

ISSN 1727-5776



Союз  
педиатров  
России



Сборник материалов  
XIII Конгресса педиатров  
России «Фармакотерапия  
и диетология в педиатрии»

Томск, 27 – 29 сентября 2009 г.

On-Line версия журнала  
[www.pediatr-russia.ru](http://www.pediatr-russia.ru)



2009



# СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ XIII КОНГРЕССА ПЕДИАТРОВ РОССИИ «ФАРМАКОТЕРАПИЯ И ДИЕТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ»

**Томск, 27–29 сентября 2009 г.**

---



**Работы, одобренные Союзом  
педиатров России, отмечены  
его логотипом**

# 1 ПРИМЕНЕНИЕ АСТ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

**Абашина Л. В., Кобякова О. С.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Согласно GINA 2006 определение уровня контроля бронхиальной астмы (БА) и изменение объема терапии является функцией врачей первичного этапа здравоохранения. В этой связи актуальным представляется изучение эффективности ведения больных БА на амбулаторном этапе участковыми врачами, врачами ОВП и специалистами (аллергологи-иммунологи).

**Цель исследования.** Изучить эффективность ведения больных БА на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи путем оценки уровня контроля болезни у пациентов, ведение которых осуществляли участковые врачи, врачи ОВП и врачи — специалисты.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены амбулаторные пациенты (возраст 15–18 лет), имеющие диагноз БА в течение последних 12 мес и более. Наблюдение осуществлялось на протяжении 24 недель, врач — исследователь не изменял объем терапии, уровень контроля оценивали с применением АСТ-теста. Статистическая обработка проведена с использованием Statistica 6.0.

**Результаты.** В течение 6 мес наблюдения в рамках данного исследования при использовании комбинированной терапии уровень контроля над болезнью оставался высоким вне зависимости от специальности врача, ведущего наблюдение. В случае применения сочетания ингаляционных глюкокортикостероидов с длительно действующими  $\beta$ -агонистами (ИГКС + ДДБА), согласно средним значениям балла АСТ астма у пациентов была контролируемой или частично контролируемой. Динамика балла АСТ при монотерапии ИГКС и симптоматическом лечении на протяжении всех 168 ( $\pm 6$  дней) дней исследования была незначительной в сравнении с комбинированной терапией. В группе наблюдения врачом — специалистом показатели, отражающие уровень контроля болезни в случае применения комбинированной и монотерапии ИГКС были сопоставимыми.

**Закключение.** Установлено, что назначение комбинированной терапии в реальной клинической практике ассоциировано с наилучшим контролем болезни в сравнении с монотерапией и симптоматическим лечением. Это подтверждается отсутствием значимых отличий балла АСТ-теста у пациентов, использовавших комбинацию ИГКС + ДДБА во всех группах (участковый врач, врач-специалист, врач ОВП) на протяжении всего исследования.

## 2 НЕКОТОРЫЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕМЕЙНЫХ СЛУЧАЕВ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ

Абдуллаева Ф. Г., Иноятова Ф. И.

*Научно-исследовательский институт педиатрии МЗ Руз, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Анализ распределения генотипов HBV-вируса в зависимости от фенотипической принадлежности гаптоглобина (Hr) у детей в семейных случаях хронического гепатита В (ХГВ).

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось у 154 детей, больных ХГВ, в возрасте от 3 до 14 лет из узбекских семей, в которых 3 и более ближайших родственников — больные ХГВ. Это составило 50 семейных случаев. Контрольную группу составили 80 детей, больных ХГВ, из здоровых семей. Диагноз ХГВ устанавливался на основании данных эпидемиологического анамнеза, клинико-биохимических, серологических и инструментальных методов исследований (УЗИ печени, селезенки). Генотипирование проводилось методом PCR-RFLP S-гена вируса гепатита В (в лаборатории Нагойского Университета, Япония).

**Результаты.** В результате исследования по носительству гаптоглобина выявлено, что у большинства детей (59%) из семейных случаев ХГВ выявлялся фенотип Hr 2–2, тогда как в группе детей из монослучаев превалировал Hr 1–1, что в 2,8 раза превышало детей в основной группе (61,2% против 21,4%,  $p < 0,001$ ). Гаптоглобин с фенотипом 2–1 в обеих группах встречался практически с одинаковой частотой (19,4% и 18,8% соответственно).

Молекулярно-вирусологические результаты исследования HBV-инфекции у детей в семейных случаях выявили одинаковое распределение А- и D-генотипов (47,4% и 46,2%), что не согласуется с характерной региональной особенностью, где преобладающим является D-генотип — 77,5% (Туйчиев Л. Н., 2005). Учитывая, что и в монослучаях гепатита подавляющее большинство — носители D-генотипа HBV (D — 77,5%, А — 13,8%), можно предположить, что А-генотип вируса в большей степени формирует семейную сгруппированность HBV-инфекции. С-генотип обнаруживался только у 6,4% почти с одинаковой частотой с группой контроля.

В структуре гаптоглобина встречаемость генотипов вируса в исследуемых группах выявила определенную закономерность, где генотип А (64,8%) превалирует при фенотипе Hr 2–2. В сравнительной группе подавляющее большинство — носители D-генотипа HBV и фенотипа Hr 1–1, что составило 84,8%.

**Заключение.** Выявленные особенности позволяют рассматривать сочетание А-генотипа вируса с носительством фенотипа гаптоглобина 2–2, как фактор формирования внутрисемейной концентрированности хронической HBV-инфекции.

### 3 СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ D НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Абдумаджидова Ш. У., Иноятова Ф. И.

*Научно-исследовательский институт педиатрии МЗ Руз, Ташкент, Узбекистан*

**Цель исследования.** Изучение состояния иммунного статуса при хроническом гепатите дельта (ХГD) у детей на фоне проводимой комбинированной терапии Вифероном и Циклофероном.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 50 детей, больных ХГD, в возрасте от 3 до 14 лет. Комбинированную терапию на фоне базисной терапии с включением препаратов Виферон + Циклоферон получали 30 детей, больных ХГD (основная группа). Только базисную терапию получали 20 детей, больных ХГD (контрольная группа). Мембранные маркеры субпопуляций лимфоцитов определяли методом непрямого розеткообразования с использованием моноклональных антител (Ф. Ю. Гариб и др., 1995). Проведен анализ системы иммунитета до и после лечения. Обследуемые группы до лечения были сопоставимы по всем клинико-лабораторным показателям.

**Результаты.** Исследование иммунного статуса в динамике лечения свидетельствует об улучшении показателей иммунитета у больных основной группы. Под влиянием комплексной терапии отмечено увеличение относительного количества Т лимфоцитов в основной и контрольной группе (до  $49,17 \pm 0,59\%$  и  $39,80 \pm 1,83\%$  соответственно). Следует отметить, что в основной группе детей наблюдалось более высокие значения уровня Т лимфоцитов, по сравнению с контрольной. Существенным признаком улучшения в системе иммунитета после лечения в основной группе явилось увеличение у большинства больных количества естественных киллеров. Уровень CD16+ лимфоцитов повышался после комбинированной терапии (Виферон + Циклоферон) до  $9,73 \pm 0,25\%$ , что было достоверно выше, чем в контрольной группе ( $6,07 \pm 0,44\%$ ). Нами также отмечено положительное влияние комбинированной терапии на фагоцитарную активность нейтрофилов. После проведенного лечения отмечено достоверное улучшение показателей как клеточного, так и гуморального иммунитета у детей основной группы, по сравнению с контрольной группой, что указывает на положительное влияние сочетанной терапии на показатели иммунного статуса детей, больных ХГD.

У детей с ХГD, получавших лечение Виферон + Циклоферон, отмечается более благоприятное течение заболевания, по сравнению с больными, получавшими только базисную терапию. После окончания курса терапии Виферон + Циклоферон состояние первичной полной ремиссии отмечалось в 16,7% случаев, неполной ремиссии (биохимическая) — в 54,3% и только у 29% больных не отмечали существенного влияния лечения на показатели иммунного статуса и активность патологического процесса. В контрольной группе у детей, больных ХГD первичная полная ремиссия наблюдалась у 11%, биохимическая — у 40%, отсутствие эффекта — у 49%. Следует отметить, что при комбинированной терапии выраженных побочных реакций на введение препарата у больных мы не наблюдали.

**Заключение.** Результаты исследования свидетельствуют о позитивном влиянии комбинированной терапии (Виферон + Циклоферон) на показатели иммунного статуса, а также на течение заболевания, что позволяет рекомендовать его для использования в лечении ХГD у детей с целью повышения эффективности терапии.



## 4 ОСОБЕННОСТИ ИММУНОФЕНОТИПА ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ

**Акулова С. С., Алексеева Е. И., Семикина Е. Л., Копыльцова Е. А.,  
Валиева С. И., Бзарова Т. М., Денисова Р. В., Гудкова Е. Ю.,  
Исаева К. Б., Чистякова Е. Г.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Изучение иммунопатогенеза ревматических заболеваний является одним из актуальных вопросов ревматологии

**Цель:** выявить особенности иммунофенотипа Т-лимфоцитов крови у больных ювенильным артритом

**Пациенты и методы.** Обследовано 60 пациентов (31 девочка и 29 мальчиков) с различными вариантами ювенильного артрита: у 32 пациентов диагностирован юношеский артрит с системным началом, у 21 — юношеский полиартрит, у 7-юношеский анкилозирующий спондилит. Средний возраст пациентов составил  $8,6 \pm 0,06$  лет, средняя продолжительность заболевания —  $3,3 \pm 0,06$  лет. Больным было проведено определение иммунофенотипа Т-лимфоцитов крови методом проточной цитофлуориметрии.

**Результаты.** Уровни субпопуляций Т-лимфоцитов ( $CD3^+ - 68,9 \pm 0,2\%$ ,  $CD3^+ CD4^+ - 40,2 \pm 0,17\%$ ,  $CD3^+ CD8^+ - 26,5 \pm 0,11\%$ ), естественных киллеров ( $CD16^+ / CD56^+ - 8,46 \pm 0,8\%$ ) у больных ювенильным артритом находились в пределах возрастной нормы. Из субпопуляций Т-лимфоцитов преобладали  $CD3^+$  лимфоциты. Их максимальный уровень ( $71 \pm 0,3\%$ ) отмечался у пациентов с юношеским артритом с системным началом, а минимальный ( $63 \pm 0,4\%$ ) у пациентов с юношеским полиартритом. Наибольший процент естественных киллеров был выявлен у пациентов с юношеским полиартритом ( $26,7 \pm 2,3\%$ ). При определении количества активированных Т-лимфоцитов ( $CD3^+ HLA DR^+$  и  $CD3^+ CD16^+ CD56^+$ ) получены средние уровни данных субпопуляций ( $3,72 \pm 0,06\%$  и  $2,8 \pm 0,03\%$  соответственно). При оценке уровня активированных супрессорно-цитотоксических лимфоцитов ( $CD57^+ CD8^+$ ,  $CD28^+$ ,  $CD38^+$ ,  $CD8^+ CD28^+$ ,  $CD8^+ CD38^+$ ) выявлено, что процент клеток с рецепторами  $CD28$  и  $CD8^+ 28^+$  у больных с ювенильным артритом значительно выше, чем описанный в литературе ( $57,7 \pm 0,3\%$  и  $16,1 \pm 0,09\%$  соответственно).

**Выводы.** При исследовании иммунофенотипа основных популяций Т-лимфоцитов крови методом проточной цитофлуориметрии у больных ювенильным артритом достоверных изменений в их количестве и составе выявлено не было.

## 5 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАРОНИДАЗЫ У РЕБЕНКА С МУКОПОЛИСАХАРИДОЗОМ ТИПА I

Алексюшина Л. А., Власенко Н. Ю., Юдицкая Т. А., Юнгман Н. В.

*БУЗ ОО Областная детская клиническая больница*

**Актуальность.** Проведение ферменто-заместительной терапии мукополисахаридоза I типа предназначено для восстановления уровня энзиматической активности, достаточного для гидролиза накопленных субстратов и для предотвращения их дальнейшего накопления.

**Цель исследования:** оценить динамику клинических проявлений у ребенка с мукополисахаридозом I типа на фоне заместительной терапии в течение 1 года.

**Пациенты и методы.** У ребенка З. в 2 года был установлен диагноз: Мукополисахаридоз I типа (синдром Гурлер, полное отсутствие активности альфа-L-идуронидазы). Неоднократно ребенок находился на обследовании в психоневрологическом отделении РДКБ в г. Москва, где было рекомендовано применение препарата Альдуразим. С возраста 8 лет, с ноября 2008 года ребенок находится на лечении в кардиоэндокринологическом отделении ОДКБ г. Омска с целью проведения ферментзаместительной терапии препаратом Альдуразим (ларонидаза) производства «Джензайм», США регулярно 1 раз в неделю в дозе 100 ЕД/кг в/в капельно за 3–4 часа. Ларонидаза — ферментный препарат, представляющий собой рекомбинантную форму человеческой альфа-L-идуронидазы. Введение Альдуразима проводится через Селсайт ST305 P, венозный полиуретановый катетер длительного стояния с подкожным портом.

**Результаты.** На фоне применения Альдуразима (40 инфузий) отмечается положительная динамика в виде уменьшения размеров печени и селезенки, увеличения объема активных движений, повышения эластичности кожного покрова, улучшения эмоционального тонуса. По результатам лабораторного исследования до начала терапии уровень гликозаминогликанов составлял 90,5 мг/мМ креатинина (при норме 3,3–5,6 мг/мМ креатинина), через 5 месяцев лечения — 34,6 мг/мМ креатинина и через 1 год — 27,0 мг/мМ креатинина

**Заключение.** Несмотря на позднее начало лечения, долгосрочная ферментозаместительная терапия Альдуразимом пациента с мукополисахаридозом приводит к купированию ряда не-неврологических проявлений этого заболевания и улучшению эмоционального тонуса.



## 6 ДИАГНОСТИКА СФИНКТЕРНО-ДЕТРУЗОРНОЙ ДИССИНЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Алешин И. В., Пискалов А. В.

*Областная детская клиническая больница, Омск*

**Актуальность.** Под сфинктерно-детрузорной диссинергией (СДД) понимается состояние, когда при нормальных возрастных показателях резервуарной функции детрузора и нормальном внутриуретральном давлении имеется дискоординация их совместной деятельности, что ведет к нарушению опорожнения мочевого пузыря.

**Цель исследования:** определение характерных нарушений уродинамики при сфинктерно-детрузорной диссинергии.

**Пациенты и методы.** За период 2006–2008 гг. нами была выявлена СДД у 272 больных, что составило 11,69% от общего числа обследованных больных. Обследование включало регистрацию ритма спонтанных мочеиспусканий, сонографию мочевого пузыря, общий анализ мочи, посев мочи на степень бактериурии, урофлоуметрию, ретроградную цистометрию, профилометрию уретры, электромиографию тазового дна, электро-нейрофизиологическое обследование.

**Результаты.** Результаты основных исследований соответствовали возрастным нормам. Характерным являлось наличие остаточной мочи у большинства больных 210 (77,21%) от 10 до 250 мл.

Показатели профилометрии уретры, укладывались в нормативные рамки, однако практически у всех больных на профилограммах имеются участки повышенного давления предшествующие наружному сфинктеру. О несвоевременном расслаблении мышц тазового дна свидетельствует запаздывание ЭМГ ответа на несколько секунд.

Нарушения, выявляемые при урофлоуметрическом мониторинге — наличие задержки начала мочеиспускания, удлинение общего времени мочеиспускания, многократные резкие изменения скорости мочеточка, при сохранении нормальных максимальных значений снижение средней скорости тока мочи. Важным является тот факт, что при ЭНМГ, были выявлены признаки нарушения возбудимости и проводимости нижнегрудных и поясничных нервов.

**Заключение.** СДД является одной из наиболее сложных для диагностирования форм нейрогенных расстройств мочеиспускания. Важную роль в развитии СДД играют миелопатии и миелодисплазии. Нарушения уродинамики при данном заболевании весьма значительные, что может явиться причиной развития осложнений воспалительного и ретенционного характера.



## 7 КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ МАЛЬЧИКОВ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ХГВ ИНФЕКЦИЕЙ

Ахмедова А. Х., Иноятова Ф. И.

*Научно-исследовательский институт педиатрии МЗ Руз, Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Изучение особенностей формирования репродуктивного здоровья в условиях возможного влияния неблагоприятных факторов является действенной профилактикой нарушений функции репродуктивной системы.

**Цель исследования:** определение роли хронического гепатита В (ХГВ), как одного из факторов, отягчающих процессы полового развития (ПР) детей.

**Пациенты и методы.** Обследован 131 мальчик с ХГВ, узбекской популяции в возрасте от 12 до 15 лет, находящийся на лечении в отделении гепатологии НИИ Педиатрии МЗ РУз. В зависимости от активности заболевания больные распределились следующим образом: детей с минимальной степенью активности ХГВ оказалось 45 (34,4%), с умеренной – 47 (35,8%) и 39 (29,8%) – с выраженной активностью заболевания. В группу больных с давностью заболевания до 3-х лет включены 32 (24,5%) ребенка, с 4-х до 8 лет – 50 (38,1%), и у 49 (37,4%) больных давность ХГВ составила более 8 лет.

**Результаты.** При оценке ПР выявлена существенная разница во времени начала пубертатных изменений, интенсивности развития и степени выраженности вторичных половых признаков (ВПП) у мальчиков, больных ХГВ, по сравнению с их практически здоровыми сверстниками. Им были характерны низкие гениометрические показатели, позднее начало увеличения гонад, т.е. у них увеличение тестикул как первый признак начавшегося пубертата происходил не в 11–12 лет, а в 13–14 лет и в дальнейшем размеры наружных половых органов увеличивались замедленными темпами.

Среди мальчиков, больных ХГВ, с задержкой полового развития (ЗПР) оказалось 52 пациента, что составило 60,4%. У 10 (7,6%) мальчиков диагностирована одно- и двухсторонняя гинекомастия. Из них 90,0% были больные с выраженной, 10,0% – с умеренной степенью активности заболевания. Анализ ПР мальчиков в зависимости от активности ХГВ показал, что по мере повышения активности болезни частота ЗПР также увеличивалась, достигая от 6,6% при минимальной до 100% при выраженной степени. Продолжительность заболевания также оказывала влияние на частоту обнаружения ЗПР. Изменения со стороны ПР не выявлены в группе пациентов с давностью заболевания до 3-х лет. У 28 мальчиков с продолжительностью болезни от 4-х до 8 лет обнаружена ЗПР, что составило  $68,2 \pm 7,2\%$ . Максимальная частота обнаружения ЗПР установлена в группе мальчиков с длительностью ХГВ свыше 8 лет – у  $92,3 \pm 5,2\%$ .

Изучение содержания в сыворотке крови гонадотропинов у мальчиков показало, что среднее содержание в крови ФСГ и ЛГ в группе 14–15 летних мальчиков с ЗПР было резко снижено в сравнении с контролем и составило 1,6 U/L и 2,7 U/L соответственно ( $p < 0,05$  в обоих случаях в сравнении с контролем). Сочетанное снижение гонадотропинов отмечалось у 76,9% пациентов с ЗПР. В группе мальчиков 14–15 лет с ЗПР содержание эстрадиола колебалось в широких пределах – от 39,3 до 84,9 pg/ml и составило в среднем  $57,6 \pm 3,5$  pg/ml. Изучение содержания тестостерона показало, что в группе мальчиков 14–15 лет с ЗПР оно достоверно повышено в сравнении с показателями контрольной группы ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** ХГВ является фактором, способствующим замедлению процесса становления циклической деятельности гипофизарно-гонадной системы, что выражается у мальчиков в замедленном темпе увеличения размеров яичек, в позднем начале появления и снижении интенсивности развития ВПП. На частоту выявления ЗПР оказывают влияние активность и длительность течения ХГВ.

## 8 КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ (50 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЙ)

**Балашева И. И., Лучинина Р. Н., Десятова Л. Ф.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Вопросы эпидемиологии острых лейкозов (ОЛ), выявления факторов риска их возникновения остаются предметом повышенного внимания. Клинико-эпидемиологические исследования по данной патологии проводятся нами в Томской области (ТО) на протяжении 50 лет с 1958 г.

**Цель исследования.** Изучить частоту и распространенность ОЛ у детей ТО, а также факторы риска возникновения, особенностей течения и прогноза.

**Пациенты и методы.** Согласно методическим указаниям в интенсивных показателях подсчитывалась первичная заболеваемость ОЛ детей в возрасте от рождения до 15 лет. Расчет проводился на 100 тыс. детского населения с учетом возраста, пола, отдельно для городского и сельского населения. Использовался прямой и обратный метод стандартизации.

**Результаты.** Исследования показали, что первичная стандартизованная заболеваемость детей ОЛ в ТО за 50 лет составила 3,62 на 100 тысяч детского населения. Выпрямление кривой методом наименьших квадратов свидетельствует о сохранении заболеваемости в пределах средних величин. Не обнаружено пространственно-временных соотношений случаев заболевания, но отмечены подъемы в интервалах 2–4 лет. В последнее десятилетие заболеваемость среди детей городов больше чем в сельской местности. Преобладающей формой на протяжении всех лет является лимфобластный ОЛ. Нами в последние годы проведен поиск фенотипических маркеров этой патологии. Среди больных выявлено достоверное увеличение детей с дигестивным типом конституции. Показатель относительного риска для них  $RR = 4,45$  подтверждает высокую частоту встречаемости данного соматотипа у этих больных и указывает на то, что дети с дигестивным телосложением подвержены более значительному риску заболеваемости ОЛ.

**Заключение.** Первичная заболеваемость ОЛ детей на протяжении указанного периода сохраняется в пределах средних величин. Установлен факт клинического патоморфоза лимфобластного ОЛ у детей с различной конституциональной принадлежностью, выявлена связь с прогнозом и исходом болезни, что должно учитываться при формировании сопроводительной терапии.

## 9 СОСТОЯНИЕ ЙОДНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С СИМПТОМАМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Безрукова Д. А., Шелкова О. А., Мясищева А. Б., Богданьянц М. В.

*Астраханская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** На большинстве промышленно развитых территорий РФ дети подвергаются длительно-му сочетанному воздействию контаминантов и йодного дефицита (ЙД). Последний является чрезвычайно важным и недостаточно учитываемым фактором развития аллергопатологии во всех возрастных группах.

**Цель исследования:** определить уровень йодной обеспеченности детей школьного возраста, имеющих симптомы аллергических болезней (АБ), проживающих в условиях сочетанного воздействия ЙД и загрязнения окружающей среды

**Пациенты и методы.** Данные о распространенности АБ были получены благодаря анкетированию школьников по международной программе «ISAAC» (International Study of Asthma and Allergy in Childhood). Методом случайной выборки, из числа проанкетированных детей было собрано 298 проб мочи для определения медианы йодурии, из которых 159 человек имели симптомы АБ. Измерение концентрации общего йода в моче проводилось арсенично-цериевым методом, позволяющим оценить степень экскреции йода в диапазоне концентраций 20–200 мкг/л (0,16–1,58 мкмоль/л).

**Результаты.** Астраханская область относится к природным йоддефицитным регионам, причем степень ЙД в различных районах города имеет выраженность от тяжелой до средней степени тяжести. Средние показатели медианы концентрации йода в моче, выявленные в ходе исследования в группе условно-здоровых детей ( $n = 139$ ), колебались в пределах  $67,17 \pm 3,8$  мкг/л. В группе детей, имеющих симптомы АБ данный показатель составил  $48,7 \pm 3,8$  мкг/л, что статистически достоверно, в сравнении с контролем ( $p < 0,001$ ). Данные результаты были получены, преимущественно, за счет выраженного снижения медианы йодурии у детей с симптомами БА ( $M = 49,9 \pm 5,0$  мкг/л,  $p < 0,05$ ), в то время, как у детей с симптомами аллергического ринита и атопического дерматита статистически значимых различий выявлено не было.

**Закключение.** Таким образом, негативное влияние транзиторной дисфункции гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы у детей, вследствие сочетанного влияния йодного дефицита и антропогенной нагрузки, является существенным фактором в развитии АБ.

## 10 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бекезин В. В., Коваленко О. М., Козлова Л. В., Леонов С. Д., Федоров Г. Н.

*Смоленская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Известно, что Хофитол оказывает гепатопротекторное и гиполипидемическое действие, а также обладает антиоксидантным эффектом. При этом у пациентов с метаболическим синдромом (МС) часто выявляются жировой гепатоз, дислипидемии и эндотелиальная дисфункция на фоне нарушения оксидативного статуса.

**Цель исследования:** изучить эффективность Хофитола в коррекции нарушений оксидативного статуса у детей и подростков с метаболическим синдромом.

**Пациенты и методы.** Обследовано 36 детей в возрасте 11–17 лет: 26 пациентов с МС и 10 практически здоровых детей (контрольная группа). При диагностике метаболического синдрома у обследованных детей и подростков использовались критерии Международной диабетологической федерации (IDF, 2007). Достоверных возрастно-половых различий между детьми обследованных групп не регистрировалось. В зависимости от получаемой терапии дети с МС были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 13 детей, получавших дополнительно к комплексной немедикаментозной терапии (диета, дозированная динамическая физическая нагрузка, психологическая коррекция) Хофитол. 13 детей с МС, получавших только немедикаментозную терапию, были включены во 2-ю группу. Хофитол назначали по схеме: 2 таблетки (по 200 мг) 3 раза в день курсом 3–4 недели. Оценка показателей свободнорадикального окисления (СРО) в сыворотке крови проводили методом хемилюминесценции на отечественном биохемилюминометре БЛМ 3606 М-01 (г. Красноярск, СКТБ «Наука»). В условных единицах (усл. ед.) определяли величину общей светосуммы ( $S_{\text{общ.}}$ ), измеренную в течение всех 20 циклов и величины светосуммы под восходящим ( $S_{\text{восх.}}$ ) и нисходящим ( $S_{\text{нисх.}}$ ) углами первого пика индуцированной хемилюминесценции (Н) на протяжении первых 7 циклов.

**Результаты.** Анализ динамики показателей СРО, по данным ИХЛ, показал, что у детей с МС на фоне медикаментозного лечения отмечалось достоверное снижение светосуммы восходящего угла и общей светосуммы, в то время как амплитуда ИХЛ и светосумма нисходящего угла имели лишь тенденцию к снижению. Т.е. применение Хофитола способствовало как снижению интенсивности процессов СРО, так и повышению общей антиоксидантной активности сыворотки крови. При этом максимальные изменения у детей 1-й группы регистрировались в группе показателей, характеризующих интенсивность процессов СРО, со стороны светосуммы восходящего угла; а в группе показателей, характеризующих общую антиоксидантную активность сыворотки крови – со стороны общей светосуммы. Так, у детей 1-й группы регистрировалось в динамике снижение амплитуды ИХЛ и светосуммы восходящего угла на 15,3% и 39,4% ( $p < 0,05$ ) соответственно; а снижение общей светосуммы и светосуммы нисходящего угла – на 18,7% ( $p < 0,05$ ) и 7,4% соответственно. У детей 2-й группы, не получавших в терапии Хофитол, достоверных изменений показателей СРО ИХЛ сыворотки крови в динамике не регистрировалось. Антиоксидантный эффект хофитола у детей и подростков с МС сопровождался также снижением инсулинорезистентности (до лечения:  $\text{НОМА-R} = 5,7 \pm 1,62$ ; после терапии:  $\text{НОМА-R} = 3,9 \pm 1,41$ ,  $p < 0,05$ ) и атерогенности плазмы крови (до лечения:  $\text{КА} = 2,51 \pm 0,81$ ; после терапии:  $\text{КА} = 2,09 \pm 0,73$ ,  $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Применение Хофитола у детей и подростков с МС приводит к снижению интенсивности процессов СРО и повышению общей антиоксидантной активности сыворотки крови. Регистрируемый антиоксидантный эффект Хофитола сопровождается при этом улучшением показателей углеводного и липидного обменов.

## 11 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бекезин В. В., Коваленко О. М., Козлова И. С., Козлова Л. В., Милягин В. А.,  
Леонов С. Д., Федоров Г. Н.

*Смоленская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** У пациентов с метаболическим синдромом (МС) на фоне инсулинорезистентности, высокой атерогенности плазмы и нарушений оксидативного статуса часто регистрируется эндотелиальная дисфункция (ЭД), способствующая прогрессированию сердечно-сосудистой патологии. Известно, что хофитол (экстракт из листьев артишока) обладает гиполипидемическим и антиоксидантным эффектом.

**Цель исследования:** изучить эффективность хофитола в коррекции нарушений оксидативного статуса и эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) у детей и подростков с МС.

**Пациенты и методы.** Обследовано 70 детей в возрасте 11–17 лет: 35 детей с экзогенно-конституциональным ожирением II степени (1-я группа), 25 детей с МС (IDF, 2007; 2-я группа) и 10 практически здоровых детей (контрольная группа). Достоверных возрастно-половых различий между детьми обследованных групп не регистрировалось. В зависимости от получаемой терапии дети с МС были разделены на 2 подгруппы. Во 2-ю «а» подгруппу вошли 12 детей, получавших дополнительно к комплексной немедикаментозной терапии (диета, дозированная динамическая физическая нагрузка, психологическая коррекция) Хофитол. 13 детей с МС, получавших только немедикаментозную терапию, были включены во 2-ю «б» подгруппу. Хофитол назначали по схеме: 2 таблетки (1 табл. – 200 мг) 3 раза в день курсом 3–4 недели. Оценка показателей свободнорадикального окисления (СРО) в сыворотке крови проводили методом хемилюминесценции на отечественном биохемилюминометре БЛМ 3606 М-01 (г. Красноярск, СКТБ «Наука»). В условных единицах (усл. ед.) определяли величину общей светосуммы (S общ.) и пик индуцированной хемилюминесценции (Н). Для оценки сосудодвигательной функции эндотелия использовали показатель процентного соотношения линейной скорости кровотока по данным реовазографии на каротидно-радиальном сегменте после функциональной пробы к ее исходному уровню.

**Результаты.** У детей с ожирением регистрировалась адекватная реакция сосудов на физическую нагрузку, проявляющаяся снижением скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) на фоне пробы более чем на 10% по сравнению с исходной СРПВ. В то же время у детей с МС на фоне более высоких ( $p < 0,05$ ) исходных параметров СРПВ регистрировалось сохранение ее исходно высоких параметров и после пробы с физической нагрузкой. Изменение СРПВ после пробы не более чем на 10% выявлялось у 68,0% детей с МС (2-я группа) и свидетельствовало об эндотелиальной дисфункции (нарушение ЭД).

При индивидуальном анализе состояния ЭД у больных с ожирением и МС были выделены 2 типа патологической ответной реакции: недостаточная степень вазодилатации ( $\pm 10\%$  СРПВ) и вазоконстрикция (% СРПВ от  $-10\%$  и менее). У пациентов с МС вазоконстрикция регистрировалась в 1,83 раза чаще, чем у детей с ожирением ( $p < 0,05$ ). У детей контрольной группы патологическая ответная реакция в виде вазоконстрикции не определялась. На фоне терапии Хофитолом у детей с МС регистрировалось улучшение ЭД. Так, патологическая ответная реакция сосудов у детей 2-й «а» подгруппы в динамике снизилась с 66,6% до 33,3%. У детей 2-й «б» подгруппы достоверных различий в динамике патологической ответной реакции сосудов после пробы не отмечалось. При этом уменьшение ЭД на фоне терапии Хофитолом сопровождалось как снижением интенсивности процессов СРО, так и повышением общей антиоксидантной активности сыворотки крови.

**Заключение.** Таким образом, применение Хофитола у детей и подростков с МС способствует нормализации показателей оксидативного статуса и эндотелийзависимой вазодилатации сосудов и тем самым уменьшает риск прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений при абдоминальном ожирении.

## 12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ШКОЛЬНИКОВ г. ТОМСКА И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Белоногова Е. Г., Камалтынова Е. М., Деев И. А.

*Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск*

**Актуальность.** Результаты мультицентрового Международного исследования астмы и аллергии у детей (ISAAC) свидетельствуют о том, что распространенность аллергического ринита в детской популяции варьирует от 0,8% до 39,7%. Во всем мире отмечается тенденция к росту заболеваемости ринита. В этой связи становится актуальным изучение факторов, влияющих на рост распространенности данной патологии.

**Цель исследования:** изучить эпидемиологическую ситуацию аллергического ринита у детей и подростков г. Томска и сельской местности Томской области.

**Пациенты и методы.** Согласно протоколу ISAAC проведено сплошное двухэтапное исследование в параллельных группах школьников 1-х и 8-х классов в случайных выборках г. Томска и сельской местности Томской области. Первый этап включал анкетный скрининг с использованием письменного вопросника ISAAC. В Томске скрининг проведен среди 6 287 школьников, в сельском районе — 2024. Для второго этапа (клинико-аллергологического) были отобраны 123 школьника города и 197 учащихся села, имевших, согласно вопроснику ISAAC, симптомы ринита в течение последних 12 мес. Аллергологическая диагностика проведена методом prick-тестирования, использована стандартная панель аллергенов (ALK ABELLO, Испания).

**Результаты.** Полученные нами данные отражают общую тенденцию, характерную для распространенности аллергического ринита в мире, а именно значимое преобладание симптомов ринита у старших школьников. Однако установлено, что у подростков, живущих в деревне, распространенность симптомов ринита в 1,5–2 раза превышает таковые у городских сверстников. Имела место диспропорция в распространенности симптомов аллергического ринита и сенсибилизации: в сельских районах Томской области выявлено значительное преобладание симптомов у подростков при наличии относительно невысокой, по сравнению с городом, сенсибилизации.

**Заключение.** Можно предположить, что не только сельский образ жизни, но и другие экологические факторы участвуют в формировании эпидемиологических особенностей аллергического ринита, которые требуют дальнейшего изучения на конкретных экспериментальных и клинических моделях.

## 13

**ОТДАЛЕННОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА (ЭНМТ) ПРИ РОЖДЕНИИ****Беляева И. А., Яцык Г. В., Харитоновна Н. А., Бомбардинова Е. П.,  
Лазуренко С. Б.***Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** В связи с успехами в первичной реанимации и интенсивном выхаживании новорожденных, а также применения вспомогательных репродуктивных технологий в популяции начала увеличиваться частота детей, родившихся с ЭНМТ.

**Цель исследования:** изучение особенностей состояния здоровья, психомоторного и физического развития детей, имевших при рождении массу тела менее 1000 г.

**Пациенты и методы.** Было обследовано 30 детей в возрасте от 0 до 3-х лет, родившихся с ЭНМТ. Группу сравнения составили 30 детей с массой от 1001 до 2000 г.

Всем детям проводилась оценка физического развития центильным методом и оценка психомоторного развития с помощью метода «Гном».

**Результаты.** Среди детей, родившихся с ЭНМТ, 83% имели бронхо-легочную дисплазию, 53% страдали ретинопатией недоношенных, 17% имели нарушения слуха. В возрасте 3 лет 63% детей были инвалидами, преимущественно в связи с грубой задержкой психомоторного развития, детским церебральным параличом, поражением органов зрения и слуха, 30% детей имели негрубую задержку темпов психомоторного развития и лабильность эмоционально-волевой сферы, сочетающуюся, как правило, с функциональными нарушениями деятельности различных систем. Лишь 7% детей могли быть расценены как практически здоровые.

В группе сравнения практически здоровыми были 53% детей, а инвалидность имела у 7% детей.

В ходе исследования нами оценивалась интенсивность и регулярность реабилитационных мероприятий в сравниваемых подгруппах. Так, коррекционные психолого-педагогические занятия по индивидуальной программе проводились лишь у 20% детей основной группы (6 человек) и 47% детей контрольной (14 человек), в связи с длительным стационарным лечением или нежеланием родителей. Из них (в основной группе) только 17% детей получили инвалидность, 33% детей имели негрубую задержку развития, а остальные пациенты были расценены нами как практически здоровые. В контрольной группе практически здоровым был 71% детей.

**Закключение.** Таким образом, в комплексной реабилитации детей с ЭНМТ важную профилактическую роль играют коррекционные психолого-педагогические занятия.



