,34); избыточная масса тела (1,94); повышение АД (1,86); повышение глюкозы в крови (1,66); повышение СРБ (1,41).

В сравнительной оценке после терапевтического вмешательства, в наибольшей степени эффективность была продемонстрирована на таких модифицируемых факторах, как гиподинамия, частота которой в группе контроля через 1,5 года после вмешательства составила 61,1%, а в группе вмешательства - 40,1%, то есть в 1,5 раза меньше. Также в отношении коррекции таких факторов риска, как избыточная масса тела, которая при оценке результатов корректирующих мероприятий встречалась среди школьников из группы вмешательства в 1,4 раза реже, чем в группе контроля ($p < 0,05$); дислипидемия где разница составила 1,2 и 1,3 раза (21,9% против 28,5% соответственно, $p > 0,05$).

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АНАМНЕЗОМ ПО ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Бурабаев Б.Д., Асан кызы Айзада

Национальный центр охраны материнства и детства

Бишкек, Кыргызстан

Цель работы. Выявить факторы риска развития аритмий у детей с отягощенным анамнезом по ИБС.

Объем и методы исследования. Обследовались дети, родители которых страдали ИБС, из них: 20 детей, у родителей которых ИБС протекала без аритмогенных осложнений (контрольная группа) и 21 ребенок, чьи родители погибли внезапной сердечной смертью (ВСС) (группа обследования). Применялись методики ЭКГ, Эхо-КГ.

Результаты исследования. У детей группы обследования в 2,5 раза реже регистрировалась синусовая тахикардия. Брадикардия была отмечена только у детей этой группы. У детей контрольной группы в 2,5 раза чаще встречались нарушения проводимости и перегрузка отделов сердца. СПРЖ в 3,3 раза чаще имел место у детей группы обследования. Эйтония и симпатикотония встречалась с одинаковой частотой у детей обеих групп, ваготония имела место только у детей группы обследования, гиперсимпатикотония выявлена у детей этой же группы в 2 раза чаще. Соединительнотканые дисплазии сердца по данным Эхо-КГ встречались примерно с одинаковой частотой у детей обеих групп.

Заключение. Брадикардию (номотопную и гетеротопную в виде миграции водителя ритма), СПРЖ и ваготонию можно расценивать как факторы риска развития аритмий у детей с отягощенным анамнезом по ИБС.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Кабаева Д.Д.

Национальный центр охраны материнства и детства

Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования. Разработать комплекс медицинских мер по снижению уровня заболеваемости, смертности и инвалидизации от основных болезней детского возраста, определить пути их профилактики и прогнозирования.

Объем и методы исследования. Сбор информации проводился документальным методом путем выкопировки данных о смертности и инвалидности среди детского населения КР с 1995 по 2011 годы из официальных источников медико-информационного Центра МЗ КР. Для анализа полученных результатов применены статистические методы исследования. Формирование баз данных и их обработка выполнены с использованием современных информационных технологий на IBM PC Pentium-500. Для прогнозирования

смертности и инвалидности в Кыргызстане мы использовали программу “Statgraphics”. Прогноз динамики изучаемых показателей был определен путем статистического моделирования в соответствии с уравнением: $Y=c \ln X + b$.

Результаты исследования. Согласно проведенным исследованиям в ближайшие 10 лет снижение младенческой смертности в республике можно прогнозировать в пределах 0,5 раз ($y=28,767e-0,0099 x R^2=0,0494$), детской смертности – в 0,9 раз ($y=34,678e-0,0126 x R^2=0,1523$). Математической прогнозирование вклада отдельных причин в структуру младенческой смертности в ближайшие 10 лет определило дальнейший рост перинатальных причин в 3,6 раз ($y=33,916e0,0802 x R^2=0,8526$) и врожденных пороков развития в 1,3 раза ($y=9,6807e0,0197 x R^2=0,3524$). Если учесть, что в структуре смертности от пороков развития ВПС занимают первое место (65%) можно предположить высокий вклад в структуру младенческой смертности смертность от ВПС. Наиболее значимыми предикторами для улучшения регистрации социально-значимых болезней являются: качество оказания медицинской помощи врачами ГСВ ($r=0,97 R=94\%$), охват детского населения диспансерным наблюдением ($r=0,83 R=68\%$), обеспеченность населения врачами ГСВ ($r=0,73 R=52,3\%$). Предикторами моделирования снижения младенческой, детской смертности и инвалидности являются: обеспеченность населения врачами педиатрами ($r=-0,98 R=96\%$), детскими койками ($r=0,74 R=54,7\%$), разработка и использование стандартов диагностики, лечения ($r=-0,96 R=92\%$) и реабилитации ($r=-0,82 R=67\%$) социально-значимых болезней у детей.

ОСТРАЯ БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Кабаева Д.Д.

Национальный центр охраны материнства и детства
Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: изучить особенности клинико-инструментальной диагностики сердечной недостаточности у детей с врожденными пороками сердца на фоне острой бронхолегочной патологии и определить терапевтическую тактику с учетом степени тяжести состояния.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 90 детей с острой бронхолегочной патологией в возрасте от 1 месяца до 3 лет. 1 группу обследованных составили дети с острой бронхолегочной патологией (43 ребенка). У 47 детей 2 группы наблюдались клинические признаки нарушения кровообращения, обусловленные врожденными пороками сердца на фоне острой бронхолегочной патологии.

Результаты исследования. В обеих группах наблюдалась тяжелая форма пневмонии (40%), реже острый обструктивный бронхит - у 21,7% и ОРВИ - у 10%. На ЭКГ у большинства обследованных в 1 группе (93,3%) регистрировались умеренно выраженные реполяризационные нарушения, синусовая тахикардия и перегрузка преимущественно правых камер. Кардиоторакальный индекс в среднем составил $0,57 \pm 0,02$. По данным ЭхоКГ ФИ была $63,01 \pm 0,66\%$. $Vcf 1,51 \pm 0,05$ 1/с. С целью уменьшения гипертензии малого круга кровообращения назначался эуфиллин в дозе 6-8 мг/кг/сут. У детей с бронхолегочной патологией после проведения комплекса лечебных мероприятий показатели центральной гемодинамики не отличались от возрастной нормы.

Данные ЭКГ во 2 группе указывали на значительные реполяризационные нарушения, а также отражали гипертрофические изменения миокарда и перегрузку камер сердца. Кардиоторакальный индекс в этой группе составил $62,1 \pm 0,02$. При ЭхоКГ исследовании ФИ снижалась до $36,7 \pm 1,3\%$, $Vcf 0,78 \pm 0,06$ 1/. В терапию больных 2 группы кроме кардиотрофных средств и диуретиков включали сердечные гликозиды - дигоксин в дозе насыщения 0,05-0,075 мг/кг с последующим переходом на поддерживающую дозу, а

также ингибиторы АПФ (каптоприл 0,5-1,5 мг/кг/сут., берлиприл 0,05-0,3 мг/кг/сут.). В ряде случаев в терминальной фазе сердечной недостаточности были использованы симпатомиметики (дофамин в дозе 5-10 мкг/кг/мин). Медикаментозная терапия сердечной недостаточности при острой бронхолегочной патологии на фоне врожденных пороков сердца у детей предусматривает назначение сердечных гликозидов, ингибиторов АПФ, симпатомиметиков, более высоких доз диуретиков и кардиометаболических средств.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АНТИГЕНОВ И СООТНОШЕНИЯ АНТИГЕНОВ ГРУППЫ Р У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Файзиев А.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Проблема воспалительных заболеваний суставов у детей, одна из самых обсуждаемых в педиатрии. Именно ювенильные хронические артриты (ЮХА) нередко приводят к инвалидизации детей.

Цель исследования: исследовать частоту присутствия в крови больных ЮХА иммуноантитела Р₁ во взаимосвязи с клиническими особенностями хронических воспалительных заболеваний суставов.

Материал и методы исследования. В работе проведены клинические наблюдения и специальные обследования 57 пациентов в возрасте от 5 до 15 лет, больных ЮХА. Исследование проводились на базе педиатрической клиники Ташкентского Педиатрического Медицинского института. Из общего числа больных было обследовано 21 мальчиков и 36 девочек. Контрольную группу составили 17 детей аналогического возраста. У всех детей при поступлении исследовались морфология периферической крови и СОЭ, а также присутствие в крови С-реактивного белка, содержание ревматоидного фактора. Проводились ревмопробы на дифениламиновая реакция (ДФА), серомукоиды, сиаловые кислоты, по показаниям проводились рентгенологические исследование суставов. Определение антигена Р₁ сыворотке крови с помощью диагностической анти-Р₁ козьей сыворотки (производство Санкт-Петербургского НИИ вакцин и сывороток МЗ Российской Федерации) в жидкой крови, в солевой среде при температуре +4-6.

Результаты и обсуждение. Одной из антигенных структур эритроцитов, имеющих иммуногенетические предпосылки, является антиген Р. Результаты исследований частоты встречаемости антигена Р у больных ЮХА и здоровых детей в значительной степени дифференцированно. Так, в частности, среди здоровых детей, не склонных к хроническим воспалительным заболеваниям суставов и не зависимо от половой принадлежности, доминирует частота Р₁ (+) антигены. В то время, как у больных ЮХА, имеет место полная инверсия, а именно преобладание встречаемости антигена Р (-).

Таким образом, как следует из полученных данных, формирование хронических воспалительных заболеваний суставов является в своей основе не случайным фактором, а генетически детерминированным фенотипическим маркером анализируемых состояний и в частности, на ЮХА. Хот, безусловно и другие привходящие факторы могут оказать свое регламентирующее влияние.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ АРТРИТОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Файзиев А.Н., Улугов А.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Одной из актуальных проблем современной педиатрической ревматологии является возможность ранней реабилитации ювенильных хронических артритов (ЮХА).

Целью работы явилось изучение особенностей реабилитационно-восстановительных мероприятий детей с ЮХА на семейном врачебном участке.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 37 детей в возрасте от 5 до 15 лет в 6-ом семейной поликлинике города Ташкента. Из общего числа больных было обследовано 15 мальчиков и 22 девочек. У большинства детей с ЮХА, участвовавших в наших наблюдениях определялись отклонения со стороны центральной нервной системы (67%), хронические заболевания ЛОР органов (33%) детей. В возникновении ЮХА у детей имели значения – наследственный фактор, частое применение антибиотиков и стрессовые факторы.

Результаты. Нами проанализированы результаты реабилитационного наблюдения 37 детей, состоящих на диспансерном учете на семейном врачебном участке. Установлено, что особенностью заболеваний указанной локализации является их сочетанный характер, при этом в патологический процесс, как правило, вовлекается соединительный ткань, что прогностический неблагоприятно и является фактором риска инвалидизации больных детей. Основой реабилитационного комплекса были: нестероидные противовоспалительные препараты, поливитамины, физиотерапия, ЛФК и массаж. Из 37 детей, которым проводилась реабилитация, у 28 была достигнута клиническая ремиссия и только у 9 - ранняя и поздняя реабилитация была не эффективной. Наблюдая за детьми, семейный врач должен не только своевременно выявлять больных детей, но и проводить прогнозирование патологии с учетом факторов риска и дифференцированно подходить к назначению реабилитационных мероприятий для предупреждения обострений.

Таким образом, при анализе реабилитационных мероприятий были выявлены резервы в повышении уровня здоровья детей. Только совместными усилиями родителей, педагогов и врачей можно создать систему первичной профилактики ювенильного хронического артрита (предупреждения органной патологии), вторичной профилактики (предупреждения рецидивов болезни) и третичной профилактика (предупреждения инвалидизации).

СКРИНИНГОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Федченко А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Запорожье, Украина

Начало обучения в медицинском университете вызывает психоэмоциональное напряжение у вчерашнего школьника и может способствовать ухудшению заболеваний, связанных с формированием патологических нейровегетативных реакций. Ситуация осложняется тем, что многие абитуриенты, несмотря на нестабильное артериальное давление (АД), не обращаются за медицинской помощью, поэтому прогрессирование артериальной гипертензии (АГ) может ускориться и на момент окончания обучения молодой человек окажется перед необходимостью постоянного лечения гипертонической болезни.

Целью нашего исследования было определение эффективности скрининга в выявлении АГ у студентов 16-17 лет медицинского университета. Во время профилактического осмотра было измерено офисное АД у 425 (100%) студентов 1 курса. Отобрано 124 (29,2%) пациента, у которых цифры АД превышали 90-й перцентиль. Затем всем обследуемым было дважды измерено АД с интервалом в одну неделю. Сведения о наличии жалоб, АГ в семье и смертности членов семьи от кардиоваскулярных событий получали на основании опроса студентов и данных медицинских амбулаторных карт. Отмечена низкая специфичность жалоб, указывающих на существование АГ. Следующим шагом нашего обследования было использование суточного мониторинга АД (СМАД) как референтного метода для подтверждения АГ, исключения гипертензии «белого халата» и дифференциальной диагностики форм АГ. По результатам СМАД все 124 (100%)

студента были разделены на группы: 1 группа – 42 человека, имеющие нормальные цифры АД в пределах 120/80 мм рт. ст. (33,9%), 2 группа – 82 человека, имеющие АГ (66,1%), у которых среднесуточное АД было \geq 95-й перцентили для возраста и роста. Результаты обследования совпали с предварительно заподозренным диагнозом АГ после первого скрининга в 65% случаев, что говорит об его эффективности во время профосмотров.

Таким образом, скрининг с использованием критерия величины офисного АД выше 120/80 мм рт. ст. и СМАД позволили установить диагноз АГ у 82 (19,3%) из 425 первокурсников медицинского университета. Учитывая научно-практический потенциал учебного заведения, этим детям можно организовать эффективную помощь для предупреждения прогрессирования болезни во время обучения в фитнесс-залах.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Хайтович Н.В., Трофимова Т.С., Кисель Н.П., Гуменюк М.И.

Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца

Киев, Украина

Суть хирургической антибиотикопрофилактики (АБП) в достижении оптимальной концентрации антибиотиков в тканях до момента их возможной микробной контаминации и поддержка этого уровня на протяжении проведения оперативного вмешательства и первых 3-4 часов после него.

Целью исследования была оценка эффективности, безопасности и фармакоэкономической целесообразности применения антибиотиков для предоперационной профилактики у детей.

Материал и методы. Проанализировано истории болезни 36 детей, которые были прооперированы в отделении гнойной хирургии Национальной детской специализированной больницы «ОХМАТДЕТ». Эффективность проведенной АБП предусматривала мониторинг общей клинической картины заболевания, общего состояния больного после операции и отсутствие осложнений. Оценка безопасности антибактериальных препаратов заключалась в определении ряда побочных эффектов, сопровождающих их применение. Фармакоэкономический анализ («минимизация затрат») включал оценку таких затрат, как стоимость лекарственного средства и растворителя, стоимость средств введения, стоимость лекарственных средств, назначаемых для устранения осложнений.

Аппендэктомия проведена 12 (33,3%), иссечение кисты копчика 14 (38,8%), иссечение срединной кисты шеи 10 (27,7%) детям. У 11 больных (30,5%) наблюдалась аллергическая реакция на цефтриаксон, поэтому 8 пациентам с целью АБП назначался ванкомицин, 3 – амикацин.

Антибиотикассоциированная диарея отмечалась у 19 пациентов (76%), которые получали цефтриаксон; у 2 пациентов (6,7%) – амикацин; 5 (62,5%) – ванкомицин. Гнойные послеоперационные осложнения выявлены у 12 пациентов (48%), которые получали цефтриаксон и 3 пациентов (37,5%) – ванкомицин, не отмечено гнойных послеоперационных осложнений при использовании в качестве АБП амикацина.

Стоимость АБП при использовании цефтриаксона эквивалентна 2,4 евро, амикацина – 2,0 евро, ванкомицина – 9,6 евро. У пациентов, у которых возникли гнойные осложнения, стоимость антибактериальной терапии была эквивалентна 7,01 евро и 34,4 евро соответственно при использовании в качестве АБП цефтриаксона и ванкомицина.

Таким образом, с точки зрения эффективности и фармакоэкономической целесообразности, наиболее оптимальный препарат для АБП при хирургических вмешательствах у детей – цефтриаксон; в случае аллергии на цефалоспорины – амикацин.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ

**Хайтович Н.В., Шерепенко Е.Л., Гоштынар Е.С., Дицковский В.Л., Шевчук Ю.В.,
Мягкая Н.Н.**

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

Больные с ринусинуситом составляют 60-65% амбулаторных пациентов оториноларингологов; с этим заболеванием на практике сталкиваются врачи различных специальностей, чаще педиатры и врачи общей практики (семейной медицины).

Основной целью лечения риносинусита является эрадикация возбудителя и создание надлежащих условий для оттока экссудата из придаточных пазух.

Целью исследования было оценить эффективность существующих схем лечения острого ринусинусита у детей.

Проанализировано результаты лечения риносинусита у 50 детей в возрасте 6 мес – 15 лет, которые находились на стационарном лечении в ЛОР-отделении Киевской городской детской клинической больницы №2 в феврале-марте 2016 года. Стандартная схема терапии применялась у 17 пациентов (1 группа) и включала бета-лактамный антибиотик (например, цефтриаксон или амоксициллин), деконгестант (например, називин), пробиотик (лацидофил т.д.) и антигистаминный препарат (ларатадин, дезлоратадин). Кроме того, в комплекс лечения 24 пациентов (2 группа) был включен препарат растительного происхождения синупрет (характерно секретолитическое, секретомоторное, противовоспалительное действие, способствует оттоку экссудата из придаточных пазух носа и верхних дыхательных путей), 13 пациентов (3 группа) – гомеопатический препарат циннабсин (характерен противовоспалительный эффект, противоотечное действие при заложенности придаточных пазух и слизистой полости носа).

Средний возраст пациентов 1, 2 и 3 групп не отличался и составлял соответственно $6,85 \pm 3,71$; $7,29 \pm 4,60$, $6,69 \pm 2,39$ лет. Наличие и тяжесть симптомов оценивалась с использование бальной шкалы (0 - отсутствие симптома, 3 –максимальная выраженность симптома). Оценивались такие симптомы: повышение температуры, головная боль, слабость, насморк, заложенность носа, выделения из носа, нарушение обоняния. До лечения тяжесть состояния у пациентов разных групп не отличалась – в среднем $9,88 \pm 1,45$; $9,37 \pm 1,61$ и $9,92 \pm 1,60$ баллов соответственно у пациентов 1, 2 и 3 групп.

Выявлено, что эффективность терапии существенно не отличалась у пациентов 2 и 3 группы (после курса терапии соответственно $0,41 \pm 0,50$ и $0,31 \pm 0,48$ баллов), тогда как эффективность терапии у пациентов 1 группы была значительно ниже ($2,41 \pm 0,87$ баллов), $P < 0,001$.

Таким образом, включение в комплекс медикаментозной терапии острого ринусинусита у детей препаратов синупрет или циннабсин повышает ее эффективность.

ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ *HELICOBACTER PYLORI* В РАЗВИТИИ ФЕНОМЕНА СОЧЕТАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕСИИ И ГИПЕРРАКТИВНОСТИ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Хакимов Д.П., Шоикрамов Ш.Ш., Ахматалиева М.А., Умарова З.С., Гулямов Р.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Исследования свидетельствуют о сохранении высокого уровня инфицированности детского населения – 55–75%, а в структуре хронического гастрита *H. pylori*-ассоциированные формы от 70 до 88%. Исследования указывают на единый иммуноаллергический механизм возникновения сочетания респираторной и

пищеварительной патологий. Патогенетические аспекты взаимосвязи Нр (*H. pylori*) - инфекции и различных форм атопии широко изучаются исследователями, однако единого мнения в этом направлении не достигнуто. Если наличие вклада инфицирования *Helicobacter pylori* с отягощенным течением бронхиальной астмы явная, то представляет неясность ее вклада в развитие гиперреактивности бронхов, и соответственно, в риске развития бронхиального бронхита. При функциональной диспепсии, *Helicobacter pylori* выявляется у многих больных.

Цель исследования. Определить связь инфицирования *Helicobacter pylori* у детей старшего школьного возраста с функциональной диспепсией с развитием гиперреактивностью бронхов и риском развития обструктивного бронхита.

Материалы и методы. Проведено поперечные исследования 725 детей от 12 до 18 лет с функциональной диспепсией отобранных в соответствии с Римскими критериями III. Все дети были исследованы на наличие *Helicobacter pylori* с помощью Хелик-теста, иммуноферментного анализа моноклональными антителами, а также подвергнуты пикфлюметрии для выявления гиперреактивности бронхов. Проведено также когортное проспективное исследование детей для определения риска развития обструктивного бронхита при гиперреактивности бронхов.

Результаты. Хелик-тест продемонстрировал высокую чувствительность и специфичность тестом *Helicobacter pylori*. Риск заболеть у детей в группе, инфицированных *Helicobacter pylori*, в 11 раз выше, чем у детей в группе, не инфицированных. Риск заболевания обструктивным бронхитом у детей с гиперреактивностью бронхов в 26,5 раз выше, чем при отсутствии его.

Выводы: Хелик-тест является высоко чувствительным и специфичным тестом инфицирования *Helicobacter pylori*. Данные эпидемиологических расчётов показывают, что риск заболеть у детей в группе, инфицированных *Helicobacter pylori*, в 11 раз выше, чем у детей в группе, не инфицированных. В 90,9% случаях эридикация *Helicobacter pylori* может предотвратить ГБР. Расчеты второго исследования показали, что риск заболевания обструктивным бронхитом у детей с ГБР в 26,5 раз выше, чем при отсутствии.

ПРИМЕНЕНИЕ МАНЧЕСТЕРСКОЙ ШКАЛЫ СОРТИРОВКИ В СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Хамзаев К.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность: в развитых странах чаще всего применяются системы отбора, основанные на алгоритмах, включающих диагностику и оценку физиологических параметров. Примерами являются Манчестерская ступенчатая система неотложной помощи. Сочетание сортировки и оказания неотложной помощи позволяет выполнять действия быстро и эффективно.

Цель: Изучение диагностической ценности жизненных показателей детей с гипертермией в определении тяжести их состояния по Манчестерской шкале сортировки в службе скорой медицинской помощи.

Материалы и методы: 700 детей, обратившихся в службу скорой медицинской помощи, оценили по Манчестерской шкале сортировки (средний возраст - 3 года), из них 383 детей (54,7%) были госпитализированы. Из 700 детей выделена перспективная когорта детей, с подозрением на острую инфекцию. Мы измеряли жизненно важные признаки по категориям Манчестерской шкалы сортировки, такие как: уровень сознания, уровень активности, наличие расстройства дыхания, степень гидратации.

Тяжесть инфекций классифицировали как тяжелая, средняя, легкая или нет инфекции.