## 14 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Беляева И. А., Яцык Г. В., Митиш М. Д.

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Адекватное восстановление биоценоза кишечника у детей, родившихся преждевременно и испытавших сочетанное воздействие неблагоприятных перинатальных факторов, является неотъемлемой составной частью их благополучной реабилитации.

**Цель исследования:** оценить эффективность становления баланса кишечной флоры у недоношенных детей с помощью препарата «Бифиформ Бэби».

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находились 25 недоношенных детей до 34-й нед гестации в возрасте 5–6 дней жизни: 1 группа (n = 15) — дети, получающие «Бифиформ Бэби» в дозе 0,5 г 1 раз в сутки, в течение 10 дней; 2 группа (n = 10) — пациенты, получающие симптоматическое лечение. Клиническая эффективность подтверждалась результатами копрологии и исследования микробиоценоза толстой кишки.

**Результаты.** Лечение с использованием «Бифиформ Бэби» сопровождалось удовлетворительным клиническим эффектом — у большинства детей к 7–9 дню удалось устранить колики, метеоризм, нормализовать стул. При сравнительном анализе у детей основной группы частота обнаружения бифидобактерий в микрофлоре кишечника в начале наблюдения составила 25% и 97% — после ( $p < 0,05$ ). Среднее количество бифидобактерий до приема составляло  $9,8 \pm 0,1$  КОЕ/г и  $10,7 \pm 0,1$  КОЕ/г после ( $p < 0,05$ ). Частота обнаружения лактобацилл до лечения составляла 35% и 82% — после лечения ( $p < 0,05$ ). Количественный уровень лактобацилл имел тенденцию к увеличению ( $5,5 \pm 0,8$  и  $8,4 \pm 0,3$  КОЕ/г до и после лечения соответственно). Доминирующей группой факультативно-анаэробных бактерий у детей основной группы до лечения были энтерококки (85%) в средней концентрации  $9,3 \pm 0,4$  КОЕ/г. После лечения наблюдалось достоверное снижение их концентрации до  $8,3 \pm 0,1$  КОЕ/г исследуемого материала ( $p < 0,05$ ).

**Закключение.** Таким образом, препарат «Бифиформ Бэби» эффективно восстанавливает баланс кишечной микрофлоры у недоношенных новорожденных и может с успехом применяться для коррекции нарушений микробиоценоза. Препарат обладает удовлетворительной переносимостью и не имеет неблагоприятных побочных эффектов



## 15 ЗНАЧЕНИЕ ЭЛИМИНАЦИОННОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ МАТЕРЕЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

**Борисова И. В., Смирнова С. В.**

*ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск*

**Актуальность.** В последние годы отмечается тенденция к росту пищевой непереносимости у детей, находящихся на грудном вскармливании. Одной из причин может быть влияние аллергических заболеваний матери на состояние плода с развитием в дальнейшем у ребенка атопии.

**Цель исследования:** оценить эффективность элиминационной диетотерапии кормящих матерей на динамику симптомов пищевой непереносимости у их детей.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 20 детей в возрасте от 1 до 4 месяцев, находящихся исключительно на грудном вскармливании. У всех детей признаки пищевой непереносимости в виде атопического дерматита проявились в первые 2 месяца жизни. У 60% детей регистрировались легкие или умеренные проявления дерматита, у 40% — тяжелые. Клинические проявления аллергии отмечались у 5 женщин, остальные считали себя здоровыми. Всем матерям проводилось кожное тестирование с пищевыми аллергенами для выявления сенсibilизации и подбора им индивидуальной элиминационной диеты.

**Результаты.** При проведении кожного тестирования у 90% матерей выявили пищевую сенсibilизацию, причем у 59% регистрировалась слабopоложительная, у 35% — умеренная, у 6% — сильноположительная сенсibilизация. В структуре этиологических факторов у кормящих матерей определены: коровье молоко — 55%; куриное яйцо — 75%; пищевые злаки — 65%; рыба — 37%; овощи — 76%; фрукты — 53%; пищевые дрожжи — 50%; витамины — 25% случаев. При назначении матерям индивидуальных элиминационных диет у 85% детей отмечалось улучшение клинических симптомов на 3–4 день от начала диетотерапии, и к 4-й нед у большинства детей полностью купировались кожные проявления аллергии. Лишь у 15% детей диетотерапия матерей не принесла ощутимых результатов и им потребовалась дополнительная медикаментозная терапия.

**Заключение.** Таким образом, важным способом профилактики пищевой аллергии у детей является назначение женщинам во время беременности индивидуальной элиминационной диеты.

**16**  
**РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА В ЛЕЧЕНИИ**  
**И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ**  
**ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

**Брызгунов И. П., Бондарь В. И., Кизева А. Г., Фалеев А. В.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Распространенность психосоматических функциональных заболеваний у детей и подростков достигает 90%. В свете реализуемой концепции развития здравоохранения, основная нагрузка в лечебно-профилактической работе ложится на участкового врача.

**Цель исследования.** Необходимо определить круг задач и возможности участкового педиатра в лечении и реабилитации детей с психосоматическими функциональными заболеваниями.

**Пациенты и методы.** Дети с психосоматическими функциональными заболеваниями. Экспертный анализ.

**Результаты.** Участковый педиатр — первый врач, с которым контактирует ребенок с психосоматической функциональной патологией. При первом и последующих визитах он определяет условия обследования и лечения ребенка (поликлиника или стационар). По установлении окончательного диагноза и по проведении необходимого стационарного курса обследования и лечения ребенок оказывается опять же под наблюдением участкового врача, который должен организовать долечивание и противорецидивные поддерживающие мероприятия в амбулаторных условиях, среди которых и своевременное направление больного на повторную госпитализацию, в том числе, для проведения психотерапевтического лечения. Для этого необходимо отслеживать ситуации, требующие вмешательства психолога и психотерапевта, чтобы не запустить патологические механизмы на уровне более глубоких психофизических изменений.

**Заключение.** Для успешной работы с больными с психосоматическими функциональными заболеваниями на амбулаторно-поликлиническом этапе участковый врач должен располагать четкими стандартами и протоколами ведения таких больных, включая необходимый спектр препаратов, подобранный для различных состояний на основе доказательной медицины, чего в настоящее время нет.



## 17 РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ГАЛАКТОЗЕМИЮ В МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Бушуева Т. В., Боровик Т. Э., Ходунова А. А., Захарова Е. Ю.,  
Байдакова Г. В., Денисенкова Е. В., Денисенков А. И., Жученко Л. А.,  
Калиненко С. Г., Кузьмичева Н. А.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** С октября 2006 г. программа неонатального скрининга в Российской Федерации была расширена за счет обследования новорожденных еще на три наследственных заболевания: адреногени- тальный синдром, муковисцидоз и галактоземию.

**Цель исследования:** оценить частоту различных форм галактоземии в Москве и Московской области за 2006–2008 гг. и разработать принципы диетотерапии для данной категории пациентов

**Пациенты и методы.** Обследован 379 271 новорожденный ребенок: 259 594 в Москве и 119 677 в Московской области. Уровень общей галактозы определяли флюориметрическим методом в вы- сушенном образце крови, взятом на 4-е сут жизни у доношенных и на 7 сут у недоношенных младенцев.

**Результаты.** Положительный тест (уровень галактозы выше 7 мг%) был выявлен у 107 детей, у 5 (4,7%) из них уровень галактозы составил более 40 мг%, и диагностирована тяжелая классическая форма галак- тоземии. Эти дети имели характерные для галактоземии генотипы: Q188 R/Q188 R или L358 P/Q188 R. Активность фермента галактозо-1-фосфатуридилтрансферазы (ГАЛТ) составляла 0–10% от нормы. У 60% детей были выявлены частые мутации в гетерозиготом или компаундгетерозиготном состоянии, активность ГАЛТ при этом колебалась в пределах от 10 до 50%, у 35,3% детей активность ГАЛТ составляла более 50%, частые мутации не были обнаружены. Дети с тяжелой классической формой галактоземии по- лучали строгую безлактозную диету. Новорожденным с пониженным уровнем фермента безлактозная или низколактозная диета назначалась в зависимости от клинических симптомов и тяжести состояния

**Заключение.** По данным неонатального скрининга частота тяжелой классической формы галак- тоземии I типа в Московском регионе за 2006–2008 годы составила 1: 75 000–1:76 000. Галактоземия Дуарте встречалась с частотой 1:38 000, компаунд гетерозиготы по частой мутации и мутации Дуарте 1:14 000–1:15 000. Большинство детей с повышенным уровнем галактозы в крови нуждались в наблюдении врача в течение первого года жизни.

## 18 ВЛИЯНИЕ ВИДА БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бычковская С. В., Терещенко С. Ю., Ильенкова Н. А.

*Красноярский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Основной целью лечения бронхиальной астмы (БА) у детей является достижение оптимального уровня контроля. Предлагается ступенчатый подход к базисной терапии для достижения контролируемого течения БА. Однако нет четких схем эффективной редукции базисной терапии у детей с контролируемым течением БА.

**Цель исследования:** сравнить влияние перехода с базисной терапии средними дозами ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) на прием низких доз ИГКС и недокромил натрия (НН) на выраженность дневных и ночных симптомов, потребность в  $\beta_2$ -агонистах, число бессимптомных дней.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 152 ребенка со среднетяжелой/легкой контролируемой БА, получавшие средние дозы ИГКС в течение 3 месяцев до включения в исследование. После вводного периода была проведена рандомизация на 4 группы терапии: флутиказона пропионат (ФП) 50 мкг 2 раза в сут (1-я группа), ФП 100 мкг 1 раз в сут (2-я группа), ФП 100 мкг 1 раз в сут 4 дня в нед (3-я группа) и НН (4-я группа). Лечебный период составил 3 мес, пациенты ежедневно оценивали в баллах выраженность дневных и ночных симптомов, дополнительно было оценено число бессимптомных дней.

**Результаты.** Через месяц терапии были выявлены различия в клинической эффективности между группами терапии. В 1-й, 2-й и 3-й группах терапии практически не зарегистрировано статистически значимых различий в частоте и выраженности дневных и ночных симптомов БА, в 4-й группе выявлено увеличение выраженности дневных ( $p = 0,068$ ) и ночных ( $p = 0,008$ ) симптомов. Кроме того, в 4-й группе обнаружено статистически значимое увеличение потребности больных в ингаляциях короткодействующих  $\beta_2$ -агонистов ( $p = 0,001$ ), а также уменьшение количества дней с отсутствием симптомов ( $p = 0,037$ ).

**Заключение.** Показана низкая эффективность замены ФП на прием НН у детей со среднетяжелым/легким персистирующим хорошо контролируемым течением бронхиальной астмы, связанная с увеличением выраженности дневных и ночных симптомов астмы, а также с возрастанием потребности в ингаляциях короткодействующих  $\beta_2$ -агонистов и уменьшением число бессимптомных дней в группе детей, получавших НН.

## 19 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ФУНКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бычковская С. В., Терещенко С. Ю., Ильенкова Н. А.

*Красноярский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) является обязательным для постановки диагноза и мониторинга эффективности базисной терапии бронхиальной астмы (БА). Показатели ФВД являются чувствительными маркерами уровня контроля БА.

**Цель исследования:** оценить динамику показателей ФВД при переходе с базисной терапии средними дозами ингаляционных кортикостероидов (ИГКС) на прием ИГКС в низких дозах и недокромил натрия (НН).

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 152 ребенка со среднетяжелой/легкой контролируемой БА, получавшие средние дозы ИГКС 3 мес перед включением в исследование. После вводного периода была проведена рандомизация на 4 группы терапии: флутиказона пропионат (ФП) 50 мкг 2 раза в сут (1-я группа), ФП 100 мкг 1 раз в сутки (2-я группа), ФП 100 мкг 1 раз в сут 4 дня в нед (3-я группа) и НН (4-я группа). Всем пациентам исходно и 3 мес терапии была проведена спирометрия с оценкой показателей ФЖЕЛ, ОФВ<sub>1</sub>, МОС<sub>25</sub> и МОС<sub>50</sub>.

**Результаты.** Исследование ФВД показало, что во 2-й и 3-й группах через три месяца терапии произошло снижение ОФВ<sub>1</sub> (%) ( $p_2 = 0,035$ ,  $p_3 = 0,040$ ) и МОС<sub>25</sub> (%) ( $p_2 = 0,029$ ,  $p_3 = 0,028$ ), а во 2-й группе и ФЖЕЛ (%) ( $p = 0,0344$ ). Ни в одной группе не зарегистрировано снижения спирометрических показателей (ФЖЕЛ, ОФВ<sub>1</sub>, ПСВ) менее 80% от должных величин, что свидетельствует о том, что у более 75% включенных в анализ детей сохранялись спирометрические признаки контролируемой БА (значения ФЖЕЛ, ОФВ<sub>1</sub>, ПСВ > 80%). Обращает на себя внимание статистически значимое увеличение доли детей со сниженной ОФВ<sub>1</sub>, выявленное на всех режимах терапии. У всех детей на момент включения в исследование ОФВ<sub>1</sub> была  $\geq 80\%$  от должного. В конце исследования процентная доля детей с ОФВ<sub>1</sub> < 80% колебалась от 15% (4-я группа,  $p = 0,045$ ) до 23% (3-я группа,  $p = 0,007$ ).

**Заключение.** В первой, второй и третьей группе терапии выявлены неблагоприятные функциональные маркеры (снижение ОФВ<sub>1</sub> < 80%), которые свидетельствуют о высоком риске потери контроля при продолжении базисной терапии в выбранном режиме.



## 20

**КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО МИКСТ ГЕПАТИТА (ХВМГ) У ДЕТЕЙ****Валиева Н. К., Иноятова Ф. И.***Научно-исследовательский институт педиатрии МЗ РУз. г. Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Хронические вирусные гепатиты являются одной из самых важных проблем здравоохранения в XXI веке. Увеличение числа вирусных агентов, вызывающих гепатит, появление в последние годы новых возможностей их диагностики и рост случаев поливирусных заболеваний с тяжелыми последствиями, заставляют более пристально взглянуть на проблему смешанной инфекции. В частности, согласно данным нашего отдела (гепатологии), частота встречаемости ХВМГ в общей этиологической структуре хронических вирусных гепатитов у детей составила 25,6%, в числе которых хроническая В + С-инфекция — 18,4% и В + С + D — 7,2%.

**Цель исследования:** изучение особенностей клинико-биохимического течения ХВМГ у детей.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 100 детей с ХВГ в возрасте от 3 до 14 лет, которые были разделены на 2 группы в зависимости от этиологии: первая группа — 58 детей с ХВМГ В + С; вторая группа — 42 ребенка с ХВМГ В + С + D. Большинство с ХВМГ с выраженной степенью активности (70,0%). Дополнительно были сформированы две группы (сравнения), по 30 детей в каждой соответственно больных хроническим моногепатитом В и С.

**Результаты.** Сравнительный анализ давности заболевания показал, что более половины (54%) детей, больных с ХВМГ страдали микст-заражением свыше 3-х лет. Возрастная дифференцировка детей выявила одинаковую частоту дошкольного (51,7%) и школьного (48,3%) периодов при хронической В + С инфекции и превалирование контингента школьников (71,4%) при хронической В + С + D инфекции. При этом, исследование клинического течения заболевания позволило сделать вывод, что хроническая сочетанная инфекция пролонгирует патологические процессы как в печени, так и в организме в целом, способствуя развитию тяжелых прогрессирующих форм заболевания (69%), с выраженным акцентом при хронической сочетанной В + С + D-инфекции (71,4%). Тяжесть заболевания зависит от персистенции и репликации двух/трех вирусов, что наглядно отражалось нарастанием частоты выявления и выраженности астеновегетативного, геморрагического и холестатического синдромов, превалированием больших размеров печени и селезенки у больных детей с персистенцией двух и, особенно трех вирусов. В случае носительства одного вируса клинические синдромы встречались реже соответственно в более чем 1,7 и 1,9 раза и имели сравнительно менее выраженный характер. Вероятно, это объясняется отсутствием дополнительного фактора повреждения (другими вирусами). В определенной степени на клиническое течение ХВМГ у детей оказывали такие факторы, как давность заболевания и возраст детей. В данном случае возраст рассматривался как временной фактор, удлиняющий период возможного контакта инфицирования. По мере увеличения длительности заболевания у детей более манифестно протекал ХВМГ, причем с большей выраженностью у детей с хронической сочетанной В + С + D-инфекцией. Полученные результаты нашли свое подтверждение в результатах биохимического анализа, при этом все изучаемые синдромы — цитолитический (АлАТ, АсАТ), мезенхимально-воспалительный ( $\gamma$ -глобулин, тимол. проба), холестатический (билирубин, ЩФ), гепатопривный (ПТИ, фибриноген, общ. белок), эндогенной интоксикации (СМП) находились в прямой зависимости от этиологического фактора, с наибольшим акцентом выявленных нарушений у детей с ХВМГ, особенно с тройной персистенцией вирусов.

**Заключение.** Течение ХВМГ у детей по сравнению моноинфекцией отличается выраженным и прогрессирующим течением, что необходимо учитывать при ведении данных больных.

## 21 СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Винник Е. В., Ситникова Е. П., Мальцева Л. С.

*Ярославская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** При проведении УЗИ внутренних органов у детей с ОРВИ нередко отмечаются увеличение печени и селезенки, диффузные изменения органов, уплотнение стенок сосудов и протоков печени.

**Цель исследования:** оценка изменений гепатобилиарной системы, поджелудочной железы и селезенки при ОРВИ у детей.

**Пациенты и методы.** Обследовано 60 детей с ОРВИ различной степени тяжести в возрасте от 1 года до 12 лет (37 мальчиков и 23 девочки), находившихся на стационарном лечении. Помимо клинического исследования всем детям проведено УЗИ органов брюшной полости, общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (билирубин, АЛТ, АсАТ).

**Результаты.** При поступлении симптомы острой интоксикации выявлялись у 100%. Абдоминальный синдром в виде умеренных болей в животе, незначительного расстройства стула, тошноты и однократной рвоты установлен у 20 больных (33%), преимущественно у мальчиков (16 человек). По данным УЗИ гепатомегалия определялась у 46 (76%) больных (24 мальчика, 22 девочки), спленомегалия — у 28 (46%) детей (17 мальчиков, 11 девочек), диффузные изменения поджелудочной железы — у 6 (10%) больных.

Изменения биохимических функциональных проб печени в виде билирубинемии встречались у трех девочек раннего возраста. Гипераминотрансфераземия отмечена у 24% больных, преимущественно мальчиков. В общем анализе крови лимфоцитарный лейкоцитоз имел место у 36% детей, лейкопения — у 16%.

**Заключение.** По данным УЗИ установлено, что даже при нетяжелых формах ОРВИ у детей отмечаются изменения гепатобилиарной системы, поджелудочной железы и селезенки: утолщение стенок внутрипеченочных сосудов и увеличение количества визуализированных сосудов. Это свидетельствует о генерализованном характере патологии и незрелости местных механизмов защиты. На фоне интоксикационного синдрома при нормальных размерах печени отмечается незначительное повышение АЛТ, АсАТ, но по мере снижения интоксикационного синдрома показатели приходят в норму.

## 22

### **ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ**

**Вихарева Е. Г., Ямолдинов Р. Н., Шайхаттаров И. М., Вейс Л. Е.**

*Ижевская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Вегетативные дисфункции могут оказать существенное влияние на течение хронических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта.

**Цель исследования:** изучение вегетативных особенностей у детей с хроническим гастродуоденитом на фоне применения современной фармакотерапии.

**Пациенты и методы.** Обследовано 43 пациента в возрасте от 10 до 16 лет (мальчиков – 20, девочек – 23). Оценка исходного вегетативного тонуса проводилась по общепринятой методике (Вейн А. М., 1981, в модификации Белоконов Н. А., 1987). Вегетативное обеспечение оценивалось по клиноортостатической пробе (КОП). Комплекс лечебных мероприятий включал в себя диетическое питание, стандартную медикаментозную терапию, соответствующую современным гастроэнтерологическим канонам.

**Результаты.** При исследовании исходного вегетативного тонуса у 37,2% обследованных детей отмечена эйтония, у 44,1% пациентов – ваготония и у 18,6% – симпатикотония. При анализе индекса Кердо выявлено преобладание симпатического отдела (74,4%) над парасимпатическим (25,5%), тогда как данные минутного объема крови (48,8%) и индекса минутного объема кровообращения (41,8%) предполагают наличие у пациентов ваготонии. По результатам КОП нормальное вегетативное обеспечение зарегистрировано у 37,2% пациентов, с избыточным доминированием симпатикоадреналовой системы (гиперсимпатикотоническое) у 20,9% детей. В остальных случаях отмечалось недостаточное вегетативное обеспечение (58,1%), что проявлялось гипердиастилическим (24,0%), асимпатикотоническим (28,0%) и смешанными (астеносимпатический (20,0%) и симпатикоастенический (28,0%)) вариантами. После лечения 72,0% детей продемонстрировали нормальную реакцию на КОП (до лечения  $37,2 \pm 2,3$ ;  $p < 0,05$ ). Избыточное вегетативное обеспечение сохраняется у пациентов ( $11,6 \pm 2,1$ ;  $p > 0,05$ ). На фоне лечения по КОП уменьшилось количество детей с недостаточным вегетативным обеспечением ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Получены данные о положительном влиянии современной гастроэнтерологической фармакотерапии на вегетативный гомеостаз у детей.



## 23 ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Вихарева Е. Г., Ямолдинов Р. Н., Шайхаттаров И. М., Новикова А. А.

*Ижевская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** В последние годы в педиатрии все более активно обсуждаются вопросы психосоматических взаимоотношений.

**Цель исследования:** изучение психоэмоциональных особенностей детей с хроническим гастродуоденитом на фоне применения современной фармакотерапии.

**Пациенты и методы.** Обследовано 43 пациента в возрасте от 10 до 16 лет (мальчиков — 20, девочек — 23). Комплекс лечебных мероприятий включал в себя диетическое питание, стандартную медикаментозную терапию, соответствующую современным гастроэнтерологическим канонам. Для изучения базисных личностных особенностей человека и психоэмоционального состояния использовали тесты Айзенка и ЕРІ, Люшера, САН.

**Результаты.** При анализе результатов обращает на себя внимание, что большинство детей позиционируют себя как экстраверты (69,7%). В процессе лечения наши пациенты интересно изменили свои личные характеристики — на 11,6% стало больше интровертов. По данным тестов, уровень личностной тревоги изначально у 44,1% детей был низким, а у 53,4% пациентов — средним. В динамике на фоне лечения, наблюдалось уменьшение уровня тревожности (средний уровень  $23,2 \pm 2,1$ ;  $p > 0,05$ ). При анализе теста Люшера обращает на себя внимание, что признаки стресса отсутствуют только у 32,5% детей, повышенная тревожность и утомляемость были выявлены у 67,4% обследуемых, у 93,0% пациентов отмечалось снижение адекватной реакции на различные жизненные ситуации. В процессе лечения у детей с выявленной тревожностью и утомляемостью отмечалось улучшение показателей в 60,8% ( $p > 0,05$ ) случаев, у детей со сниженной активностью — в 14,2% в сторону ее умеренного повышения. По результатам теста САН, после проведенного лечения можно судить о хорошей психологической адаптации детей, т. к. у 36,3% детей отмечается улучшение самочувствия и настроения, повышение активности в 100% случаев.

**Заключение.** В процессе лечения психоэмоциональное состояние у детей меняется в сторону более адекватной реакции на происходящие ситуации.

## 24 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ВИНКРИСТИНА ПРИ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ

Гербек И. Э., Смирнова И. Ю., Банщикова Е. С., Маевская З. А.,  
Лучинина Р. Н., Часовских Ю. П.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** В практику лечения больных с онкогематологическими заболеваниями прочно вошли винкаалкалоиды. Самое частое осложнение при использовании винкристина (VCR) – поражение нервной системы.

**Цель исследования:** проанализировать токсичность VCR в зависимости от фирмы производителя у пациентов с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), получающих лечение в двух специализированных центрах – отделениях гематологии ТОКБ (г. Томск) и РБ № 1 (г. Якутск).

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ 51 истории болезни пациентов с ОЛЛ от 2 до 18 лет. В зависимости от производителя VCR, все дети были разделены на 3 группы: I группа (6 больных), получавшая VCR фирмы ООО «ЛЭНС-ФАРМ», у II группы (13 человек) использовали «ВК-Рихтер» («Гедеон Рихтер А. О.»), III группа (32 человека) – VCR фирмы «ТЕВА».

**Результаты.** В I группе после 3–4 инъекции VCR на 6–7 сутки возникли болевой синдром, мышечная слабость. На 8–9-е сут развился парез кишечника у 4 пациентов, осложнившийся в 1 случае кишечным кровотечением и во всех – присоединением бактериальной инфекции. У 1 пациента развился стойкий тетрапарез. У 1 больного на 10 сутки – нарушение зрения, бред, гипертензия. Во II группе побочные явления отмечены у 4-х пациентов. У 1-го больного после 3-й инъекции VCR развилась генерализованная нейропатия; у 2-го – после 6-го введения VCR появился парез кишечника, разрешившийся в течение суток. В 2-х случаях – боли и умеренная мышечная слабость. В III группе после введения первых 2-х инъекций VCR на 7–14-е сут основные проявления зафиксированы в виде мышечных болей (12 человек), парестезии (2 человека), снижения сухожильных рефлексов (24 человека), запоров (9 человек), умеренной боли в животе (13 человек). По шкале градации токсичности (рекомендация ВОЗ) у I группы токсичность соответствовала 3–4 степени, у II группы – 0–1 степени, у III группы – 1–2 степени.

**Заключение.** Для ликвидации VCR-нейротоксичности у детей I группы затрачена сумма около 105399 руб. на 1 больного, у II группы – 430 руб., III группы – 1419 руб. То есть, самый безопасный препарат – VCR производства фирмы «Гедеон Рихтер А. О.».

## 25 ХАРАКТЕРИСТИКА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Гонсорунова Д. С., Камалтынова Е. М., Белоногова Е. Г., Федорова О. С.,  
Солодовникова О. В.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Наиболее распространенным аллергическим заболеванием детского возраста является атопический дерматит (АтД), клинико-эпидемиологическая характеристика которого зависит от климатогеографических факторов, образа жизни, характера питания и социально-экономического статуса населения.

**Цель исследования:** установить распространенность и структуру сенсibilизации при атопическом дерматите у школьников, проживающих в г. Томске и сельских районах Томской области.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены школьники г. Томска ( $n = 123$ ) и сельских районов Томской области ( $n = 197$ ) с симптомами АтД по результатам скринингового этапа международного исследования ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Children). Аллергологическая диагностика проведена методом prick-тестирования с использованием стандартной панели аллергенов (ALK ABELLO, Испания).

**Результаты.** Установлен более высокий уровень сенсibilизации в городской выборке детей (60%) в сравнении с сельской (30,3%) ( $OR = 3,08$ ;  $CI_{95\%} = 1,13-10,74$ ,  $p = 0,01$ ). Наиболее распространенными причиннозначимыми аллергенами являлись шерсть кошки, микст аллергенов клещей домашней пыли, пыльца березы и аллерген таракана. При этом в структуре сенсibilизации в городской выборке преобладала эпидермальная (шерсть кошки – 25,72%) и пыльцевая (пыльца березы – 25,72%, пыльца амброзии – 20%, лебеды – 14,29%, полыни и микст трав – 8,58%), а в сельской выборке – бытовая (микст клещей домашней пыли – 27,28%, таракан – 12,3%) и пыльцевая (микст трав – 6,06%, пыльца полыни 9,09%).

**Заключение.** Распространенность и структура сенсibilизации при АтД зависят от факторов внешней среды, образа жизни, а также возможно от уровня распространенности гельминтной инфекции в регионе, что требует дальнейшего изучения.

## 26 ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Гордеев В. В., Рыбакова Н. А.

*Алтайский государственный медицинский институт*

**Актуальность.** Железодефицитная анемия (ЖДА) — распространенная патология у детей раннего возраста, не проведение профилактики и своевременного лечения которой могут иметь серьезные последствия для последующего развития ребенка.

**Цель исследования.** Посредством методов доказательной медицины оценить влияние препарата железа Мальтофера на предупреждение развития ЖДА и ее рецидивов у детей первых двух лет жизни.

**Пациенты и методы.** В ходе ретроспективного обсервационного исследования у 196 детей (в том числе — у 86 больных ЖДА) изучена профилактическая эффективность Мальтофера. Вычисляли следующие показатели: относительный риск (ОР), абсолютный риск (АБР), атрибутивный риск (АТР), отношение шансов (ОШ), снижение абсолютного риска (САР), снижение относительного риска (СОР), необходимое число наблюдений для выявления одного исхода (NNH/NNТ), а также 95% доверительный интервал (95% ДИ). Использовали точный критерий Фишера (ТКФ) и z-критерий.

**Результаты.** Установлена высокая эффективность профилактического назначения Мальтофера для предупреждения ЖДА [ТКФ = 0,003; ОР = 0,58 (95% ДИ: от 0,40 до 0,85),  $z = 2,643$ ,  $p = 0,008$ ]; АБР = 0,2093 (95% ДИ: от 0,0754 до 0,3434); САР = 26,7% (95% ДИ: от 6,0% до 32,7%); СОР = 62,2% (95% ДИ: от 13,3% до 132,1%); NNТ = 4,8 (95% ДИ: от 2,9 до 13,3)] и ее рецидивов [ТКФ = 0,008; ОР = 0,24 (95% ДИ: от 0,09 до 0,66); АБР = 0,3038 (95% ДИ: от 0,1254 до 0,4903); САР = 26,7% (95% ДИ: от 7,9% до 45,5%),  $z = 2,477$ ,  $p = 0,013$ ; СОР = 68,6% (95% ДИ: от 21,5% до 87,5%); NNТ = 3,2 (95% ДИ: от 2,1 до 7,9)]. У детей без профилактического лечения вероятность рецидивов (ОШ) была в 6,31 (95% ДИ: от 1,86 до 21,42) раза выше, а их развитие (по данным NNH) следует ожидать у каждого третьего ребенка. Побочный эффект (расстройство функции желудочно-кишечного тракта) от приема Мальтофера наблюдался у одного ребенка.

**Заключение.** Таким образом, использование методов доказательной медицины позволило на индивидуальном уровне оценить профилактическую эффективность Мальтофера в предупреждении формирования ЖДА и ее рецидивов у детей первых двух лет жизни.

27

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ  
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ****Гордеев В. В., Рыбакова Н. А.***Алтайский государственный медицинский институт*

**Актуальность.** Минимизация негативного влияния факторов риска особое значение имеет для предупреждения развития железодефицитной анемии (ЖДА) у детей.

**Цель исследования.** Изучить влияние препарата железа Мальтофера на факторы риска ЖДА у детей первых двух лет жизни.

**Пациенты и методы.** Дизайн исследования – ретроспективное обсервационное исследование, в ходе которого у 196 детей (из них – у 86 (49,1%) детей, реализовавших риск ЖДА) изучено 12 факторов риска и влияние на них Мальтофера. Вычисляли следующие показатели: снижение абсолютного риска (САР), снижение относительного риска (СОР), необходимое число наблюдений для выявления одного благоприятного исхода (NNT) и 95% доверительный интервал (95% ДИ). Статистика: z-критерий и точный критерий Фишера (ТКФ).

**Результаты.** Положительный эффект при назначении Мальтофера наблюдался в отношении таких факторов, как: угроза прерывания беременности [ТКФ = 0,005; САР = 43,5% (95% ДИ: от 18,7 до 68,2%)  $p = 0,008$ ; СОР = 73,4% (95% ДИ: от 21,2 до 91,1%),  $p = 0,017$ ; NNT = 2,3 (95% ДИ: от 1,5 до 5,3)], анемия легкой степени [ТКФ = 0,002; САР = 35,4% (95% ДИ: от 15,4 до 55,5%),  $p = 0,002$ ; СОР = 54,5% (95% ДИ: от 24,3 до 72,7%),  $p = 0,002$ ; NNT = 2,8 (95% ДИ: от 1,8 до 6,5)], инфекции, передающиеся половым путем [ТКФ = 0,002; САР = 36,4% (95% ДИ: от 16,2 до 56,6%),  $p = 0,002$ ; СОР = 52,2% (95% ДИ: от 22,4 до 70,6%),  $p = 0,002$ ; NNT = 2,7 (95% ДИ: от 1,8 до 6,1)], хронические соматические болезни [ТКФ = 0,003; САР = 34,3% (95% ДИ: от 13,1 до 55,6%),  $p = 0,006$ ; СОР = 52,5% (95% ДИ: от 15,4 до 73,4%),  $p = 0,004$ ; NNT = 2,9 (95% ДИ: от 1,8 до 7,6)], искусственное вскармливание [ТКФ = 0,004; САР = 42,6% (95% ДИ: от 18,1 до 67,2%),  $p = 0,007$ ; СОР = 65,7% (95% ДИ: от 16,1 до 86,1%),  $p = 0,005$ ; NNT = 2,3 (95% ДИ: от 1,5 до 5,5)], затяжная неонатальная желтуха [ТКФ = 0,004; САР = 43,1% (95% ДИ: от 16,6 до 69,3%),  $p = 0,01$ ; СОР = 63,2% (95% ДИ: от 17,7 до 83,6%),  $p = 0,006$ ; NNT = 2,3 (95% ДИ: от 1,4 до 6,0)]. Отсутствие эффекта отмечено при гестозах, фето-плацентарной недостаточности, патологии ЖКТ и других факторах.

**Заключение.** В зависимости от фактора риска назначение Мальтофера предупреждает развитие ЖДА у каждого второго или третьего ребенка.



## 28 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНФЛИКСИМАБОМ У БОЛЬНЫХ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ

Григорьева А. А., Алексеева Е. И., Денисова Р. В., Лисицин А. О.,  
Бзарова Т. М., Валиева С. И., Исаева К. Б., Гудкова Е. Ю., Чистякова Е. Г.,  
Слепцова Т. В.

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Цель:** оценить длительность терапии инфликсимабом у больных с различными вариантами ювенильного артрита.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 97 детей (29 мальчиков и 68 девочек) с ЮА, из них с олигоартритом — 37 (38%), с полиартритом — 31 (32%), с системным вариантом 15 (16%), с юношеским анкилозирующим спондилитом — 14 (14%). Средний возраст больных составил 5,1 (2,75; 9,4) лет. Все пациенты получали стандартную иммуносупрессивную терапию. Анализ эффективности терапии инфликсимабом проводился через 1,5 месяца от начала лечения и далее каждые 3 месяца. Девять инфузий инфликсимаба проведено 65 детям (1 год наблюдения), 14 введений — 36 больным (2 года наблюдения). Анализ данных проводился методом построения кривой выживаемости Каплан-Майер.

**Результаты.** Через год терапии минимальный кумулятивный процент больных, продолжавших лечение инфликсимабом, был в группе больных с системным вариантом ювенильного артрита — 32%, средний (86%) — в группе с полиартритом, и самый высокий — с олигоартритом и ЮАС (по 91%). Через 2 года терапии кумулятивный процент больных всеми вариантами ЮА, продолжавших терапию ингибитором ФНО  $\alpha$ , составил 62%, из них самым низким он оставался у детей с системным вариантом ЮА — 18%, средним (63%) — у детей с полиартритом и высоким (78% и 79%) — у детей с олигоартритом и ЮАС, соответственно. Инфликсимаб был отменен в связи с развитием вторичной неэффективности и побочными реакциями у большинства детей с системным вариантом артрита — 12 (80%), у 10 (32%) детей — с полиартритом, у 6 (16%) — с олигоартритом и лишь у 2 (14%) — с ЮАС.

**Выводы.** Наибольшая длительность терапии инфликсимабом отмечалась в группе пациентов с олигоартрикулярным вариантом юношеского артрита и юношеским анкилозирующим спондилитом.

29

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМЫМИ  
ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ЛЬГОТНЫХ КАТЕГОРИЙ  
ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ  
УСЛОВИЯХ****Гришина Л. С., Насыбуллина Н. Н., Садыков М. М.***Детская поликлиника № 9, Казань*

**Актуальность.** В условиях повышения цен на лекарства от организации обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, зависит доступность лекарственного пособия отдельным слоям населения.