Результаты: У детей с инфекцией тяжелой или средней тяжести (313 детей) имелась температура тела 39 градусов по Цельсию, тахикардия, сатурация кислорода по пульсоксиметрии 94%, время наполнения капилляров более 2 секунд в отличие от детей с легкой инфекцией или с отсутствием инфекции (387 дети). Наличие одного или нескольких следующих показателей температуры тела 39 градусов по Цельсию, тахикардии и тахипноэ, сатурация кислорода по пульсоксиметрии 94% имело 80% чувствительности (95% ДИ) и 39% специфичности (95% ДИ) для определения тяжелой или средней степени инфекции.

Выводы: комбинированное определение жизненных показателей у детей в неотложном состоянии может быть использовано для дифференциации детей с инфекцией с различными степенями тяжести. Подтверждается диагностическая ценность Манчестерской шкалы сортировки в оценке состояния детей в службе скорой медицинской помощи.

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Хмилевская С.А., Щербатюк Е.С., Зрячкин Н.И., Реброва А.А.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
Саратов, Россия

Цель исследования. Изучить факторы риска и особенности нервно-психического развития детей, родившихся с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Материалы и методы исследования. На основании данных ретроспективного, а также проспективного наблюдения изучен катамнез 30 детей, рожденных с ОНМТ (20 человек) и ЭНМТ (10 человек) в перинатальных центрах Саратовской области в период с 2011 по 2014 гг. и достигших трехлетнего возраста. Средний гестационный возраст при рождении составил 26,5+0,1 у младенцев с ОНМТ и 30,0+0,1 у младенцев с ЭНМТ. Контрольная группа была представлена 30 доношенными детьми, рожденными в условиях данных медучреждений в эти годы. Оценка нервно-психического развития проводилась с помощью стандартизированной шкалы обследования младенцев (Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л.). По показаниям использовались инструментальные методы обследования.

Результаты исследования. Анализ полученных данных в группах детей с ЭНМТ и ОНМТ выявил наличие у матерей в 97% (29) случаев отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза (из них у 37% (11) женщин - выкидыши, у 10% (3) - замершие беременности, у 3% (1) - мертворождения, у 3% (1) - рождение ребенка с пороками развития), а также неблагоприятного течения настоящей беременности в виде угрозы прерывания в 40% (12) случаев, гестоза - в 67% (20), анемии - в 23% (7), хронической соматической патологии - в 77% (23). В ходе динамического наблюдения за детьми установлено отставание по моторному, познавательному и речевому развитию у всех детей с ОНМТ и ЭНМТ. Наиболее выраженная задержка наблюдается в течение первых 21 месяцев жизни, особенно у детей с ЭНМТ. В последующие периоды моторное и познавательное развитие улучшаются значимо быстрее, чем речевое. Задержка речевого развития к концу срока наблюдения отмечена у 63% (19) детей. К 3 годам психомоторное развитие достигло уровня сверстников контрольной группы только у 13% (4) детей.

Выводы. Проведенное исследование позволяет заключить, что основными факторами риска рождения детей с ОНМТ и ЭНМТ являются наличие у матери ребенка отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и осложненное течение настоящей беременности. В сравнении со сверстниками, рожденными доношенными, дети с ОНМТ и ЭНМТ имеют значимо худшие показатели нервно-психического развития.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА НА РЕСПИРАТОРНУЮ АЛЛЕРГИЮ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шайхова М.И., Каримова Д.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Аллергические заболевания органов дыхания часто встречаются у детей дошкольного и школьного возраста. Аллергические заболевания носа, глотки составляют 55-65% всех случаев заболеваний этих органов. Определение аллергической реактивности организма больных имеет большое практическое значение. В связи с этим возникает необходимость в исследованиях, которые связаны с уточнением особенностей аллергической реактивности организма при различных заболеваниях.

Цель исследования: изучить роль повышенной чувствительности организма на респираторную аллергию у детей школьного возраста.

Материалы и методы исследования. В наших исследованиях были обследованы дети школьного возраста, проживающие в городе Ташкенте. Под наблюдением находились 271 детей в возрасте 7-14 лет, из них мальчики составили – 141 (52%), девочки – 130 (48%). Было проведено тщательное клинико-аллергологическое обследование и выявлены следующие формы респираторной аллергии. Так, у 114 (42%) детей был установлен аллергический риноконъюнктивит (АРК), у 84 (31%) – аллергический рецидивирующий обструктивный бронхит (АРОБ), а у 73 (27%) – бронхиальная астма. На основании проведенного комплексного клинико-аллергологического, функционального, лабораторного обследования и постановки специфических аллергических диагностических тестов (*in vivo*) с учетом Международных Консенсусов был поставлен диагноз аллергических заболеваний.

Результаты исследования. У детей с АРК в этиологии болезни существенное значение имели специфические пыльцевые, бытовые, эпидермальные и инсектные аллергены. Выяснилось, что реактивность организма пациентов на пыльцевые аллергены в 2,5-2,6 раз выше, чем пылевые (35,1%) и инсектные аллергены (31,6%), в 5-6 раз выше, чем на эпидермальные (13,2%) аллергены. Аллергическая реактивность организма детей больных АРОБ на пылевые аллергены (71,4%) выше, чем пыльцевые (53,6%), эпидермальные (17,8%) и инсектные (35,7%). Анализ данных скарификационных тестов у детей с БА показал, что реактивность организма на аллерген из домашней пыли (72,6%) выше, чем на пыльцевые (24,7%), эпидермальные (13,7%).

Выводы. Степень выраженности аллергической реактивности организма детей больных респираторными аллергозами подтверждается высокими показателями аллергических тестов. Специфическая реактивность организма на аллерген из домашней пыли в 2-5 раз выше, чем на пыльцевые и эпидермальные аллергены.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ БРОНХИТАХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ф. М., Каримова Н.И., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр

Педиатрии МЗ РУз

Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Недостаток, равно как и избыток, химических элементов в детском организме не только запускает механизмы хронизации соматических заболеваний, но и угнетает способность к специфической иммунологической реакции на инфекционные агенты. Из общей гаммы эссенциальных микроэлементов клинический интерес вызывает участие цинка (Zn).

Целью настоящих исследований было изучение эффективности и переносимости препарата “Bifolak–Цинкум” у детей с обструктивными, рецидивирующими бронхитами и бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 75 детей в возрасте от 1 года до 15 лет, из которых 50 больных бронхитом и 25 детей с бронхиальной астмой (БА), наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии и аллергологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Больные бронхитом были разделены на следующие нозологические формы: обструктивный бронхит (ОБ) – у 25 детей и рецидивирующий бронхит (РБ) - у 25 детей. В качестве группы сравнения обследованы 20 детей с острым бронхитом того же возраста. В зависимости от вида проводимой терапии больные были разделены на 2 группы: I (контрольная группа) - 20 детей, получавших общепринятую базисную терапию (антибактериальную, симптоматическую, бронхолитическую, муколитическую, иммунотерапию, антигистаминную и др.); II (основная группа) – 75 детей (25 - ОБ, 25 - РБ и 25 - БА) на фоне базисной терапии, получавших “Bifolak–Цинкум” в дозе 1 гр. в течение 10-14 дней.

Результаты и обсуждение. При анализе содержания микроэлементов в крови гипомикроэлементозы обнаружены у всех обследуемых детей с ОБ, РБ и БА. В основном отмечался дефицит кальция (94,7%), селена (82,7%), йода (78,6%), марганца (74,7%) и цинка (100,0%) соответственно. С учетом вышесказанного, мы сочли целесообразным проследить терапевтический эффект препарата “Bifolak–Цинкум” относительно динамики клинических симптомов воспалительного процесса, а также коррекции микроэлементного статуса, биохимических и иммунологических изменений. При анализе динамики проведенной терапии в группах больных получавших препарат “Bifolak–Цинкум” было выявлено улучшение клинических симптомов заболевания по сравнению с контрольной группой. Так, продолжительность симптомов интоксикации у больных сокращалась в 1,6 раза и составила $4,7 \pm 0,3$ против $7,6 \pm 0,5$ дней ($P < 0,05$), влажного кашля – в 1,5 раза и составила $6,5 \pm 0,4$ против $9,6 \pm 0,7$ дней ($P < 0,05$), также было отмечено ускоренное купирование физикальных изменений в легких и отмечалось купирование обструктивного синдрома. Отмечалось уменьшение диспепсических расстройств, нормализация характера стула и состава кишечной микрофлоры. У больных II группы на фоне приема “Bifolak–Цинкум” лечебный эффект был оценен как отличный у 85,3% больных, как хороший – у 13,3% и как удовлетворительный – только у 1,4% по сравнению с детьми I группы. Проведенное анкетирование родителей больных выявило удовлетворительность лечебным эффектом препарата, удобством его дозирования и применения.

Выводы. Применение препарата “Bifolak–Цинкум” показал эффективность не только в улучшении микрофлоры кишечника, нормализации микробиоценоза ЖКТ, стимуляции функциональной деятельности пищеварительной системы у детей с обструктивными, рецидивирующими бронхитами и бронхиальной астмой, но и продемонстрировал в плане коррекции недостатка цинка и важности этих веществ для роста и развития ребенка, формирования первичной иммунологической защиты и улучшение процессов переоксидации.

КОМПЛЕКСНАЯ ИММУНКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шамсиев Ф.М, Мовлонова Ш.С.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр
Педиатрии МЗ РУз
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Внутрибольничная пневмония (ВбП), развивающаяся на фоне вторичных иммунодефицитных состояний, ухудшает прогноз и создает угрозу жизни ребенка.

Материал и методы исследования. В настоящей работе обследовано 150 больных, из них 110 детей с ВБП и 40 детей с внебольничной пневмонией (ВП), находившихся на лечении в отделениях реанимации и интенсивной терапии, пульмонологии и детей раннего возраста РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз.

Результаты исследований. В зависимости от вида проводимой терапии обследованные дети были разделены на три группы: I - группу составили 40 больных детей с ВБП получавших базисную терапию. II - группу составили 35 больных детей с ВБП, получавших на фоне базисной терапии Полиоксидоний 3мг по схеме. III - группу составили 35 больных детей с ВБП, получавших базисную терапию, Полиоксидоний и Витрум беби. В III группе больных, наблюдалось активация показателей клеточного иммунитета, о чем свидетельствует прирост относительного числа $CD3^+$ - лимфоцитов, составляющий $62,1 \pm 1,8\%$, достоверный по отношению показателей I группы больных ($P < 0,001$). Субпопуляции $CD4^+$ и $CD8^+$ также повышались после лечения в III группе, по отношению к исходным данным ($P < 0,001$), и показателям II группы больных ($P < 0,01$). Субпопуляции лимфоцитов, несущие маркеры $CD8^+$, также имели положительную динамику под влиянием комплексной терапии, в то время как во II группе достоверных изменений в показателях не наблюдалось. Соответственно иммунорегуляторный индекс в группе больных, получивших дифференцированное лечение, приближался к нормальным показателям, в отличие от показателей ИРИ во II группе, где он оставался стабильно низким. ИРИ у больных с ВБП после лечения составлял $1,8 \pm 0,08$ и $1,6 \pm 0,04$ соответственно ($P < 0,05$). У больных III группы, получавших дифференцированное лечение, уровень $CD20^+$ -лимфоцитов снизился до $16,4 \pm 0,9\%$, тогда как во II группе после лечения составил $10,6 \pm 0,8\%$ ($P < 0,01$). Дифференцированное лечение оказывало положительное влияние и на содержание в крови естественных киллеров – $CD16^+$ -лимфоцитов. Разница в показателях $CD16^+$ до и после лечения была достоверной только в III группе больных ($P < 0,01$), в то время как во II группе эти показатели не имели достоверной разницы ($P > 0,05$). Позитивное влияние комплексной терапии на активность гуморального иммунитета их содержание у детей II и III группы, более существенно приближается к нормативным показателям и составляет $801,0 \pm 20,0$ мг%; $160,0 \pm 5,0$ мг%; $100,0 \pm 5,0$ мг % и $990,0 \pm 14,0$ мг%; $120,0 \pm 5,0$ мг%; $121,0 \pm 6,0$ мг % соответственно, в отличие от больных I группы (P от $< 0,05$ до $P < 0,01$).