**Цель исследования.** Изучить организацию ОНЛС льготных категорий граждан в детской поликлинике.

**Пациенты и методы.** С помощью ABC-анализа оценено ОНЛС пациентов детской поликлиники № 9 г. Казани федерального (291) и регионального (7785) уровней ответственности, имеющих право на бесплатное получение лекарств, по реализованным рецептам за 2007–2008 гг.

**Результаты.** В отношении федеральных льготников выявлено, что в 2008 г. спектр лекарств значительно расширился (на 26,3%), при этом состав препаратов в группе А сохранился без изменений (топирамат, вальпроевая кислота, флутиказон + салметерол). Наибольшая часть финансовых средств затрачена на противоэпилептические и противоастматические препараты; лекарства назначены в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и с учетом индивидуальных особенностей пациентов. Данные ABC-анализа лекарств, реализованных региональным льготникам представлены практически одинаковым числом препаратов (29 и 25, соответственно). Группа А включает в себя противоэпилептические и противоастматические препараты, но перечень назначенных препаратов изменился, что обусловлено закупкой в 2008 г. препарата леветирацетам (21,6% от общей суммы) для обеспечения 1 больного федерального уровня ответственности в порядке исключения. В списке 2008 г. не представлены препараты с сомнительной эффективностью, что является показателем рационализации фармакотерапии.

**Заключение.** ABC-анализ ОНЛС льготных групп детского населения позволит оценить рациональность проводимой фармакотерапии, расшифровать структуру расходов государства на ОНЛС и выявить приоритеты, что создает условия для прогнозирования потребности в медикаментах на последующие периоды для данного контингента населения и оптимизации финансирования путем принятия соответствующих решений.

30

**ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ЮНОШЕСКИМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ**

**Гудкова Е. Ю., Алексеева Е. И., Бзарова Т. М., Смирнов И. Е., Патрушева Ю. С., Зябкина А. Г., Гордеева Г. Ф.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** В ряде исследований доказано, что пациенты, страдающие ревматоидным артритом (РА), имеют меньшую продолжительность жизни и более высокий уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, чем в популяции. Одним из факторов риска считают лечение глюкокортикоидами (ГК).

**Цель.** Оценить особенности коагуляционного гемостаза и липидного обмена детей с юношеским артритом (ЮА), получавших ГК, по сравнению с пациентами, не получавшими ГК.

**Пациенты и методы.** Обследовано 128 детей с ЮА в возрасте  $7,9 \pm 4,1$  лет (от 0,83 до 16,7). Из них у 61-го (48%) активность была 0–1-й, у 35-ти (27%) – 2-й и у 32-х (25%) – 3-й степени. Их них 31 получал глюкокортикоиды (ГК) в сочетании со стандартной иммуносупрессивной терапией, 97 – только иммунодепрессанты. Всем больным определялись сывороточные концентрации фибриногена (Фг), растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), протромбиновый индекс, международное нормализованное отношение, тромбиновое время, общий холестерин, липопротеины высокой, низкой и очень низкой плотности, рассчитывался индекс атерогенности. Статистическая обработка материала проводилась с использованием SPSS 10.

**Результаты.** У пациентов с минимальной активностью болезни, получавших ГК, сывороточная концентрация Фг и РФМК была выше аналогичных показателей пациентов с 0–1 степенью активности, не лечившихся ГК ( $p < 0,05$  и  $p < 0,01$ ), соответственно. У детей со 2-й и 3-й степенью активности подобных закономерностей не выявлено. Также не выявлено взаимосвязи показателей липидного обмена с лечением ГК.

**Заключение.** Лечение ГК больных ЮА с минимальной активностью болезни нецелесообразно в связи с нарастанием риска развития гиперкоагуляции.





31

## СЦЕПЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛОКУСА 12q24.3 С УРОВНЕМ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е К АЛЛЕРГЕНУ КОШКИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СИБИРСКОМ РЕГИОНЕ РОССИИ

Гусарева Е. С., Брагина Е. Ю., Деева Е. В., Федорова О. С., Буйнова С. Н., Казакевич Н. В., Черняк Б. А., Пузырев В. П., Огородова Л. М., Липолдова М.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск  
Институт молекулярной генетики Академии наук Чешской Республики

**Актуальность.** Анализ распространенности и структуры аллергической сенсибилизации у больных бронхиальной астмой (БА), проживающих в разных климатогеографических регионах, и поиск генетических факторов риска развития болезни являются актуальной задачей современной иммуногенетики.

**Цель исследования:** провести оценку структуры аллергической сенсибилизации, а также картировать генетические локусы, регулирующие уровень IgE у больных БА, проживающих в сибирском регионе России.

**Пациенты и методы.** Структура аллергической сенсибилизации была оценена у пациентов с БА в возрасте от 4 до 18 лет из Томска (n = 67) и Тюмени (n = 43). Генетические исследования были проведены на семейной выборке (136 семей, n = 540) больных БА из Томска, Тюмени и Иркутска. Для каждого индивида выборки были установлены уровень общего IgE (тест система IgE-EIA-BEST-strip, VECTOR-BEST, Новосибирск, Россия) и уровни специфических IgE к 20 ингаляционным аллергенам (in vitro тест система EUROLINE, EUROIMMUN AG, Lubeck, Germany). Анализ сцепления с астмой, общим и специфическими IgE был проведен с STR маркерами из локусов 2q14.1, 5q31.1, 5q33.2, 6p21.31, 7p14.3, 7q21.3, 11q12.1, 12q14.1-24.3, 13q14.2, 16q12.2, 16q24.1, 19q13.33 и 20p13.

**Результаты.** По результатам оценки уровня специфического IgE у пациентов с БА преобладала сенсибилизация к аллергенам шерсти кошки (57,3%), более 30% больных были сенсибилизированы к аллергенам шерсти собаки и клещей домашней пыли (*D. pteronyssinus* и *D. farinae*). Генетический анализ сцепления позволил обнаружить локус на хромосоме 12 q24.3 (136–140 cM), контролирующей уровень специфического IgE к аллергену кошки. Пик сцепления был детектирован в районе маркера D12S1611 (LOD = 2.23, p = 0,0007).

**Заключение.** В структуре сенсибилизации больных БА, проживающих в сибирском регионе России, ведущее значение имеют аллергены шерсти кошки, собаки и клещей домашней пыли. Установлен генетический локус на хромосоме 12q24.3, ген (ы) из которого участвуют в регуляции продукции специфического IgE к аллергену шерсти кошки.

32

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ ПУПОВИННОЙ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С АНЕМИЕЙ БЕРЕМЕННЫХ**

**Даваа Я. Х., Терещенко С. Ю.**

*НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск*

**Актуальность.** Клинические исследования показывают, что выраженная железодефицитная анемия (ЖДА) во время беременности может приводить к преждевременным родам, привычному невынашиванию, снижению массы тела новорожденного и даже к смерти плода при тяжелой форме анемии, особенно если она проявилась в первой половине беременности. Известно, что дефицит железа материнского организма неминуемо приводит к железодефицитному типу эритропоэза у новорожденного, однако молекулярные изменения мембраны эритроцита плода до настоящего времени изучены крайне недостаточно.

**Цель исследования:** изучить особенности молекулярной организации мембран эритроцитов пуповинной крови новорожденных рожденных от матерей с ЖДА.

**Пациенты и методы.** Исследованы эритроциты пуповинной крови 37 новорожденных от матерей с ЖДА (основная группа) и 34 новорожденных от матерей с нормальным уровнем гемоглобина (контрольная группа). Исследованы биофизические характеристики мембран эритроцитов методами флуоресцентной спектроскопии в соответствии с рекомендациями Ю. А. Владимирова и Г. Е. Добрецова (1980) на спектрофлуориметре «Hitachi MPF-4» (Япония). Данные представлены в виде медиана (25–75% квартили). Для оценки различий использован критерий Мана-Уитни.

**Результаты.** Характерным для состояния мембран эритроцитов у новорожденных при железодефицитной анемии беременной является преобразование главным образом, белковой составляющей мембран эритроцитов. Это выразилось в нарушении пространственной конфигурации и топографии белков мембраны со смещением расположения белков в наружные слои мембраны. Так, коэффициент погруженности мембранных триптофанилов у новорожденных основной группы составил 0,167 (0,057–0,333) ОЕ, а контрольной – 0,275 (0,154–0,428) ОЕ,  $p = 0,024$ .

**Заключение.** Мы предполагаем, что конформация белковой компоненты мембраны эритроцита может быть связана с преобразованиями, вызванными дефицитом железосодержащих ферментов, что затрагивает важнейшие функции клеточной мембраны и эритроцита в целом.

## 33

**СВЯЗЬ КАЛЬЦИЙСВЯЗЫВАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ ПУПОВИННОЙ КРОВИ С ПАРАМЕТРАМИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ****Даваа Я. Х., Терещенко С. Ю.***НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск*

**Актуальность.** Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что состояние клеточных мембран является одним из ранних и чувствительных показателей состояния организма ребенка и его физического развития. Состояние структуры мембран клеток коррелирует с физиологической зрелостью организма ребенка и с уровнем заболеваемости плода и новорожденного, поэтому может служить одним из критериев его здоровья и физического развития, однако связь молекулярной организации мембран эритроцитов пуповинной крови с параметрами физического развития новорожденных изучена недостаточно.

**Цель исследования.** Изучить кальций-связывающую способность мембран эритроцитов пуповинной крови в зависимости параметров физического развития новорожденных тувинской национальности.

**Пациенты и методы.** Исследованы биофизические характеристики мембран эритроцитов пуповинной крови 71 новорожденного тувинской национальности методами флуоресцентной спектроскопии в соответствии с рекомендациями Ю. А. Владимирова и Г. Е. Добрецова (1980) на спектрофлуориметре «Hitachi MPF-4» (Япония). Данные представлены в виде медиана (25–75% квантили). Для оценки различий использован критерий Мана–Уитни.

**Результаты.** Наиболее важным результатом анализа связи параметров физического развития новорожденных с показателями молекулярной организации эритроцитарных мембран пуповинной крови мы считаем выявленное нами однонаправленное повышение кальций-связывающей способности плазматической мембраны у детей с низкими значениями индекса Кетле I и низкой окружностью головы. Так, у детей с индексом Кетле I < 61 показатель кальций-связывающей способности составил 2,36 (1,75–3,20) ОЕ, а у детей с индексом Кетле I > 61–1,50 (1,02–2,77) ОЕ,  $p = 0,037$ .

**Заключение.** Подобный характер изменений, на наш взгляд, свидетельствует о низкой обеспеченности организма новорожденных кальцием, что компенсаторно приводит к большей способности мембран к его мобилизации из сосудистого русла. Выявленные нами взаимосвязи вполне могут быть использованы в качестве диагностических маркеров обеспеченности кальцием в периоде новорожденности.

## 34 УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Дворяковская Г. М., Борисова С. А., Дворяковский И. В., Скутина Л. Е.,  
Зоркин С. Н.

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Актуальность поиска и внедрение новых средств и методов лечения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (МП) у детей определяется не только постоянным увеличением частоты этой патологии, но и развитием в 45–60% случаев вторичных изменений со стороны мочевыводящей системы, приводящих к ранней инвалидизации.

**Цель исследования:** определить значение методов ультразвуковой диагностики в оценке эффективности нового способа лечения нейрогенной дисфункции МП.

**Пациенты и методы.** Методами ультразвуковой диагностики (УЗД) обследовано 115 детей с расстройствами мочеиспускания в возрасте от 9 мес до 16 лет. Новый способ лечения заключался во внутрипузырном введении растворов М-холинолитика — оксибутинаина и  $\alpha 1$ -адреноблокатора — доксазозина в сочетании с электрофорезом на область МП. Пациенты группы сравнения получали оксибутинин перорально. Дети были разделены на 3 группы в зависимости от используемой схемы лечения.

**Результаты.** По данным УЗД эффект терапии у детей с гиперрефлекторной дисфункцией МП (1 и 3 группы), проявлялся увеличением среднего эффективного объема МП, уменьшением толщины его стенки, снижением остаточного объема мочи, улучшением экоструктуры и кровоснабжения детрузора. Во 2 группе пациентов (в основном с гипорефлекторной дисфункцией) эффективность лечения определялась уменьшением объема МП, увеличением толщины его стенки, снижением остаточного объема мочи, уменьшением трабекулярности слизистой и улучшением кровоснабжения детрузора. Положительная динамика отмечалась у всех детей. Клинический эффект характеризовался нормализацией объема МП, сокращением числа мочеиспусканий, уменьшением числа эпизодов императивного недержания мочи и эпизодов энуреза. Эффективность лечения в среднем составила 86,7%.

**Заключение.** Учитывая полученные данные, следует считать внутрипузырный метод введения растворов препаратов в сочетании с электрофорезом наиболее перспективным в лечении нарушений мочеиспускания у детей.

35

**ВЫБОР ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕГКОМ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОМ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ****Деева Е. В., Деев И. А., Смирнова И. Ю., Якушева К. В.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Современная стратегия терапии атопического дерматита (АтД) у детей направлена на снижение активности воспаления в коже. Стандартный подход к лечению болезни — применение топических кортикостероидов (ТКС) в комбинации с антигистаминными и увлажняющими препаратами. В согласительных документах отсутствуют четкие положения об альтернативном подходе к ведению пациентов с дерматитом, направленном на долговременную профилактику обострений болезни.

**Цель исследования.** Установить сравнительную эффективность противовоспалительной терапии легкого и среднетяжелого АтД у детей. Исследование спланировано в дизайне открытого, проспективного, рандомизированного, сравнительного.

**Пациенты и методы.** Включено 60 пациентов в возрасте от 3 мес. до 7 лет, больных АтД (легкий АтД, n = 30; среднетяжелый АтД, n = 30). Дети были рандомизированы в зависимости от режима терапии: Режим 1 — в качестве препарата противовоспалительной терапии применялся ТКС (метилпреднизолон ацепонат 0,1%) — эпизодически, 2 раза в день, при наличии клинических проявлений на пораженные участки тела (легкий АтД — n = 15, среднетяжелый АтД — n = 15); Режим 2 — пимекролимус крем 1% — назначались регулярные аппликации, 2 раза в день, на протяжении всего исследования (легкий АтД — n = 15, среднетяжелый АтД — n = 15). Для оценки интенсивности симптомов использовали шкалу дневника самоконтроля. Выраженность симптомов (гиперемия, папула, корки, расчесы, сухость, зуд) оценивалась по 4-балльной шкале от 0 до 3 баллов. Подсчитывался суммарный балл по каждому симптому.

**Результаты.** Значимая положительная динамика интенсивности симптомов, получена только у детей, больных легким АтД, на фоне терапии пимекролимусом кремом 1% уже на Визитах 2 и 3. По окончании лечения оба режима показали сопоставимые значения суммарного балла по данным симптомам. При среднетяжелом АтД преимущественная клиническая эффективность выявлена при использовании ТКС.

**Заключение.** Получены доказательства в целом сопоставимой клинической эффективности двух фармакотерапевтических режимов в группе пациентов раннего и дошкольного возраста, страдающих легким АтД.

## 36 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПИМЕКРОЛИМУСОМ

Деева Е. В., Деев И. А., Якушева К. В.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Развитие аллергического воспаления в коже при атопическом дерматите (АтД) сопровождается не только видимыми морфологическими изменениями кожи, но также и нарушениями липидных компонентов эпидермиса. Особое внимание уделяется изучению строения и функции кожного барьера, ключевой составляющей которого является поверхностная гидролипидная пленка (ПГЛП) кожи, степень нарушения соотношения липидных компонентов которой характеризует активность аллергического воспаления.

**Цель исследования.** Оценить динамику липидных фракций в ПГЛП кожи у больных легким и среднетяжелым АтД в зависимости от режима лечения. Дизайн — открытое, проспективное, рандомизированное, сравнительное исследование.

**Пациенты и методы.** Включено 60 пациентов в возрасте от 3 мес. до 7 лет, больных АтД (легкий АтД, n = 30; среднетяжелый АтД, n = 30). Группа контроля — 30 практически здоровых детей. Дети были рандомизированы в зависимости от режима терапии: Режим 1 — в качестве препарата противовоспалительной терапии получали ТКС (метилпреднизолона ацепонат 0,1%) — эпизодически, 2 раза в день, при наличии клинических проявлений на пораженные участки тела (легкий АтД — n = 15, среднетяжелый АтД — n = 15), Режим 2 — пимекролимус крем 1% — назначались регулярные аппликации, 2 раза в день, на протяжении всего исследования (легкий АтД — n = 15, среднетяжелый АтД — n = 15). Определение соотношения липидов ПГЛП кожи производили методом тонкослойной хроматографии. Идентификацию хроматограмм осуществляли с помощью стандартной программы «Chromolysis» (2002).

**Результаты.** Назначение противовоспалительной терапии приводило к значимому снижению уровней ФЛ и ЖК, увеличению содержания ТАГ, Х, ЭХ. При этом показатели, сопоставимые с контролем, получены только у больных легким АтД на фоне лечения пимекролимусом в отношении ФЛ, ЖК и ТАГ. При среднетяжелом АтД вне зависимости от режима терапии выявлены достоверные различия липидов от контрольных значений.

**Заключение.** Восстановление соотношения основных липидных компонентов ПГЛП кожи по окончании 20 недель терапии отмечено только у больных легким АтД на фоне применения пимекролимуса крема 1%.

37

**ВЛИЯНИЕ ИНФЛИКСИМАБА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЮНОШЕСКИМ АРТРИТОМ****Денисова Р. В., Алексеева Е. И., Альбицкий В. Ю., Винярская И. В., Валиева С. И., Бзарова Т. М., Лисицин А. О., Гудкова Е. Ю., Козлова А. Л., Чистякова Е. Г.***Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Юношеский артрит (ЮА) приводит к раннему нарушению функциональной способности детей, психологическим и социальным ограничениям, что значительно ухудшает качество жизни (КЖ) больных. Поэтому улучшение КЖ является одной из главных задач лечения больных с ЮА.

**Цель.** Оценить влияние терапии инфликсимабом на качество жизни детей больных различными вариантами ЮА.

**Пациенты и методы.** Обследовано 97 детей в возрасте от 2 до 18 лет (средний возраст  $6,29 \pm 4,08$  лет). Из них было 68 девочек, 29 мальчиков, с олигоартикулярным вариантом — 37 человек, с полиартикулярным — 31, с системным — 15 и 14 детей с юношеским анкилозирующим спондилоартритом (ЮАС). 65 (67%) из 97 детей получают терапию инфликсимабом больше 1 года в дозе 6 мг/кг. Оценка КЖ проводилась по опросникам PedsQL Generic Core Scale (PedsQL GCS)

**Результаты.** Качество жизни детей с ЮА и ЮАС до начала терапии по всем шкалам опросника PedsQL GCS было значительно ниже по сравнению с популяционной нормой ( $p < 0,001$ ). К 54 неделе терапии инфликсимабом получено статистически достоверное повышение показателей КЖ по всем шкалам опросников ( $p < 0,001$ ). По детской версии опросника PedsQL GCS суммарный балл КЖ повысился с 42,25 до 79,23, по шкале физического функционирования — с 37,03 до 86,15, по шкале эмоционального функционирования — с 41,97 до 72,16 и по шкале социального функционирования — с 47,76 до 79,38. По родительской версии с 35,31 — до 75,14, с 32,54 — до 81, с 34,2 — до 68,28, с 39,18 — до 72,69, соответственно. К году терапии, по мнению детей КЖ отличалось от популяционной нормы только по шкале социального функционирования ( $p < 0,01$ ), а по мнению родителей, КЖ было ниже лишь по шкалам эмоционального и социального функционирования ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Применение инфликсимаба в детской ревматологической практике повышает КЖ больных ЮА.

## 38 ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММНЫХ МЕТОДОВ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Дмитриева Т. Г., Грязнухина Н. Н.

*Медицинский институт Якутского государственного университета*

**Актуальность.** В настоящее время число острых вирусных гепатитов у детей неуклонно снижается. Больные с хроническими заболеваниями печени — это основной контингент наблюдения у врача — гепатолога. Качественное диспансерное наблюдение обеспечит необходимый контроль за больными хроническими формами вирусных гепатитов для дальнейшей разработки тактики лечения. Нами разработана программа «Диспансеризация детей и подростков с хроническими вирусными гепатитами в Республике Саха (Якутия)».

**Цель** программы: обеспечение всех звеньев здравоохранения подготовленными специалистами, современными технологиями диагностики и лечения.

**Задачи:**

1. Обеспечение республиканского финансирования современных технологий диагностики, лечения и реабилитации детей и подростков с хр. вирусными гепатитами;
2. Организация регистра детей и подростков с хроническими вирусными гепатитами;
3. Разработка и внедрение стандартизированных протоколов диагностики, диспансерного наблюдения, лечения и реабилитации детей и подростков с хр. вирусными гепатитами;
4. Организация подготовки медицинских кадров для первичного звена здравоохранения в области вирусных гепатитов у детей;
5. Информационное обеспечение медицинских работников и населения по вопросам распространения, выявления, лечения, исходов и профилактики хронических вирусных гепатитов у детей.

**Результаты.** Обеспечение высокого уровня медицинских технологий и внедрение единых стандартов диагностики, лечения хронических вирусных гепатитов у детей и подростков, улучшение выявляемости хронических вирусных гепатитов у детей и подростков, стабилизация эпидемиологической ситуации, снижение инвалидизации больных с хроническими вирусными гепатитами.

**Заключение.** Внедрение программных методов в диспансеризации детей и подростков с хроническими вирусными гепатитами позволит обеспечить все звенья здравоохранения подготовленными специалистами, современными технологиями диагностики и лечения.



## 39 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НЕОПУХОЛЕВЫХ БОЛЕЗНЕЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Дунаев С. М., Ожегов А. М.

*Ижевская государственная медицинская академия Росздрава*

**Актуальность.** Совершенствование специализированной помощи детям и подросткам невозможно без проведения динамических эпидемиологических исследований.

**Цель исследования:** на основе ретроспективных эпидемиологических исследований получить данные о заболеваемости и распространенности основных болезней крови неопухолевого происхождения у детей в Удмуртской Республике (УР).

**Пациенты и методы.** Проведены ретроспективные эпидемиологические исследования по изучению заболеваемости основными болезнями крови неопухолевого характера в период с 1995 по 2005 гг. Случаи заболевания учитывали у детей в возрасте от 0 до 18 лет. Статистическая обработка выполнена с помощью программы Microsoft Excel. Методом линейного регрессионного анализа строили тренды для выявления тенденции изменения показателей.

**Результаты.** Показатель заболеваемости идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП) в среднем составляет  $3,4 \pm 0,1$  на 100 тыс. детей в год. Линейный тренд показывает не резко выраженную тенденцию к повышению показателя заболеваемости детей в УР за период наблюдения.

Средний показатель заболеваемости аутоиммунной гемолитической анемией (АИГА) составил  $0,5 \pm 0,1$  на 100 тыс. детского населения. Линейный тренд демонстрирует, что заболеваемость АИГА остается примерно на одном уровне.

Средний показатель заболеваемости приобретенной апластической анемией (АА) составляет за период наблюдения  $0,24 \pm 0,12$  на 100 тыс. детского населения. Линейный тренд свидетельствует о слабовыраженной тенденции к повышенной заболеваемости приобретенной АА у детей в УР.

**Заключение.** Проведенное ретроспективное исследование выявило тенденцию к росту заболеваемости ИТП. Заболеваемость детей неопухолевыми болезнями крови в УР соответствуют значениям в Российской Федерации.

## 40 РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ПО ПРОТОКОЛУ GPOH-HD-2002

Дунаев С. М., Ожегов А. М.

*Ижевская государственная медицинская академия Росздрава*

**Актуальность.** Лимфома Ходжкина (ЛХ) — клональное лимфопролиферативное заболевание, которое характеризуется первичным поражением периферических и/или висцеральных лимфатических узлов и входит в группу лимфоидных неоплазий.

**Цель исследования:** оценка результатов лечения детей с ЛХ по протоколу GPOH-HD-2002.

**Пациенты и методы.** В исследование было включено 15 первичных пациентов с ЛХ. Диагноз верифицирован в результате гистологического исследования лимфатического узла у 15 (100%) детей, иммунофенотипирование проведено у 13 (86,7%) детей.

Статистический анализ и обработка данных осуществлялась с помощью электронных таблиц Microsoft Excel и пакета программ Statistica версия 6.0. Показатель общей выживаемости (OS) рассчитывался с использованием метода Каплан-Мейера.

**Результаты.** Из 15 пациентов с диагнозом ЛХ было 10 мальчиков и 5 девочек (соотношение 2:1). Медиана возраста составила 11 лет (от 8 до 17 лет), пик заболеваемости наблюдался в возрасте от 10 до 14 лет. Продолжительность преддиагностического периода составила от 45 до 200 дней (медиана 85 дней). У 2 (13,3%) больных была I A стадия заболевания, у 10 (66,7%) — II B, у 2 (13,3%) — III B, у 1 (6,7%) — IV B. По морфологическому варианту у 3 (20%) пациентов верифицирована классическая ЛХ с лимфоидным преобладанием, у 10 (66,7%) — нодулярный склероз, у 2 (13,3%) — лимфоидное истощение.

В результате терапии по протоколу GPOH-HD-2002 полную ремиссию удалось достичь у 13 (87,6%) больных, частичную — у 2 (12,4%) детей. По завершении лечебной программы (полихимиотерапия + лучевая терапия) полная ремиссия зафиксирована у 14 (93,3%) больных. У 1 пациентки была достигнута стойкая частичная ремиссия. Показатель 3-летней общей выживаемости составил 100%.

**Заключение.** При использовании риск-адаптированной программы GPOH-HD-2002 удается достичь высоких результатов лечения, особенно в группе низкого и промежуточного риска.

## 41

**ОСТРЫЕ РЕАКЦИИ КОЖИ У ДЕТЕЙ:  
СТРУКТУРА И ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ****Емеличева Л. Г., Смирнова М. А., Тетерева Е. А.***Ярославская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** В последние годы среди госпитализированных в специализированное аллергологическое отделение дети с острыми кожными реакциями составляют от 19 до 25%.

**Цель исследования:** изучение возрастной и нозологической структуры острых реакций кожи у детей и определение возможных провоцирующих факторов.

**Пациенты и методы.** Анализ клинико-anamnestических данных 125 детей (62 девочки и 63 мальчика) в возрасте от 1 месяца до 14 лет.

**Результаты.** Острые кожные реакции развились у 9,6% детей в возрасте до 1 года (начиная с периода новорожденности), у 32,8% пациентов в возрасте от 1 до 3 лет, у 33,6% — в возрасте от 4 до 7 лет и у 24% детей старше 7 лет. Острая крапивница диагностирована в 32% случаев, отек Квинке — в 21,6%, их сочетание — в 28,8%, острая токсико-аллергическая реакция — в 17,6% случаев.

В качестве провоцирующих факторов выступали: употребление кормящей матерью (7) или ребенком (33) высокоаллергенных пищевых продуктов или либераторов; использование лекарственных препаратов: антибиотиков пенициллинового ряда (аугментин, флемоксин в 14 случаях) и цефалоспоринов (супракс — 1 случай), жаропонижающих в форме сиропа (нурофен в 3 случаях), производных нитрофурана (фуразолидон — в 3 случаях), иммуномодуляторов (арбидол, виферон — в 3 случаях), фитосредств (геделикс — в 3 случаях), ноотропных препаратов (мексидол — в 3 случаях), противокашлевых средств (амброксол — в 3 случаях), ферментов (креон), пробиотиков (линекс); а также укусы кровососущих насекомых (22), ужаления перепончатокрылыми (2); воздействие физических факторов (холод — в 2 случаях).

**Заключение.** Острые кожные реакции становятся одной из актуальных проблем педиатрии, развиваются у детей всех возрастных групп, имеют различные клинические проявления, провоцирующие факторы и патогенетические механизмы, требуют пристального внимания практикующих врачей.



## 42 РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ АНАЛИЗА ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО РЕЦЕПТОРА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Жданова М. В., Новик Г. А., Ларионова В. И.

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

**Актуальность.** В настоящее время получены данные о связи течения БА и эффективности проводимой терапии кортикостероидами со структурными особенностями гена глюкокортикоидного рецептора (GR). Следовательно, использование результатов молекулярно-генетического тестирования для прогнозирования течения БА является целесообразным.

**Цель исследования:** создание прогностической шкалы течения БА у детей с использованием клинико-анамнестических, иммунологических, функциональных и молекулярно-генетических методов обследования.

**Пациенты и методы.** Обследовано 485 детей с БА в возрасте 2–17 лет. Легкое течение болезни было у 20,8% детей, среднетяжелое — у 53,8%, тяжелое — у 25,4%. Дополнительно к стандартному аллергологическому обследованию проводилось генотипирование VcII и Tth111I полиморфизма гена GR. Для составления шкалы индивидуального прогноза контроля течения БА использована методика, основанная на принципах расчета прогностических коэффициентов (Гублер Е. В., 1990).

**Результаты.** Наиболее значимыми признаками явились: данные анамнеза, оценка гиперреактивности бронхов, показатели спирографии и пикфлоуметрии, уровень общего IgE в крови, объем проводимой терапии ингаляционными глюкокортикоидами, результаты молекулярно-генетического тестирования полиморфных вариантов гена GR (всего 21 показатель с диапазоном баллов 1,1–11,0). Алгоритм заключается в выявлении наличия признаков и подсчете суммы баллов. При сумме менее 9,85 у ребенка с БА выше вероятность контролируемой БА, при сумме больше 9,85 — частично контролируемой/неконтролируемой. Надо отметить, что генотип GG (VcII полиморфизма гена GR) (2,7 балла), генотип TT (Tth111I полиморфизма гена GR) (2,6 балла), комбинация генотипов GG/TT (6,3 балла) имеют достаточно высокий прогностический коэффициент.

**Заключение.** Разработанная шкала прогноза контроля течения БА у детей, включающая результаты генотипирования полиморфных маркеров гена GR, может использоваться в практике для оценки эффективности терапии и прогнозирования эффекта проводимого лечения наряду с подходом, рекомендованным международными согласительными документами.

## 43 НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ И СУБКЛЕТОЧНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

**Зайцева О. И., Манчук В. Т., Эверт Л. С., Колодяжная Т. А., Ворсина И. В.**

*НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН*

**Актуальность.** Ведущее место в структуре факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у детей занимает синдром вегетативной дисфункции (СВД). В основе развития вегетативной дисрегуляции могут лежать процессы модификации на клеточном уровне.

**Цель исследования:** изучить состояние здоровья детей с СВД по критериям клеточного звена регуляции во взаимосвязи с центральными звеньями вегетативной регуляции.

**Пациенты и методы.** Обследовано 168 детей с СВД методом кардиоинтервалографии. Состояние клеточных звеньев регуляции изучали при помощи хлортетрациклиновой спектроскопии на спектрофлуориметре MPF-4 («Hitachi») с использованием функциональных проб с экзогенными биорегуляторами: ацетилхолином, адреналином, дексаметазоном, вводимыми в физиологических дозах в суспензию мембран эритроцитов *in vitro*.

**Результаты.** Клиники СВД на уровне клеточных мембран соответствуют выделенные типы чувствительности мембран: «холиноглюкокортикоидный тип» (35%), отражающий дисбаланс во взаимоотношениях стратегических звеньев регуляции на уровне клеточной подсистемы; «холинергический тип» (20,5%), расцениваемый как проявление утомления стратегических звеньев регуляции на субклеточном уровне; «адреноглюкокортикоидный тип» (30%), свидетельствующий о напряженном характере взаимоотношений стратегических звеньев регуляции в клеточной подсистеме; «гипосенситивный холин-адреноглюкокортикоидный тип» (14,5%), характеризующийся наличием признаков истощения на субклеточном уровне.

**Заключение.** В основе клинико-патогенетических проявлений СВД лежит сочетание взаимоотношений механизмов вегетативного дисбаланса и мембранодестабилизирующих процессов. Результаты исследования могут служить основой для принципиально новых подходов к определению индивидуального здоровья, профилактике и лечению СВД у детей.

## 44 ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Закирова А. М., Сулейманова З. Я., Андиржанова Э. И.**

*Казанский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** В настоящее время не вызывает сомнения значимая роль микро- и макроэлементов в функционировании всех живых организмов, причем большему риску нарушений микроэлементного баланса подвержены дети. При этом к числу наиболее распространенных его нарушений относят дефицит цинка.

**Цель исследования.** Повышение эффективности терапии острой внебольничной пневмонии (ОВП) путем дополнительного назначения сульфата цинка.

**Пациенты и методы.** Наблюдалось 229 детей в возрасте от 6 до 16 лет с различными формами ОВП. В работе исследованы показатели сывороточного цинка в зависимости от формы ОВП.

**Результаты.** Выявлено, что в остром периоде заболевания, независимо от варианта течения ОВП, регистрируется снижение сывороточного цинка до  $9,72 \pm 0,27$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ). При включении в комплекс терапии ОВП сульфата цинка на фоне купирования клинических проявлений заболевания более интенсивное восстановление цинка (практически до нормативных значений) было характерно для больных с сегментарной и долевой ОВП до  $14,44 \pm 0,51$  мкмоль/л (в группе контроля —  $15,11 \pm 0,34$  мкмоль/л). При очаговой ОВП процесс повышения концентрации цинка в сыворотке крови проходил более замедленно и лишь у 13,6% детей достиг нормативных значений.

**Заключение.** Таким образом, установлена взаимосвязь уровня цинка в сыворотке крови и его динамики с характером течения ОВП: наименьшая концентрация сывороточного цинка отмечалась у больных с очаговой формой ОВП, клиническое течение которой отличалось склонностью к торпидности и ареактивностью крови. С учетом полученных данных, своевременная диагностика цинкового статуса у детей и наличие низких показателей с медленным восстановлением обосновывает необходимость назначения, наряду с препаратами цинка, средств, повышающих иммунные резервы защиты.

## 45

**ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОЦЕССЫ МИКРОВЕЗИКУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ****Закирова А. М., Хакимова А. Ф., Ибрагимова Ж. Р.***Казанский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Среди заболеваний органов дыхания большой удельный вес занимают острые пневмонии (ОП). Один из патогенетических механизмов ОП — повреждение мембранных структур клеток, что подтверждается увеличением в циркулирующей крови микровезикул.

**Цель исследования:** изучить влияние антиоксидантной терапии пациентов с ОП на показатели процессов микровезикуляции.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 189 детей с ОП в возрасте от 8 до 16 лет, и 30 условно здоровых детей (группа контроля). Содержание цинка определяли в сыворотке крови при поступлении в стационар и при клиническом выздоровлении методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии, состояние процессов микровезикуляции оценивали по активности цинксодержащего фермента 5'-нуклеотидазы (5'-НТ) (метод Campbell-Алимовой).

**Результаты.** Отмечена обратная взаимосвязь концентрации цинка с активностью 5'-НТ в сыворотке крови в разгаре заболевания. Так, при поступлении наблюдалось достоверное снижение содержание цинка ( $10,42 \pm 0,12$  мкмоль/л) в сравнении с группой контроля ( $15,11 \pm 0,34$  мкмоль/л) и повышение активности 5'-НТ ( $195,43 \pm 3,36$  нкат) против  $29,38 \pm 1,45$  нкат ( $p < 0,05$ ). Наряду с проведенными лабораторными исследованиями, нами изучена динамика ОП при назначении сульфата цинка, обладающего антиоксидантными свойствами, в дозе 30 мг/сут в течение 12–16 дней (97 детей) в сравнительном аспекте с общепринятой терапией (92 ребенка). Выявлено, что при применении препарата отмечалось более быстрое купирование клинических проявлений ОП. Мы отметили также, что у 72% пациентов к моменту клинического выздоровления наблюдалось полное восстановление уровня цинка и фермента 5'-НТ. В то же время, на фоне общепринятой терапии подобная динамика была отмечена лишь у 47% детей.