Выводы. Таким образом, дифференцированные методы лечения потенцируют эффективность антибактериального лечения ВБП, благодаря чему быстрее нормализуются измененные лабораторные и иммунологические показатели крови, сокращается число койко-дней, снижается риск тяжёлых затяжных форм и неблагоприятных исходов ВБП.

ОЦЕНКА КОМПЕНСАТОРНОЙ РЕАКЦИИ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МИКСТ-ИНФЕКЦИЕЙ

Шамсиев Ф.М, Таджиханова Д.П.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр
Педиатрии МЗ РУз
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Одной из патологий, характеризующихся активизацией процессов фагоцитоза и «ресpirаторным взрывом», являются пневмонии, ассоциированные микст-инфекцией у детей. В Узбекистане отмечена высокая распространенность пневмонии у детей. На сегодняшний день возникшая пневмония часто обусловлена присоединением герпесвирусной инфекции (ГВИ), представленной вирусами простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типов. Особенностью вирусной пневмонии при присоединении герпетической инфекции является наличие токсикоза, длительное течение, часто двустороннее поражение легких, иногда появление кистозных образований в легочной ткани.

Целью данной работы явилось изучение компенсаторных возможностей антиоксидантной системы у детей с микоплазменной пневмонии в сочетании с микст-инфекцией.

Материал и методы. Обследованы 128 детей первого года жизни с микоплазменной пневмонией (МП), сочетанной с герпес-вирусной (ВПГ) (83 детей) (1-я группа), с микоплазменной (45 детей) (2-я группа). Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей. Диагностику проводили на основании клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Наличие инфекций определяли иммуноферментными ПЦР методами. Лечение пневмонии проводили с учетом этиологического фактора, на основании стандартов, разработанных МЗ РУз. Специальные исследования (активность СОД и каталазы, уровень МДА) проводили при поступлении, через 10 и 30 дней после лечения, в катамнезе. Цифровой материал обработан с помощью программ «Microsoft Excel XP» и «Statistica 6,0».

Результаты. В крови детей с МП и ГВИ активность СОД и каталазы крови статистически значимо возросли до $8,18 \pm 0,51$ усл.ед./мин*мг белка ($P < 0,05$) и $0,152 \pm 0,006$ мкмоль H_2O_2 /мин*мг белка, при значении этих показатели у практически здоровых детей $6,43 \pm 0,31$ усл.ед./мин*мг белка и $0,122 \pm 0,004$ мкмоль H_2O_2 /мин*мг белка, соответственно ферментам. Такая же динамика была отмечена и в группе детей с МП моноинфекцией. Несмотря на активизацию ферментов АОЗ оказалась недостаточной для ускоренного обезвреживания активных форм кислорода, так как содержание МДА статистически значимо возросло до $4,80 \pm 0,26$ ($P < 0,001$) и $4,26 \pm 0,23$ нмоль/мл ($P < 0,001$). Базисная фармакотерапия МП+ГВИ, МП моноинфекций способствовала некоторой активизации компенсаторных возможностей АОЗ, что проявлялось приближением их к значениям практически здоровых детей и достоверным снижением уровня МДА во все сроки исследования. Более низкие компенсаторные возможности АОЗ были отмечены при микст инфекциях, что совпадало с клинической картиной, более выраженной эндотоксикозии, так как согласно данным литературы агрессии провоспалительных цитокинов и свободных радикалов создают условия для возникновения эндотоксикоза

Выводы. У детей с МП+ВПГ пневмонией в острый период заболевания отмечается дисбаланс в системе ПОЛ-АОЗ, сохранение их в период угасания клинических симптомов свидетельствовало о незавершенности патологического процесса.

СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТАХ У ДЕТЕЙ

Щербак В.А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия
Чита, Россия

Белки острой фазы (БОФ) – это эволюционно консервативное семейство белков, продуцируемых в основном печенью в ответ на инфекционный процесс. Различают положительные БОФ, уровень которых нарастает более чем на 25%, и отрицательные, концентрация которых снижается при тех же самых условиях. Первую группу составляют церулоплазмин, фибриноген, компонент С3 комплемента, $\square 1$ -антитрипсин, $\square 1$ -кислый гликопротеин, гаптоглобин, С-реактивный белок и некоторые другие. К отрицательным БОФ относят альбумин, преальбумин, трансферрин, липопротеиды низкой и очень низкой плотности, кининоген, прекалликреин, ангиотензиноген.

Цель - исследование роли различных групп острофазовых белков в развитии ХГ.

Материалы и методы. Обследовано 25 детей с хроническим гастродуоденитом (ХГ) и 20 здоровых в возрасте 10-15 лет. Исследование сыворотки крови проведено методом иммунотурбидиметрии на автоматическом биохимическом анализаторе СА-270 (Furuno electric, Япония).

Результаты. Выявлено повышение гаптоглобулина до $82,6 \pm 0,9$ мг/дл ($p < 0,001$), церулоплазмина до $49,0 \pm 1,12$ ($p < 0,05$), макроглобулина $173,2 \pm 16,1$ ($p < 0,01$), аполипопротеина-А1 до $166,6 \pm 15,4$ ($p < 0,05$), С-реактивного белка ($p < 0,05$). Одновременно происходило снижение преальбумина до $21,28 \pm 0,51$ ($p < 0,05$). Статистически значимых изменений С3- и С4-компонентов комплемента мы не выявили. ХГ сопровождается гибелю клеток и воспалением в очаге поражения. Воспалительная реакция, являющаяся ответом на элиминацию поврежденных клеток, усиливает миграцию фагоцитов в пораженный участок и включает процессы reparativeной регенерации. Одновременно фагоцитарные клетки стимулируют синтез белков-гликопротеидов в печени. Эти белки в норме содержатся в крови в значительно меньших количествах или же у здоровых людей не выявляются, а при воспалении появляются в виде вновь синтезированных белков.

Таким образом, при хронических гастродуоденитах выявлены значительные изменения содержания белков острой фазы, что подтверждает выраженное воспаление в слизистой оболочке.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Щербак В.А., Щербак Н.М., Калинкина С.Е.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия
Чита, Россия

Введение. Для полноценного роста и развития детей раннего возраста, большое значение имеет адекватная организация естественного вскармливания, начиная с периода новорожденности. Грудное молоко, несомненно, является эталонной моделью питания для ребенка.

Цель исследования - изучить распространенность естественного вскармливания в Забайкальском крае, выявить проблемы, связанные с питанием детей раннего возраста.

Материалы и методы. Были исследованы данные годовых отчетов за 2015 год в 27 районах Забайкальского края, анализ исполнения Закона Забайкальского края №104-ЗК от 29.12.2008 «Об организации обеспечения полноценным питанием по заключению врача беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до 3-х лет».

Результаты. Общее количество детей в 27 районах Забайкальского края в возрасте от 0 до 1 года составило 14200. Находились на естественном вскармливании до 3 месяцев 9320 (65,6%), до 6 месяцев 6146 (43,2%), что соответствует показателям РФ. Детей в возрасте от 0 до 3 лет было 28800, в том числе с зарегистрированной анемией 4091, из них получали адаптированные молочные смеси 2284 (55,8%), фруктовые соки и пюре 2091 (51,1%). Гипотрофия была у 1048 детей, из них получали адаптированные молочные смеси 714 (70,1%), фруктовые соки 493 (47,0%). Многоплодная беременность отмечалась у 149 матерей, получали поливитаминные комплексы 138 (92,6%).

Заключение. Питание детей первого года жизни в Забайкальском крае является неадекватным и характеризуется недостаточной распространенностью естественного вскармливания. Во 2-м полугодие жизни количество младенцев, находившихся на грудном вскармливании, снизилось на треть, что может быть связано с влиянием множества факторов. Исполнение Закона №104-ЗК от 29.12.2008 происходит не надлежащим образом, не во всех зарегистрированных случаях анемии, гипотрофии, дети имели возможность получать адаптированные молочные смеси и фруктовое пюре. Поэтому необходимо принять меры по реализации программ по оптимизации грудного вскармливания детей раннего возраста.

ФАКТОРЫ РИСКА ПНЕВМОТОРАКСА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Эфендиева М.З.¹, Кулиева С.А.², Гаджизаде Г.А.¹

Научно-Исследовательский Институт Педиатрии им. К.Я. Фараджевой¹,

Азербайджанский Медицинский Университет²

Баку, Азербайджан

Целью настоящего исследования была определение факторы риска по развитии пневмоторакса новорожденных детей.

Было проведено ретроспективное исследование у 30 новорожденных детей с пневмотораксом, которые получили лечение в отделение АРИТ НИИ педиатрии за 2015 год. Проанализировано состояние здоровья матерей, особенности течение беременности и родов. 21 обследованных новорожденных составили мальчики, 9 девочки. Гестационные возраст младенцев составил 30-32 недель - 3 (масса тела от 1600 до 2500 г), 36-41 неделя - 26 (масса тела 2700-400 г), 1 переношенный ребенок. Возраст матерей колебался от 25 до 33 лет, патологическое течение беременности отмечалось у 22 (73%) матерей (токсикозы, анемия, нефропатия, маловодие, инфекции), 15 детей были извлечены путем кесарева сечения (отслойка плаценты, предыдущий рубец на матке, патологическое предлежание плода), в 80% случаев отмечалось перинатальная гипоксия, 9 - закричали после реанимационных мероприятий. Диагноз пневмоторакса при поступлении поставлен 24 новорожденным, 2 были направлены на стационарное лечение с эти диагнозом, у остальных пневмоторакс развился на 2-3 сутки госпитализации. Левосторонний пневмоторакс диагностирован у 10 (33,3%) детей, правосторонний у 17 (56,7%), тотальный - 3 (10%). Смертность составила 43,3% (13 детей); 3 погибли в день госпитализации, остальные в последующие дни госпитализации.

Таким образом, основными факторами риска развития пневмоторакса новорожденных являются: отягощенный материнский анамнез по ВУИ (развиваются сливные, деструктивные пневмонии, сепсис), патологические роды (процент оперативных родов составил 50%), осложнение родов (мекониальная аспирация, аспирационный синдром), неадекватная респираторная поддержка.

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ МЕДПРОВАЙДЕРОВ ПО ВОПРОСАМ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЯ В ЮЖНЫХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Эшалиева А.С., Айтбаева А.А., Амираева Ж.Н.

Национальный центр охраны материнства и детства

Бишкек, Кыргызстан

Актуальность проблемы. Уровень материнской смертности в Кыргызской Республике остается высоким, несмотря на то, что 97% беременных женщин получают антенатальный уход и рожают в присутствии медицинского работника. Многие факторы влияют на этот показатель, включая отсутствие четких критериев и стандартов перенаправления, оформленного взаимодействия между лечебными организациями, низкое качество предоставления неотложной акушерской помощи; низкий потенциал медицинских работников, несоблюдение клинических протоколов.

Целью исследования явилась базовая оценка знаний и навыков медпровайдеров по вопросам ведения беременности, родов, ухода за новорожденным, вопросам перенаправления на различные уровни оказания медицинской помощи матерей и новорожденных в южных регионах Кыргызской Республики.

Материалы и методы. Проведен анализ данных на уровне ПМСП, а также лечебных учреждений областного и районного уровня. Для определения качества услуг в вопросах родовспоможения был проведен анонимный тест 79 медработников (медперсонал ФАПов,

ГСВ, ФТБ, ТБ, ООБ, станции скорой помощи). Тест, включал вопросы антенатального, интранатального и послеродового ухода и ухода за новорожденным, а также вопросы перенаправления.

Результаты исследования. Из 79 опрошенных медработников 34,5% составили врачи акушеры-гинекологи, 11,4% - семейные врачи, 28,2% – акушерки, 24,1% - медсестры, 2,5% - фельдшеры.

Процент правильных ответов по вопросам перенаправления составил среди медпровайдеров 68,6%. Средний уровень знаний медпровайдеров по вопросам перенаправления был следующим. Высокий уровень знаний был у врачей акушеров-гинекологов (80%), неонатологов (80%), немного ниже уровень знаний у акушерок (71,3%) и семейных врачей (71%). У медицинских сестер (58,75%) и фельдшеров (50%) отмечался более низкий уровень знаний.

При анализе уровня знаний по вопросам антенатального ухода наибольший уровень выявлен у фельдшеров (78%), семейных врачей (74%), акушеров-гинекологов (69%), у акушерок (68%). Немного ниже оказались знания у неонатологов (61%) и медицинских сестер (54%). При анализе результатов знаний медработников по разделу «роды», отмечен относительно высокий уровень знаний у акушеров-гинекологов (76,7%), акушерок (69,1%) и у неонатологов (66%), ниже уровень у семейных врачей (59,5%), медсестер (48,3%) и фельдшеров (47,5%).

По вопросам послеродового периода, отмечен сравнительно высокий уровень знаний у врачей акушеров-гинекологов (73,9%), знания неонатологов (56,5%), семейных врачей (55%), акушерок (47,5%) соответствуют уровню знаний ниже среднего. Выявлено, что знания медсестер и фельдшеров по вопросам послеродового периода не соответствуют требованиям и есть необходимость проведения обучения.

Общая градация оценки знаний соответствовала стандартной: 100-90% правильных ответов - «отлично», 80-90%- «хорошо», 60-79% - «удовлетворительно», 59% и менее - «неудовлетворительно». Знания врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, акушерок по оказанию медицинской помощи беременным и роженицам соответствовал «удовлетворительному» уровню, семейных врачей, медсестер и фельдшеров на уровне «неудовлетворительных» знаний.

Таким образом, уровень знаний медпровайдеров по вопросам беременности, родов и послеродовому периоду, определен как удовлетворительный, что не отвечает требованиям профессиональных стандартов. Исследованные организации здравоохранения нуждаются в фокусных интервенциях по внедрению эффективного перинатального ухода: обеспечение компетентными медработниками, владеющими навыками при неотложных акушерских ситуациях, обеспечение качественного ухода, непрерывного системного подхода в улучшении услуг (регулярные тренинги, мониторинг знаний, устойчивая система курации и наставничества).

КАЧЕСТВО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖЕНЩИН ПО ВОПРОСАМ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОМУ ПЕРИОДУ В ЮЖНЫХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Эшалиева А.С., Ормонбекова Н.О., Амираева Ж.Н.

Национальный центр охраны материнства и детства
Бишкек, Кыргызстан

Актуальность проблемы. Беременные женщины, родильницы и члены их семьи нуждаются в качественной медицинской и психологической помощи, на основе доверия, конфиденциальности и дружелюбного отношения. Отношение и услуги, ориентированные на пациента и его семью, являются ключом к устойчивому улучшению качества перинатальных услуг. Низкая информированность населения, неразвитая система

транспортировки — это проблемы, которые оказались на поведении женщин и их семей, нуждающихся в помощи и в доступе к лечению, особенно в отдаленных и труднодоступных районах.

Цель исследования: оценка качества перинатальной помощи на основе выявления знаний, отношений и восприятий женщин в вопросах беременности и родов, здоровья новорожденного в южных регионах Кыргызской Республики.

Материалы и методы. По разработанному вопроснику проведен анонимный опрос 241 женщины, преимущественно во II-III триместре беременности и в послеродовом периоде. В целях выявления восприятия респондентами качества услуг и оценки знаний были проведены фокус-группы с беременными.

Результаты исследования. Средний возраст опрошенных женщин составил – 27,7 лет, из них 19,5% в I триместре гестации, 29,5% - во II, 46,8% - в III, 2,9% женщин в послеродовом периоде. Из общего числа респонденток первородящих – 31,5%, и 68,5% – повторнородящие. По уровню образования 46,9% женщин имели среднее образование, 22,4% - высшее, 17% - среднее специальное и незаконченное среднее, 0,8% - женщин не знали свой уровень образования.

Большая часть женщин при опросе правильно указали на опасные признаки во время беременности: кровотечение, сильная головная боль, повышение температуры, сильная боль в животе, тошнота, рвота, потеря сознания, судороги, излитие вод, но 9,5% женщин не знали вообще об опасных признаках. Большинство опрошенных правильно указали на опасные симптомы в послеродовом периоде: отеки, кровотечение, повышение температуры, головная боль, сильные боли внизу живота, но 26,5% женщин не знали вообще об опасных симптомах. По вопросам об опасных признаках у новорожденного 37,3% респонденток указали на плохое сосание ребенка, гной, выделения из пуповины, кожная сыпь, частый плач, но 17,8% женщин не знали об опасных симптомах у новорожденных.

В целом, по данным вопросников, лишь 29,5% женщин знали 3 и более опасных признаков беременности, лишь 7,5% женщин знали 4 и более опасных признаков новорожденных. При этом 55,6% респонденток наблюдались во время беременности у акушер-гинеколога, 18,3% у акушерок, 2,9% у семейных врачей, что свидетельствует о достаточном доступе к специалистам, но недостаточном качестве антенатального ухода.

При опросе о подготовке к родам: 30,2% женщин ответили, что читают литературу о родах, 22,8% - спрашивают у рожавших женщин, 14,5% узнают от свекрови, 9,1% женщин не интересуются о родах и лишь 24,5% женщин задают вопросы своей акушерке. В 37,7% случаев женщина самостоятельно принимает решение о месте родов, совместно с мужем решают 31,1% женщин, мнение свекрови было решающим у 13,7%. При появлении признаков родов 47% женщин сообщают мужу, лишь 12% - своему врачу. При этом 70,5% женщин поедут на частной машине, 20,7% на такси; и лишь 8,8% на машине скорой помощи.

Качество предоставляемых услуг в медицинском учреждении оценили, как хорошее - 57,2%, отличное - 21,2%, среднее - 12,5%, плохое - 3,7% и не могут дать оценку - 5,4%. Критериями качества были: доступ, уважительное отношение медперсонала, постоянное присутствие врача. Критериями низкого качества были: отсутствие лекарственных средств, горячей и холодной воды, неофициальные выплаты.

Таким образом, оценка знаний, отношений и восприятий женщин в вопросах беременности и родов, здоровья новорожденного показала недостаточную информированность женщин о возможных осложнениях и низкое качество консультирования. Из-за незнания или отсутствия опыта, женщины оценивали свое состояние и качество услуг в основном на «хорошо». Но, фокус группы с женщинами, выявил проблемы антенатального наблюдения - некомпетентность врачей и фельдшеров, отсутствие клинико-лабораторных и инструментальных методов диагностики, трудности транспортировки, задержка в госпитализации женщин, низкое качество послеродового

патронажа. Устоявшиеся традиции, менталитет, уклад семьи и установки самих респондентов оказывают большое влияние на их отношение к вопросам репродуктивного здоровья. Все это свидетельствует о большом потенциале в улучшении антенатального ухода при взаимодействии с родственниками респондентов и о необходимости повышения качества перинатальной помощи.

PREHOSPITAL IV THERAPY VS ORAL REHYDRATION IN PEDIATRIC DEHYDRATED PATIENTS

Khamzaev K.A., Akhmatalieva M., Abdurashidov V.

Tashkent Pediatric Medial Institute

Tashkent, Uzbekistan

To analyze the impact of oral rehydration and prehospital intravenous fluid therapy on the outcome of pediatric dehydrated patients.

Methods. In order to evaluate the impact of prehospital intravenous IV fluid therapy and oral rehydration on the outcome of pediatric dehydrated patients and to evaluate the effect of such therapy on the on-scene interval, we performed a retrospective chart review of 78 pediatric dehydrated patients less than 8 years old transported directly from the scene by ambulance with an intravenous catheter in place and admitted to the hospital. Charts of the 102 pediatric patients who received oral rehydration were also studied and their outcome were compared.

Results. Patients who received their catheters at the scene had significantly longer on-scene intervals than those who received them in the ambulance (15.7 vs 9.3 minutes, $P < 0.05$). Results of the placement of the catheter at the scene and in the ambulance and prehospital fluid volume administered showed that placement of catheter at the scene had better results despite longer on scene time. Patients with IV infusion had better outcome as 23% less cases compensated of shock. Placement of catheters in children of less than 8 years old at the prehospital stage had showed less complication of this procedure (complication rate was 16% less than catheter placement in ambulance) if it was done on-scene. The outcome of pediatric patients who received oral rehydration on site and during transportation was not as good as in patients who had IV catheter.

Conclusions. The role of starting prehospital fluid therapy in pediatric dehydrated patients is significant in survival of those patients despite on-site catheter placement prolongs pre-hospital interval. If the child dehydrated and requires transport to the hospital the IV infusion is prior to oral rehydration.

IMPLEMENTING INTERACTIVE METHODS IN TEACHING EMERGENCY CARE IN PEDIATRIC SHOCK IN EMERGENCY MEDICAL CARE CURRICULUM

Khamzaev K.A., Sharipov A.M.

Tashkent Pediatric Medial Institute

Tashkent, Uzbekistan

Efficiently delivering the amount of theoretical knowledge and practical skills required to students to learn the modern achievements in the field of emergency medical care. Following objectives were put in our study:

-Increasing competency of students in performing real emergency medical care skills,

-Increasing interest to the process of independent clinical decisions and insisting own point of view.

Methods. This study has attempted to show how the gap between educational theory and practice can be bridged. Using teaching and learning methods based on educational theories and

derived principles will enhance the development of knowledge, skills, and positive attitudes in their learners.

Results. Problem based learning is used in many medical schools in worldwide. In problem based learning students use “triggers” from the problem case or scenario to define their own learning objectives. Subsequently they do independent, self-directed study before returning to the group to discuss and refine their acquired knowledge. Thus, problem based learning uses appropriate problems to increase knowledge and understanding. The process is clearly defined, and the several variations that exist all follow a similar series of steps. Group learning facilitates acquisition of knowledge, also several other desirable attributes, such as communication skills, teamwork, problem solving, independent responsibility, sharing information, and respect for others.

From the emergency medicine standpoint, it should be made clear to medical students that no matter what specialty they enter, they will interact with emergency physicians on behalf of their patients and probably their friends or family members. Therefore, they need to know process issues, such as the fact that patients are seen based on their acuity.