**Заключение.** У больных с ОП дефицит цинка негативно отражается на клинической симптоматике и сочетается с усилением активности фермента 5'-НТ — маркера процессов микровезикуляции. Назначение в комплекс лечения ОП сульфата цинка способствовало более быстрому купированию клинических проявлений и полному восстановлению сывороточного цинка и 5'-НТ.

46

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ШКОЛАХ «НОВОГО ТИПА»**

**Закирова Л. М., Нагаева Т. А., Балашева И. И., Пономарева Д. А.**

*Сибирский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** В последнее время проблема сохранения здоровья учащихся образовательных учреждений «нового типа» особенно актуальна, что обусловлено существенным усложнением учебных программ, увеличением объема информации, усугубляемых напряжением адаптационных процессов в начальный период школьного обучения.

**Цель исследования:** изучить клиническую характеристику состояния здоровья первоклассников.

**Пациенты и методы.** Проведена комплексная оценка состояния здоровья 171 первоклассника: 96 детей, обучающихся в гимназии № 1 г. Томска и 75 учащихся 1 класса общеобразовательной школы № 1 г. Томска (группа сравнения). В исследовании использованы: анамнестический метод с углубленным изучением ф026/у, ф112/у, физикальный метод, результаты осмотра узких специалистов

**Результаты.** Среди первоклассников гимназии 61,5% детей имели II группу здоровья, 38,5% — III группу. Среди учащихся общеобразовательной школы I группу здоровья имели 4% детей, II группу здоровья — 65% детей, III группу — 31% школьников. В структуре патологии у детей гимназии достоверно чаще по сравнению с учащимися общеобразовательной школы встречались заболевания ЛОР-органов (39%,  $p < 0,001$ ), нервной системы (56%,  $p < 0,001$ ), болезни глаз (16%,  $p < 0,01$ ). Одинаково часто в обеих группах наблюдались отклонения со стороны костно-мышечной системы (нарушение осанки, плоскостопие, кривой таз), отмечавшиеся более чем у половины обследованных школьников. В группе первоклассников общеобразовательной школы преобладали аллергические болезни (24%,  $p < 0,05$ ), патология сердечно-сосудистой системы (13%  $p < 0,01$ ), мочевыделительной системы (8%).

**Заключение.** Таким образом, в процессе изучения состояния здоровья первоклассников выявлены высокая численность детей, страдающих хроническими заболеваниями, и особенности в структуре хронической патологии у детей образовательных учреждений «нового типа».





## 47 ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, И ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Зеленина Е. М., Крекова Н. П., Протасова Т. А.

*Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области*

**Актуальность.** Одним из основных приоритетных направлений национального проекта «Здоровье» является диспансеризация детей сирот, пребывающих в стационарных условиях, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В области (на начало 2009 г.) имеется 8 домов ребенка, 4 детских дома-школы, 50 детских домов, 11 школ-интернатов для детей-сирот, 46 школ-интернатов, 39 социальных приютов, 4 психоневрологических интерната.

**Цель исследования:** выявление хронической патологии и определение групп здоровья. У детей-сирот, пребывающих в стационарных условиях, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

**Пациенты и методы.** В диспансеризации участвовало 45 медицинских учреждений Кемеровской области.

В ходе диспансеризации было осмотрено 16364 человека, в том числе в возрасте от 0 до 4 лет включительно — 2042 ребенка, от 5 до 17 лет включительно — 14322 ребенка.

**Результаты.** В структуре общей заболеваемости у детей от 0 до 17 лет первое место занимают психические расстройства и расстройства поведения — 17,5%, второе место — заболевания костно-мышечной системы — 14,7%, третье место — болезни нервной системы — 13,4%. В структуре впервые выявленной патологии 19,1% принадлежит заболеваниям костно-мышечной системы и соединительной ткани, на втором месте — врожденные аномалии с преобладанием пороков системы кровообращения и костно-мышечной системы — 10,7%, на третьем — болезни нервной системы. Большая часть детей (39, 9%) была отнесена к III группе здоровья, 25,8% обследуемых — ко II группе здоровья, 18,4% детей — к IV группе, 1,7% — к V группе; первая группа здоровья составила 8,2%.

**Заключение.** В ходе проводимой диспансеризации детей-сирот, пребывающих в стационарных условиях, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, были определены группы здоровья и объективно оценена заболеваемость данной категории населения, что позволило разработать индивидуальный план реабилитации для каждого ребенка.

48

## **УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН И ГЛЮКОКОРТИКОИДНАЯ ФУНКЦИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

**Зернова Л. Ю.**

*Ижевская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Ожирение способствует развитию гиперкортицизма и латентному течению сахарного диабета, что особенно актуально у женщин репродуктивного возраста. Нарушения функции поджелудочной железы и надпочечников у беременных могут привести к отклонениям течения периода адаптации у потомства.

**Цель исследования:** изучить показатели углеводного обмена и глюкокортикоидной функции надпочечников у новорожденных, родившихся у матерей с ожирением.

**Пациенты и методы.** Обследовано 88 новорожденных детей (группа наблюдения), родившихся у матерей с ожирением ( $ИМТ = 34,8 \pm 0,6$  кг/м<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ) и 79 новорожденных группы сравнения. Определяли уровень глюкозы, инсулина и кортизола в крови у новорожденных (пуповинная кровь, 1–2-е, 5–7-е сутки жизни).

**Результаты.** Гипогликемия (менее 2,6 ммоль/л) выявлена у  $52,6 \pm 5,7\%$  детей, родившихся у матерей с ожирением ( $p < 0,05$ ). Средний уровень сахара крови в раннем неонатальном периоде у новорожденных группы наблюдения был достоверно ниже показателей в группе сравнения. Выявлена обратная зависимость концентрации сахара крови у младенцев и степени ожирения у матерей ( $r = -0,3$ ;  $p = 0,002$ ). Средние значения уровня инсулина в сыворотке крови у детей групп наблюдения ( $2,06 \pm 0,33$  мкМЕ/мл) и сравнения ( $2,59 \pm 0,60$  мкМЕ/мл) существенно не отличались. Однако, у детей, родившихся у матерей с высокими степенями ожирения, зарегистрированы гиперинсулинемия и низкие значения базального уровня кортизола (на 1 день жизни —  $269,19 \pm$  нмоль/л, на 5 день —  $228,21 \pm$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ) в сыворотке крови, что негативно отражалось на течении периода адаптации.

**Заключение.** Профилактика ожирения у матерей может способствовать нивелированию нарушений углеводного обмена и глюкокортикоидной функции надпочечников у новорожденных в периоде адаптации.

## 49 К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

**Зубова Е. П., Насырова А. М., Садыков М. М.**

*Детская поликлиника № 9, Казань*

**Актуальность.** Потребность в адекватной оценке психофизического развития детей в условиях детской поликлиники (ДП) диктует необходимость использования для этих целей быстрых, простых и дешевых методик. Это могут быть специальные скрининговые шкалы, либо опросники для родителей. Последние позволяют получить гораздо больше информации, т. к. участие родителей дает возможность изучить жизнедеятельность ребенка в целом.

**Цель исследования:** изучить возможности использования шкал-опросников для родителей при оценке психофизического развития детей в ДП.

**Пациенты и методы.** Проведены тестирования родителя ребенка (диагноз: перинатальное поражение головного мозга в форме спастического тетрапареза и сходящегося косоглазия) в возрасте 6 мес (удерживал голову, эмоционально реагировал на близких, лепетал, реагировал на громкие стимулы, хватал и удерживал игрушки в руке, не переворачивался, не ползал на животе) и после проведения коррекционных занятий (через 2 мес), направленных на стимуляцию двигательной, речевой и психоэмоциональной активности. Шкалы-опросники обработаны с помощью специальной компьютерной программы.

**Результаты.** По результатам 1 тестирования были получены следующие балльные данные: когнитивная сфера — 3,2, движения — 3,6, язык — 6,7, самообслуживание — 4,4, социальная сфера — 5,1; полная шкала — 3,9 (легкое отставание, от 99% ровесников). Повторная оценка развития по анализируемой шкале показала следующее: когнитивная сфера — 7,0, движения — 4,6, язык — 8,6, самообслуживание — 6,7, социальная сфера — 9,1; полная шкала — 6,7 (незначительное отставание, от 95% ровесников). Сравнение результатов 1 и 2 тестирований выявило тенденцию положительной динамики в развитии когнитивной, социальной и речевой сфер с некоторым отставанием развития моторных функций ребенка.

**Заключение.** Использование шкал-опросников в ДП представляется обоснованным для скрининга развития ребенка. На данном этапе основным результатом является решение о наличии или отсутствии отставания в психофизическом развитии. Кроме того, шкалы-опросники позволяют оценить эффективность коррекционных мероприятий.

## 50 РАЗРАБОТКА НОРМАТИВОВ КОСТНОЙ ПРОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАСОНОМЕТРИИ

**Зятицкая А. Л., Килина О. Ю.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Нарушение формирования костной массы в детском возрасте увеличивает риск развития остеопороза и переломов костей в последующем.

**Цель исследования:** выявить влияние возрастных и антропометрических особенностей на костную прочность у детей, разработать референтную базу показателей костной ультрасонометрии (КУС) у детей.

**Пациенты и методы.** Было исследовано 450 условно здоровых детей, не страдающих заболеваниями, обуславливающими риск развития вторичного остеопороза в возрасте 5–17 лет (254 девочек и 196 мальчиков). КУС пяточной кости проводилась на аппарате «Achilles Express» с оценкой: BUA — широковолнового рассеяния, SOS — скорости распространения ультразвуковой волны, STI — индекса прочности кости.

**Результаты.** Отмечено статистически достоверное увеличение всех показателей КУС от минимальных в возрасте 5 лет до максимальных в возрасте 17 лет независимо от пола. При корреляционном анализе выявлено наличие достоверных положительных связей между значениями роста, массы, индексом массы тела и STI. Установлена статистически значимая положительная связь между значениями BUA детей от роста родителей. У девочек выявлена достоверная отрицательная связь между показателями костной прочности и увеличением роста за год, предшествующий КУС. У мальчиков подобной закономерности не выявлено. При анализе динамики роста за год, предшествующий КУС, была выделена группа детей, увеличение роста которых за этот год составило 8 см и более. Показатели STI этих детей были статистически значимо ниже, чем у детей с меньшим увеличением роста. Создана предварительная референтная база данных для детей, в которой дано распределение показателей КУС в зависимости от возраста и пола в виде средних значений STI и квартильного размаха, а также перцентильные кривые изменения значений STI с возрастом с учетом пола.

**Заключение.** Показатели КУС условно здоровых детей зависят от возраста и антропометрических данных. Наиболее подвержены снижению костной прочности дети, динамика роста которых за 1 год составляет 8 см и более, и дети, родители которых имеют низкий рост.

## 51 УЛЬТРАСОНОМЕТРИЯ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ СНИЖЕНИЯ КОСТНОЙ ПРОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Зятицкая А. Л., Килина О. Ю., Маевская З. А.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Нарушение костеобразования под действием различных факторов, в том числе хронических болезней, ведет к тому, что в детском возрасте пиковая костная масса не достигает оптимальных значений.

**Цель исследования:** оценить возможности костной ультрасонометрии (КУС) в выявлении снижения костной прочности у детей, страдающих болезнями, влияющими на костеобразование.

**Пациенты и методы.** Обследовано 450 условно здоровых детей (5–17 лет), не страдающих болезнями, провоцирующими развитие вторичного остеопороза, 254 девочки и 196 мальчиков. Также обследованы 11 мальчиков, больных гемофилией, дети, больные сахарным диабетом (СД) I типа (n = 79, 34 девочки и 45 мальчиков), и дети, страдающие бронхиальной астмой (БА) и получающие лечение ингаляционными глюкокортикоидами (n = 41, 15 девочек и 26 мальчиков), расцениваемые как группа риска развития снижения костной массы по сравнению с нормой. Дети были разделены на возрастные подгруппы: девочки: 5–8, 9–11, 12–14 и 15–18 лет; мальчики: 5–8, 9–12, 13–15 и 16–18 лет. КУС пяточной кости проводилась на аппарате «Achilles Express».

**Результаты.** Значения индекса прочности кости (STI) мальчиков были достоверно ниже в группе больных гемофилией по сравнению с данными как группы условно здоровых детей, так и детей с БА и детей с СД во всех возрастных группах. Показатели мальчиков с БА были достоверно ниже, чем у здоровых детей, в возрасте 9–12 лет, а по сравнению с мальчиками с СД, в возрасте 5–8 и 9–12 лет. Значения STI у мальчиков с СД были ниже, чем в группе здоровых детей, в возрасте 13–15 лет. Значения STI у девочек с БА статистически не отличались от аналогичного показателя контрольной группы. Среди девочек с СД статистически значимое снижение STI по сравнению с группой здоровых установлено в возрасте 5–8 и 15–17 лет. Сравнение показателей девочек с БА и СД выявило достоверные отличия только в возрасте 5–8 лет в виде снижения STI у девочек с СД.

**Заключение.** КУС позволяет выявить нарушение костного формирования в виде снижения костной прочности у детей, страдающих болезнями, влияющими на костеобразование.

## 52

### **ВОЗМОЖНОСТИ ОДНОВРЕМЕННОГО СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ И pH ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

**Иванова И. И., Гнусаев С. Ф., Апенченко Ю. С.**

*Тверская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Суточное мониторирование pH является одним из наиболее информативных методов исследования верхних отделов пищеварительного тракта.

**Цель исследования:** установить особенности вегетативного гомеостатического механизма детей с различными вариантами гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) при проведении одновременного суточного мониторирования ЭКГ и pH пищеварительного тракта.

**Пациенты и методы.** Обследован 71 ребенок с хроническим гастродуоденитом (ХГД) в возрасте от 9 до 17 лет. Из них было 44 мальчика и 27 девочек. Всем детям проведены суточная pH-метрия, комплексное обследование вегетативной нервной системы (ВНС). Были оценены спектральные показатели вариабельности ритма сердца за 5-минутные интервалы времени, соответствующие возникновению кислого ГЭР, и аналогичные промежутки времени, не сопровождающиеся возникновением рефлюксов.

**Результаты.** Дети были разделены на 2 группы: I — 43 ребенка с кислым ГЭР, II — 28 детей с физиологическим ГЭР. Гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность встречалась чаще у детей с кислым ГЭР (70% и 50%). У детей I группы функция разброса ритма сердца была усилена. В целом проявления дисфункции ВНС были более выражены у детей с кислым ГЭР. По результатам одновременного мониторирования pH и ЭКГ при появлении кислого ГЭР в 87% эпизодов происходило увеличение LF-компонента спектра, уменьшение HF-компонента и увеличение отношения LF/HF более 2. У детей с ГЭР степень изменения спектральных показателей была больше, чем у больных без нарушений моторной функции. У больных с патологическим ГЭР реакция ВНС является более выраженной по сравнению с детьми с физиологическим ГЭР, что, видимо, обусловлено имеющейся у них дисфункцией ВНС.

**Заключение.** У детей с ГЭР установлена сопряженность в функционировании ВНС и пищеварительного тракта. Имеющиеся данные не позволяют сделать вывод о том, изменения какой из систем являются первичными. Предложенный расчет спектральных показателей вариабельности ритма сердца для коротких промежутков времени дает новые критерии для исследования работы ВНС и пищеварительного тракта.

53

**ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ  
НА МИТОХОНДРИАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ЛИМФОЦИТОВ  
У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ****Измайлова Т. Д., Петричук С. В., Басаргина Е. Н., Курбатова О. В.,  
Федорова Н. В.***Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) — неоднородная группа хронических заболеваний сердца в большинстве случаев неясной этиологии, характеризующихся циркуляторными, метаболическими, иммунными нарушениями, что требует разнонаправленной комплексной терапии.

**Цель исследования:** исследовать влияние энерготропного препарата цитофлавин на митохондриальную активность отдельных популяций лимфоцитов в пробе *in vitro* и у детей с ДКМП.

**Пациенты и методы.** Нами проведено 20 исследований влияния препарата цитофлавин на митохондриальную активность лимфоцитов в пробе *in vitro* методом цитоморфоденситометрии и 113 иммуноцитохимических исследований методом лазерной проточной цитометрии у детей с ДКМП в динамике заболевания на фоне лечения, включающего энерготропный препарат цитофлавин. Иммуноцитохимические исследования включали стандартное фенотипирование лимфоцитов и определение активности основного митохондриального фермента — сукцинатдегидрогеназы (СДГ) в различных популяциях лимфоцитов.

**Результаты.** Выявлено, что добавление эквивалентной дозы цитофлавина в суспензию лимфоцитов с последующим инкубированием в течение 40 мин приводит к резкому повышению активности митохондриальных ферментов СДГ и НАДН-диафоразы в лимфоцитах в среднем на 50–60%.

Выявлено, что у детей с ДКМП в 70% случаев отмечается значительное снижение как количества клеток, так и их митохондриальной активности в популяции CD3-CD19<sup>+</sup> (В-лимфоциты). В процессе лечения, с включением энерготропного препарата цитофлавин количество клеток в популяции не изменяется, но отмечается достоверное повышение активности СДГ, наиболее выраженное в популяции В-лимфоцитов, что можно рассматривать как положительную динамику иммунологических нарушений у детей с ДКМП.

**Заключение.** Таким образом, энерготропная терапия препаратом цитофлавин является патогенетически обоснованной у детей с ДКМП, т. к. приводит не только к оптимизации обменных нарушений кардиомиоцитов, но и иммунокомпетентных клеток, оптимизируя иммунную защиту.

## 54 ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ КАЛЬЦИТОНИНА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С КАЛЬЦИЕМ В КРОВИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В (ХГВ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Иногамова Г. З., Иноятова Ф. И.

Научно-исследовательский институт педиатрии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования** — изучить содержание кальцитонина (К.) в соотношении с уровнем кальция в крови при ХГВ у детей в зависимости от состояния вегетативной регуляции (ВР).

**Пациенты и методы.** Всего обследовано 53 детей в возрасте от 3-х до 14 лет. Из них 13 (24,5%) больных в стадии субкомпенсации, 22 (41,5%) — в стадии симпатической ирритации и 18 (34,0%) больных в стадии симпатической депрессии ВР. Контрольную группу составили 15 здоровых детей.

**Результаты.** У детей, больных ХГВ в стадии *субкомпенсации* ВР отмечалось повышение содержания К. в 1,5 раза. ( $341,7 \pm 45,6$  pg/ml против  $223,5 \pm 28,3$  pg/ml,  $p < 0,05$ ). В то время как уровень кальция в крови больных не отличался по средним величинам от такового у здоровых детей. Это свидетельствовало о сохранности адаптационной системы организма адекватно реагировать на хронический стресс при HBV-инфекции, так как умеренная гиперкальцитонинемия провоцирует через активацию кальциевых каналов клетки умеренное поступление кальция внутрь нейронов, что способствует стимуляции симпатической нервной системы и реализации адаптивных процессов. В стадии *симпатической ирритации* имеет место инертность в реакциях К. (повышение в более чем 2,2 раза относительно контроля,  $p < 0,001$ ), по всей видимости, связанная с гиперреактивностью самих симпато-адреналовых механизмов, воздействием антигенов HB-вируса, нарушением метаболизма и нейтрализации К. в гепатоцитах, а также нарушением функциональной активности (повышение биосинтеза и секреции гормонов) самой щитовидной железы. Исследование содержания ионов кальция в сыворотке крови у данной категории больных выявило достоверное снижение по отношению к контролю ( $1,9 \pm 0,07$  ммоль/л против  $2,42 \pm 0,20$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). Гипокальциемия является результатом уже избыточного поступления в клетку ионов кальция в результате мембранных нарушений под влиянием гиперкальцитонемии. В свою очередь, внутриклеточная аккумуляция кальция стимулирует процесс свободнорадикального окисления клеточных мембран, оказывая неблагоприятное действие на метаболизм клетки, что в конечном итоге приводит к ее дегенерации. В стадии *симпатической депрессии*, как результат дезинтеграции функциональных систем, наблюдается достоверное снижение и кальцитонина в 1,6 раза ( $135,3 \pm 13,3$  pg/ml), и кальция в 1,5 раза относительно контроля ( $p < 0,01$ ). Это в полной мере характеризует статус депрессии симпато-адреналовых механизмов и выключают их из процесса адаптации.

**Заключение.** В течении ХГВ у детей обмен кальцитонина подвергается изменениям, степень выраженности которых зависит от механизма нарушения вегетативной регуляции и нарастающего блока биотрансформации его в пораженной HBV-вирусом печени, отражающие пролонгированный хронический стресс и требующие своевременной коррекции.



## 55 ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В И ДЕЛЬТА У ДЕТЕЙ

Иноятова Ф. И.

*Научно-исследовательский институт педиатрии МЗ РУ., г. Ташкент, Узбекистан*

**Цель.** Изучение течения и исход ХГВ и ХГД при многолетнем наблюдении за больными в условиях их лечения в гепатологическом центре НИИП МЗ РУз.

**Пациенты и методы.** Проведены наблюдения в сроки до 6 лет от начало болезни за 40 больными ХГД и в сроки до 12 лет — за 60 детьми, больными с ХГВ. У 30 наблюдаемых был ХГД выраженной активности (ХГДВА) и умеренной активности (ХГДУА), у 10 — минимальной активности (ХГДМА). Среди больных ХГВ лишь у 11 был ХГ выраженной активности (ХГВМА), а у 49 — умеренной (ХГВУА) и минимальной активности (ХГВМА). Подавляющее большинство больных ХГВ перенесли безжелтушные формы болезни, а у 12 был выявлен первично-хронический гепатит. На момент диагностики ХГД и ХГВ в возрасте до 7 лет было соответственно 16 детей (40,0%) и 35 детей (58,3%), от 7 до 14 лет — 24 детей (60,0%) и 25 детей (41,7%). Дети в течение года получали 1–2 курса стационарного и 1–2 курса санаторного (месячного) лечения. В сыворотке крови методом ИФА, ПЦР исследовались маркеры гепатита В (HBsAg, HBeAg, анти-HBs анти-HBe), анти-HCV и анти-HDV.

**Результаты.** Анализ течения болезни позволило считать, что у больных ХГДВА и ХГДУА он возник после дельта-суперинфекции, а у больных ХГДМА в основном после безжелтушных форм коинфекции. ХГД характеризовался выраженной клинико-биохимической симптоматикой и многолетним течением активного процесса. Стабилизация процесса отмечена в  $20,0 \pm 2,2\%$  случаев, у остальных пациентов продолжался патологический процесс неопределенной длительности — до 15 лет ( $60,0 \pm 7,1\%$ ), формирование ЦП (у  $17,5 \pm 3,2\%$ ), в том числе в 1 (2,5%) случае заболевание закончилось летальным исходом. Стабилизация болезни наиболее часто происходило в сроки от 6 до 12 лет — у 17 больных  $42,5 \pm 2,3\%$  — и после 12 лет болезни — редко у 3 детей ( $7,5 \pm 1,4$ ). Переход ХГДВА в фазу умеренной и минимальной активности сопровождался постоянным смягчением клинико-лабораторных показателей. ХГВ отличался более легким течением, а именно стабилизация процесса у  $70,0 \pm 5,3\%$  больных наступала к 6 летнему сроку болезни, продолжение процесса более 12 лет имело место у  $10,0 \pm 2,6\%$  больных. Развитие ЦП за период наблюдения было отмечено лишь у 1-х (1,7%). У  $23,3 \pm 4,6\%$  детей отмечалось непрерывное, а у  $76,7 \pm 3,4\%$  — волнообразное течение болезни. У данных больных стабилизация наступала чаще и в более ранние сроки, чем у больных ХГД и у них нормализовались лабораторные показатели. В фазе стабилизации HBsAg выявлялся у  $25,0 \pm 1,9\%$  обследованных, анти-HBs — у  $58,3 \pm 6,9\%$ , при продолжающемся минимально активном процессе анти — HBcIgM обнаруживался в крови неопределенно длительное время.

**Заключение.** Исходы ХГВ у детей были гораздо более благоприятны, чем исходы ХГД, что необходимо учитывать при ведении данных контингентов больных. И самое главное возникающие в детском возрасте ХГ могут сохраняться и у взрослых лиц, вызывая серьезные расстройства здоровья.

56

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**Кадричева Т. Г., Манчук В. Т., Кадричева С. Г.**

*Красноярская краевая детская больница*

**Актуальность.** Инфекционные осложнения во время химиотерапии у детей, больных острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), связаны с низким количеством нейтрофилов, повреждением клеточного и гуморального иммунитета и нарушением целостности естественных барьеров.

**Цель исследования:** изучить показатели неспецифического иммунитета у пациентов с острым лимфобластным лейкозом во время цитостатической терапии.

**Пациенты и методы.** Обследовано 12 детей (9 мальчиков, 3 девочки) с диагнозом ОЛЛ в возрасте от 3,2 до 16,8 лет, средний возраст — 9,8 года. На фоне программного лечения, включающего глюкокортикостероиды и цитостатики, у всех пациентов развивались лейко- и нейтропения, и связанные в них инфекционные осложнения. У всех пациентов производился дважды подсчет гемограммы и хемилюминесцентный анализ цельной крови: во время инфекционных осложнений на фоне нейтропении и после восстановления количества нейтрофилов. Хемилюминесцентный анализ цельной крови позволяет оценить функциональную активность фагоцитов, их бактерицидность.

**Результаты.** Наблюдались следующие инфекционные осложнения: мукозит — в 4 случаях, герпетический стоматит — в 1, энтеропатия — в 1, инфекция мочевыводящих путей — в 1, фебрильная нейтропения — в 5 случаях. Количество лейкоцитов составило  $0,9 (0,5-1,7) \times 10^9/\text{л}$  (медиана (С25–С75)), нейтрофилов —  $0,1 (0,0-0,2) \times 10^9/\text{л}$ . После купирования инфекционных осложнений и восстановления показателей гемограммы содержание лейкоцитов составило  $7,3 (4,3-8,4) \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилов —  $4,8 (2,3-5,5) \times 10^9/\text{л}$ . Все больные получали антибактериальную, по показаниям — противогрибковую, противовирусную терапию, гранулоцитарный колониестимулирующий фактор.

Проведение хемилюминесцентного анализа цельной крови детей с ОЛЛ в период нейтропении и после увеличения числа нейтрофилов не показало достоверных отличий параметров.

**Заключение.** Таким образом, хемилюминесцентный анализ цельной крови показал, что после купирования инфекционного осложнения и восстановления количества нейтрофилов у больных ОЛЛ на фоне проводимой химиотерапии цитотоксическая функция гранулоцитов не восстанавливается.



## 57 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ, ЭНДЕМИЧНОМ ПО ОПИСТОРХОЗУ

Камалтынова Е. М., Белоногова Е. Г., Деев И. А., Гонсорунова Д. С.

*Сибирский государственный медицинский университет Росздрава*

**Актуальность.** Результаты Международного исследования астмы и аллергии у детей (ISAAC) свидетельствуют о существенном различии в распространенности атопического дерматита (АтД) у детей в разных странах. Такие особенности могут быть связаны со многими факторами: климатическими, этническими, распространенностью гельминтной инвазии, которая, по данным некоторых исследователей, способна модифицировать иммунный ответ при аллергической патологии.

**Цель исследования:** изучить эпидемиологические и клинические особенности АтД у детей в регионе с высоким уровнем распространенности описторхоза.

**Пациенты и методы.** В ходе скринингового исследования проведено анкетирование 6287 школьников г. Томска (2753 первоклассников; 3534 восьмиклассников) и 2024 детей (956 и 1068 соответственно), проживающих в сельских районах Томской области. На клиническом этапе обследовано 123 школьника города и 197 учащихся сельских школ, имевших, согласно вопроснику ISAAC, симптомы АтД в течение последних 12 месяцев. Аллергологическая диагностика проведена методом prick-тестирования с использованием стандартной панели аллергенов (ALK ABELLO, Испания).

**Результаты.** Анализ полученных данных показал отсутствие статистических различий распространенности симптомов АтД в популяции школьников, проживающих в г. Томске, регионе с низкой частотой описторхозной инвазии, и в сельских районах Томской области, где отмечена высокая распространенность описторхоза. Более тяжелое течение АтД и ранняя манифестация болезни наблюдались у детей, проживающих в городе, в то время как у сельских школьников АтД чаще встречался в легкой форме. Несмотря на одинаковую распространенность симптомов АтД в городе и сельской местности, уровень сенсибилизации в городской выборке детей был существенно выше, чем в сельской.

**Заключение.** Полученные эпидемиологические данные имеют существенную практическую значимость и свидетельствуют о важной роли описторхозной инвазии в модификации клинического течения аллергических болезней.

## 58 ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Катосова Л. К., Турти Т. В., Волкова В. В., Шахтактинская Ф. Ч.,  
Зиновьева Т. Е.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

**Актуальность.** Характер первичной микробной колонизации кишечника новорожденного ребенка, вероятно, зависит от наличия перинатальных факторов риска у женщины.

**Цель исследования:** изучить характер изменений микрофлоры кишечника у детей с последствиями перинатальной патологии и способ их коррекции.

**Пациенты и методы.** Было обследовано 20 детей со 2-го по 7-й месяц жизни с различными функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (синдром срыгиваний, колики, запоры, метеоризм и др.) и последствиями перинатального поражения ЦНС. Методы: клинический, микробиологический, статистический.

**Результаты.** Выявлено, что перинатальная патология (угроза самопроизвольного выкидыша, гестоз, наличие очагов хронической инфекции, течение ОРВИ во время беременности, хроническая внутриутробная гипоксия плода и др.) приводит к нарушению формирования нормального микробиоценоза кишечника у ребенка первых месяцев жизни. Так, содержание нормальной микрофлоры кишечника снижается, преимущественный рост получают условно патогенные микроорганизмы: различные виды энтеробактерий (*Proteus spp.*, *Citrobacter freundii* др.),  $M = \lg 4,05 \pm 0,8$ ; *Klebsiella pneumonia*,  $M = \lg 5,56 \pm 0,7$ ; *Enterococcus*  $M = \lg 6,43 \pm 0,3$  (КОЕ/г).

После получения курса БАД «Бифиформ Бэби» содержание кишечной микрофлоры у обследуемых детей изменилось. Достоверно значимо, по сравнению с исходным уровнем, уменьшилось содержание условно патогенных видов энтеробактерий (*Proteus spp.*, *Citrobacter freundii* др.) в 1 г фекалий ( $M = \lg 4,05 \pm 0,8$  КОЕ/г и  $M = \lg 1,75 \pm 0,8$  КОЕ/г соответственно,  $p < 0,05$ ); *Klebsiella pneumonia* ( $M = \lg 5,56 \pm 0,7$  КОЕ/г и  $M = \lg 3,31 \pm 0,9$  КОЕ/г,  $p < 0,01$ ); *Enterococcus* ( $M = \lg 6,43 \pm 0,3$  КОЕ/г и  $M = \lg 5,7 \pm 0,4$  КОЕ/г,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, БАД «Бифиформ Бэби» эффективно восстанавливает баланс кишечной микрофлоры у детей самого раннего возраста и может применяться у детей первых месяцев жизни с различными функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта.

59

**УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА У ДЕТЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА****Каширская Е. И., Джумагазиев А. А., Курбангалиева Н. Р., Аванесова В. А., Пашинская Е. В.***Астраханская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Основным физиологическим пролактинингибирующим фактором является дофамин (Ben-Jonathan N., 2001). Отмечена прямая связь между уровнем пролактина и степенью зависимости (И. А. Иловайская, 2000). В связи с этим у людей с недостаточным количеством дофамина можно прогнозировать явление гиперпролактинемии (Mah P.M., 2002). Вместе с тем, некоторые авторы отмечают снижение уровня пролактина в сыворотке крови больных алкоголизмом и особенно наркоманией (Темчук М. Ю., 2004).

**Цель исследования:** изучить уровень пролактина у детей, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ).

**Пациенты и методы.** Исследуемая группа включала 41 человек в возрасте от 13 до 17 лет. Большинство из них (92,7%) употребляло ПАВ с вредными последствиями для здоровья. Остальные болели наркоманией и токсикоманией. Контрольная группа включала 17 человек в возрасте от 13 до 17 лет. Количественное содержание пролактина в сыворотке крови детей определялось методом твердофазного иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Средний уровень пролактина у детей исследуемой группы составил  $254,9 \pm 19,2$  мМЕД/л. У 4 детей (9,8%) он выходил за рамки возрастных референтных значений и в среднем был равен  $541,0 \pm 45,1$  мМЕД/л. У остальных 37 средний уровень пролактина соответствовал  $218,8 \pm 11,9$  мМЕД/л. В контрольной группе среднее значение пролактина было  $288,4 \pm 21,0$  мМЕД/л. Следовательно, у большинства детей (90,2%) исследуемой группы значение пролактина укладывалось в возрастные нормы, но было ниже уровня контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Можно предположить, что злоупотребление ПАВ вызывало изменение в катехоламиновой системе в виде повышения уровня дофамина, что способствовало снижению пролактина в сыворотке крови. Гиперпролактинемия у 4-х детей вероятно была следствием дефицита дофамин-нейромедиаторной системы, определяющая высокую мотивацию потребления ПАВ.

**Заключение.** Таким образом, у большинства детей на фоне употребления ПАВ происходит нарушение регуляторных взаимосвязей на уровне пролактина и дофамина, что приводит к умеренному снижению уровня пролактина в сыворотке крови.

## 60 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Кикнадзе К. Г., Калинина Н. М., Новик Г. А.

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

**Актуальность.** В последние годы большое внимание клиницисты уделяют изучению природы антифосфолипидного синдрома (АФС), или Hughes синдрома. Выявление АФС в педиатрии имеет важное прогностическое значение, поскольку он предполагает высокий риск тромбозов, а также определяет течение и исход системных заболеваний соединительной ткани.

**Цель исследования:** анализ клинических показателей у детей с первичным (ПАФС) и вторичным антифосфолипидным синдромом (ВАФС).

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находился 91 ребенок в возрасте от 1,5 до 18 лет с диагнозом АФС, из них у 32 детей диагностирован ПАФС, а у 59 — ВАФС. Диагноз АФС верифицировался согласно диагностическим критериям Европейского форума по антифосфолипидным антителам (январь 2006 г.).

**Результаты.** У детей с АФС выявлены клинические признаки поражения многих органов и систем. Одним из часто встречающихся симптомов АФС являлась сетчатость кожных покровов, она встречалась часто и при ВАФС (64,3%), и при ПАФС (68,8%). Усиление венозной сети на коже было более характерным для ВАФС ( $p < 0,05$ ). Одним из частых кардиологических признаков АФС является поражение клапанов сердца, которое проявлялось минимальными нарушениями, выявляемыми только при эхокардиографическом исследовании (небольшая регургитация, утолщение створок клапанов). Поражение ЦНС проявлялось энцефалопатией, мигреноподобными головными болями с тенденцией к артериальной гипертензии и чаще наблюдалось у детей с отягощенным наследственным анамнезом и у детей с ПАФС. В большей мере отмечалась отягощенная наследственность у детей с ПАФС по варикозной болезни вен ( $p < 0,001$ ), по артериальной гипертензии ( $p < 0,0005$ ), по инсульту ( $p < 0,005$ ), по инфаркту миокарда ( $p < 0,01$ ), в сравнении с детьми, страдающими ВАФС.

**Закключение.** Изучение механизмов развития клинических особенностей АФС продолжает оставаться одной из наиболее актуальных мультидисциплинарных проблем современной медицины, для решения которой необходимо объединение усилий специалистов различных областей медицины.



## 61 РЕЗУЛЬТАТЫ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кирьянова З. П., Хакимова Т. И.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** В России проводится неонатальный скрининг на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром, галактоземию, муковисцидоз. В 2007 г. включен аудиологический скрининг, позволяющий своевременно провести диагностику нарушений слуха у ребенка с последующей реабилитацией тугоухости и глухоты.

В рамках реализации постановлений правительства управлением здравоохранения г. Томска издан приказ № 342 о проведении универсального аудиологического скрининга у новорожденных и детей первого года жизни.

**Цель исследования:** анализ результатов первого этапа аудиологического скрининга, проводимого в родильном доме № 4 г. Томска с 10.02.2009 г.