Conclusions. After summarizing the teaching experience in our department, also in worldwide we came to conclusion that problem based learning and E-learning is needed to be implemented in to the teaching pediatric shock in emergency medicine.

ANALYSIS OF AMBULANCE CALLS FOR CHILDREN IN TASHKENT CITY, UZBEKISTAN AND WAYS OF IMPROVE APPROPRIATENESS OF AMBULANCE CALLS

Khamzaev K.A., Sharipov A.M., Akhmatalieva M.

Tashkent Pediatric Medial Institute

Tashkent, Uzbekistan

To analyze the appropriateness of ambulance calls to children with regard to medical necessity.

Methods. We conducted a one-year retrospective analysis of all patients (age range 2 weeks to 18 years) who were served by the Tashkent city ambulance service in 2015. Ambulance chart records of all patients who served by ambulance were abstracted for demographic data, chief complaint, medical interventions, crew diagnosis, and hospitalization.

Results. Charts of ambulance calls where transportation to hospital were studied. Study showed that patients were transported by the following criteria: 1) requiring cardiopulmonary resuscitation, 2) respiratory distress, 3) altered mental status or seizure, 4) immobilization, 5) inability to walk, 6) admission to intensive care, 7) motor vehicle accident, 8) dehydrated state. Analysis of transported and not transported patients' charts showed that none urgent patients were significantly more likely called to the ambulance service. 78% of patients who called the ambulance were judged to have called to the ambulance service unnecessarily. Analysis of pediatric patients who admitted to the hospitals showed that 72% of them came to the hospital by parents by bypassing ambulance service. The most common reason for appropriate ambulance use was seizure activity; the most common reason for inappropriate use was fever.

Conclusions. Inappropriate use of ambulance transportation is common in pediatric population, were none urgent patients accounting for a significant majority of the misuse. We suggest introducing telephone triage conducted by the dispatcher in to the Tashkent city ambulance service will greatly increase ambulance visits to the urgent calls and decrease walking in's in to the hospital.

ACUTE RENAL FAILURE IN CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME

Mamatkulov B.B., Sharipov A.M., Khamzaev K.A., Shoikramov Sh.Sh.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Tashkent, Uzbekistan

Acute, usually reversible, renal failure has been observed in patients with steroid sensitive nephrotic syndrome. This study's goal to examine the clinical features of acute renal failure in these patients and to evaluate factors that may contribute to the reduction in glomerular filtration rate.

Methods. In an analysis of 127 cases with acute renal failure, the average age was $9,4 \pm 2$ years (mean \pm 5 SEM), urine protein excretion 11.6 ± 0.6 g/d, and serum albumin level 19 ± 1 g/L (1.9 ± 0.1 g/dL). Acute renal failure was documented an average of 18 ± 5 days after onset of primary nephrotic syndrome, and persisted for 2 weeks. Patients with thrombosis were not included to the study. Patients received steroid therapy and symptomatic therapy including diuretics.

Results. None of the patients died of uremia or other complications of nephrotic syndrome. Although plasma volume depletion was suggested as the cause of renal failure in nephrotic syndrome, objective signs of hypovolemia were not documented in all cases. Patients with signs of volume deficit did not improve after treatment designed to correct volume deficits. Results pushed us to make suggestion that absolute and effective blood volume and renal plasma flow were relatively well preserved in these patients.

Conclusions. However, clinical observations suggest that the glomerular ultrafiltration rate in childhood nephrotic syndrome may be reduced by as much as 50%. These findings in cases with acute renal failure, suggest that severe reductions in glomerular filtration rate in some patients with minimal change nephrotic syndrome may result from an interaction between acute ischemic tissue injury and preexisting intrinsic renal abnormalities.

ARTERIAL HYPERTENSION RISK AND SALTY TASTE SENSITIVITIES IN ADOLESCENT

Nechitailo Y.N., Kovtyuk N.I., Miheeva T.N.

Bukovinian State Medical University

Chernivtsi, Ukraine

Association between arterial hypertension and overconsumption of sodium in the form of salt is well known. Because sodium is the ligand for salty taste, a more comprehensive understanding of the factors that drive salt consumption is needed to develop effective and successful strategies to reduce sodium intake. Taste is the type of sensitivities that help organism to identify and consume nutrients. The capacity to perceive taste sensations significantly influences food choice and food preferences. A major factor underlying excess sodium consumption is the human preference for salted foods. The link between dietary sodium and hypertension is well established and dietary modification is a primary step in hypertension risk reduction.

The goal of present study was to examine children salty taste oral sensation in association with resting blood pressure. In total 155 school-age children were included in the study. The assessment of resting blood pressure, salt taste sensitivities and food preferences were done. Hypertension was defined as a systolic blood pressure over 95 gender/age/height dependent percentile. The salt taste intensity was measured using tests in five concentrations of sodium chloride solution (0,04%, 0,08%, 0,16%, 0,32% and 0,64%). The cohort of children was subdivided in two groups – with normal (114 persons) and low salt sensitivity (41 persons).

The association between systolic blood pressure and the salt taste sensitivities was studied in regression model with inclusion of some anthropometric data. The data show that elevated

systolic blood pressure significantly correlate with excessive body mass, with heart beat rate and low salt sensitivity. In addition, the frequency of adding salt to food was significantly ($p < 0.01$) related to hypertension status. Among the hypertensive, 30% never added salt while among the non-hypertensive 54% never added salt to food. The taste deviation poses a significant challenge for the health care of children population. Compared with the group of children with normal salt sensitivity persons with low salt sensitivity have higher risk of salt overconsumption and hypertension, they also reported greater liking of food with higher salt levels comparable to regular-sodium products.

MIGRAINE AND TENSION-TYPE HEADACHE IN SCHOOL-AGE CHILDREN AND QUALITY OF LIFE

Nechitailo Y.N., Kovtyuk N.I., Yukhimets I.A.

Bukovinian State Medical University
Chernivtsi, Ukraine

The headache of different types is the most frequent complaint in school-age children with prevalence about 50-55%. Surveys conducted in pediatrics indicate that frequency of primary headache increased during the last years. Primary headache mostly was presented by migraine and tension-type headache (about 90% of all cases). Headache in school-age children was associated with lower school performance, higher levels of emotional problems, as well as other somatic complaints. In general, children with primary headache report poorer subjective well-being and reduced health-related quality of life.

The goal of our study was to establish influence of primary headache on children's quality of life. In total 84 school-age children (migraine - 26 and tension-type headache - 58) were enrolled in the study and their demographics were collected. We noted the type of headache, parents' report and review of the previous medical records, family history of headache, presence of headache triggers. For assessment health-related quality of life, we used generic questionnaire HRQoL (CF-87). The frequencies of both migraine and tension-type headache were non significantly higher in the age group of 15-17 years as compared to the age group of 10-14 years. There were no significant differences regarding the headache prevalence between different genders. The most common clinical presentations of aura in patients with migraine were visual disturbance, confusion, vertigo. As triggering factors for headache were noise, light, smoking, oxygen insufficiency, hunger etc. Intensity of headache was estimated in 5-point scale. Low severity level of headache was reported in 57.1% of patients, about a 34.5% had medium level and less than 10% had high level of headache. Quality of life was worse on physical, social and emotional functioning as compared to age-related healthy individuals. The main parts of HRQoL estimation include physical and mental functioning summary and overall quality of life summary. In our study, significant decrease of all components was obtained. Thus, primary headache in children and adolescents is a common problem, which influenced health-related quality of life.

CRITERIA OF EFFICIENCY OF METABOLIC SYNDROME TREATMENT IN CHILDREN

Tolstikova E.A., Shvaratskaya O.V.

State Establishment «Dnepropetrovsk medical academy» of Ministry of Health of Ukraine
Dnepropetrovsk, Ukraine

Introduction. The main features of metabolic syndrome are obesity, insulin resistance, disorders of carbohydrate and lipid metabolism and arterial hypertension. Above all insulin resistance plays the most important role in development of metabolic syndrome.

Objectives. The influence of metformin on insulin resistance indexes in children with metabolic syndrome was the subject of our research.

Materials and methods. 86 children with metabolic syndrome were observed. The diagnosis of metabolic syndrome was made on the base of obesity, arterial hypertension, disorders of carbohydrate and lipid metabolism according to the ATP III (2001) и IDF (2005) recommendations. All patients were randomized into 2 groups: 46 children, who received diet and physical training (I group), and 40 children prescribed with diet, physical training and metformin (II group). The course of therapy lasted for 6 months and the dose of metformin was 1500 – 2000 mg daily. C-peptide was determined using the ELISA method and insulin resistance index HOMA-IR was calculated using the following formula: $HOMA-IR = G \text{ (serum glucose level (mmol/L)} \times \text{Ins (serum immune reactive insulin) (mcUnits/mL)} / 22,5$. Normal level was considered as less than 3,5. Statistic analysis was made with the help of Statistica 2009 program pack using Mann-Whitney and Wilkinson criteria.

Results and discussion. The comparing of insulin resistance indexes established that after 3 month in children of the I group serum C-peptide decreased from $4,2 \pm 1,05 \text{ ng/ml}$ to $4,15 \pm 1,01 \text{ ng/ml}$, and at II group this index decreased from $4,22 \pm 1,05 \text{ ng/ml}$ to $3,18 \pm 0,96 \text{ ng/ml}$ ($p=0,045$). Insulin resistance index at the I group decreased from $5,06 \pm 1,16$ to $5,01 \pm 1,11$, and at the II group from $5,05 \pm 1,15$ to $4,17 \pm 1,01$ ($p=0,007$).

After 6 months the rate of C-peptide at the I group became $4,01 \pm 0,98 \text{ ng/ml}$, and at the I group this index decreased to $2,79 \pm 0,51 \text{ ng/ml}$ ($p < 0,001$). Insulin resistance index at the 1 group became $4,83 \pm 1,01$, and in the 2nd group it decreased to $3,01 \pm 0,71$ ($p < 0,001$). No side effects of metformin in evaluated children were noted.

Conclusions. Our data confirmed a statistically significant reduction in the level of insulin resistance under the influence of treatment with metformin. It is well tolerated and can be regarded as a pathogenesis factor in the treatment of metabolic syndrome in children.