**Пациенты и методы.** Обследовано 1657 новорожденных. Скрининг проводился с использованием портативного прибора «AccuScreen». Протокол исследования стандартизован. Данный скрининг проводится в два этапа. Первый этап (регистрация отоакустической эмиссии) проводится новорожденным на 3–4-е сутки жизни в родовспомогательном учреждении подготовленным медицинским работником. Новорожденные, не прошедшие скрининг на первом этапе, а также дети с факторами риска по тугоухости и глухоте направляются в детский сурдологический Центр г. Томска ОГУЗ «Областная детская больница». Здесь формируются группы детей для проведения углубленного диагностического обследования до истечения 3-месячного возраста с последующим определением программ индивидуальной реабилитации не позднее 6-го месяца жизни ребенка.

**Результаты.** По результатам первого этапа не прошли тест 93 (5,6%) ребенка, из них на оба уха — 21 новорожденный (1,27%). Из выявленных факторов риска преобладали токсикозы беременности, инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности, глубокая недоношенность, тяжелая анте- и интранатальная гипоксия плода.

**Заключение.** Вопрос о степени выраженности, экспозиции отдельных факторов, их вклада в формирование патологии остается открытым и требует дальнейшего изучения. Полученные результаты свидетельствуют о важности и необходимости проводимого скрининга.

## 62 ОСОБЕННОСТИ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кирьянова З. П.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Особое значение в практической работе врача-неонатолога имеет оценка общего состояния новорожденного, его физического развития, показателей крови, выявление патологических отклонений. Масса тела — наиболее доступный и поддающийся объективному анализу индикатор нарушений антенатального развития плода, который значительно варьирует в зависимости от различных факторов.

**Цель исследования:** изучить особенности показателей эритроцитов у доношенных новорожденных с разной массой тела для оптимизации наблюдения за их состоянием.

**Пациенты и методы.** Было обследовано 85 новорожденных обоего пола, родившихся в родильном доме № 4 г. Томска. 20 практически здоровых детей составили контрольную группу; остальные распределены на 4 группы в зависимости от массы тела: первая группа — крупные к сроку гестации, вторая, третья и четвертая группы — новорожденные с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) легкой, средней и тяжелой степени тяжести, соответственно. Всем детям проведены клиническое, неврологическое обследование, оценка физического развития, морфофункциональной зрелости и периферический анализ крови на автоматическом гематологическом анализаторе; кроме общепринятых показателей определялись средний объем эритроцита (MCV), среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC). Проведена статистическая обработка результатов.

**Результаты.** У детей, крупных к сроку гестации, отмечалось достоверное снижение уровня гемоглобина в сравнении с группой контроля. Обнаружено достоверное увеличение объема эритроцитов у новорожденных с ЗВУР средней и тяжелой степени тяжести, а при тяжелой задержке развития и достоверно значимое увеличение гематокрита.

**Заключение.** Таким образом, обнаружена зависимость изменений показателей периферической крови от массы тела новорожденного. Наибольшие отклонения отмечаются у новорожденных с тяжелой задержкой развития, что обуславливает необходимость контроля и определенной коррекции.



## 63 ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР МАНИФЕСТАЦИИ АНТИБИОТИКО-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Климов Л. Я.

*Ставропольская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Использование антибиотиков в первые месяцы жизни у многих детей служит триггером формирования синдрома длительной неинфекционной диареи. В грудном возрасте отмечается тесная взаимосвязь между ферментативной активностью кишечника и составом кишечной микрофлоры, поэтому нарушение функции микрофлоры по частичной утилизации углеводов негативно отражается на процессах переваривания и всасывания в кишечнике.

**Цель исследования:** выявить особенности лабораторной картины лактазной недостаточности (ЛН) на фоне антибиотикотерапии у детей грудного возраста.

**Пациенты и методы.** Обследовано 167 детей с ЛН, среди которых 65 (38,9%) больных получали антибиотики широкого спектра действия, а 102 (61,1%) ребенка антибактериальную терапию не получали. Определялись показатели фекальной экскреции углеводов (лактозы, моносахаридов) и органических кислот (лактат, пируват).

**Результаты.** На фоне использования антибиотиков широкого спектра действия общая экскреция углеводов повышается в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ), а экскреция органических кислот снижается в 1,3 раза ( $p < 0,001$ ). У детей, получающих антибиотики, уровень лактозы в кале выше в 1,8 раза ( $p < 0,001$ ), а уровень моносахаридов ниже в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ). Подавление микробного брожения диагностируется по существенному снижению экскреции продуктов метаболизма углеводов (лактата и пирувата).

**Заключение.** Манифестация диареи у детей грудного возраста на фоне антибиотикотерапии является показанием к углубленному обследованию ребенка для клинико-лабораторной диагностики ЛН.

## 64 СОСТОЯНИЕ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Климова И. И., Баженов Д. В., Кузнецова С. А.

*ГОУ ДПО НГИУВ кафедра оториноларингологии*

**Актуальность.** Нахождение ребенка в детском доме, интернате или специализированной школе имеет свои особенности и не может не сказаться на уровне заболеваемости детей.

**Цель исследования:** определить состояние ЛОР-органов и уровень оториноларингологической заболеваемости у детей, находящихся в учреждениях для детей-сирот и оставшихся без попечения родителей.

**Пациенты и методы.** Объектом исследования явились дети школы-интерната № 95 г. Новокузнецка, социального приюта для детей г. Осинники и специализированной школы № 4. Безвыборочно осмотрено 517 детей. Показатель распространенности рассчитывался на 100 осмотренных.

**Результаты.** Анализ исследования показал, что лишь 31% детей был здоров. В 23% случаев детям установлено 2 и более диагноза.

Первое место в структуре заболеваний ЛОР-органов принадлежало патологии глотки, показатель распространенности которой составил  $28,06 \pm 2,35\%$ . Распространенность гипертрофии небных и носоглоточных миндалин составила соответственно  $6,76 \pm 1,13\%$  и  $6,24 \pm 1,09\%$ . А хронические аденоидиты диагностированы у  $6,04 \pm 0,86\%$  обследованных. Хронический тонзиллит установлен у  $4,05 \pm 0,35\%$  осмотренных.

На втором месте в структуре патологии находились заболевания носа и околоносовых пазух. Они выявлены у  $13,62 \pm 1,35\%$  детей. Причем острые риносинуситы диагностированы у  $9,81 \pm 1,13\%$ , а хронические — у  $3,81 \pm 1,05\%$ .

Патология уха занимала третье место в структуре заболеваний ЛОР-органов и установлена лишь у  $2,18\% \pm 0,03\%$ . При этом сенсоневральная тугоухость диагностирована у 2% детей 3–7 лет и у 0,8% детей в возрасте старше 10 лет. В 3 случаях (0,58%) установлен диагноз хронического гнойного среднего отита. Экссудативный отит установлен лишь у 4 детей. Это связано как с недостаточной настороженностью педиатров и оториноларингологов, так и отсутствием в поликлинике возможности проводить тимпанометрию и импедансометрию.

**Заключение.** Результаты исследования позволили разработать конкретные лечебно-профилактические мероприятия для каждого ребенка.



## 65 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА СИБИРИ

Климова И. И., Баженов Д. В., Ватолина Е. Н.

*ГОУ ДПО НГИУВ кафедра оториноларингологии*

**Актуальность.** В оценке состояния здоровья детей важную роль играют показатели распространенности различных заболеваний.

**Цель исследования:** определить распространенность и структуру патологии ЛОР — органов у детей г. Новокузнецка.

**Пациенты и методы.** Безвыборочно обследовано 3800 детей по 6 возрастным группам: от 0 до 3 лет; с 3 до 7 лет, с 7 до 10 лет, с 10 до 13,5 лет, с 13,5 до 16 и с 16 до 18 лет. Показатели распространенности рассчитывались на 100 осмотренных детей.

**Результаты.** Анализ показал, что 72,6% детей были здоровы, а у 27,4% имелись заболевания ЛОР-органов. В структуре заболеваний первое место во всех возрастных группах занимала патология глотки. Наибольший показатель распространенности заболеваний глотки был в первой и второй возрастных группах и колебался от 20,4% до 42,23%. Хронический аденоидит выявлялся у 18,0% детей в возрасте до 3 лет и у 9,2% с 3 до 7 лет. Гипертрофии небных и носоглоточных миндалин диагностированы соответственно у 17,4% и 12,9% осмотренных. Хронический тонзиллит имел максимальное распространение в возрасте 16–18 лет (7,8%).

На втором месте в структуре заболеваний находились болезни носа и околоносовых пазух. Хронический ринит диагностирован преимущественно в возрасте старше 10 лет: аллергический у 2,3%, нейровегетативный у 1,8%, полипозный у 0,4% осмотренных детей. Показатель распространенности хронического синусита составил 2,3%, а острые риносинуситы имели диапазон от 1,3 до 10,3%.

Болезни уха имели наибольшее распространение в возрастной группе до 3 лет (8,8%) и были представлены острыми катаральными (3,1%), острыми гнойными, рецидивирующими (0,9%) и экссудативными отитами (4,1%). Экссудативные отиты имели распространение и в возрастной группе 3–7 лет (5,6%). Другие негнойные воспаления среднего уха встречались с частотой 0,3–0,6% у детей старше 10 лет.

Болезни гортани были выявлены лишь у 0,3% детей.

**Заключение.** Распространенность патологии ЛОР-органов в детском возрасте остается довольно высокой и имеет свою возрастную динамику.



## 66 СТРУКТУРА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Колмаков Д. В., Шамратов А. Ш., Слизовский Г. В., Ваизова О. Е.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** По различным данным в структуре травм детского возраста черепно-мозговая травма составляет 21–55% и занимает первое место среди всех механических травм.

**Цель исследования:** изучить структуру черепно-мозговой травмы у детей по данным ДГБ № 4 г. Томска, состояние церебральной гемодинамики и оценить эффективность лечения.

**Пациенты и методы.** Проанализировано 2774 истории болезни детей перенесших черепно-мозговую травму в период с 2003 по 2007 гг. по материалам детской городской больницы № 4. Из них количество мальчиков составило 61%, девочек — 39%. Дети были осмотрены неврологом, окулистом. Всем поступившим пациентам проводили реоэнцефалографию (РЭГ).

**Результаты.** Наиболее травмоопасными являются возрастные периоды от 0 до 3-х лет (30%) и с 10 до 15 лет (40%). 13% и 17% приходятся на возрастные периоды с 4 до 6 лет и с 7 до 9 лет соответственно. По механизму травмы: в 38% случаев дети получали травму ударом о предмет, в 30% случаях имел место факт падения с высоты, в остальных случаях причинами травм были драки, спортивные травмы, дорожно-транспортные происшествия и удары предметами. По результатам РЭГ установлено снижение пульсового кровенаполнения в каротидном и вертебробазиллярном бассейне у 72%, у 4% — повышение пульсового кровенаполнения и у 24% — нормальное пульсовое кровенаполнение. Тонус сосудов мелкого калибра в 60% случаев был повышен, в 19% случаев — снижен и в 21% — оставался в норме. Венозный отток был затруднен у 36%, а в 64% пациентов был в пределах нормы. У 83% пациентов выявлена ангиопатия сосудов сетчатки. В схемы лечения детей входили только диакарб, аспаркам, но-шпа. По результатам выборочного анкетирования детей спустя полгода после травмы у 80% отмечены периодические головные боли, ухудшение успеваемости в школе и эмоциональная лабильность. У 70% детей сохранялись нарушения церебральной гемодинамики.

**Заключение.** Наиболее травмоопасные возрастные категории детей от 0 до 3 лет и от 10 до 15 лет. Нарушения церебральной гемодинамики сохраняются до 6 мес.

67

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АСТ-ТЕСТА ДЛЯ ОЦЕНКИ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ****Коломеец И. Л., Кравец И. С.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** В новой редакции GINA 2007 были пересмотрены стандарты ведения бронхиальной астмы (БА) и предложен в практическое здравоохранение стандартизированный инструмент оценки контроля — АСТ-тест.

**Цель исследования:** Нами было проведено исследование эффективности применения АСТ-теста для оценки контроля астмы у детей в реальной клинической практике.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 60 детей в возрасте от 12 до 15 лет, имеющие диагноз БА любой степени тяжести. Всем пациентам, включенным в исследование, была проведена оценка анамнеза, медицинской документации, спирометрия, установлен уровень бронхиальной гиперреактивности в тесте с метахолином и определена степень контроля при помощи АСТ-теста. Предварительно (до проведения АСТ-тестирования) врачу было предложено оценить степень контроля болезни в каждой группе, основываясь на собственные знания и клинический опыт. Функциональные параметры, а также клинические проявления болезни у всех включенных, соответствовали степени тяжести астмы.

**Результаты.** При анализе данных, отражающих контроль болезни у детей, страдающих астмой установлено несоответствие уровня контроля астмы по мнению доктора и результатам тестирования. При этом балл АСТ-теста имел положительную связь с дозой принимаемого базисного ИКС и продолжительностью терапии ( $p = 0,0002$ ).

**Заключение.** Таким образом, применение АСТ-теста у детей позволяет объективизировать оценку степени контроля болезни в реальной клинической практике. Использование предложенного инструмента позволит участковому педиатру с высокой достоверностью определить степень контроля астмы у детей, изменить объем лечения, согласно текущему состоянию пациента, мониторировать эффективность проводимого лечения.

68

## **ИНДУКТОРЫ ИНТЕРФЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОРВИ У ДЕТЕЙ**

**Кондратьева Е. И., Шемякина Т. А., Тютеева Е. Ю., Логвиненко Ю. И.**

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

**Актуальность.** Сохраняется высокая заболеваемость ОРВИ среди детей дошкольного возраста, что ведет к снижению индекса здоровья.

**Цель исследования.** Изучение эффективности препаратов «Анаферон детский» (АФД) и «Циклоферон» (ЦФ) в качестве средств неспецифической профилактики ОРВИ и гриппа, их влияния на состояние местного иммунитета слизистых верхних дыхательных путей у детей дошкольного возраста.

**Пациенты и методы.** Обследовано 3 группы детей по 30 человек. Дети I группы получали АФД, дети II группы – ЦФ по общепринятым профилактическим схемам, дети группы сравнения получали «Ревит». Оценивалось влияние препаратов на частоту случаев ОРВИ и гриппа и выраженность их клинических проявлений, а также на состояние местного иммунитета по цитологическому исследованию мазков-отпечатков со слизистой полости носа, активности лизоцима и концентрации секреторного иммуноглобулина А (sIgA) в промывных водах носа до и после приема препаратов.

**Результаты.** Выявлена однонаправленность динамики клинических признаков относительно группы сравнения: значительное сокращение продолжительности, уменьшение степени выраженности симптомов интоксикации и катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей ( $p < 0,05$ ). АФД и ЦФ оказывали положительное влияние на состояние слизистых оболочек: выраженное цитопротективное действие на слизистую оболочку полости носа, улучшение морфофункциональных характеристик цилиндрического и плоского эпителия и повышение его адсорбционной способности, увеличение активности лизоцима ( $p < 0,01$ ) и содержания sIgA ( $p < 0,001$ ) в промывных водах носа.

**Заключение.** Таким образом, применение препаратов АФД и ЦФ является эффективным методом профилактики ОРВИ и гриппа у детей дошкольного возраста. Индекс эпидемической эффективности для АФД составил 2,06, для ЦФ – 1,64. Коэффициент эпидемической эффективности составил для АФД 52%, для ЦФ – 38%. Защитное профилактическое действие препаратов сохранялось на протяжении шести месяцев после их приема.

69

**МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ С НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ****Кондратьева Е. И., Янкина Г. Н., Лошкова Е. В., Приставка С. В.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** При целиакии страдают все виды обмена веществ. Применение элементарных или модульных смесей является перспективным в коррекции обменных нарушений.

**Цель исследования:** оценить микроэлементный состав крови у детей с целиакией.

**Пациенты и методы.** Обследовано 88 детей с целиакией: мальчиков — 44, девочек — 44 в возрасте от 9 месяцев до 19 лет. Контрольную группу составили 66 детей, сопоставимых по полу и возрасту (Н. В. Барановская, 2006). Определение количественного содержания 29 микроэлементов в сыворотке крови проводилось методом нейтронно-активационного анализа с облучением тепловыми нейтронами на базе атомного реактора НИИ ЯФ Томского политехнического университета. В крови больных целиакией определялись: эссенциальные, условно эссенциальные, токсичные элементы, малоизученные элементы (группа лантаноидов и др.).

**Результаты.** Отставание в физическом развитии в группе детей с целиакией отмечено у 63% детей, показатели ниже 5 перцентили имели 49% детей. Выявлено, разнонаправленные сдвиги микроэлементного состава крови. Низкое содержание кальция (по сравнению с нормой данного макроэлемента по А. В. Скальному ( $p = 0,0019$ ), железа, хрома ( $p = 0,0001$  в сравнении с данными А. В. Скального и, напротив, низкими по сравнению с группой контроля ( $p = 0,0001$ ), проживающей на территории г. Томска), кобальта ( $p = 0,0386$ ) по сравнению с группой контроля, что можно объяснить наличием синдрома мальабсорбции у больных с целиакией. Высокая концентрация натрия, цинка, селена ( $p = 0,0001$ ), очевидно, связана с геоэкологическими особенностями территории проживания детей.

**Заключение.** Таким образом, больные целиакией с нутритивной недостаточностью имеют разнонаправленные сдвиги микроэлементного состава крови, что следует учитывать при проведении реабилитационных мероприятий.

70

## КОМПЛЕКСНАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И ДИФFUЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

Кондратьева Е. И., Степаненко Н. П., Черепанова Н. Н., Светлик О. Б.,  
Левицкая Т. С.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Последнее десятилетие характеризуется сочетанным течением заболеваний.

**Цель исследования:** разработать комплексные методы физиобальнеотерапии для детей с ожирением и сочетанием ожирения и диффузного нетоксического зоба (ДНЗ).

**Пациенты и методы.** На первом этапе пациенты с ожирением основной группы (120 человек) были разделены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия ДНЗ (68 и 52 человека) и получали лечебный комплекс № 1 (ЛК1) (диетотерапия, ЛФК, душ Шарко, электросон, групповая психотерапия). На втором этапе разработан усовершенствованный комплекс, включавший дополнительно йодобромные ванны, индивидуальную психотерапию и велотренировки (лечебный комплекс № 2 – ЛК2), который получали дети с ожирением и ДНЗ (30 человек). Было обследовано 150 человек с ожирением в возрасте от 10 до 15 лет, средний возраст  $12,86 \pm 1,4$  лет. Контрольная группа – 30 здоровых детей.

Оценивали динамику клинических показателей (масса тела, ИМТ, ЖМТ, ТМТ, ОТ, ОБ). Оценивался липидный профиль, состояние вазоактивных систем (ККС, РАС), гормональный статус (кортизол, инсулин, лептин, Т3, Т4, ТТГ, АТ ТПО), цитокиновый профиль (IL 6, FHN  $\alpha$ ), адаптационные реакции, состояние ВНС (КИГ), физическая работоспособность (ВЭМ), психоэмоциональный статус до и после лечения. Оценка результатов лечения проводилась определением интегрального показателя здоровья (ИПЗ).

**Результаты.** На фоне ЛК1 у детей с ожирением без ДНЗ достоверно значимо улучшаются 15 клинико-лабораторных показателей (48,4%) из 31 изучаемого и 8 показателей психоэмоционального статуса (67%) из 12 изучаемых, у при сочетании с ДНЗ – 8 (25,8%) и 4 (33,3%) показателя соответственно. При применении ЛК2 для лечения детей с сочетанной патологией – 13 (41,9%) и 7 (58%) показателей соответственно. Увеличение ИПЗ при использовании ЛК1 у детей с ожирением на 21%, а при сочетании с ДНЗ на 11%. На фоне ЛК2 – на 19%.

**Заключение.** Проведение усовершенствованного лечебного комплекса усилило эффективность проводимой терапии для детей с ожирением и сопутствующим ДНЗ.



71

**ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ  
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ  
НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ****Кондратьева Е. И., Степаненко Н. П., Суханова Г. А., Светлик О. Б.,  
Романова Н. В., Черепанова Н. Н.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Нарушения в рамках синдрома инсулинрезистентности начинают формироваться задолго до их клинической манифестации, еще в детском и подростковом периоде, и требуют разработки профилактических мер и терапии.

**Цель исследования:** изучить эффективность комплекса восстановительного лечения у детей с ожирением и метаболическим синдромом

**Пациенты и методы.** Обследовано 129 пациентов с ожирением I–III степени, 10–16 лет. Все дети разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 108 детей с ожирением. Во 2-ю группу вошли 24 пациента с признаками метаболического синдрома (МС). Контрольная группа — 10 здоровых детей ( $13,8 \pm 0,1$  лет). Пациенты получали лечение, включающее диету № 5, разгрузочные дни 1 раз в неделю, физические упражнения, душ Шарко № 10, электросон № 10, ручной массаж воротниковой зоны и участков с избыточным отложением жира № 10, занятия с психологом (8–10 занятий).

**Результаты.** На фоне лечения редукция массы тела у детей 1-й группы составила  $3,01 \pm 1,99$  кг, во 2-й группе —  $2,82 \pm 1,96$  кг. Регистрировали снижение среднего уровня систолического артериального давления во 2-й группе с  $130,38 \pm 5,21$  до  $118,0 \pm 3,01$  мм рт. ст ( $p < 0,05$ ). Индекс НОМА-R во 2-й группе уменьшился после лечения с  $3,72 \pm 0,29$  до  $3,34 \pm 0,34$ . Уровень лептина достоверно не отличался в двух группах (в 1-й —  $42,00 \pm 7,13$ , во 2-й —  $66,75 \pm 7,86$  нг/мл). После лечения отмечалось снижение уровня лептина до  $36,33 \pm 3,10$  и  $57,63 \pm 5,07$  нг/мл соответственно. При ожирении выявлено увеличение активности калликреина до  $120,18 \pm 74,79$  мЕ/мл, а при МС — до  $203,43 \pm 88,68$  мЕ/мл. После лечения уровень калликреина во 2-й группе достоверно снизился, но остался повышенным ( $131,82 \pm 51,07$  мЕ/мл). Значения активности ангиотензинпревращающего фермента не имели значимых различий между исследуемыми группами (в 1-й группе —  $38,21 \pm 1,92$ , во 2-й группе —  $38,24 \pm 3,2$  мкмоль/мин×л). На фоне лечения АПФ достоверно снижался только в 1-й группе до  $32,82 \pm 2,01$ .

**Заключение.** В силу выраженных нарушений гормонально-метаболического статуса и состояния вазоактивных систем при метаболическом синдроме, требуется разработка новых комплексов восстановительного лечения.

## 72 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИСЛОРОДНЫХ КОКТЕЙЛЕЙ ПРИ НАРУШЕНИИ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Конова О. М., Дмитриенко Е. Г.

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Длительная задержка опорожнения кишечника ведет к изменениям кишечной микрофлоры, нарушению переваривания и всасывания, нарастанию интоксикации, оказывает сильное психологическое влияние на самого ребенка и на его семью.

**Цель исследования:** обоснование эффективности энтеральной оксигенотерапии (ЭО) при запорах у детей.

**Пациенты и методы.** ЭО включалась в комплексное лечение запоров у 20 детей от 4 до 14 лет. 10 детей составили контрольную группу.

**Результаты.** У пациентов, получавших ЭО, в более ранние сроки купировались явления хронической интоксикации. Нормализация частоты и характера стула к концу курса лечения отмечалась у 35,0% детей основной группы, 30,0% – контрольной. Наиболее быстрая динамика выявлена при психогенной природе запоров, что коррелировало со снижением уровней ситуативной и личностной тревожности (оценка по шкале Спилберга-Ханина): в основной группе с  $51,9 \pm 2,3$  до  $35,7 \pm 3,6$  баллов и с  $56,8 \pm 1,4$  до  $39,3 \pm 0,9$  баллов ( $p < 0,05$ ); в контрольной с  $52,1 \pm 2,2$  до  $41,8 \pm 5,8$  баллов и с  $54,5 \pm 3,1$  до  $46,4 \pm 1,6$  баллов.

Благоприятная динамика концентрации лактата крови свидетельствовала об уменьшении степени выраженности нарушений КЩС: показатель снизился у детей основной группы с  $2,09 \pm 0,01$  ммоль/л до  $1,23 \pm 0,03$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), в контрольной группе динамика была менее выражена. При катамнестическом наблюдении в течение 6 мес было выявлено, что самостоятельная дефекация у детей основной группы отмечалась с частотой 1 раз в  $4,1 \pm 0,31$  дня до начала лечения и 1 раз в  $2,3 \pm 0,41$  дня после лечения ( $p < 0,05$ ), контрольной – 1 раз в  $4,2 \pm 0,24$  дня и 1 раз в  $3,0 \pm 0,21$  дня ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Применение ЭО позволяет повысить эффективность лечения хронических запоров, понизить медикаментозную нагрузку.

## 73 К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМУ ДИАГНОЗУ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С АУТОИММУННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Котович М. М., Камзычакоа А. И., Карнаухова Н. А., Поволоцкая Л. М.

*Новокузнецкий институт усовершенствования врачей*

**Актуальность.** Необходимость дифференциальной диагностики хронических гепатитов (ХГ) вирусной этиологии с аутоиммунными нарушениями и аутоиммунного гепатита (АИГ) обусловлена правильностью выбора инициальной терапии

**Цель исследования:** установить различия в клинической картине и в гистологических данных между пациентами с АИГ и ХГ.

**Пациенты и методы.** За последние 15 лет у 51 ребенка с АИГ маркеры HBV и HCV инфекции выявлены у 4-х (7, 8%) и 3-х (5, 9%) детей, соответственно; среди 125 детей с ХГВ и 93-х с ХГС — у 29 (23, 2%) и 11 (13,7%) соответственно.

**Результаты.** При ХГВ — тяжелое общее состояние ( $n = 7$ ), яркие внепеченочные проявления ( $n = 15$ ), желтуха ( $n = 13$ ); выраженное снижение показателей протромбинового комплекса ( $n = 11$ ), гипергаммаглобулинемия ( $n = 21$ ), активность АЛТ 10 и более норм ( $n = 16$ ); ДНК HBV выявлена у 21 больного, низкой степени концентрации; индекс гистологической активности (ИГА) 13 и более баллов у 15, от 9 до 13 баллов — у 14 детей; фиброз 2 — у 16, 3 — у 10 и цирроз печени у 3 х больных, соответственно. Антиядерные аутоантитела (АНА) исследованы у 24-х детей; в титре 1: 320, 1: 160, 1: 80 выявлены у 1, 12 и 11 больных, соответственно. У детей с ХГС — внепеченочные проявления ( $n = 9$ ), желтуха ( $n = 2$ ), активность АЛТ от 5 до 10 норм ( $n = 9$ ), снижение показателей протромбинового комплекса ( $n = 6$ ), РНК HCV выявлена у 9 детей; ИГА был выше 13 б. у 6, у остальных — от 9 до 12 б., фиброз 3 — у 9 детей; АНА в титре 1: 160 и 1: 80 обнаружены у 3-х и 8 детей, соответственно. Проведение противовирусной терапии (интерферон — альфа) после курса преднизолона у 8 детей с ХГВ и 4-х с ХГС привело к появлению признаков печеночной недостаточности. В то же время у 2-х пациентов с АИГ и наличием вирусных маркеров ответ на иммуносупрессивную терапию был неполным.

**Заключение.** Тяжесть клинической симптоматики и высокий балл гистологической активности при ХГ вирусной этиологии является поводом для исследования аутоантител и изменении тактики выбора инициального лечения. Ответ на иммуносупрессивную терапию является основой дифференциального диагноза вирус-индуцированного АИГ.

## 74 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И МОРФОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Котович М. М., Карнаухова Н. А.

*Новокузнецкий институт усовершенствования врачей*

**Актуальность.** Вопросы противовирусной терапии хронического гепатита у детей раннего возраста изучены недостаточно.

**Цель исследования:** изучить клинико – морфологические показатели у детей, инфицированных вирусом гепатита С (ВГС) в возрасте до 3 лет и оценить результаты противовирусной терапии в зависимости от пути инфицирования.

**Пациенты и методы.** За период с 2003 по 2008 г. наблюдались 19 детей с ХГС в возрасте от 2 мес до 3 лет, перинатальная инфекция установлена у 9 из них. У всех выявлена РНК вируса гепатита С, отсутствовали текущие инфекции при проведении TORCH – скрининга и другие врожденные заболевания. Биопсия печени проведена у 7 и 10 детей в исследуемых группах, соответственно.

**Результаты.** У детей с перинатальной инфекцией фиброз (F) оказался более выраженным, так F1 и F2 был выявлен у 4 и 3 больных, соответственно, а при ином пути инфицирования у 2-х детей фиброз отсутствовал, а F1 и F2 отмечен у 6 и 2 пациентов, соответственно. Противовирусная терапия назначалась по общепринятым показаниям. Роферон А в дозе 3 млн/м<sup>2</sup> три раза в неделю получали 14 детей (3 – с перинатальной инфекцией), самый ранний возраст начала лечения – 10 мес. жизни, минимальный срок лечения 24 нед. Урсосан назначался в дозе 10–15 мг/кг в сутки. Срок наблюдения после лечения – не менее 12 мес. Нормализация уровня АЛТ отмечена у всех пациентов. Длительная ремиссия – у 5 (45,5%), отсутствие вирусологической ремиссии – у 3-х детей с перинатальной инфекцией (генотип 3 а).

**Заключение.** Проблема инфекции ВГС у детей раннего возраста, особенно перинатальной, нуждается в дальнейшем изучении. Малое количество наблюдений не позволяет сделать выводы о показаниях к проведению лечения, режиму дозирования, оценке результатов. Достижение ремиссии у 45,5% больных, отсутствие выраженных побочных эффектов, экономия в выборе дозы и минимум болевых ощущений позволяет считать назначение Роферона А (ручку) в сочетании с Урсосаном целесообразным в лечении ХГС у детей раннего возраста.



## 75 РОЛЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ТРАНЗИТОРНОЙ ГИПЕРТИРЕОТРОПИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кравец Е. Б., Давыдова Т. В., Олейник О. А., Саприна Т. В.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Внутриутробная цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) относится к числу наиболее хорошо изученных и встречается от 0,25% до 2,4% новорожденных от серопозитивных матерей. Большинство детей с верифицированной ЦМВИ страдают ее поздними проявлениями, в том числе потерей слуха, слепотой и задержкой психомоторного развития.

**Цель исследования:** оценить роль ЦМВИ в формировании гипертиреотропинемии у новорожденных.

**Пациенты и методы.** Из 336 обследованных новорожденных детей у 19 был верифицирован диагноз ЦМВИ с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразной цепной реакции (ПЦР). Функциональное состояние щитовидной железы (ЩЖ) оценивали путем определения базальных концентраций тиреотропного гормона (ТТГ), свободного трийодтиронина (Т3), фракции тироксина (Т4) методом ИФА.

**Результаты.** Клинически у пациентов с ЦМВИ достоверно чаще отмечались затяжные конъюгационные желтухи с более ранним началом и волнообразным течением, склонность к запорам, сниженный аппетит, недостаточная прибавка в массе тела, мышечная гипотония. Уровень ТТГ в вышеуказанной группе составил  $11,71 \pm 0,38$  мМЕ/л, что достоверно превышало данный показатель в группе сравнения —  $2,87 \pm 0,09$  мМЕ/л. При этом изменение уровня свободного Т3 при ЦМВИ имело прямую корреляционную зависимость от изменений уровня АСАТ. У детей с гипертиреотропинемией на фоне ЦМВИ чаще наблюдался синдром двусторонней пирамидной недостаточности (17%), гипертензивный (15%), миотонический (11%) синдромы и синдром угнетения (9%). В оценке нервно-психического развития детей с ЦМВИ к концу 1 года жизни отмечались задержка развития тонкой моторики, формирования активной речи в среднем на 1–2 эпикризных срока, понимания речи — на 1 эпикризный срок. Коррекция гипертиреотропинемии проводилась назначением L-тироксина в дозировке 2–4 мкг/кг/сут до нормализации показателей тиреостата.

**Заключение.** Детей, рожденных от матерей с острой или обострением ЦМВИ необходимо выделять в группу риска по развитию транзиторной неонатальной гипертиреотропинемии для проведения лечебно-профилактических мероприятий.

## 76 ПОКАЗАТЕЛИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Кравец Е. Б., Энерт А. В., Самойлова Ю. Г.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Одним из грозных осложнений сахарного диабета 1 типа (СД1) является диабетическая нефропатия (ДН). В последнее время большее внимание уделяется показателю скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в оценке функции почек при СД1.

**Цель исследования:** оценить СКФ у детей и подростков с СД1 в зависимости от длительности заболевания и выраженности ДН.

**Пациенты и методы.** Расчет СКФ проведен у 83 пациентов с СД1 в возрасте от 2 до 17 лет, с длительностью болезни от 1 до 15 лет. В зависимости от длительности заболевания пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – больные с длительностью заболевания от 1 до 5 лет (42 человека), 2-я – от 5 до 10 лет (26 человек) и 3-я – более 10 лет (15 человек). Расчет проводился по формуле Саундхан-Варрат, адаптированной для детского возраста:  $СКФ (мл/мин/1,73 м^2) = 3,8 \times \text{рост (м)}/\text{креатинин сыворотки}$ . По данным NKF K/DOK 1, 2002 нормальный уровень СКФ у детей 2–12 лет составляет  $133 \pm 27$ , 13–18 лет –  $140 \pm 3$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Данные представлены как  $M \pm SD$ . Достоверные различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** СКФ у детей с длительностью СД1 от 1 до 5 лет составила  $107,6 \pm 29,33$ , от 5 до 10 лет –  $89,1 \pm 20,8$  и более 10 лет –  $94,5 \pm 15,05$ . Отмечено достоверное снижение СКФ с увеличением длительности СД более 5 лет ( $p = 0,02$ ). Средний уровень креатинина достоверно различался между 1-й и 2-й группами ( $59,3 \pm 14,64$ ,  $71,9 \pm 16,06$ ,  $p = 0,02$ ). При анализе СКФ в зависимости от выраженности ДН выявлено снижение данного показателя. На стадии нормоальбуминурии (НАУ) СКФ составила  $103,7 \pm 27,97$ , микроальбуминурии (МАУ) –  $99,3 \pm 24,77$ , протеинурии (ПУ) –  $80,2 \pm 6,77$ . Достоверные межгрупповые различия отмечены между НАУ и ПУ ( $p = 0,01$ ), МАУ и ПУ ( $p < 0,025$ ). Отмечен достоверный рост уровня креатинина с прогрессированием ДН (НАУ-  $60,7 \pm 14,36$ , МАУ –  $65,5 \pm 15,49$ , ПУ  $\pm 77,5 \pm 9,45$  ммоль/л).

**Заключение.** СКФ, кроме МАУ, является дополнительным показателем в оценке функции почек у пациентов с СД1. Согласно нормативным данным NKF K/DOK 1, в исследуемых группах отмечено снижение СКФ уже при нормоальбуминурии, что можно расценивать как более ранний признак диабетической нефропатии, чем микроальбуминурия.

77

**ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ РАННИХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ****Кравец Е. Б., Матюшева Н. Б., Саприна Т. В.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Неуклонный рост ожирения у детей и подростков требует ранней диагностики и дифференцированного терапевтического подхода к лечению.

**Цель исследования.** Оценка перорального (ПГТТ) и внутривенного глюкозотолерантного тестов (ВВГТТ) в диагностике ранних нарушений углеводного обмена.

**Пациенты и методы.** В исследование было включено 42 человека с ожирением ( $15,2 \pm 1,8$  лет), группу контроля составили 10 практически здоровых детей.

**Результаты.** По результатам ПГТТ у 5 человек выставлен диагноз — нарушение гликемии натощак, 1 человек — нарушение толерантности к углеводам. В результате проведения ВВГТТ выделяют пациентов с умеренными нарушениями углеводного обмена (соответствует СД2), и сильными нарушениями углеводного обмена (соответствует СД1). ВВГТТ у 8 человек выявил умеренные нарушения углеводного обмена: снижение коэффициента скорости продукции глюкозы печенью по сравнению с группой пациентов с ожирением, но без нарушений углеводного обмена. Более выражено снижение коэффициента скорости утилизации глюкозы периферическими тканями в сравнении с группой контроля и группой с ожирением, но без нарушений углеводного обмена. Коэффициент скорости продукции глюкозы печенью у больных с жировым гепатозом ( $3,3 \pm 1,7$ ) не отличался у пациентов без данного осложнения ( $3,4 \pm 1,9$ ), но был выше, чем у контрольной группы ( $2,3 \pm 1,3$ ). Коэффициент скорости элиминации глюкозы периферическими тканями у пациентов с ожирением ( $2,7 \pm 1,1$ ) и здоровой группы ( $2,7 \pm 1,1$ ) равны. У здоровых подростков отмечается снижение глюкозы до субпрандиальных цифр, что является нормой. У детей с ожирением более медленное снижение глюкозы и выше показатели гликемии на 120 минуте. При сравнении кинетики глюкозы во время ВГТТ при различной степени ожирения отмечается меньший подъем уровня глюкозы на 3 и 5 минутах, при 4 степени ожирения — плоская кривая, уменьшение скорости снижения глюкозы и выше постпрандиальный уровень глюкозы.

**Заключение.** ВВГТТ и на ранних стадиях верифицирует нарушения углеводного обмена у детей с ожирением, что определяет терапевтические подходы к их коррекции.

78

## **ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ДЛЯ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Красильникова Е. А., Сморгон А. В., Сизов Е. Е., Камалтынова Е. М.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Основным условием эффективной профилактики развития хронических заболеваний, осложнений и инвалидизации является регулярное наблюдение за состоянием ребенка. В настоящее время существует проблема своевременного оказания специализированной медицинской помощи больным детям, находящимся в отдаленных населенных пунктах таких областей, как Томская. Одним из решений данной проблемы является систематическое наблюдение за состоянием здоровья детского населения с использованием компьютерных медицинских информационных систем.

**Цель исследования:** разработать медицинскую информационную систему (МИС) обеспечения процесса мониторинга течения болезни для врачей-педиатров в лечебно-профилактических учреждениях практического здравоохранения.

**Пациенты и методы.** Система спроектирована с использованием стандартов моделирования UML (Unified Modeling Language – унифицированный язык моделирования), IDEF (ICAM DEFinition – Integrated Computer Aided Manufacturing Definition) и реализована с помощью структурного программирования, клиент-серверных технологий, SQL (Structured Query Language – язык структурированных запросов).

**Результаты.** Работа системы ASSPED организована на двух уровнях: областном и местном. Данная система базируется на классических клиент-серверных технологиях. На центральном сервере размещается база данных показателей тяжести течения болезни у детей Томской области. Доступ к базе данных происходит через интерфейс клиентского программного приложения врача-педиатра в режиме реального времени. Система ASSPED позволяет одновременно обслуживать несколько клиентских приложений, одновременно управляя хранилищем данных и возвращая запрошенную информацию запросившему ее локальному приложению.

**Заключение.** На основе структурно-функционального моделирования и анализа информационных потоков реализовано клиентское приложение врача-педиатра системы ASSPED, с целью оперативного сбора и хранения медицинской информации на этапе оказания госпитальной помощи.



79

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ****Кривоногова Т. С., Уварова М. А., Соловьева С. А., Михайловна Ф. В.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** В течение последних лет проводятся исследования по применению Кудесана в различных областях медицины, в том числе в педиатрии.

**Цель исследования:** изучение эффективности кудесана у детей с задержкой речевого развития.

**Пациенты и методы.** В исследование включено 92 ребенка с проявлениями отдаленных последствий перинатального поражения ЦНС ишемически-травматического генеза в возрасте от 3 до 5 лет с задержкой речевого развития. Препарат назначался внутрь по 1 таблетке (7,5 мг Q10) один раз в день в первую половину дня в течение 2 месяцев в комплексе с базисной терапией. Контрольную группу составили 40 детей, получавшие комплекс лечения без кудесана. Эффективность Кудесана оценивалась по содержанию малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови и определению антиоксидантной активности (АОА) и показателях динамики логопедической карты.

**Результаты.** Результаты клинико-функциональных и биохимических исследований показали, что при включении в терапию Кудесана клиническое улучшение у детей наступало в течение первого полугодия (3–6 мес). Анализ исследования перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности крови показал, что у детей, получавших Кудесан, отмечалось достоверное снижение уровня МДА по сравнению с группой детей не получавших этот препарат ( $p < 0,001$ ). Показатели антиоксидантной активности (витамин Е) имели тенденцию к повышению на фоне кудесана ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Использование Кудесана в комплексной реабилитации детей с задержкой речевого развития обеспечивает нормализацию уровня ферментных антиоксидантов в результате энергетической недостаточности и улучшение показателей речевой диагностики.

80

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНЕРГОТРОПНОГО ПРЕПАРАТА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кривоногова Т. С., Соловьева С. А., Михайлова Ф. В., Уварова М. А.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Современные подходы к лечению патологии центральной нервной системы характеризуются активным использованием препаратов, обладающих сосудистым, ноотропным и метаболическим действием. Среди них следует выделить препарат кудесан, обладающий энерготропным действием.

**Цель исследования:** верифицирование клинических синдромов и оценка эффективности применения кудесана.

**Пациенты и методы.** Обследовано 147 детей с проявлениями последствий перинатального поражения ЦНС ишемически-травматического генеза в возрасте от 4 до 11 лет с жалобами на слабость, нарушение сна, быструю утомляемость, снижение памяти и обучаемости. Всем детям проведены клиничко-неврологическое, электроэнцефалографическое (ЭЭГ), реоэнцефалографическое (РЭГ) исследования.

**Результаты.** Клиничко-неврологическое обследование детей выявило наличие церебрастенического синдрома у 104 детей (70,7%), хронической вертебрально-базилярной недостаточности — у 98 (66,7%), синдрома вегетативных дисфункций — у 63 (42,8%), нарушение зрения (без органических изменений) — у 46 (31,3%) детей.

Результаты ЭЭГ-обследования показали наличие низковольтной биоэлектрической активности коры головного мозга как на фоне, так и при проведении функциональных нагрузок в 77% случаев, угнетение основных биоритмов в условиях гиперкапнии у 33,4% детей.

Анализ РЭГ-исследований выявил скрытую сосудистую неполноценность при ротации головы в виде экстравазальных компрессионных воздействий с ограничением кровотока в позвоночных артериях (67,3%) и ангиоспастическое уменьшение пульсового кровенаполнения (46,9%). Признаки вертебрально-базилярной ишемии сочетаются с признаками сосудистой неполноценности в бассейне сонных каротид выявлены у 63 (42,9%) детей.

**Заключение.** Опыт использования Кудесана при церебрастеническом синдроме позволяет выделить клиничко-нейрофизиологические показатели, являющиеся основным фактором, определяющим ограничение компенсаторно-приспособительных возможностей детей к повседневным психическим и физическим нагрузкам.

## 81 ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗА ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кривцова Л. А., Бельский В. В.

*Омская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** ЭЭГ — доступный метод оценки степени нейрофизиологической зрелости головного мозга, функционального состояния пораженных участков коры головного мозга.

**Цель исследования:** изучить информативность методики ЭЭГ-мониторирования в сопоставлении с клиническими проявлениями, динамическими результатами нейросонографии (НСГ).

**Пациенты и методы.** Проведен анализ историй болезней 39 доношенных новорожденных (24 мальчика, 15 девочек), поступивших на второй этап выхаживания с клиникой гипоксически-ишемических поражений головного мозга.

**Результаты.** Лишь у 8 доношенных детей отмечалась нормальная структура ЭЭГ. Нейрофизиологическая незрелость обнаружена у 9 детей, легкие диффузные изменения — у 3-х, умеренные изменения — у 8, снижение порога судорожной активности — у 9, грубая мозговая дисфункция — у 3 пациентов. Судороги с тяжелым течением, выявленные у 3 детей, сочетались с грубой мозговой дисфункцией. Эквиваленты судорог фиксировались у 15 новорожденных (в тяжелом и среднетяжелом состоянии) и у 3 детей в тяжелом состоянии реализовывались истинные судороги (тонические — 2, тонико-клонические — 1), что подтверждалось и при ЭЭГ;

У 4 детей с изначально тяжелым состоянием определялся II тип структуры ЭЭГ; у двоих — III тип и трое имели IV тип. Дети в удовлетворительном и среднетяжелом состоянии — I/II тип ЭЭГ. Пятый тип ЭЭГ не регистрировался в обеих подгруппах;

По ЭЭГ лишь у 8 доношенных была нормальная структура ЭЭГ (по НСГ — отек ПВТ); нейрофизиологическая незрелость, умеренные диффузные изменения, снижение порога судорожной активности по ЭЭГ (отек ПВТ, диффузный отек тканей мозга — НСГ), что соответствовало I/II типу ЭЭГ. Умеренные изменения, снижение порога судорожной активности и грубая мозговая дисфункция — III/IV тип ЭЭГ (отек ПВТ, кисты сосудистого сплетения и паренхимы — НСГ);

**Заключение.** Изначальное выявление I/II типа ЭЭГ дает более благоприятный прогноз на выздоровление и реабилитацию доношенного ребенка, чем изначально выявленный III/IV тип ЭЭГ.

82

## ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кривцова Л. А., Долгих Т. И., Соколова Т. Ф., Белкова Т. Н.,  
Белослюдцева Л. Н., Кмито Н. Л., Нестеренко Э. В., Шмелев М. В.

*Омская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** В настоящее время отмечают значительную роль цитокинов в развитии инфекционного процесса у новорожденных, а также их информативности для прогноза

**Цель исследования:** изучить особенности иммунологического и цитокинового профиля у новорожденных с клиникой внутриутробной инфекции (ВУИ).

**Пациенты и методы.** Проводилось определение субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови методом проточной цитометрии на проточном цитофлюориметре «Cytomics FC 500» и цитокинов на проточном лазерном иммуноанализаторе «BIO-PLEX 200» у новорожденных первой недели жизни с диагнозом ВУИ (n = 17) и без признаков ВУИ (n = 23).

**Результаты.** В сравниваемых группах не было выявлено достоверных различий в субпопуляциях лимфоцитов периферической крови. В то же время, выявлено повышенное содержание Т-NK (CD3+16+/56+) в крови недоношенных новорожденных с ВУИ по сравнению с доношенными с ВУИ (p < 0,05), что свидетельствует о более высокой активности киллерных клеток. У недоношенных с ВУИ выявлено статистически значимое (p < 0,05) повышение уровня CD3+95+ клеток, находящихся в состоянии апоптоза. Высокий уровень «запрещенных» В-лимфоцитов (CD5+19+) (p < 0,05) у недоношенных, на наш взгляд, отражает незрелость иммунной системы, что определяет необходимость дальнейшего мониторинга с учетом риска развития аутоиммунной патологии.

Сравнение провоспалительных (IL 1 $\beta$ , IL 2, TNF  $\alpha$ ) и противовоспалительных (IL 4, IL 10) цитокинов, хемокинов (IL 8) между группами выявило достоверно высокие уровни IL 4, IL 10 (p < 0,05) у доношенных новорожденных 1-й группы и доношенных 2-й группы, что характеризует защитную реакцию иммунной системы новорожденного против «бурного» развития иммунного ответа в условиях инфекционной патологии.

**Заключение.** Выявленные изменения иммунного статуса зависят от гестационного возраста, инфекционной нагрузки и напряженности иммунитета новорожденных.

**ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЛИТЕЛЬНОЙ  
ВИТАМИНИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ****Кузнецова М. А., Сигарева А. Е.***Саратовский медицинский университет*

**Актуальность.** По данной Громовой О. А. (2007), до 80% женщин в период беременности получают разные по длительности курсы витаминно-минеральных комплексов (ВМК). Не умаляя очевидных достоинств этих препаратов, следует иметь в виду, что многие из них являются активными фармсредствами, способные вмешиваться в естественные процессы раннего онтогенеза. Спрогнозировать, а тем более отследить последствия длительного, никем не контролируемого потребления ВМК сложно.

**Цель исследования:** оценить результат длительной витаминизации беременных

**Пациенты и методы.** Исследование включало клиническое обследование 30 детей в возрасте от 2,5 месяцев до 1 года, анкетирование и опрос матерей.

**Результаты.** Установлено, что нередко ВМК назначаются акушерами-гинекологами без учета социального и соматического статуса женщин, т. к. все опрошенные имели хороший материальный достаток, полноценное питание, нормальные или высокие показатели индекса Кетле (83,5%), находились в благоприятном репродуктивном возрасте (90%). Основным аргументом в пользу назначения ВМК было осложненное течение беременности (92,6%). Минимальный курс витаминизации составил 23 нед (некоторые беременные самостоятельно прекратили прием препаратов из-за тошноты и рвоты), максимальный — 54 нед (многие женщины продолжали непрерывно принимать ВМК и после родов). Последствиями продолжительной витаминизации матерей со стороны детей на первом году жизни явились: макросомия при рождении (26%), высокие ежемесячные прибавки в массе тела (52%), маленькие размеры большого родничка при рождении (50%) и его преждевременное закрытие (29,6%), раннее (в 3,5–4 месяца) прорезывание молочных зубов (41,5%), ранняя (в первые 3 месяца) манифестация атопического дерматита и, в связи с этим, необоснованный перевод с грудного молока на гипоаллергенные смеси (29,5%), приобретенный гипертонический синдром (7,4%), бронхиальная обструкция (7,4%).

**Заключение.** Таким образом, все выявленные изменения в состоянии здоровья детей следует расценивать как ятрогенные последствия длительной витаминизации беременных и кормящих женщин.

## 84 АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАШЛЯ

Кузнецова М. А., Сигарева А. Е.

*Саратовский медицинский университет*

**Актуальность.** В структуре причин обращения за медицинской помощью кашель занимает второе место после лихорадки. В 10% случаев пациенты вынуждены обращаться к врачу по поводу длительного кашля. В подобном случае курсы мукорегуляторной терапии составляют многие недели. Использование аллопатических препаратов сопряжено с серьезными побочными эффектами, наиболее частыми из которых являются мукостаз, бронхообструктивный синдром, аллергия, что побуждает к поиску альтернативных методов лечения.

**Цель исследования:** изучить эффективность гомеопатического средства от кашля «Стодаль» французской фирмы Буарон.

**Пациенты и методы.** Обследовано 30 детей в возрасте от 6 мес до 7 лет, поступивших на лечение в стационар по поводу острого ( $n = 14$ ), затяжного ( $n = 14$ ) и хронического кашля ( $n = 2$ ). 13% обследованных имели сопутствующую аллергическую патологию — атопический дерматит и бронхиальную астму. «Стодаль» назначался в качестве монотерапии. Его эффективность оценивалась по 5-балльной шкале для дневного и ночного кашля.

**Результаты.** Самая высокая эффективность была установлена в случае лечения острого кашля, так как сокращался период перехода сухого навязчивого кашля во влажный, уменьшалась длительность ночного кашля в среднем на 2 дня по сравнению с традиционными средствами. Одновременно исчезали чувство першения в горле, снижение толерантности к обычной физической нагрузке из-за кашля, улучшались эмоциональный фон и аппетит, дневной и ночной сон. Максимальная эффективность отмечена на 3–5-е сутки от начала лечения. В случае лечения затяжного и хронического кашля эффективность препарата «Стодаль» была сопоставима с обычными средствами. Ни в одном случае не зарегистрировано побочных эффектов. 81% матерей оценили эффективность «Стодаль» как отличную и хорошую. Установлена высокая комплаентность (100%) в лечении.

**Заключение.** Таким образом, гомеопатический препарат «Стодаль» является эффективным и высоко безопасным средством лечения кашля.

85

**ВЛИЯНИЕ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ НА АКТИВНОСТЬ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ДЕГИДРОГЕНАЗ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА****Кузнецова Л. В., Курбатова О. В., Климова С. В., Цимбалова Е. Г., Петричук С. В.***Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Новая, «биологическая», стратегия лечения ВЗК основана на блокаде провоспалительных цитокинов, играющих ведущую роль в патогенезе кишечного воспаления. В настоящее время в клиническую практику вошел препарат инфликсимаб (Ремикейд), представляющий собой химерные моноклональные мышиные антитела к ФНО  $\alpha$ , соединенные с человеческим иммуноглобулином G1.

**Цель исследования:** определить влияние инфликсимаба на активность митохондриальных дегидрогеназ лимфоцитов.

**Пациенты и методы.** Было обследовано 33 ребенка с ВЗК. Пациентам проводили определение активности митохондриальных дегидрогеназ лимфоцитов сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и НАДН-дегидрогеназы (НАДН-Д) перед инфузией препарата и на следующие сутки после. Активность определяли методом количественного цитохимического анализа с использованием световой микроскопии, цитоморфоденситометрии и проточной цитометрии. Клинические группы представлены пациентами с отсутствием эффекта (15%), с умеренным (20%) и хорошим (65%) клиническим эффектом. Количество проведенных инфузий инфликсимаба колебалось от 4 до 19 раз.

**Результаты.** Антицитокиновая терапия у детей с ВЗК сопровождается изменениями активности митохондриальных дегидрогеназ, зависящими от исходного уровня активности и длительности проводимой терапии. Наилучший клинический эффект от терапии наблюдали у пациентов с исходно более высокими значениями активности внутриклеточных дегидрогеназ. Анализ динамики активности ферментов показал, что у детей с хорошим клиническим эффектом активность СДГ в процессе лечения увеличивается на 28%, активность НАДН-Д снижается на 35%. При отсутствии эффекта антицитокиновой терапии стабильной динамики активности ферментов не наблюдали.

**Заключение.** Таким образом, выявлено, что активность митохондриальных дегидрогеназ лимфоцитов периферической крови у детей с ВЗК меняется в процессе проведения антицитокиновой терапии. Определение активности СДГ и НАДН-Д на начальных этапах лечения позволяет прогнозировать реакцию организма на введение инфликсимаба и рекомендовать проведение метаболической терапии с целью коррекции энергообмена клеток.

## 86 К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кулибина О. В., Синкина И. А.

*Ярославская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** В энергетическом обмене недоношенных новорожденных детей важную роль играют липиды.

**Цель исследования:** оценить динамику содержания в крови общего холестерина и  $\beta$ -липопротеинов у недоношенных детей в процессе ранней постнатальной адаптации.

**Пациенты и методы.** Обследовано 69 недоношенных детей с гестационным возрастом 30–36 нед и массой при рождении 1500–2500 г. В исследование были включены дети с относительно благоприятным течением неонатального периода и отсутствием тяжелой сопутствующей патологии. Из этого числа 35 недоношенных детей вскармливались материнским молоком (1-я группа), а 34 ребенка — современными адаптированными искусственными молочными смесями (2-я группа). Биохимические исследования венозной крови проводились в возрасте 7 и 15 дней.

**Результаты.** В возрасте 7 дней существенного различия содержания в крови общего холестерина и  $\beta$ -липопротеинов не выявлено. В возрасте 15 дней отмечены более высокие цифры исследованных биохимических параметров у новорожденных детей 1-й группы, что указывает на их зависимость от вида вскармливания. Причиной такого различия является наличие холестерина в грудном молоке и отсутствие его в искусственных смесях, поэтому потребность в холестерине и других липидах при искусственном вскармливании может восполняться лишь за счет синтеза в организме ребенка или использования их запасов. Однако, у недоношенных детей подкожно-жировая клетчатка выражена недостаточно или практически отсутствует, поэтому она как основное депо жира в периоде новорожденности не может обеспечить им организм ребенка в необходимом количестве.

**Заключение.** Незрелость печени и других тканей, растущая потребность и недостаточные ресурсы организма недоношенного новорожденного ребенка при отсутствии поступления экзогенного холестерина приводят при искусственном вскармливании к дефициту обсуждаемых липидов. Учитывая их многогранную роль, возрастание содержания в крови холестерина при грудном вскармливании в большей степени отвечает потребностям быстро растущего организма преждевременно родившегося ребенка.



87

**СПЕКТР ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ  
ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ****Курьянинова В. А., Садовая А. С., Климов Л. Я.***Детская городская клиническая больница им. Г. К. Филиппского, Ставрополь*

**Актуальность.** В связи с увеличением частоты заболеваний, вызванных резистентными штаммами микроорганизмов, большую актуальность приобретает разработка методов эффективной этиотропной антибактериальной терапии инфекции мочевых путей у детей.

**Цель исследования:** анализ этиологии и чувствительности к антибактериальным препаратам возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы у детей.

**Пациенты и методы.** 257 детей в возрасте от 1 мес до 18 лет с острым пиелонефритом, хроническим пиелонефритом и инфекцией мочевыводящих путей.

**Результаты.** При анализе результатов посева мочи на стерильность выявлено, что бактериурия 105 КОЕ/мл диагностирована у 87 (33,8%) больных. Сроки посева мочи на стерильность у детей с бактериурией и без нее составили соответственно ( $X \pm m$ ):  $1,6 \pm 0,2$  и  $3,0 \pm 0,2$  сут ( $p < 0,001$ ). Очевидно, что информативность бактериологического исследования мочи снижается по мере увеличения пребывания ребенка в стационаре, тем более, что с первых часов больные получают эмпирическую антибактериальную терапию.

Этиология представлена следующим спектром возбудителей: *Enterobacteriaceae spp.* — в 81,6%, *Enterococcus* — в 2,3%, *Str. faecalis* — в 2,3%, *S. aureus* — в 1,1% случаев. У 10 больных выявлены микробные ассоциации.

Патогенная урофлора чувствительна к фторхинолонам II поколения в 83,9%, к цефалоспорином II поколения — в 64,2%, цефалоспорином III поколения — в 24,7% случаях. Чувствительность к полусинтетическим пенициллинам, в т. ч. ингибиторзащищенным, заметно ниже. В частности, к амоксициллину она выявлена лишь у 13,6%, к ампициллину — у 11,1%, а к амоксициллину/клавуланату — у 16,0% больных. К нитроксолину чувствительны 3,7%, а к фуразолидону — лишь 2,4% штаммов.

**Заключение.** Наивысшая чувствительность патогенной урофлоры диагностируется к тем антибактериальным препаратам, применение которых в амбулаторной педиатрической практике ограничено наличием противопоказаний или трудностями использования. Повсеместное использование современных антибактериальных препаратов на догоспитальном этапе лечения способствует формированию резистентных штаммов патогенной микрофлоры.

88

## **ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД И РЕЗУЛЬТАТЫ**

**Кучеров Ю. И., Хаматханова Е. М., Демидов В. Н., Фролова О. Г.,  
Подуровская Ю. Л., Дорофеева Е. И., Машинец Н. В., Жиркова Ю. В.**

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика  
В. И. Кулакова, Москва*

**Актуальность.** Высокая летальность при врожденных пороках развития (ВПР) диктует необходимость поиска новых путей к решению проблемы.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения новорожденных детей с пороками развития.

**Пациенты и методы.** Проведен ретро- и проспективный анализ результатов лечения 360 детей, находившихся на лечении в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных в период с 2003 по 2008 гг.

На первый план выходили пороки мочевыделительной системы — 28,6% (n = 103), желудочно-кишечного тракта — 18,33% (n = 66), передней брюшной стенки — 15,8% (n = 57). Доля пациентов с врожденными объемными образованиями составила 13,6% (n = 49), с пороками органов грудной полости — 10,6%. Остальные новорожденные были с пороками центральной нервной системы — 2,5% (n = 9), челюстно-лицевой области — 2,0% (n = 7) и прочими состояниями — 8,6% (n = 31).

Средний возраст беременных составил  $27,6 \pm 5,5$  лет (от 16 до 44 лет). Из них 33,9% (n = 122) женщин — до 24 лет.

Аntenatalно различные пороки были обнаружены в 92,8% (n = 334) случаев на  $28,2 \pm 6,1$  (от 12 до 39) неделе гестации.

Масса тела новорожденных колебалась от 816 до 4718 г и составила  $3176,6 \pm 704,9$  г. Средняя оценка по шкале Апгар у новорожденных составила  $6,6 \pm 1,8$  (0–9) баллов на первой минуте и  $8,0 \pm 1,4$  (0–9) балла на 5-й минуте.

**Результаты.** Важной частью комплексного подхода к улучшению результатов лечения врожденных пороков явилась работа консилиума врачей, в результате которой решались вопросы точной антенатальной диагностики порока, необходимого дополнительного обследования, тактики ведения беременных, способов и сроков родоразрешения. Благодаря выбранной тактике максимального пролонгирования беременности родоразрешение женщин проводилось в среднем на  $38,3 \pm 2,3$  неделе гестации.

Проведено 230 оперативных вмешательств по поводу врожденных пороков развития, в том числе множественных. Послеоперационная летальность составила 5,2% (n = 12).

**Заключение.** Работа консилиума врачей способствует улучшению результатов лечения ВПР.

## 89 ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ КИСТОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ ЛЕГКИХ У ПЛОДА

Кучеров Ю. И., Дорофеева Е. И., Хаматханова Е. М., Жиркова Ю. В.,  
Подуровская Ю. Л., Машинец Н. В., Сепбаева А. Д.

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика  
В. И. Кулакова, Москва*

**Актуальность.** Вопрос о тактике ведения беременности при кистозных мальформациях легких у плода остается спорным.

**Цель исследования:** оптимизировать тактику ведения беременности при выявлении врожденных кистозных мальформаций легких у плода.

**Пациенты и методы.** За период с 2005 по 2009 г. проведено обследование и наблюдение 17 беременных женщин с признаками кистозной мальформации легких у плода. После рождения все дети были обследованы в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Диагноз устанавливали на основании обзорной рентгенографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ) грудной полости.

**Результаты.** Пренатальные признаки кистозной мальформации легкого впервые были обнаружены на 16–22-й нед гестации в 76,5% случаев, из них синдром внутригрудного напряжения обнаружен у 2 плодов (11,8%). В 1 (5,9%) наблюдении кистозная мальформация легкого обнаружена на 32-й нед гестации в структуре множественных врожденных пороков развития (МВПР). Признаки секвестрации легочной ткани обнаружены у 3 плодов (17,6%), впервые на 20–25 неделях. Динамическое сонографическое наблюдение показало регресс патологического процесса в 64,7% наблюдений к поздним срокам беременности в виде уменьшения количества и размера кист, увеличения объема легких. Отсутствие динамики обнаружено в 35,3% наблюдений.

После рождения признаки прогрессирующей дыхательной недостаточности выявлены только у 2 (11,7%) детей. При обследовании и гистологическом исследовании выявлены: кистозный аденоматоз легкого у 6 (35,3%), секвестр легочной ткани у 8 (47,1%) пациентов. Трое детей родились здоровыми (17,6%). Летальный исход наблюдали в 1 случае у ребенка с МВПР. 16 детям выполнены операции по резекции патологических очагов в периоде новорожденности с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

**Заключение.** Прогноз благоприятен при своевременном обследовании и лечении. Таким образом, считаем ранее принятую тактику прерывания беременности при сонографическом выявлении признаков кистозной мальформации легкого у плода необоснованной.

90

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСТАТИЧЕСКОГО МАССАЖА В КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Куц Е. М., Конова О. М., Ливенская Е. В., Кузенкова Л. М., Дмитриенко Е. Г.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Одной из современных технологий восстановительной медицины является электростатический массаж, приводящий к сагиттальным возвратно-поступательным смещениям подлежащих тканей тела пациента. Доказаны обезболивающий, антиспастический, противоотечный и трофико-регенераторный эффекты метода у взрослых. Данные по применению электростатического массажа у детей единичны.

**Цель исследования:** оценить эффективность электростатического массажа в восстановительном лечении детей с болезнями нервной системы.

**Пациенты и методы.** Электростатический массаж проводился на фоне базисной терапии 37 пациентам в возрасте 7–17 лет при различных заболеваниях: рассеянный склероз, акушерский парез, ДЦП, посттравматические нейропатии, цефалгия напряжения, парез лицевого нерва, люмбалгии. Массаж проводился с частотой 160–60–16 Гц в течение 15–20 минут, на курс 8–12 процедур в зависимости от возраста и патологии.

Для оценки эффективности проводимого лечения использовались: динамика основных клинических проявлений и субъективных симптомов заболевания, психологическое тестирование и оценка вариабельности ритма сердца (ВРС) до и после лечения и в ряде случаев после однократной процедуры.

**Результаты.** Все пациенты хорошо переносили массаж. Побочных реакций не отмечалось. Уже после первых процедур улучшался мышечный тонус, уменьшались парестезии. Болевой синдром субъективно уменьшался после 2–3-й процедуры. В конце курса отмечалось улучшение чувствительной и двигательной функции, уменьшение сгибательных контрактур, уменьшение астеноневротических расстройств. По данным оценки ВРС — увеличивалась общая мощность спектра в фоновой и ортостатической пробах, нормализовалось соотношение симпатических и парасимпатических влияний. При анализе психологического тестирования определялось повышение эмоциональной устойчивости и снижение уровня тревожности.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют об эффективности электростатического массажа в комплексном лечении детей с болезнями нервной системы.

91

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЮНОШЕСКИМ ПОЛИАРТРИТОМ****Лисицин А. О., Алексеева Е. И., Валиева С. И., Бзарова Т. М.,  
Денисова Р. В., Гудкова Е. Ю., Исаева К. Б., Чистякова Е. Г.,  
Слепцова Т. В., Ломакина О. Л., Григорьева А. А., Кузнецова Г. В.***Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Поиск и внедрение в практику новых лекарственных препаратов для лечения остеопороза является одной из актуальных проблем детской ревматологии.

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность терапии алендроновой кислотой при остеопорозе у детей, страдающих юношеским полиартритом.

**Пациенты и методы.** Обследовано 15 детей (4 мальчика и 11 девочек) с юношеским полиартритом. Средний возраст пациентов составил  $13,8 \pm 2,5$  лет, средняя продолжительность заболевания  $7,13 \pm 2,89$  лет. Всем детям проводилась иммуносупрессивная терапия. Преднизолон в средней суточной дозе 0,32 мг получали 4 пациента. Остеопороз у больных был установлен методом двухэнергетической рентгеновской денситометрии. Оценка болевого синдрома проводилась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). В связи с неэффективностью проводимой ранее антиостеопоретической терапии, всем детям была назначена алендроновая кислота в дозе 1 мг/кг массы тела 1 раз в неделю в сочетании с препаратом кальция и витамина D. Продолжительность лечения составила 6 месяцев. Назначение препарата одобрено этическим комитетом ГУ НЦЗД РАМН.

**Результаты.** До назначения алендроновой кислоты все дети предъявляли жалобы на боли в позвоночнике (оценка боли по ВАШ составляла 5), у 5 детей выявлен 1 или несколько компрессионных переломов позвонков, показатель минеральной плотности костной ткани z-score составлял  $-2,9 \pm 0,34$ , что свидетельствует о тяжелом остеопорозе. Через 6 месяцев терапии алендроновой кислотой у всех детей уменьшились боли в позвоночнике (оценка боли по ВАШ составила 3), показатель z-score достоверно повысился и составил  $-2,4 \pm 0,12$  ( $p < 0,05$ ). У двоих детей отмечено развитие эрозивного эзофагита, что явилось причиной отмены лечения.

**Заключение.** Терапия алендроновой кислотой в дозе 1 мг/кг массы тела/нед в течение шести месяцев способствовала достоверному повышению показателей минеральной плотности костной ткани у обследованных детей, что свидетельствует об улучшении процессов костного ремоделирования.

92

## **ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

**Лобанов Ю. Ф., Латышев Д. Ю., Устькачкинцев В. А., Складорова Е. Б.**

*Алтайский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Лечение детей с синдромом раздраженного кишечника (СРК) остается сложной задачей в практике врача-педиатра.

**Цель исследования:** изучить эффективность разных фармакотерапевтических режимов у детей, страдающих СРК, на основании выявленной дисфункции вегетативной нервной системы.

**Пациенты и методы.** В I группу вошли 28 пациентов, они получали стандартную терапию и электрофорез с бромидом натрия на воротниковую зону. Дети II группы (22 ребенка), получали стандартную терапию и КВЧ-терапию по биологически активным точкам по Г. Лувсан. В III группу вошли 24 ребенка – получали только стандартную терапию. Наблюдение проводилось с ежедневной регистрацией симптомов и записью кардиоинтервалография (КИГ).

**Результаты.** Оценка эффективности терапии проведена в отношении основных исходов заболевания: купирование болевого синдрома, нормализации частоты стула, купирования эвакуаторных нарушений. Проведена оценка показателей снижения абсолютного риска, снижения относительного риска (СОР), отношения шансов для неблагоприятного события в группах больных. При оценке полученных результатов в отношении первого комплекса терапии установлен стойкий клинический эффект и купирование болевого синдрома (СОР = 0,7). При применении второго комплекса терапии стойкий клинический эффект получен для нормализации частоты стула (СОР = 0,72) и эвакуаторных нарушений (СОР = 0,8), менее выражена эффективность данного комплекса по отношению к болевому синдрому.

**Заключение.** Таким образом, на фоне купирования клинических проявлений заболевания отмечается тенденция к нормализации вегетативных показателей у больных с СРК, как в группе больных, получающих, только стандартную терапию, так и в группе больных, получавших в качестве вегетотропной терапии электрофорез с бромидом натрия. При этом данные изменения происходят за счет уменьшения доли больных с исходной симпатикотонией. В группе больных получавших КВЧ-терапию отмечается тенденция к уменьшению доли больных с исходной ваготонией и нарастанием больных с симпатикотонией.

93

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ ГРУДНОГО  
ВСКАРМЛИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ  
ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС****Лукоянова О. Л., Боровик Т. Э., Беляева И. А., Акоев Ю. С.***Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Период постнатальной адаптации новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы (ПП ЦНС) имеет свои особенности в виде метаболических и вегетовисцеральных нарушений, большой транзитной потери массы тела, склонности к генерализации инфекции и т. д. Материнское молоко представляет особую пищевую и биологическую ценность для данной категории младенцев.

**Цель исследования:** максимально продлить продолжительность грудного вскармливания у детей с ПП ЦНС.

**Пациенты и методы.** Исследования проводились в НЦЗД РАМН. Под наблюдением в течение 6 мес находилось 48 пар мать–ребенок. У всех наблюдаемых женщин (средний возраст —  $28,6 \pm 4,2$  лет), отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Оперативное родоразрешение было в 35,5% случаев. Средние значения массы тела детей при рождении составили  $3\,152,45 \pm 78,4$  г. Состояние новорожденных оценивалось как тяжелое в 36% случаев, среднетяжелое — в 33%, легкой степени тяжести — в 31%. В первые 30 мин после рождения к груди было приложено 26,6% младенцев, на 1-е сутки — 13,3%, на 2–7 сут — 24,4%, позже 7-х сут — 35,5%. Явления гиполактации отмечалось у 44,4% женщин.

**Результаты.** Исходное желание кормить грудью было у всех матерей. Всем женщинам были даны рекомендации по технике кормления и стимуляции лактации. Их выполняли 68,8% женщин, среди которых в 80% случаев отмечалось восстановление лактации в полном объеме, необходимом для ребенка в возрасте 1 мес (против 25% среди не применявших рекомендации). К 1 мес 72,9% детей находилось на исключительно грудном вскармливании, остальные — на смешанном. В возрасте 4-х мес около половины детей продолжали вскармливаться только грудным молоком. К 6 мес на грудном вскармливании было 50% детей, в т. ч. 25% — на исключительно грудном.

**Заключение.** Таким образом, положительный настрой матери, соблюдение рекомендуемой техники кормления, применение различных методов стимуляции лактации позволяет сохранить продолжительное грудное вскармливание у детей с перинатальным поражением ЦНС.

94

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИОСЦИНА БУТИЛБРОМИДА ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЯХ У ДЕТЕЙ

Лупаш Н. Г., Соболева Н. Г., Михайленко Г. А., Хапачева Д. Э.,  
Майорова А. В.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

**Актуальность.** Абдоминальная боль достаточно часто встречаемый синдром при патологии желудочно-кишечного тракта и является актуальной проблемой в педиатрии.