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
Ретроспективный анализ иммуносерологических исследований на цитомегаловирус и вирус простого герпеса у детей и их родителей <i>Аззамова Ш.А.</i>	3
Диагностическая значимость методов определения функции внешнего дыхания у детей <i>Айшауова Р.Р., Кусепова Да.</i>	3
Частота полиморфных аллелей rs1137101 гена рецептора лептина LEPR и rs2167270 гена лептина LEP у крупновесных и маловесных к сроку гестации новорожденных детей <i>Аксенова Е.А., Прилуцкая В.А., Сукало А.В.</i>	4
Определение состояния липидного статуса в детском возрасте <i>Алдабекова Г.И.</i>	5
Состояние гепатобилиарной системы при ювенильном ревматоидном артите <i>Алимов А.В., Шомурадова Ш.Ш.</i>	6
Влияние факторов риска на частоту проявлений высокого нормального артериального давления и артериальной гипертензии <i>Ахмедова Ф.М.</i>	6
Дисфункция эндотелия и артериальная гипертензия у детей <i>Ахмедова Ф.М., Аззамова Ш.А.</i>	7
Основные принципы ведения больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких у детей <i>Ашералиев М.Е., Маймерова Г.Ш.</i>	8
Особенности микробиоты кишечника при инфекции мочевой системы у детей первых месяцев жизни <i>Балалаева И.Ю., Буданова М.В., Швырев А.П., Ельчанинова О.Е., Андреева С.Т.</i>	9
К вопросу о возможностях диетотерапии при ацетонемическом синдроме у детей <i>Бекетова Г.В., Гнатенко Т.Н.</i>	10
Влияние здоровьесохраниющих технологий на состояние здоровья детей младшего школьного возраста <i>Бекетова Г.В., Савинова Е.Б.</i>	10
Особенности течения энтеровирусных менингитов у детей в Рязанской области <i>Белых Н.А., Крыгина Т.В., Есакова Е.М., Фокичева Н.Н., Шилина С.А.</i>	11
Клинико-эпидемиологические и социальные аспекты цитомегаловирусной инфекции у детей в Южно-Казахстанской области <i>Бердалиева Ф.А., Аитова Н., Усимбекова Г.</i>	12
Случай острого лимфобластного лейкоза у ребенка в практике инфекциониста <i>Бердалиева Ф.А., Жумагулова К.Ж.; Тулемырзаева А.Д.</i>	13
Микробиологический мониторинг стафилококков, изолированных из различных локусов детей и их антибиотикорезистентность <i>Билялова К.И., Аринова А.Ж., Темирбаева Ж.С., Рахманова А.А.</i>	14
Сравнительный анализ антибиотикорезистентности <i>ps.aeruginosa</i> , изолированной из различных биотопов детей <i>Билялова К.И., Аринова А.Ж., Темирбаева Ж.С., Рахманова А.А.</i>	14
Своевременная диагностика целиакии у детей с сахарным диабетом 1 типа <i>Большова Е.В., Лукашук И.В.</i>	15
Возможность использования ультразвукового монитора неинвазивного контроля гемодинамики врачом, не имеющим опыта работы с ультразвуком <i>Боронина И.В., Ошанова Л.С., Попова И.Н., Пачин Да.</i>	16
Значение современных учебных технологий в последипломном образовании врачей-педиатров <i>Буданова М.В., Ширяева Л.И., Швырев А.П., Балалаева И.Ю., Савченко А.П.</i>	17
Комплексное лечение и реабилитация больных с болезнью Легга-Кальве-Петерса <i>Волков Е.Е., Ностаева С.Э., Волкова Л.А.</i>	17
Оптимизация лечения хронического гастрита у детей <i>Волосянко А.Б., Моисеенко О.В.</i>	18
Возможности антенатальной диагностики врожденных пороков развития <i>Вохидов А.В., Вохидов Р.А., Хасанова М.А., Ганиева М.Х.</i>	19

К вопросу о профилактике сальмонеллеза у детей 1-го года жизни <i>Галькевич Н.В., Мартынова А. А.</i>	20
Обоснование лечения тяжелой бронхиальной астмы у детей по результатам кластерного анализа <i>Гарас Н.Н.</i>	21
Фенотипические особенности тяжелой бронхиальной астмы у детей при различных типах воспаления бронхов <i>Гарас Н.Н.</i>	21
Внекоронарные осложнения у детей с болезнью Кавасаки <i>Глазырина А.А., Торосян Г.Г., Петряйкина Е.Е., Колтунов И.Е., Выхристюк О.Ф., Овсянников Д.Ю.</i>	22
Организация первичной медико-санитарной помощи детям города Челябинска на примере муниципального бюджетного учреждения здравоохранения Детская городская клиническая поликлиника №9 <i>Горлова Н.В., Петрунина И.И., Евчая Н.И., Беляевская Е.С., Плотицьна И.В.</i>	23
Распространенность железодефицитной анемии у детей в Чите <i>Гринь Т.С., Щербак В.А., Щербак Н.М.</i>	23
Диагностическая значимость прокальцитонина при пневмониях у детей <i>Джубатова Р.С., Алимова Х.П., Алибекова М.Б.</i>	24
Комплексный подход к ранней диагностике бронхиальной астмы у детей <i>Добрынина О.Д., Мещеряков В.В.</i>	25
Клинико-эпидемиологические особенности вич-инфекции у детей г. Минска на современном этапе <i>Довнар-Запольская О.Н., Данилова Д.С., Нициевская А.И.</i>	26
Особенности клиники и диагностики энтеровирусной инфекции у детей <i>Довнар-Запольская О.Н., Лиходиевская-Анисенко Т.А., Гацура А.И.</i>	27
Современные особенности синдрома лихорадки у детей <i>Довнар-Запольская О.Н., Поляк Е.С., Жук Е.Н.</i>	27
Оценка физического развития детей и подростков с геморрагическим васкулитом <i>Дмитрачкова О.В., Дмитрачков В.В.</i>	28
Вариабельность сердечного ритма и проводимости у детей с феноменом Вольфа-Паркинсона-Уайта <i>Дмитрачков В.В., Строгая Н.В., Короневская К.А.</i>	29
Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта - состояние, ассоциированное с недифференцированной дисплазией соединительной ткани <i>Дмитрачков В.В., Строгая Н.В., Короневская К.А.</i>	29
Современные подходы к организации реабилитационной помощи недоношенным детям <i>Ильенко Л.И., Кравцова И.В., Качалова О.В., Безмельница К.Ю., Горбачева М.М.</i>	30
Влияние иммунизации против гриппа на заболеваемость орви среди беременных и детей до 1 года в Южно-Казахстанской области <i>Ирсимбетова Н.А., Тайжанова М.А., Тулениева К.А.</i>	31
Сравнительный анализ токсичных и эссенциальных элементов в волосах и крови здоровых детей <i>Исмаилова Ш.Т., Тиляков А.Б., Кариева Ш.А.</i>	32
Активность ключевых генов сигнального пути кальциневрина у детей с двухстворчатым аортальным клапаном сердца <i>Каменицук А.В.</i>	32
Определение факторов риска и научное обоснование нового подхода к анализу случаев смерти доношенных новорожденных <i>Карауши Т.Н., Куртяну А.М.</i>	33
Скрининг-тест на наследственную энзимопатию <i>Касумова С.М., Алиева У.А., Гасанкулиева Г.М.</i>	34
Характеристика морфологических вариантов при гломерулопатиях у детей <i>Конюх Е.А., Осипова-Егорова Е.А.</i>	34
Структура зубочелюстных аномалий у детей различных возрастных периодов <i>Косимов М., Бадалов Ф. Б.</i>	35

Уровень гормона роста при полиморфизме его генов у новорожденных с задержкой внутриутробного роста <i>Кочерова В.В., Щербак В.А.</i>	36
Полиморфизм инсулиноподобного фактора роста II и его уровень у новорожденных с пренатальным нарушением роста <i>Кочерова В.В., Щербак В.А.</i>	37
Изучение факторов риска развития функциональной диспепсии у детей школьного возраста <i>Кошибетова Г.К., Коцанова Г.А.</i>	38
Выявление часто встречающихся заболеваний у школьников при профилактических осмотрах <i>Кошибетова Г.К., Коцанова Г.А.</i>	38
Анализ поствакцинального иммунитета у детей раннего возраста в зависимости от алиментарных факторов <i>Кошибетова Г.К., Шомансурова Э.А.</i>	39
Особенности течения пневмонии у детей, находящихся различных видах вскармливания <i>Кошибетова Г.К., Шомансурова Э.А.</i>	39
Неврологические нарушения у новорожденных, перенесших асфиксию в родах <i>Куртяну А.М.</i>	40
Динамика показателей здоровья новорожденных в республике молдова <i>Куртяну А.М., Карапаш Т.Н.</i>	41
Кампилобактериоз у детей: клинико-лабораторные аспекты <i>Лагир Г.М., Манкевич Р.Н., Матуш Л.И., Клюйко Н.Л.</i>	42
Клинические особенности пищевой аллергии у детей с хронической гастродуоденальной патологией <i>Лозюк И.Я, Сокольник С.В., Сорокман Т.В., Новак Д.И.</i>	42
Оптимизация антхиеликобактерной терапии на основе препарата висмута у детей с функциональной диспепсией <i>Лукашук В.Д., Али А.А., Ходаковская С.П., Лукашук И.В., Бабяк В.И.</i>	43
Гендерные особенности синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста <i>Лукашук В.Д., Бабяк В.И., Савчук Л.А., Шишак А.И.</i>	44
Интегрированный подход к эмпирическому лечению внебольничной пневмонии на дому у детей до дошкольного возраста <i>Мазинова Д.Э.</i>	44
Интегрированная программа по пульмонологии в обучении студентов 7 курса <i>Мазинова Д.Э.</i>	45
Хронические бронхолегочные заболевания у детей подросткового возраста <i>Мазинова Д.Э.</i>	46
Состояние вскармливания детей до одного года жизни <i>Макибаева М.Г.</i>	46
Региональные факторы риска развития железодефицитной анемии у детей до одного года жизни <i>Макибаева М.Г.</i>	47
Подходы к лечению ротавирусной инфекции у детей <i>Манкевич Р.Н., Савич О.Л.</i>	48
Некоторые клинико-лабораторные особенности ювенильного ревматоидного артрита у детей первых лет жизни <i>Мательский Н.А., Дмитрачков В.В.</i>	48
Частота выявления <i>Streptococcus pneumoniae</i> при острых средних гнойных отитах у детей <i>Махкамова Г.Т., Шомансурова Э.А.</i>	49
Определения фекального кальпротектина при некротическом энтероколите у новорожденных <i>Мехтиева С.А., Насирова С.Р., Мустафаева Н.М.</i>	50
«Экранное время» как фактор кардиометаболического риска у подростков <i>Мисюра А.Н., Хайтович Н.В.</i>	51