**Цель исследования:** оценить эффективность применения препарата гиосцина бутилбромид (Бускопан) у детей, страдающих спастическими коликами различного генеза.

**Пациенты и методы.** Обследовано 60 детей в возрасте от 6 до 10 лет, страдающих болями в животе различной этиологии: спастические состояния желудочно-кишечного тракта, желчные колики, спастическая дискинезии желчевыводящих путей и желчного пузыря, холецистит, кишечная колика, пилороспазм при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишке в фазу обострения, хронический гастрит в стадии обострения, диарея, спастические запоры. Всем проводилось лечение гиосцина бутилбромидом, который является М-холинолитиком, спазмолитиком. Он снижает тонус гладких мышц внутренних органов, их сократительную активность и вызывает уменьшение секреции экзокринных желез. Суточная доза подбиралась индивидуально, зависела от возраста пациента: 10–20 мг 3 раза в день, запивая небольшим количеством воды после приема пищи.

**Результаты.** В результате приема Бускопана отмечался выраженный положительный эффект, болевой и спастический синдромы снижались до полного исчезновения на 2–3-е сутки после применения препарата.

**Заключение.** У детей, страдающих целым рядом гастроэнтерологических заболеваний с болевым синдромом, оправдано и необходимо применение спазмолитических препаратов.



95

**АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ  
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО  
ВОЗРАСТА ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ****Лучинина Р. Н., Маевская З. А., Кайлина А. Н., Шахова И. В.***Сибирский государственный университет, Томск*

**Актуальность.** Педиатр, назначая лекарственные препараты (ЛП), ориентируется на существующие общепризнанные рекомендации, протоколы и стандарты.

**Цель исследования:** оценить спектр ЛП, назначаемых детям в амбулаторной практике в дошкольном возрасте.

**Пациенты и методы.** Анализ фармакотерапии 130 амбулаторных карт детей от 0 до 7 лет, из них — 44 из г. Томска и 86 историй из районов Томской области методом случайной выборки. Среди них было 72 мальчика и 58 девочек. В зависимости от возраста выделены три группы детей: от 0 до 1 года ( $n = 51$ ), 1–3 года ( $n = 47$ ) и 3–7 лет ( $n = 32$ ).

**Результаты.** Анализ показал, что 84,3% детей до года получали курс системных антибактериальных препаратов (АБП): Бисептол, Цефазолин, Амоксициллин, Гентамицин, Амоксиклав, Сумамед и другие (всего 16 наименований). При оценке соотношения между ними выявлено, что чаще всего (24%) назначался Бисептол, в 14% — Аmpiциллин, Цефазолин и Амоксициллин — по 12%, Гентамицин — 8%, Фуразолидон — 6%, остальные — реже. К сожалению, выявлены существенные дефекты при назначении АБП: так Бисептол детям до года назначался, хотя разрешен с двухлетнего возраста. Несколько реже АБП назначались у детей от 1 года до 3 лет — 78,7% и у детей от 3 до 7 лет — 75%, при этом часто назначаемым был Амоксициллин, вторым — Бисептол. У каждого третьего больного при ОРВИ системные АБП назначались необоснованно. У половины детей в амбулаторных картах не было отмечено, какие капли в нос рекомендованы, какой жаропонижающий препарат и доза и очень редко расшифровывался состав фитотерапии. У 9% детей при фарингите был необоснованно назначен Амброксол. Случаев полипрагмазии не отмечено. Антигистаминные препараты получали 70% детей, чаще назначался Супрастин. Частота применения противовирусных препаратов, иммуномодуляторов, гомеопатических препаратов в городе намного выше, чем на селе.

**Заключение.** Необходимо улучшить качество ведения амбулаторных карт и внедрить выездные образовательные программы по рациональной фармакотерапии для педиатров поликлинической сети, особенно на селе.



## 96 ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Лучшева Е. В., Карнаухова Н. А., Котович М. М.

*Новокузнецкий институт усовершенствования врачей*

**Актуальность.** Гепатолиенальный синдром (ГЛС) являлся одной из основных причин для госпитализации.

**Цель исследования:** изучение причин, обуславливающих увеличение печени и/или селезенки.

**Пациенты и методы.** Обследован 241 ребенок в возрасте от 1 мес до 17 лет. Критериями включения в исследование являлись: увеличение печени и (или) селезенки в течение 3-х и более месяцев, как при наличии дополнительных симптомов (желтуха, кровоточивость, снижение массы тела, лихорадка), так и без них; отсутствие любого острого заболевания или обострения установленного ранее хронического процесса.

**Результаты.** Наиболее часто ГЛС имел место у детей первых трех лет жизни, что составило 53,1%. Значительно реже (17%) ГЛС выявлялся в возрасте 12–17 лет. В процессе обследования хронические инфекционные заболевания были выявлены у 56 детей (23,2% от общего количества случаев), болезни обмена веществ у 17 (7,1%), другие болезни печени у 24 (10,0%), новообразования у 55 (22,8%), болезни крови у 28 (11,6%), синдром портальной гипертензии у 8 (3,3%), соматические заболевания у 25 (10,4%). Причину ГЛС не удалось установить у 28 детей (11,6%). На первом году жизни более 60% всей инфекционной патологии было представлено TORCH-синдромом. С возрастом, как причина ГЛС, нарастала значимость инфекции вирусами гепатита В и С, от 10% у детей первого года до 70% у детей в возрасте 12–15 лет. Инфекция вируса Эпштейна–Барра с длительным ГЛС выявлялась в возрасте до 7 лет. Онкогематологические заболевания наиболее часто формировали ГЛС у детей с 1 до 3 х лет. Это опухоли брюшной полости, в том числе печени, гемолитические анемии. У детей более старшего возраста ГЛС был обусловлен гемобластозами и гемолитической анемией.

**Заключение.** Наибольшая частота выявления ГЛС у детей раннего возраста и так же наличие в его структуре не только инфекционных, но и онкологических заболеваний, требуют от врачей первичного звена более пристального внимания именно к этой возрастной группе.

97

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ  
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ****Лютинa Е. И., Манеров Ф. К.***Новокузнецкий институт усовершенствования врачей*

**Актуальность.** Проблема внебольничной пневмонии (ВП) у детей до настоящего времени остается актуальной.

**Цель исследования:** изучить у детей и подростков г. Новокузнецка показатели заболеваемости, смертности, а также летальности от острой внебольничной пневмонии.

**Пациенты и методы.** Эпидемиологическое исследование включало анализ статистических данных Кустового медицинского информационно-аналитического центра г. Новокузнецка за 19-летний период (1990–2008 гг). Объектом наблюдения были дети от 0 до 14 лет и подростки 15–17 лет. Источники информации: форма № 25/у; форма № 066/у; форма 106–2/у-98; а также показатели численности и структуры населения. Показатели первичной заболеваемости (incidence) рассчитывались на 1000 населения (%), показатели смертности на 100 000 населения, показатели летальности на 100 заболевших, т. е. в%.

**Результаты.** Заболеваемость (ВП) в г. Новокузнецке за период 1990–2008 гг. составляла у детей от 2,2 до 8,9%, у подростков 1,4–8,4%. Самые высокие показатели были зарегистрированы в 2007 г., как у детей (8,9%), так и среди подростков (8,4%). Меньший пик отмечался в 2001 г., когда показатели у детей и подростков были на уровне 4,5%. Различий по полу у детей выявлено не было, среди подростков юноши болели в 1,5 раза чаще. Максимум заболеваемости среди детей приходился на возраст 2–6 лет (4,0–12,0%). Напротив, у детей до 1 года заболеваемость не превышала 1,5%. Показатели смертности от пневмонии у детей за 19-летний период составляли 5,9–1,2 на 100 000. Начиная с 2004 г. смертность снизилась и не превышала 1,2 на 100 000. Максимальные показатели зарегистрированы у детей первого года жизни (36 на 100 000) с тенденцией к снижению в последнее время (16). В возрастном интервале от 2-х до 15 лет смертности нет. В отдельные годы у подростков смертность составляла от 0 до 8,5 на 100 000. Показатели летальности от пневмонии за последние десять лет также снизились с 2 до 0,14%.

**Заключение.** В 2008 г. дети и подростки от пневмонии не умирали.



98

## ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Лютина Е. И., Курилова Т. Н.

*Новокузнецкий институт усовершенствования врачей*

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) относится к многофакторным заболеваниям. Важное значение в развитии атопических заболеваний отводится влиянию многочисленных факторов риска (биологических, экологических, социальных), являющихся этиологически значимыми.

**Цель исследования:** изучить роль перинатальных факторов риска на формирование бронхиальной астмы у детей.

**Пациенты и методы.** В исследовании случай-контроль среди 235 детей основной группы с верифицированным диагнозом БА, и в группе контроля ( $n = 166$ ) было проведено сравнение распространенности ряда перинатальных факторов, которые предположительно могут влиять на развитие астмы.

**Результаты.** Атопический фенотип БА, верифицированный кожными аллергопробами, был подтвержден у 91,4%. Шансы иметь родственников с атопией были статистически выше в группе детей с БА (OR — 25,84; 95% CI 14,23–47,36;  $p = 0,0005$ ). Дети с астмой также имели больше шансов иметь проявления атопического дерматита в анамнезе (OR — 10,88; 95% CI 6,19–19,25;  $p = 0,0005$ ).

Оценка антропометрических показателей на момент рождения показала, что распространенность изучаемых факторов, таких как гестационный возраст (менее 38 нед), масса тела (менее 2500 г и более 4000 г), длина тела (более 56 см), а также окружность головы (более 37 см) одинаково часто встречались как в основной, так и в контрольной группах исследования. Средняя масса тела у детей в основной группе и в группе контроля не различалась ( $p = 0,8327$ ) и составила  $3337,7 \pm 36,8$  г против  $3304,7 \pm 40,4$  г. Таким образом, связи между недоношенностью (срок гестации менее 37 нед, масса тела менее 2500 г) и бронхиальной астмой в данном ретроспективном исследовании случай-контроль не установлено.

**Закключение.** Такие факторы, как оценка при рождении по шкале Апгар, длительность грудного вскармливания, время введения цельного молока, возраст матери и отца (моложе 20 и старше 40 лет), также одинаково часто встречались как в основной группе больных БА, так и в группе контроля, поэтому их нельзя отнести к факторам, приводящим к развитию астмы.

99

**ABC/VEN-АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ  
У ДЕТЕЙ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008 г.****Маевская З. А., Лучинина Р. Н., Гербек И. Э., Часовских Ю. П.,  
Смирнова И. Ю.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** В условиях финансирования отечественного здравоохранения особое значение приобретают рациональное расходование денежных средств и обоснованное применение медикаментов.

**Цель исследования:** проанализировать эффективность использования лекарственных средств, приоритеты отбора для закупок и целесообразность расходования средств на основе ретроспективной оценки реальных затрат.

**Пациенты и методы.** Проведен ABC/VEN-анализ за 2008 год детского онко-гематологического отделения г. Томска.

**Результаты.** ABC/VEN-анализ показал, что основной объем средств (79,9%) израсходован на закупку 11 лекарственных средств: 10 жизненно важных препаратов и один необходимый препарат. На препараты класса В израсходовано 15,1% средств бюджета. Сюда отнесено 21 лекарственное средство, преимущественно жизненно важных (цитостатики, антибиотики), два необходимых препарата (Е) и один второстепенный (N). На закупку препаратов класса С истрчено 5% средств, причем и эта группа препаратов также в основном представлена витальными (V) препаратами, группу (Е) составили 12 препаратов и только 6 препаратов отнесены к второстепенным (N). VEN-анализ показал, что жизненно-важные препараты (V) составили 79,4%, необходимые (Е) – 14,7% и только 5,9% составили второстепенные препараты (N), что соответствует профилю онко-гематологического отделения. При оценке распределения финансовых средств было выявлено, что на цитостатики и гормоны израсходовано 24% бюджета. На группу противогрибковых препаратов израсходовано 28% средств бюджета, больше чем на все цитостатики (23%). На третьем месте по сумме затрат стоит филграстим. При проведении оценки использования антибиотиков установлено, что в 2008 г. применялись 15 антибактериальных препаратов преимущественно цефалоспорины II–IV поколений, карбопенымы и гликопептиды.

**Заключение.** В отделении используются преимущественно жизненно важные и необходимые лекарства, однако в связи с выявлением высоких затрат на противогрибковые препараты необходимо проведение в дальнейшем экспертизы обоснованности назначения данной группы препаратов в отделении.

**100**  
**СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧАСТОТНО-ВОЛНОВОГО**  
**СПЕКТРА СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ШКОЛЬНИКОВ**  
**ПРИ ПОВЫШЕННЫХ УЧЕБНЫХ НАГРУЗКАХ**

**Макарова М. В., Прахин Е. И., Эверт Л. С., Потупчик Т. В., Ларькина М. В.,  
Кимяева С. И.**

*Красноярский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Интенсификация учебного процесса способствует возникновению функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы и вегетативной нервной системы у школьников.

**Цель исследования:** оценка состояния показателей частотно-волнового спектра сердечного ритма и функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

**Пациенты и методы.** Было проведено обследование 48 учащихся (в возрасте 15–17 лет) школы Космонавтики, обучающихся при повышенных учебных нагрузках. Учебная нагрузка составляла от 36 до 44 ч в нед в зависимости от количества выбранных учащимися факультативных занятий. Исследование проводилось с помощью компьютерно-программного комплекса «МИЦАР-РЕО». Для анализа использовалось 350 кардиоциклов в состоянии покоя, клиноортостазе, периоде восстановления.

**Результаты.** В группе детей с нормальной вариабельностью сердечного ритма значения общей мощности спектра (TOTAL) составили у мальчиков  $2048 \pm 22,80$  мс<sup>2</sup>, у девочек  $1614 \pm 16,50$  мс<sup>2</sup>. Значения мощности в диапазоне очень медленных волн (VLF) составили у мальчиков  $528,44 \pm 12,80$  мс<sup>2</sup>, у девочек  $573,94 \pm 9,85$  мс<sup>2</sup>. Значения мощности в диапазоне медленных волн (LF) составили у мальчиков  $826,1 \pm 13,40$  мс<sup>2</sup>, у девочек  $533,52 \pm 9,5$  мс<sup>2</sup>. Значения мощности в диапазоне быстрых волн (HF) составили у мальчиков  $682,25 \pm 10,84$  мс<sup>2</sup>, у девочек  $602,36 \pm 9,65$  мс<sup>2</sup>.

**Заключение.** Таким образом, напряжение адаптационных механизмов организма у мальчиков выражено в большей степени по сравнению с девочками, что необходимо учитывать при планировании профилактических медико-психологических мероприятий.

## 101 ШЕЙНАЯ ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ

Макарова Л. В.

*Омская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Актуальным является изучение взаимосвязи между шейной лимфоаденопатией, сопровождающей течение хронического воспалительного процесса в лимфоидной ткани носоглотки в сочетании с латентным течением оппортунистических инфекций.

**Цель исследования:** оптимизация диагностической тактики у детей с гипертрофией аденоидных вегетаций и хроническим тонзиллитом, осложненных шейной лимфоаденопатией.

Задачей исследования явилось выявление частоты распространения вирусов, таких как цитомегаловируса (ЦМВ), вируса Эпштейн–Барр (ЭБВ), вируса простого герпеса (ВПГ), у детей с гипертрофией аденоидных вегетаций, хроническим тонзиллитом, осложненных шейной лимфоаденопатией.

**Пациенты и методы.** В течение 2005–2008 гг. в ГДКБ № 2 им. ак. Бисяриной В. П. обследовано 46 детей в возрасте от 5 до 8 лет с вышеназванной патологией. Контрольную группу составили 20 здоровых детей того же возраста, не имеющих хронических очагов воспаления в носоглотке, не относящихся к группе часто болеющих детей (ЧБД).

**Результаты.** Наличие оппортунистических инфекций было обнаружено у 32 человек (69%). У 15 детей (46,8%) выявлены специфические антитела в сыворотке крови только к одной вирусной инфекции. У 17 детей (53, 2%) наблюдалось сочетание вирусной и внутриклеточной бактериальной флоры в различных комбинациях (от 2 до 4 возбудителей одновременно). Кроме того, эндоскопически определялся бледно-синюшный оттенок слизистой с резко выраженной бугристостью и отечностью, чередованием участков гиперплазии и атрофии ткани аденоидов.

**Заключение.** 1. Шейная лимфоаденопатия у детей при хроническом воспалительном процессе в небной и глоточной миндалинах и нетипичной эндоскопической картине для бактериальной инфекции свидетельствует о латентном течении оппортунистической инфекции. 2. Уточнение этиологии шейной лимфоаденопатии инфекционного генеза у детей является необходимым условием для выбора тактики этиотропной терапии хронической персистирующей инфекции.

102

**РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И КРИОЛЕЧЕНИЕ  
ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ  
РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ**

**Мельник Д. Д., Титова Е. Н., Чугуй Е. В.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Гемангиомы наружных покровов занимают 50% среди опухолей мягких тканей у детей. Формируясь в эмбриогенезе из ангиобластических клеток, они от точечных в периоде новорожденности под влиянием повреждающих факторов превращаются в опухоли с неограниченной пролиферацией и резистентностью к терапии у детей старшего возраста.

**Цель исследования:** установить необходимость раннего выявления и криолечения гемангиом у детей в периоде новорожденности.

**Пациенты и методы.** Гистологическое исследование гемангиом покровных тканей провели у трех возрастных групп детей. I группа: 28 детей периода новорожденности. Гемангиомы у них представляли массу незрелой капиллярной сети с островками мезенхимальных клеток. II группа: 65 детей в возрасте от 2 до 6 месяцев. Гистологически отмечалось постепенное созревание гемангиом. Капилляры имели стойко нормальное строение, переходили в венулы и артериолы с небольшими кавернозными полостями и увеличением массы. III группа: 58 детей 7–12 лет. Гистологически у них определялась гемангиома как зрелая сосудистая опухоль с кавернами, выстланными эпителием, с кровяными сгустками, запустевшими, спавшимися полостями и участками плотной соединительной ткани. У всех групп детей применили криолечение гемангиом жидким азотом с использованием пористого никелида титана.

**Результаты.** Наилучшие результаты с полным исчезновением опухоли, хорошим косметическим эффектом после 1–2-х криовоздействий были получены у I группы (дети периода новорожденности), когда гемангиомы у них представляли собой массу незрелой капиллярной сети, легко поддающейся криотерапии. У II группы детей потребовалось 4–10 криовоздействий для полного излечения. У детей III группы применяли дополнительное хирургическое иссечение резистентных криовоздействию кавернозных гемангиом и участков гиперплазированной ткани.

**Заключение.** Доказана необходимость раннего выявления и криолечения гемангиом покровных тканей у детей в периоде новорожденности для профилактики развития резистентных форм.



## 103 ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Михайлова Т. А.

*Омская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Инфекционный мононуклеоз (ИМ) может быть обусловлен вирусом герпеса человека 4-го типа (ВГЧ-4), а также ВГЧ-5, ВГЧ-6. Стандартов диспансерного наблюдения за детьми с ИМ различной этиологии не разработано.

**Цель исследования:** изучение катамнеза для разработки диспансеризации детей в периоде реконвалесценции ИМ.

**Пациенты и методы.** В течение одного года наблюдалось 85 детей в возрасте от 5 месяцев до 14 лет, которые были разделены на 3 группы. В I-ю группу были включены дети с ИМ, вызванным ВГЧ-4 (ВГЧ-4-ИМ) ( $n = 42$ ); во II-ю — 33 пациента с ВГЧ-6-инфекцией: 3 ребенка с ВГЧ-6-ИМ и 30 детей с ВГЧ-4 + ВГЧ-6-ИМ; в III-ю — 10 детей с ВГЧ-5-инфекцией: 1 человек с ВГЧ-5-ИМ и по 3 ребенка с ВГЧ-4 + ВГЧ-5-ИМ, ВГЧ-5 + ВГЧ-6-ИМ и ВГЧ-4 + ВГЧ-5 + ВГЧ-6-ИМ. Среднетяжелую форму болезни перенесли 64 ребенка (75,3%), тяжелую — 21 (24,7%).

**Результаты.** Спустя 1 месяц после ИМ во всех группах детей сохранялся лимфопролиферативный синдром: гипертрофия небных миндалин (100,0%), шейная лимфаденопатия (95,3%), гепатомегалия (92,9%) и патологический лимфоцитоз (90,6%) при достоверном снижении частоты симптомов спустя 3 мес (до 83,5%, 75,3%, 75,3% и 68,2%;  $p < 0,005$ ). У детей II-й группы отмечались достоверно более частые клинико-лабораторные признаки поражения печени в течение 3 мес периода реконвалесценции ИМ. У всех детей, имеющих спустя 3 мес увеличение печени и отклонения в показателях ФПП, в остром периоде отмечалось тяжелое течение заболевания и более 18% атипичных мононуклеаров (АМ) в периферической крови. Через 6 мес симптомы лимфопролиферации регистрировались у половины детей. Через 1 год у трети детей отмечалась шейная лимфаденопатия, в 16,5% — гепатомегалия, в 11,8% — увеличение глоточной миндалины.

**Заключение.** Всем детям с ИМ герпесвирусной этиологии целесообразно полное клинико-лабораторное обследование через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Им рекомендуется увеличение сроков медицинского отвода от профилактической вакцинации на три месяца, а при сохранении гепатомегалии с отклонениями ФПП более трех месяцев эти сроки должны быть увеличены до шести месяцев и более с учетом особенностей течения периода реконвалесценции.

## 104 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Михалева М. А., Склярова Е. Б., Устькачкинцев В. А., Лобанов Ю. Ф.

*Алтайский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Актуальность данной проблемы в педиатрии не вызывает сомнений [Баранов А. А., и соавт., 2008], ибо здоровье ребенка относится к основополагающим факторам качества жизни населения и является надежным индикатором, очень чутко реагирующим на процессы, происходящие в общественной, социально-экономической и политической жизни страны.

**Цель исследования:** оценить качество жизни здоровых школьников города Барнаула.

**Пациенты и методы.** В исследовании было задействовано 45 детей, учащихся в школе № 25 г. Барнаула и их родители. Средний возраст детей  $12,9 \pm 1,5$  лет, из них: мальчиков — 19 (42%), девочек — 26 (58%). Ни один ребенок, участвующий в исследовании, не находился на стационарном лечении в течение последнего месяца.

Инструментом исследования послужил общий опросник Pediatric Quality of Life — PedsQLTM4.0 [Varni J., Seid M., Kurtin P., 1999] для возрастов 8–12 и 13–18 лет.

Критерии включения в исследование — здоровые дети от 10 до 15 лет посещающие школу.

Критерии исключения — дети, имеющие хронические заболевания, находящиеся на стационарном лечении в течение последнего месяца, дети, обучающиеся на дому.

**Результаты.** При исследовании качества жизни было выявлено снижение эмоционального и ролевого функционирования детей, что приводит к снижению психосоциального функционирования ( $71,2 \pm 19,8$ ,  $71,3 \pm 19,9$  и  $75,0 \pm 13,7$  соответственно) ( $p > 0,05$ ).

Школьники и их родители оценивают качество жизни по суммарному баллу психосоциального функционирования одинаково, но по шкале ролевого функционирования (жизнь в школе) имеются отличия  $71,3 \pm 19,9$  и  $65,0 \pm 11,8$  соответственно ( $p > 0,05$ ). Отличается оценка и по шкалам физического и социального функционирования, но их различия не статически значимы.

**Заключение.** У здоровых детей г. Барнаула в возрасте от 10 до 15 лет отмечается снижение эмоционального и ролевого функционирования. Родители оценивают качество жизни своих детей так же, как и сами дети.



## 105 ПРИМЕНЕНИЕ МИОРЕЛАКСАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТРУЗОРНО-СФИНКТЕРНОЙ ДИССИНЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Морозов В. И., Рашитов Л. Ф., Мрасова В. К.

*Казанский государственный медицинский университет  
Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, Казань*

**Актуальность.** Детрузорно-сфинктерная диссинергия — актуальная проблема детской урологии.

**Цель исследования:** изучить влияние гипертонуса мышц уrogenитальной диафрагмы на нарушение мочеиспускание у детей с последующей медикаментозной терапией.

**Пациенты и методы.** Обследовано 133 ребенка с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП) в возрасте от 3 до 14 лет (63 мальчика, 70 девочек). У 53 из 133 детей (39,8%) по данным неинвазивных методов обследования (урофлоуметрия [УФМ], УЗИ почек и мочевого пузыря) имелись признаки инфравезикальной обструкции.

**Результаты.** С целью исключения органической природы обструкции всем 53 детям проводилась цистоскопия с калибровкой уретры. Функциональная инфравезикальная обструкция у этой группы больных была обусловлена негрубой неврологической патологией нервной системы на различных ее уровнях. При проведении поднаркозной калибровки уретры (перед цистоскопией) у этих детей определялась ригидность тканей средней уретры. На микционных цистоуретрограммах определялись сужение и нечеткое контрастирование средней уретры. При проведении данного исследования больные подолгу не могли расслабить мышцы промежности и произвести произвольное мочеиспускание для выполнения третьего снимка. Данные профилометрии уретры свидетельствовали о повышенном давлении (до 100 мм рт. ст.) в проекции мембранозной части уретры.

**Заключение.** Таким образом, результаты обследования данной группы больных позволили выставить диагноз «детрузорно-сфинктерная диссинергия» вследствие гипертонуса (нерасслабления) мышц уrogenитальной диафрагмы. Лечение больных проводилось консервативно под контролем данных УФМ, профилометрии уретры, УЗИ и МЦУГ. Наряду с базисной терапией, направленной на очаг поражения нервной системы, назначались миорелаксанты центрального действия (Мидокалм или Сирдалуд), что позволило снизить уретральное сопротивление, разрешить функциональную инфравезикальную обструкцию и ее осложнения (пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс, обструктивный пиелонефрит) у этих детей.

106

## РОЛЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Морозова Т. А., Белан Ю. Б.

*Омская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Этиология инфекций мочевой системы за последние десятилетия претерпела значительные изменения. Не определена роль вирусной инфекции при хроническом течении воспалительного процесса мочевой системы на фоне изменений иммунного статуса.

**Цель исследования:** выявление причинно значимых возбудителей, персистирующих в эпителии мочевого тракта, снижающих резистентность его к адгезии.

**Пациенты и методы.** Обследовано 249 детей методом полимеразной цепной реакции мочи для определения цитомегаловирусной, герпетической, хламидийной, микоплазменной, уреаплазменной инфекции, а так же определены ИФН  $\alpha$ , ИФН  $\gamma$  спонтанный и ИФН  $\gamma$  стимулированный на базе нефрологического отделения МУЗ ГДКБ № 3 г. Омска и ЦНИЛ ОмГМА. Все дети были распределены на III группы: I-я — 16 детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП) без инфекций мочевой системы (ИМС), II-я — 103 ребенка с НДМП и ИМС, III-я — 130 детей с ИМС без НДМП.

**Результаты.** По данным исследования частота отрицательных результатов в I-й группе (93,7%) достоверно выше в сравнении со II-й и III-й (54,4% и 43,1% соответственно). У 33,0% детей были обнаружены фрагменты ДНК цитомегаловируса (ЦМВ), причем достоверно чаще во II-й и III-й группах, что можно расценивать как маркер сниженной иммунной защиты. Отмечается тенденция большего тропизма ЦМВ к уротелию мочевого пузыря. Дисбаланс интерферонового статуса у детей II-й группы характеризуется достоверным снижением уровня ИФН  $\alpha$  ( $6,2 \pm 1,3$  пг/мл) и спонтанного ИФН  $\gamma$  ( $19,7 \pm 6,4$  пг/мл) по сравнению с аналогичными значениями в контрольной группе, а также снижением стимулированного ИФН  $\gamma$  ( $909,9 \pm 231,7$  пг/мл) в сравнении с уровнем этого показателя у детей III-й группы ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, высокая частота обнаружения ЦМВ у детей с хронической воспалительной патологией мочевой системы в сочетании с другими бактериальными возбудителями свидетельствует о микст-инфицировании. ЦМВ-персистенция может участвовать в формировании хронических форм заболеваний мочевой системы, являясь «плацдармом», снижающим местные факторы иммунной защиты, что определяет необходимость разработки адекватных методов фармакокоррекции.

**107**  
**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ:  
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ  
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

**Мырзабекова Г. Т.**

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,  
Республика Казахстан*

**Актуальность.** Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) — это хроническое, склонное к рецидивированию заболевание, характеризующееся образованием язвенных дефектов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Заболевание относится к наиболее частым поражениям органов желудочно-кишечного тракта. Гастродуоденальные заболевания, ассоциированные с *Helicobacter pylori*, отличаются большим разнообразием эндоскопических, морфологических и клинических проявлений.

**Цель исследования:** изучение клинических особенностей течения язвенной болезни у детей и подростков в современных условиях

**Пациенты и методы.** Исследование было ретроспективным. Были проанализированы истории болезни детей, находившихся в гастроэнтерологическом отделении ДГКБ № 2 г. Алматы с января по декабрь 2008 г. Всего язвенная болезнь (ЯБ) диагностирована у 5,7% детей.

**Результаты.** У 72% пациентов выявлено такое серьезное осложнение как рубцовая деформация луковицы ДПК. Эти дети были включены в исследование, их возраст составил 9–14 лет. Мальчиков оказалось в 2 раза больше. Длительность клинических проявлений гастродуоденальной патологии в анамнезе составила от 1 нед до 2 мес. Наиболее частыми жалобами детей были боли в животе, тошнота, эпизодическая рвота, отрыжка и изжога. У каждого третьего ребенка клинические симптомы присутствовали более одного месяца. У 26,3% пациентов локализацией язвенного дефекта была передняя стенка луковицы, у 52,6% — задняя стенка и у 21% были множественные язвы луковицы ДПК. При этом частота развития деформации луковицы не зависела от длительности течения заболевания.

**Заключение.** Таким образом, особенностями современного течения ЯБ можно отметить частое развитие деформации луковицы ДПК. Это факт указывает на важность ранней диагностики, своевременного лечения и качественной реабилитации детей с самого начала болезни.

**108**  
**ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ШТАММОВ**  
***HELICOBACTER PYLORI* У ДЕТЕЙ**  
**К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ**

**Мырзабекова Г. Т.**

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей*

**Актуальность.** Известно, что среди многочисленных причин развития хронических гастритов, язвенной болезни у детей играет роль инфекционная. В данном случае роль этиологического фактора отводится микроаэрофильному микроорганизму — *Helicobacter pylori* (НР). Установление тесной связи между инфицированностью Н.р. слизистой оболочки желудка (СОЖ) и возникновением хронической гастродуоденальной патологии поставили вопрос о необходимости лечения указанных заболеваний антибактериальными средствами, к которым чувствительны бактерии.

**Цель исследования:** оценка антибиотикорезистентности штаммов *Helicobacter pylori* у детей с НР-ассоциированной патологией желудочно-кишечного тракта.

**Пациенты и методы.** В исследование включено 94 ребенка с диагнозами хронический гастрит, хронический гастродуоденит и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Материалом исследования стали биоптаты СОЖ и 12-перстной кишки, полученные при гастродуоденоскопии у больных, поступивших в гастроэнтерологическое отделение ДГКБ № 2 г. Алматы.

Идентификацию выделенных клинических штаммов НР проводили по общепринятым методикам. Выделенные клинические штаммы НР были проверены на чувствительность к широкому кругу антибактериальных препаратов. Для определения спектра антибиотикорезистентности НР использовали стандартный метод серийных разведений и метод диффузии в агар.

**Результаты.** По результатам определения чувствительности НР наибольшая активность была установлена к амоксициллину. Эти антибиотики угнетали рост 78% всех исследуемых штаммов. При изучении воздействия на НР макролидов отмечена эффективность азитромицина (67% штаммов). К метронидазолу оказались чувствительны 50% штаммов НР. Большинство штаммов НР резистентны к фуразолидону, спирамицину, кларитромицину.

**Заключение.** Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что наиболее выраженным антимикробным действием в опытах *in vitro* обладают амоксициллин, азитромицин, а одним из основных факторов развития устойчивости следует считать предшествующее использование антибиотиков по другим показаниям.

**109**  
**КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ**  
**ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ СМЕСЕЙ**  
**НА ОСНОВЕ КОЗЬЕГО МОЛОКА У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ**  
**АЛЛЕРГИЕЙ, ЛИШЕННЫХ ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА РОДИТЕЛЕЙ**

**Нагаева Т. А., Басарева Н. И., Пономарева Д. А.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Вскармливание детей раннего возраста, лишенных попечительства родителей, важная медико-социальная задача. У данной группы детей чаще встречаются расстройства питания, гастроинтестинальные нарушения, пищевая аллергия. В связи с этим актуальными являются исследования эффективности использования специализированных адаптированных смесей с высокой биологической ценностью и низкой аллергизирующей активностью.

**Цель исследования:** оценить эффективность использования смесей на основе козьего молока при вскармливании детей с пищевой аллергией, лишенных попечительства родителей.

**Пациенты и методы.** Обследовано 24 ребенка (19 детей в возрасте до 1 года и 5 детей — от 1 года до 3 лет), страдающих пищевой аллергией и лишенных попечительства родителей на базе инфекционно-соматического отделения ДБ № 1 г. Томска. Дети первого года жизни получали адаптированную смесь «Нэнни», дети старше года — смесь «Амалтея» фирмы «Бибиколь». Длительность наблюдения составила 30 дней.

**Результаты.** Введение в рацион детей продуктов «Нэнни» и «Амалтея» оказало позитивное влияние на течение кожных и гастроинтестинальных проявлений пищевой аллергии. У всех больных детей отмечалось уменьшение кожных воспалительных симптомов: сыпи, эритемы, зуда, шелушения. У 6 (32%) детей первого года жизни, имеющих до начала обследования срыгивания, на фоне приема «Нэнни» выявлена положительная динамика: уменьшилась их частота и объем. Явлений метеоризма и кишечных колик не наблюдалось ни у одного ребенка; нормализация характера стула отмечена у 8 (42%) детей первого года жизни. Включение в рацион смеси «Нэнни» сопровождалось возрастанием среднемесячной прибавки массы тела до возрастных норм у 6 (32%) детей с гипотрофией 1 степени.

**Заключение.** Таким образом, получены данные о хорошей переносимости современных гипоаллергенных продуктов на основе козьего молока, что обосновывает целесообразность их включения в питание детей раннего возраста с пищевой аллергией, лишенных попечительства родителей.

## 110 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Ножнинова О. В., Саввина Н. В.

*Детская городская больница, Якутск*

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем настоящего времени является профилактическая работа по улучшению качества здоровья детей, причем особая роль отводится профилактическим программам, направленным на повышение сопротивляемости организма ребенка к наиболее распространенным вирусным инфекциям.

**Цель исследования.** Изучение эффективности применения иммуномодулирующего препарата Иммунорикс у часто болеющих детей (ЧБД).

**Пациенты и методы.** Среди воспитанников школ-интернатов была выделена группа ЧБД, которым проведено клинико-лабораторное обследование и комплексное оздоровительное лечение: в основной группе ( $n = 60$ ) с применением и в контрольной группе ( $n = 30$ ) без применения Иммунорикс. Эффективность оценивали через 6 месяцев по частоте и тяжести ОРИ.

**Результаты.** Эффективность применения Иммунорикс у ЧБД заключалась в улучшении показателей клеточного иммунитета, нормализации соотношения субпопуляций Т и В лимфоцитов; нормализация клеточного иммунитета отмечалась по кластерам дифференцировки CD3 ( $p < 0,001$ ), CD19 ( $p < 0,001$ ) и CD4 ( $p < 0,01$ ). Уменьшилось количество детей, имеющих высокие титры IgM (56,7% и 31,7% до и после лечения).