Динамика заболеваемости болезнями системы кровообращения у детей и подростков в городе Барановичи за последние пять лет <i>Мощенко Ю.П., Сапотницкий А.В.</i>	51
Опыт применения метода индивидуализированного подбора лекарственного средства для базисной терапии бронхиальной астмы <i>Ненартович И.А.</i>	52
Современные аспекты течения хронического гастродуоденита в подростковом возрасте <i>Нехаенко М.И.</i>	53
Особенности проведения скринингового обследования школьников для выявления артериальной гипертензии <i>Нечитайло Ю.Н., Ковтюк Н.И., Нечитайло Д.Ю., Попелюк Н.А., Безрук В.В.</i>	54
Структура и особенности детей, перенесших трансплантацию почки и получавших лечение в университетской клинике "Акса" г. Алматы <i>Нугманова А.М., Диканбаева С.А., Сейлова А.А., Косарева С.Л., Кулданова А.Т.</i>	54
Со существование легочного туберкулеза и Clostridium difficile-кишечной инфекции у детей и способы его контроля <i>Пацера М.В.</i>	55
Лечебное питание при функциональных запорах у младенцев <i>Пащенко И.В., Крутъ А.С., Пидкова В.Я.</i>	56
40-летний опыт организации неотложной медицинской помощи детям города Челябинска <i>Петрунина И.И., Горлова Н.В., Василькова Д.С., Ильюшина Л.В.</i>	57
Биоинформатика и педиатрия. Прошлое, настоящее, будущее <i>Пиянзин А.И.</i>	57
Коррекция дисфункции сердечно-сосудистой системы у школьников, рожденных в «Late preterm» сроке <i>Попов С.В., Бокова С.И.</i>	58
Особенности диастолической функции у детей школьного возраста, родившихся недоношенными <i>Попов С.В., Бокова С.И.</i>	59
Коррекции анемии у преждевременно рожденных детей с хламидийной инфекцией <i>Попова Н.Г., Доровская Е.Н., Рябинина М.А.</i>	60
Оптимизация работы отделения реанимации и интенсивной терапии - опыт Воронежской области <i>Попова И.Н., Пачин Д.А., Крюков Ю.В., Патюткин А.В., Михалев И.Н.</i>	60
Особенности фосфорно-кальциевого обмена у преждевременно рожденных детей на фоне хламидийной инфекции <i>Попова Н.Г., Степанова Н.Н., Дейкова Е.З.</i>	61
Ранняя диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы у мальчиков-подростков донецкого региона <i>Прохоров Е.В., Пшеничная Е.В.</i>	62
Уровни лептина и адипонектина у крупновесных и маловесных доношенных новорожденных <i>Прилуцкая В.А., Солнцева А.В., Сапотницкий А.В., Дацкевич Е.И.</i>	63
Гемангиомы у детей: выбор оптимальной тактики лечения <i>Пшеничная Е.В., Тонких Н.А., Дубовая А.В., Бордюгова Е.В.</i>	64
Нейроиммунологические показатели у новорожденных с сепсисом <i>Рагимова Н.Д., Полухова А.А.</i>	64
Clostridium difficile-инфекция как актуальная проблема современной педиатрии <i>Радутная Е.А., Иванько О.Г., Пидкова В.Я., Крутъ А.С., Шульга А.А.</i>	65
Клинико-эпидемиологическая характеристика и первичная диагностика острого лейкоза у детей <i>Рыбинская В.А., Добренко О.В., Гузаревич В.Б., Конюх Е.А.</i>	66
Новые возможности аудиологии для проведения аудиологического скрининга у новорожденных и детей первого года жизни <i>Сапожников Я.М., Карпов В.Л.</i>	67

Энтеральное поступление белка и прирост массы тела у недоношенных детей с экстремально низкой массой тела в первые два месяца жизни	67
<i>Сапотницкий А.В., Подольская Т.С., Гребенько В.Е.</i>	
Содержание дисгемоглобинов в первый час жизни у детей с массой менее 1000 грамм и развитие ретинопатии недоношенных	68
<i>Сапотницкий А.В., Саханова Ю.В., Талабаева М.М.</i>	
Инфицированность и инвазированность детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями	69
<i>Сарбасова Ж.О., Ибраева К.Е., Карасаева А., Калиуллаев Б.</i>	
Возможности интегральных систем оценки степени тяжести критических состояний у детей	69
<i>Сафаров З.Ф., Шарипов А.М., Усманова Г.М., Джусубатова Р.С., Касымова Н.А.</i>	
Концепция психогигиенического воздействия на процессы сохранения и укрепления здоровья детей и подростков как фактор формирования устойчивых стереотипов здорового образа жизни	70
<i>Сергета И.В., Панчук А.Е., Макаров С.Ю.</i>	
Острофазовые белки в дифференциальной диагностике менингитов различной этиологии	71
<i>Слижевская Е.Е., Астапов А.А.</i>	
Анемический синдром, как дестабилизирующий фактор нормализации иммунных нарушений у детей больных негоспитальную пневмонию	72
<i>Смиян А.И., Васылышин К.И., Романюк О.К., Горбась В.А., Бында Т.П.</i>	
Особенности микробиоценоза у детей, больных ротавирусной кишечной инфекции на фоне приема модифицированной терапии	72
<i>Смиян-Горбунова Е.</i>	
Изучение РIVKA-II у детей первых месяцев жизни, получающих исключительно грудное вскармливание	73
<i>Соляник А.В., Иванько О.Г.</i>	
Содержание IL-4 и Tnf-А в сыворотке крови детей с хронической гастродуоденальной патологией	74
<i>Сокольник С.В., Сорокман Т.В., Новак Д.И., Лозюк И.Я.</i>	
Ультразвуковая структура тимуса и надпочечников в детей раннего возраста с обструктивным бронхитом	75
<i>Сорокман Т.В.</i>	
Факторы риска метаболического синдрома у детей	75
<i>Сорокман Т.В.</i>	
Анализ синдропии при функциональных расстройствах органов пищеварения у детей	76
<i>Стоева Т. В., Джагиашвили О. В., Ларионов А. П.</i>	
Ультразвуковая диагностика изменений строения и функции левого желудочка сердца у детей с β-талассемией	77
<i>Сугак А.Б., Николаева Г.Н., Феоктистова Е.В.</i>	
Состояние младенческой смертности в Казахстане	78
<i>Ташенова Г.Т., Боранбаева Р.З.</i>	
Результаты лечения больных с несвежими и застарелыми чрезмыщелковыми переломами плечевой кости у детей	78
<i>Тиляков А.Б., Исмаилова Ш.Т., Кариева Ш.А.</i>	
Влияние дифференцированного патронажа на изменение группы здоровье новорожденных детей в условиях сельской местности Узбекистана	79
<i>Тахирова Р.Н., Ахмедова М.А.</i>	
Влияние социально-биологических факторов на соматический статус детей раннего возраста в сельской местности	80
<i>Тахирова Р.Н., Машарибова Н.И.</i>	
Значение инвазивных методов исследований при лечении и диспансеризации детей с нарушениями ритма сердца	80
<i>Тахирова Р.Н., Ражабов И.Б.</i>	
Распространенность бронхиальной астмы среди подростков в Ташкентской области	81
<i>Тахирова Р.Н., Ходиев Р.К.</i>	

Оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с вазовагальными синкопе <i>Тонких Н.А., Пищеничная Е.В.</i>	82
Электрофизиологическая дисфункция сердца у недоношенных новорожденных после кесарева сечения и опыт ранней медикаментозной коррекции <i>Тумаева Т.С., Герасименко А.В., Балыкова Л.А.</i>	83
Гендерные особенности мертворождения в результате врожденных аномалий <i>Туманова У.Н., Шувалова М.П., Щеголев А.И.</i>	83
Влияние лазерного излучения на иммунную систему при пневмонии у новорожденных <i>Турдиеева Д.Э.</i>	84
Эффективность лазерной терапии у детей грудного возраста <i>Турдиеева Д.Э., Ташмухамедова Б.Э., Турсунова Н.Э.</i>	85
Влияние лазерного излучения на иммунную систему при пневмонии у новорожденных <i>Турдиеева Д.Э., Турсунова Н.Э., Ташмухамедова Б.Э.</i>	86
Сравнительная оценка влияния немедикаментозной терапии на показатели здоровья детей- подростков с неинфекционными заболеваниями в региональном аспекте <i>Убайдуллаева С.А., Шамансурова Э.А.</i>	87
Особенности функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей с отягощенным анамнезом по ишемической болезни сердца <i>Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Бурабаев Б.Д., Асан кызы Айзада</i>	88
Медико-социальные показатели состояния здоровья детского населения в Кыргызстане <i>Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Кабаева Д.Д.</i>	88
Острая бронхолегочная патология у детей с врожденными пороками сердца <i>Узакбаев К.А., Саатова Г.М., Кабаева Д.Д.</i>	89
Частота выявляемости антигенов и соотношения антигенов группы р у больных ювенильным хроническим артритом <i>Файзиев А.Н.</i>	90
Реабилитация детей с ювенильным хроническим артритом в практике семейного врача <i>Файзиев А.Н., Улугов А.И.</i>	90
Скрининговые мероприятия в выявлении артериальной гипертензии студентов медицинского университета <i>Федченко А.В.</i>	91
Клинические и фармакоэкономические аспекты антибиотикопрофилактики в детской хирургии <i>Хайтович Н.В., Трофимова Т.С., Кисель Н.П., Гуменюк М.И.</i>	92
Сравнительная эффективность медикаментозного лечения риносинусита у детей <i>Хайтович Н.В., Шерепенко Е.Л., Гоштынар Е.С., Дидковский В.Л., Шевчук Ю.В., Мягкая Н.Н.</i>	93
Исследование роли <i>Helicobacter pylori</i> в развитии феномена сочетания функциональной диспепсии и гиперактивности бронхов у детей старшего школьного возраста <i>Хакимов Д.П., Шоикрамов Ш.Ш., Ахматалиева М.А., Умарова З.С., Гулямов Р.О.</i>	93
Применение манчестерской шкалы сортировки в службе скорой медицинской помощи <i>Хамзаев К.А.</i>	94
Особенности нервно-психического развития недоношенных детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела в перинатальных центрах Саратовской области <i>Хмилевская С.А., Щербатюк Е.С., Зрячkin Н.И., Реброва А.А.</i>	95
Изучение роли повышенной чувствительности организма на респираторную аллергию у детей школьного возраста <i>Шайхова М.И., Каримова Д.И.</i>	96
Роль и значение микроэлементов при бронхитах и бронхиальной астме у детей <i>Шамсиеев Ф. М., Каримова Н.И., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д.</i>	96
Комплексная иммунокорригирующая терапия при внутрибольничной пневмонии у детей раннего возраста <i>Шамсиеев Ф.М., Мовлонова Ш.С.</i>	97
Оценка компенсаторной реакции антиоксидантной системы у детей с микоплазменной пневмонией в сочетании с Микст-инфекцией <i>Шамсиеев Ф.М., Гаджиханова Д.П.</i>	98

Содержание белков острой фазы при хронических гастродуоденитах у детей <i>Щербак В.А.</i>	99
Естественное вскармливание в Забайкальском крае <i>Щербак В.А., Щербак Н.М., Калинкина С.Е.</i>	100
Факторы риска пневмоторакса новорожденных детей <i>Эфендиева М.З., Кулиева С.А., Гаджизаде Г.А.</i>	101
Оценка знаний медпровайдеров по вопросам родовспоможения и перенаправления в южных регионах Кыргызской Республики <i>Эшилиева А.С., Айтбаева А.А.</i>	101
Качество перинатальной помощи и информированность женщин по вопросам беременности, родов и послеродовому периоду в южных регионах Кыргызской Республики <i>Эшилиева А.С., Ормонбекова Н.О.</i>	102
Prehospital iv therapy vs oral rehydration in pediatric dehydrated patients <i>Khamzaev K.A., Akhmatalieva M., Abdurashidov V.</i>	104
Implementing interactive methods in teaching emergency care in pediatric shock in emergency medical care curriculum <i>Khamzaev K.A., Sharipov A.M.</i>	104
Analysis of ambulance calls for children in Tashkent city, Uzbekistan and ways of improve appropriateness of ambulance calls <i>Khamzaev K.A., Sharipov A.M., Akhmatalieva M.</i>	105
Acute renal failure in children with nephrotic syndrome <i>Mamatkulov B.B., Sharipov A.M., Khamzaev K.A., Shoikramov Sh.Sh.</i>	106
Arterial hypertension risk and salty taste sensitivities in adolescent <i>Nechitailo Y.N., Kovtyuk N.I., Miheeva T.N.</i>	106
Migraine and tension-type headache in school-age children and quality of life <i>Nechitailo Y.N., Kovtyuk N.I., Yukhimets I.A.</i>	107
Criteria of efficiency of metabolic syndrome treatment in children <i>Tolstikova E.A., Shvaratskaya O.V.</i>	107

Формат 64x90. Печать офсетная. Объем 14,4 п. л.
2016 год, тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии ОсОО «Папирус Print»
ул. Киевская 137/а

Золотые спонсоры



НИАРМЕДИК

Серебряные спонсоры



Бронзовые спонсоры