В сравниваемых группах мы наблюдали снижение заболеваемости в 6,2 и 3,7 раза, в группе подростков получавших Иммунорикс, относительно детей контрольной группы заболеваемость была ниже в 1,6 раза. Снизилось средняя продолжительность заболевания с 12,4 дней до 4,3 в группе детей, получавших Иммунорикс, и с 10 до 7 дней в контрольной группе ( $p < 0,005$ ). Потребность в применении антибиотиков в основной группе возникла в 30% от числа заболевших и в 60% — в контрольной. При этом доля детей, ни разу не болевших в основной группе в 1,3 раза выше, чем среди детей контрольной группы.

**Заключение.** Использование Иммунорикса в комплексе оздоровительных мероприятий программы профилактики ЧБД позволило снизить количество заболеваний в течение года в 2,4 раза, сократить продолжительность одного эпизода заболевания (обострения) в 1,4 раза, что достоверно превышает эффективность монотерапии.





## 111 МИНЕРАЛЬНЫЙ ОБМЕН И КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ У ДЕТЕЙ С ПРЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИЕЙ

Ожегов А. М., Королева Д. Н., Петрова И. Н.

*Ижевская государственная медицинская академия Росздрава*

**Актуальность.** Дети, родившиеся с пренатальной гипотрофией (ПГ), имеют повышенный риск развития нарушений костной системы, в частности, остеопенического синдрома.

**Цель исследования:** оценить состояние минерального обмена и костного метаболизма у детей первого года жизни с ПГ.

**Пациенты и методы.** Группу наблюдения составили 96 доношенных новорожденных с ПГ, группу сравнения — 44 ребенка, имевших нормальную массу тела при рождении. Исследованы показатели фосфорно-кальциевого обмена, кальций-регулирующих гормонов (паратгормон (ПТГ), кальцитонин, 25-гидроксивитаминD) и костного ремоделирования (ЩФ, остеокальцин и С-концевые телопептиды) у детей обеих групп в периоде новорожденности, в возрасте 6 и 12 месяцев.

**Результаты.** У детей с ПГ в раннем неонатальном периоде отмечены существенные нарушения минерального обмена: гипокальциемия, связанная со степенью тяжести гипотрофии, сопровождающаяся увеличением ПТГ у 11,5% и снижением кальцитонина. У 52,4% детей диагностирован дефицит 25-гидроксивитаминаD. Костный метаболизм характеризуется вялыми темпами ремоделирования, о чем свидетельствует снижение остеокальцина и С-концевых телопептидов. В 6-месячном возрасте отмечается нормализация кальциевого гомеостаза, но сохраняется дисбаланс процессов костного ремоделирования (снижение резорбции). В годовалом возрасте у детей, имевших тяжелую ПГ, отмечается повышение ПТГ и ЩФ, а также десинхронизация процессов костного метаболизма.

**Заключение.** Выявленные нарушения минерального обмена и костного ремоделирования у новорожденных и детей грудного возраста с ПГ являются одним из факторов риска снижения минеральной костной плотности и требуют разработки методов адекватной терапевтической коррекции препаратами кальция и витамина D.

112

## **ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ У ДЕТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕМИССИИ**

**Осмумльская Н. С., Коцкая Н. Н., Степнов М. И., Кривцова Л. А.**

*БУЗ ОО Областная детская клиническая больница*

**Актуальность.** Системные заболевания крови у детей в последние годы стали одной из важнейших проблем в педиатрии. У детей в России наиболее часто (53,9%) встречаются новообразования лимфатической и кровяной ткани. Среди гемобластозов преобладают лейкозы (38–40%), а среди них — острый лимфобластный лейкоз (78–80%). При лечении лейкозов по протоколам, разработанным группой ВФМ (Berlin-Frankfurt-Munster) 97% детей с острым лимфобластным лейкозом достигают полной ремиссии, а пятилетняя безрецидивная выживаемость составляет 70–75%.

**Цель исследования:** оценка качества жизни детей с острым лимфобластным лейкозом, находящихся в длительной клинико-гематологической ремиссии.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находилось 114 детей с диагнозом Острый лимфобластный лейкоз, поступивших в отделение гематологии Омской областной клинической больницы за период с 1992 по 2008 г. Для оценки качества жизни детей использовалась русская версия общего детского опросника PedsQL для детей 8–12 лет ( $n = 17$ ) и 13–15 лет ( $n = 13$ ).

**Результаты.** Первичный выход в ремиссию достигнут у 110 пациентов (95,6%). Длительная (более 5 лет) клинико-гематологическая ремиссия сохраняется у 94 пациентов (81,7%). В настоящее время на диспансерном учете находятся 30 детей (19 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 8 до 18 лет с острым лимфобластным лейкозом, находящиеся в состоянии длительной ремиссии. Выявлены более низкие параметры физического функционирования и общего качества жизни по сравнению с условно-здоровыми детьми (при заполнении опросника и детьми и родителями), а также ролевого функционирования (при заполнении опросника детьми), социального функционирования и суммарного балла психосоциального функционирования (при заполнении опросника родителями).

**Заключение.** Разработан комплекс мероприятий по проведению психо-социальной реабилитации детей.

113

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕСТА ПО КОНТРОЛЮ  
НАД АСТМОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ****Павлинова Е. Б., Мингаирова А. Г., Сафонова Т. И., Брейль А. П.,  
Корнеева Т. Ю.***Омская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) — заболевание, приводящее к снижению качества жизни, а иногда к инвалидности и неблагоприятному исходу. Главной целью лечения таких больных является достижение и поддержание контроля над болезнью (GINA 2006, 2007), для оценки которого в клинической практике используется Asthma Control Test.

**Цель исследования:** оценить степень контроля над болезнью у пациентов, получающих различные схемы базисной терапии, для улучшения эффективности лечения.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ историй болезни 82 детей с БА, находившихся на лечении в Областной детской клинической больнице в 2008 г. Легкое течение отмечалось у 16 (19%) пациентов, средней тяжести — у 55 (67%), тяжелое — у 11 (14%) детей. Беклазон Эко Легкое Дыхание использовался у 28 (34%) больных, Серетид у 17 детей (21%), Симбикорт получали 37 чел. (45%). Контроль над БА определялся с помощью Asthma Control Test и критериям GINA 2007. Оценка статистических результатов проводилась методом углового преобразования Фишера.

**Результаты.** Полностью контролировали БА 3 (4%) человека, частично — 51 (62%) пациент, отсутствовал контроль у 28 (34%) больных. При сравнении степени контроля у детей, получавших различные препараты базисной терапии, достоверных различий не получено ( $p < 0,5$ ). Большинство детей имело несколько причин низкого контроля над БА: несоблюдение гипоаллергенного быта, частые ОРВ, нерегулярное использование средств базисной терапии.

**Заключение.** Несмотря на различные схемы лечения, удается добиться лишь частичного контроля над заболеванием, так как после выписки из стационара ребенок попадает в прежние условия проживания, что приводит к снижению контроля, несмотря на проводимую терапию. Для повышения эффективности терапии необходимо повысить активность родителей по созданию благоприятных бытовых условий и усилить приверженность к лечению.



## 114 ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Павлинова Е. Б., Оксеньчук Т. В., Кривцова Л. А.

*Омская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Респираторный дистресс-синдром (РДС) и его осложнения остаются основной причиной смерти новорожденных менее 32 недель гестации.

**Цель исследования:** изучить факторы риска развития РДС и особенности его течения в зависимости от гестационного возраста.

**Пациенты и методы.** Проанализировано 107 историй болезни недоношенных, поступивших на второй этап выхаживания. Все дети были распределены на три группы: 26–28 недель, 29–32 недели, 33–36 недель гестации.

**Результаты.** У матерей детей первой группы выявлена высокая частота инфекционно-воспалительных заболеваний половой сферы, а также бесплодия и привычного невынашивания беременности в анамнезе. На искусственной вентиляции легких находилось 79 новорожденных (73,8%). Длительность вентиляции составила, в среднем, 7 дней: в 1 группе – 16 дней, у детей второй группы – 5,4 дня, у детей третьей группы – 4 дня. Пневмония развилась у 35 детей (32,7%), у 25 из них – двусторонняя. Частота формирования пневмонии у детей первой группы достоверно выше ( $p = 0,014$ ). В первой группе доля детей с пневмонией составила 58,8%, во второй 32,7%, а в третьей группе – 15,4%. Бронхолегочная дисплазия развилась у 26 недоношенных детей (24,3%), причем 7 из них получали сурфактант (Куросурф). В 1 группе БЛД развилась у 64,7% детей, во второй – у 20,3%, в группе детей с гестационным возрастом более 32 недель – лишь у 7,7%.

**Заключение.** Выявленные факторы риска (экстрагенитальная патология, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, неблагоприятное течение беременности) способствовали прерыванию беременности в более ранние сроки (до 28 нед). Дети с низким сроком гестации (до 28 нед) достоверно чаще и более длительно находились на искусственной вентиляции легких. Кроме того, у данной группы детей чаще отмечалось осложненное течение РДС. Несмотря на проведение профилактических мероприятий, БЛД развилась у четверти обследованных недоношенных, что диктует необходимость совершенствования профилактических и лечебных подходов при выхаживании таких детей.

## 115 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПАТТЕРНОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Павлинова Е. Б., Оксеньчук Т. В., Кривцова Л. А.

*Омская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Исследование функционального состояния респираторного тракта новорожденного ребенка с помощью общепринятых методов затруднительно. В связи с этим предложен новый метод — бронхофонография (БФГ).

**Цель исследования:** изучить возможности бронхофонографии (БФГ) в диагностике респираторной патологии у недоношенных детей.

**Пациенты и методы.** Обследовано 27 недоношенных детей со сроком гестации 27–35 нед, контрольную группу составили 36 недоношенных детей со сроком гестации 33–36 нед без респираторных нарушений.

**Результаты.** У детей с РДС по сравнению с детьми контрольной группы выявлено значимое увеличение акустической работы дыхания (АРД) в общем диапазоне 1,2–12,6 кГц, при этом показатели АРД в высокочастотном диапазоне статистически не отличались ( $p = 0,236$ ). Это свидетельствует о наличии преимущественно рестриктивных нарушений у детей с РДСН. Бронхообструкция выявлялась в виде увеличения акустической работы дыхания в высокочастотном спектре (5,0–12,6 кГц), а также увеличением относительного коэффициента К2 и была характерна для детей, впоследствии развивших БЛД. Для детей с БЛД характерно увеличение показателя АРД как в общем диапазоне (0,2–12,6 кГц), так и в высокочастотном диапазоне (5,0–12,6 кГц), что характеризует не только наличие бронхиальной обструкции, но и нарушения по рестриктивному типу за счет фиброза легочной паренхимы.

**Заключение.** БФГ — объективный неинвазивный и быстрый способ оценки функции внешнего дыхания у новорожденных детей, в том числе недоношенных. Увеличение показателей АРД и относительного коэффициента К в высокочастотном диапазоне (5,0–12,6 кГц) свидетельствует об изменении просвета дыхательных путей вследствие их спазма и/или отека (бронхообструкции); увеличение показателей АРД и относительного коэффициента К всего частотного диапазона (0,2–12,6 кГц) без существенных изменений в высокочастотном спектре свидетельствует о преимущественно рестриктивных нарушениях в легких.

116

## **РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

**Пенкина Н. И., Макарова М. В., Назмиева А. Р., Яковлева Л. А.**

*Ижевская государственная медицинская академия*

**Цель исследования:** изучить влияние образовательных программ в сестринском деле, направленных на сохранение грудного вскармливания и снижение заболеваемости детей первого года жизни.

**Пациенты и методы.** В детской поликлинике № 1 г. Ижевска был организован постоянно действующий семинар для участковых медицинских сестер по вопросам грудного вскармливания. В детской поликлинике № 5 обучение не проводилось. Знания медицинских сестер тестировались до и после обучения по специальным вопросам. Были разработаны буклеты по вопросам вскармливания детей первого года жизни для матерей и медицинских сестер. Нами проанализированы некоторые из основных показателей деятельности детской поликлиники (грудное вскармливание, заболеваемость новорожденных и детей первого года жизни) за последние 3 года.

**Результаты.** Тестирование знаний медицинских сестер обеих детских поликлиник до проведения обучающих семинаров выявило низкий уровень осведомленности (68,8% и 73,3%) о причинах гипогалактии, правилах введения прикормов. Повторное тестирование, проведенное через 1 год 3 мес, показало значительно возросший уровень знаний медицинских сестер в детской поликлинике № 1. В детской поликлинике с постоянно действующим семинаром произошел значительный рост показателя грудного вскармливания (2006 г. — 67,3% и 63,4%; 2008 г. 73,2% и 67,2%), снизилась заболеваемость детей первого года жизни (2006 г. — 5372,8 и 3660,0 на 1 тыс. детей; 2008 г. — 5191,3 и 3528,7 на 1 тыс. детей), достигнуто снижение частоты атопического дерматита (19,2% и 46,2%,  $p < 0,05$ ), заболеваемости ОРВИ (38,0% и 69,2%,  $p < 0,02$ ) и анемией (34,2% и 61,5%,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о необходимости постоянного повышения уровня знаний медицинских сестер по вопросам вскармливания детей первого года жизни, что позволяет повышать показатель грудного вскармливания, снижать заболеваемость детей первого года жизни.

117

**ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИНДУЦИБЕЛЬНОЙ NO-СИНТАЗЫ****Петрова И. В., Смирнова И. Ю., Стояк В. А.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск.*

**Актуальность.** В настоящее время в лечении бронхиальной астмы (БА) на первом месте стоят ингаляционные кортикостероиды. Эффективность лечения у детей зависит от различных факторов, в том числе, и от генетических.

**Цель исследования:** учитывая участие в формировании аллергического воспаления у больных астмой индуцибельной NO-синтазы (iNOS), целесообразным является изучение возможности достижения контроля БА в зависимости от полиморфизма гена iNOS.

**Пациенты и методы.** В исследование включено 65 больных среднетяжелой БА, на момент включения в исследование у всех пациентов отмечены симптомы, соответствующие среднетяжелой БА. Исследование генотипа полиморфизма G954C iNOS, осуществлялось методом ПЦР.

**Результаты.** На фоне лечения бекламетазона дипропионатом 400 мкг/сут в течение 24 нед у всех пациентов отмечено клиническое улучшение: уменьшение количества дневных и ночных симптомов БА, потребности  $\beta_2$ -агонистов короткого действия. Контроль болезни достигнут у 90,7% (n = 59) больных: у 58% — полный (n = 38), у 32% — частичный (n = 21); у 7 пациентов астма была неконтролируемой. Распределение генотипа полиморфизма G954C гена iNOS значительно различалось у больных с разным уровнем контроля БА. Вероятность достижения полного контроля значительно выше у носителей гомозиготы по «дикому» аллелю G (OR = 4,03; CI95% = 1,14–12,78; p = 0,003). Плохой контроль над БА связан с патологическим аллелем С, наличие которого более, чем в 4 раза увеличивает эту вероятность (OR = 3,39; CI95% = 1,31–8,94; p = 0,009). У носителей генотипа GG количество дневных симптомов, суточные колебания пиковой скорости выдоха было значительно меньше по сравнению с больными-носителями генотипа CC (p = 0,01; p = 0,049).

**Заключение.** Установлено, что достижение контроля БА у детей на фоне лечения ингаляционными кортикостероидами связано с носительством гомозиготы «дикого» аллеля G полиморфизма G954C промотора гена iNOS. Неконтролируемая БА связана с патологическим аллелем С. Изучение полиморфизма G954C промотора гена iNOS может способствовать прогнозированию неконтролируемого течения БА у детей.

118

## **ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ**

**Петрова И. Н., Ожегов А. М., Тарасова Т. Ю.**

*Ижевская государственная медицинская академия Росздрава*

**Актуальность.** Внутриутробные инфекции (ВУИ), являясь одними из наиболее серьезных заболеваний плода и новорожденного, часто служат причиной инвалидизации и отклонений в состоянии здоровья детей в последующие возрастные периоды.

**Цель исследования.** Оценка состояния здоровья детей первого полугодия, родившихся с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), ассоциированной с ВУИ.

**Пациенты и методы.** Обследовано 93 новорожденных ребенка с ЗВУР. Группу наблюдения составили 50 детей с цитомегаловирусной (21 ребенок), хламидийной (13), микоплазменной (7) и смешанной (9) инфекциями. Группу сравнения составили 43 ребенка с ЗВУР без признаков инфекции. В возрасте шести месяцев осмотрены 24 ребенка группы наблюдения и 21 ребенок группы сравнения.

**Результаты.** У новорожденных группы наблюдения чаще регистрировались врожденные пороки развития (36,0%,  $p < 0,01$ ), пневмония (36,0%,  $p < 0,001$ ), ринит (18,0%,  $p < 0,001$ ), гепатит (18,0%,  $p < 0,001$ ), инфекция мочевыводящих путей (12,0%,  $p < 0,01$ ), анемия (28,0%,  $p < 0,001$ ), тромбоцитопения (14,0%,  $p < 0,01$ ), перинатальное поражение ЦНС (92,0%,  $p < 0,001$ ), конъюгационная желтуха (46,0%,  $p < 0,01$ ). Только у детей данной группы наблюдались кефалогематома (10,0%), менингоэнцефалит (4,0%), кардит (2,0%), дакриоцистит (4,0%), аспирационный (10,0%), судорожный (6,0%) и геморрагический (4,0%) синдромы, отек головного мозга (8,0%), температурная реакция (12,0%,  $p < 0,01$ ). В возрасте шести месяцев большинство детей группы наблюдения имели низкие и ниже среднего показатели роста и веса (75,0% и 66,7%, соответственно,  $p > 0,05$ ) и дисгармоничное физическое развитие (41,7%,  $p < 0,05$ ). У них чаще регистрировались последствия перинатального поражения ЦНС (91,7%,  $p < 0,05$ ), задержка нервно-психического развития (33,3%,  $p < 0,01$ ), низкие показатели резистентности (41,7%,  $p < 0,01$ ). II и III группы здоровья были определены у 75,0% и 8,3% детей группы наблюдения ( $p > 0,05$ ), IV группа здоровья — у 16,7% ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** ЗВУР, ассоциированная с ВУИ, оказывает неблагоприятное влияние на развитие детей в последующие возрастные периоды.



## 119 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДОМЕ РЕБЕНКА И ДЕТЕЙ, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ № 1 Г. ЯКУТСКА

Петюрканова Ю. Е., Ножнинова О. В., Саввина А. Д.

*Поликлиника № 1, Якутск*

**Актуальность.** В настоящее время проблема детей, оставшихся без попечения родителей, приобретает особое значение. Более трети их них воспитываются в государственных учреждениях закрытого типа. Но какие бы условия в них, ни были созданы, эти учреждения не способны заменить семьи, что без сомнения, отражается на состоянии здоровья детей, лишенных родительского попечения.

**Цель исследования.** Сравнительная оценка состояния здоровья детей, наблюдающихся в МУ «Поликлиника № 1» и детей-сирот, воспитывающихся в МУ «Городской специализированный дом ребенка» г. Якутска.

**Пациенты и методы.** Объектом исследования явились дети-сироты и дети из семей в возрасте от 1 до 3 лет. Проведен анализ 58 медицинских карт ф.112/1 у и 23 — ф.112. Определены две группы: основная 58 (71,6%) — воспитанники ГСДР и контрольная 23 (28,4%) — дети из семей. Проведены комплексное обследование, осмотры педиатра, невролога, офтальмолога, отоларинголога, хирурга, ортопеда.

**Результаты.** По данным осмотра на 1 месте в обеих группах — болезни ЦНС у 49 (51,8%). На 2 месте в основной группе — ВПР — 31 (53,4%), в т.ч. у 19 (32,7%) — ВПС, у 14 (24,2%) — синдром Дауна, в контрольной группе — болезни лор-органов. На 3 месте в основной группе у 29 (49,9%) — гипотрофия, у 5 (8,6%) — рахит, в контрольной — тимомегалия у 2 (8,7%), недостаток веса у 2 (8,7%). На 4 месте — гипохр. анемия в основной группе — 20 (34,5%), в контрольной группе — 3 (13%). По УЗИ внутренних органов в основной группе — гепатомегалия у 5 (8,6%), спленомегалия — 4 (6,9%), увеличение желчного пузыря у 3 (5,2%). В контрольной группе у 2 (8,7%) — умеренная гепатомегалия. Детей I группы здоровья в основной группе нет, в контрольной группе — 1 (4,3%). II группа здоровья установлена у 11 (18,9%) детей из основной группы и у 22 (95,6%) из контрольной, III группа здоровья — у 20 (34,5%), IV группа — у 17 (29,3%), V группа — у 10 (17,2%) детей из основной группы.

**Заключение.** Сравнительный анализ состояния здоровья детей, наблюдающихся в поликлинике и детей-сирот, воспитывающихся в доме ребенка, показал, низкий уровень здоровья детей-сирот, определяющий важность проведения социальной и медицинской реабилитации детей-сирот.

## 120 ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ

Пикуза О. И., Зиганшина Л. Е., Гиниятова Л. Р.

*Казанский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Антигистаминные препараты (АГП) широко используются в педиатрической практике и являются препаратами выбора в терапии аллергических заболеваний. Однако, в настоящее время сохраняются стереотипы назначения этих лекарственных средств при патологии респираторного тракта с целью профилактики аллергических реакций в комбинации с антибактериальными препаратами, а также в терапии обструктивного синдрома.

**Цель исследования:** изучение роли АГП в комплексной терапии детей с острым обструктивным бронхитом (ООб) и острой пневмонией (ОП), в частности их влияния на состояние ребенка, продолжительность респираторного синдрома, динамику физикальных и лабораторных данных.

**Пациенты и методы.** Проанализировано 84 медицинские карты стационарного больного с диагнозом ООб и 48 карт с диагнозом ОП. Детям от 4 месяцев до 15 лет одновременно с антибактериальными, муколитическими и бронхолитическими средствами был назначен один из АГП (хлоропирамин, лоратадин). 70 больных составили контрольную группу.

**Результаты.** При лечении детей с респираторной патологией при включении в терапию АГП, мы не отметили выраженного лечебного эффекта на изучаемые показатели. Практически с достоверностью ( $p = 0,04$ ) на 1,2 дня позже наступало улучшение в состоянии больного с ООб, а в случае с ОП еще в более поздние сроки на 1,8 дня купировался респираторный синдром. По физикальным и лабораторным данным достоверного различия выявлено не было.

**Заключение.** Таким образом, при включении в комплексную терапию острой респираторной патологии АГП, столь широко применяемых в педиатрической практике, нам не удалось зафиксировать выраженного эффекта на процесс выздоровления. Увеличение продолжительности респираторного синдрома мы склонны связать с увеличением вязкости мокроты при непродуктивном кашле при применении препаратов I поколения. А также убедительно доказана нецелесообразность совместного применения их с антибиотиками для предотвращения аллергических реакций. В связи с этим, АГП нельзя рассматривать как препараты выбора в лечении заболеваний респираторно тракта.

121

**ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ:  
АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ  
НОВОРОЖДЕННЫХ****Подуровская Ю. Л., Кучеров Ю. И., Хаматханова Е. М., Дорофеева Е. И.,  
Машинец Н. В., Жиркова Ю. В., Панов В. О., Кулабухова Е. А.***Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика  
В. И. Кулакова*

**Актуальность.** Актуальность проблемы пороков мочевого выделительной системы не вызывает сомнений.

**Цель исследования:** оценить степень реализации антенатально выявленных пороков мочевого выделительной системы и определить план ведения новорожденных в соответствии с постнатально подтвержденными данными.

**Пациенты и методы.** Настоящее исследование основано на 95 клинических наблюдениях беременности, родов и периода новорожденности пациентов за период с 2004 по 2008 годы на базе ФГУ НИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова Росмедтехнологий.

**Результаты.** Гидронефроз выявлен у 25 детей. У 10 из них дилатация лоханки превышала 25 мм, паренхима была истончена более чем на 50%, функция снижена до 40%, эти дети были прооперированы в периоде новорожденности.

Мегауретер был выявлен у 29 детей. У 11 из них был доказан органический характер обструкции в области уретерovesикального сегмента, поэтому им была проведена хирургическая коррекция.

У 4-х детей диагностирован уретерогидронефроз верхнего сегмента удвоенной почки на фоне уретероцеле с этой же стороны, в этих случаях использовались возможности эндоскопии. Двум детям с потерей функции верхнего сегмента почки на фоне обструкции мочеточника проводилась геминефруретерэктомия.

Мультикистоз почки обнаружен у 24 детей. Из них у 12 размер мультикистозного комплекса превышал 60 мм, им проводилась нефрэктомия, в том числе и лапароскопическая.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс III–V степени — у 5 детей, проводилась консервативная терапия. Гипоплазия одной из почек встретилась в 4 случаях.

Двое детей родились с крайне тяжелой формой синдрома Prune-Belle, с атрезией уретры и гипоплазией легких, они погибли в 1-е сутки жизни.

**Заключение.** Таким образом, почти все случаи выявленного расширения ЧЛС были подтверждены постнатально, что оправдывает целесообразность УЗИ-обследования беременных и перевода детей после рождения в специализированные отделения для более углубленного обследования, уточнения диагноза и своевременного лечения (в том числе и оперативного).

122

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С МУЛЬТИКИСТОЗОМ ПОЧЕК

Подуровская Ю. Л., Кучеров Ю. И., Хаматханова Е. М., Дорофеева Е. И.,  
Машинец Н. В., Жиркова Ю. В., Титков К. В., Буров А. А.

*Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова*

**Актуальность.** Вопрос о тактике лечения при мультикистозе почек у новорожденных остается спорным.

**Цель исследования:** определить показания к хирургическому лечению и консервативному наблюдению при мультикистозе почек у новорожденных.

**Пациенты и методы.** За период с 2004 по 2008 год наблюдалось 24 новорожденных ребенка с мультикистозом почки. Всем пациентам диагноз был поставлен антенатально на сроках беременности от 18 до 24 нед. Интересно отметить, что в 16,7% (4 случая) данная беременность наступала путем экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

**Результаты.** После рождения детям проводилось обследование: ультразвуковая сонография почек, лабораторные исследования крови и мочи, НСГ, ЭКГ, по необходимости — цистография и МРТ мочевыделительной системы.

Если общий размер кистозного комплекса не превышал 50 мм, оперативное вмешательство не проводилось. Дети выписывались на амбулаторное наблюдение. Катамнез консервативного ведения прослежен от 6 мес до 2,5 лет. У всех детей отмечена регрессия размеров мультикистозного комплекса, при этом контрлатеральная здоровая почка имела признаки викарной гипертрофии без нарушения функции и уродинамики. У 2-х пациентов через 1,5 года мультикистозный комплекс обнаружен не был. Все дети развиваются соответственно возрасту.

12 детям (50%) проведена нефрэктомия (в том числе и лапароскопическая). В этой группе пациентов размеры кистозного комплекса превышали 60 мм, максимальный диаметр кисты достигал 40 мм. В 1-м случае на 2-е сут жизни ребенка было выявлено нагноение одной из кист мультикистозной почки, еще в двух случаях отмечалось нарушение пассажа по кишечнику вследствие огромного размера мультикистозного комплекса (более 120 мм). Оперативное вмешательство проводилось на 6–7-е сут жизни (после купирования гипербилирубинемии новорожденных). Послеоперационный период протекал гладко, швы снимали на 5–7-е сут, пациенты выписывались домой. Катамнез в течение одного года — все дети здоровы.

**Заключение.** Хирургическое лечение показано при размере мультикистозного комплекса более 50 мм.



## 123 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ШКОЛЬНИКОВ ЭВЕНКИИ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИВОТНОГО БЕЛКА

Поливанова Т. В.

*НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН*

**Актуальность.** Животный белок (ЖБ) ингредиент пищи, обеспечивающий оптимальные параметры здоровья у коренных жителей Севера.

**Цель исследования:** изучить влияние количества ЖБ в питании на распространенность и клинико-морфологические проявления гастродуоденальной патологии у школьников этнических популяций Эвенкии.

**Пациенты и методы.** 508 школьников коренного и пришлого населения Эвенкии. Изучено потребление ЖБ методом «суточного воспроизведения» с использованием муляжей продуктов (дети были разделены на 2 группы: потребляющие ЖБ < 0,5 г/кг массы тела и потребляющие ЖБ > 0,5 г/кг массы). Всем пациентам проводились фиброгастродуоденоскопия, морфологическое исследование слизистой оболочки желудка.

**Результаты.** При потреблении ЖБ < 0,5 г/кг массы в сут диспепсия диагностирована у 62,6% эвенков и в 41,9% у детей, потребляющих ЖБ в большем количестве. У пришлых детей показатели составили 44,3% и 33,1%, соответственно. При снижении ЖБ в питании в обеих популяциях увеличивалась распространенность диспепсии с абдоминальной болью. У пришлых детей увеличивались и эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны ( $p < 0,05$ ), чего не установлено у эвенков. В целом морфологическая картина слизистой оболочки антрального отдела желудка у пришлых детей чаще, чем у эвенков, была представлена гастритом 2–3 степени активности. При потреблении ЖБ < 0,5 г/кг массы гастрит 2–3 степени активности имели 54,3% европеоидной расы, а при уровне потребления ЖБ > 0,5 г/кг массы — 8,1% ( $p < 0,0001$ ). У эвенков при потреблении ЖБ < 0,5 г/кг массы отмечена лишь тенденция к увеличению активности гастрита.

**Заключение.** Результаты свидетельствуют о функциональных особенностях желудочно-кишечного тракта у школьников этнических популяций Эвенкии, в том числе и в условиях дефицита ЖБ в питании, что формирует особенности клинико-морфологических проявлений гастродуоденальной патологии.

124

## КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Поливанова Т. В., Горбачева Н. Н.

*НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН*

**Актуальность.** Функциональная диспепсия (ФД) у значительной части детей имеет психофизиологическую природу и нуждается в своевременной, адекватной коррекции.

**Цель исследования:** оценить эффективность применения Тенотона детского в комплексном лечении болевого синдрома у детей с функциональной диспепсией.

**Пациенты и методы.** В исследование было включено 60 школьников (основная группа — 39, контрольная — 30 детей) в возрасте 7–16 лет с болевым вариантом ФД. Диагноз подтвержден данными эзофагогастродуоденоскопии, УЗИ органов брюшной полости, клиническим анализом крови. Все получали идентичную соматотропную терапию. Дети основной группы дополнительно получали Тенотен детский по 1 таб. 3 раза в сут в течение мес. В дневниках самоконтроля фиксировались жалобы на эпигастральную боль и ее продолжительность. Оценивался уровень эмоциональной нестабильности по шкале Г. Ю. Айзенка «нейротизм–эмоциональная стабильность».

**Результаты.** Отмечено положительное влияние исследуемого препарата на динамику эпигастральной боли у детей с ФД. Болевой синдром у детей основной группы после месячного лечения сохранялся у 46,7% детей ( $p < 0,0001$ ), в контрольной — у 63,3% ( $p = 0,0004$ ).

У 33,3% детей основной и 40,0% контрольной групп при поступлении определялась эмоциональная нестабильность. В основной группе у детей с эмоциональной нестабильностью в ходе лечения отмечена более значимая положительная динамика продолжительности болевых приступов. Первые 10 дней лечения у детей основной группы средняя их продолжительность составляла 76,5 мин, у детей контрольной группы — 57,6 мин. В конце лечения эти показатели составили 7,9 мин и 25,7 мин, соответственно ( $p = 0,047$ ).

**Заключение.** Установлен положительный клинический эффект применения препарата Тенотен у детей с болевым вариантом функциональной диспепсии, в первую очередь, при психосоматическом ее характере.

125

**АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ШКОЛЬНОГО ПИТАНИЯ  
СТАРШЕКЛАССНИКОВ****Привалова И. Л., Бредихина А. Г., Минакова А. П., Остапенко Т. П.***Курский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Неудовлетворительное качество школьного питания является одной из причин возникновения алиментарозависимых заболеваний более чем у 30% современных школьников.

**Цель исследования:** проанализировать состояние здоровья и особенности питания старшеклассников в школе на примере средней школы № 27 г. Курска.

**Пациенты и методы.** Были обследованы 100 учащихся 9–11 классов средней школы № 27 г. Курска. Методы — анализ заболеваемости учащихся и их обеспеченность витаминами, анкетирование, анализ школьного меню.

**Результаты.** Установлено, что наиболее распространенными являются нарушения зрения, патология опорно-двигательной системы и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, которые в значительной степени обусловлены характером питания.

Школьную столовую посещают 98% старшеклассников. Однако 46% подростков посещают ее изредка, 43% — обедают и лишь 11% учащихся завтракают и обедают в школьной столовой.

Дополнительно дети покупают еду в школьном буфете (30%) или пользуются услугами близлежащих магазинов (59%). 84% школьников выбирают мучные изделия и чипсы. Любимым напитком является кока-кола. 73% учащихся практически ничего не знают о качестве этих продуктов.

Средняя калорийность школьного обеда соответствует нижней границе нормы и достигается, в основном, за счет мучных изделий и круп. Количество углеводов школьного меню приблизительно соответствует норме, тогда как по белкам и жирам оно является несбалансированным. В то же время установлена недостаточная обеспеченность организма детей витаминами А (48%), С (59%), Е (52%), а также В (35,5%) и D (35%).

**Закключение.** Выявленные данные позволяют разработать проект, направленный на повышение информированности учащихся о свойствах продуктов питания, корректировку школьного меню и оптимальное взаимодействие с комбинатом школьного питания.

126

## ФАКТОРЫ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ ГРУДНОГО МОЛОКА В ПЕРВЫЕ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ ЛАКТАЦИИ

Протасова Н. В., Кондратьева Е. И., Барабаш Н. А., Перевозчикова Т. В.,  
Файт Е. А., Станкевич С. С., Копырина Т. В.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Грудное молоко влияет на иммунный статус ребенка. В связи с этим все большее внимание привлекают иммунологические свойства грудного молока.

**Цель исследования:** изучить содержание цитокинов грудного молока у женщин с разным уровнем здоровья в течение первых шести месяцев лактации.

**Пациенты и методы.** Изучали состав грудного молока 53 женщин в возрасте от 19 до 35 лет. 1 группу составили 32 практически здоровые лактирующие женщины; 2 группу — 21 женщина, перенесшая во время беременности и лактации острые заболевания или обострение хронических. Определение ИЛ 1 $\beta$  и ИЛ 10 в грудном молоке, в супернатанте макрофагов (Мф) до и после стимуляции ЛПС проводили иммуноферментным методом. Забор молока проводился на 3–5 сут, на 1, 3, 6 мес лактации.

**Результаты.** Уровень исследуемых цитокинов в молоке здоровых и больных женщин в динамике лактации достоверно не изменялся. В супернатанте грудного молока у здоровых женщин уровень ИЛ 1 $\beta$  снижался в динамике лактации к 3 мес (30,31 пкг/мл и 5,61 пкг/мл,  $p = 0,04$ ). Содержание ИЛ 10 снижалось к 3 мес (54,08 пкг/мл и 26,98 пкг/мл,  $p = 0,03$ ) и 6 мес (54,08 пкг/мл и 26,29 пкг/мл,  $p = 0,04$ ) по сравнению с 3–5 днем лактации. В динамике лактации у женщин 2 группы концентрация ИЛ 1 $\beta$  снижалась на протяжении лактации в 1 мес, 3 мес и 6 мес (36,35 пкг/мл и 5,24 пкг/мл,  $p = 0,01$ ; 5,06 пкг/мл,  $p = 0,05$ ; 3,39 пкг/мл,  $p = 0,01$ ) по сравнению с 3–5 днем лактации. Аналогично изменялось содержание противовоспалительного ИЛ 10 (115,7 пкг/мл и 34,37 пкг/мл  $p = 0,01$ , 38,25 пкг/мл  $p = 0,01$ , 39,05 пкг/мл  $p = 0,01$ ). В супернатанте грудного молока у женщин с низким уровнем здоровья ИЛ 10 был выше на 6 мес лактации (26,29 пкг/мл и 61,66 пкг/мл,  $p = 0,03$ ) по сравнению со здоровыми женщинами. После стимуляции Мф ЛПС уровень ИЛ 10 достоверно снижался у женщин 2 группы, а у здоровых — повышался ( $p = 0,01$ ).

**Заключение.** Уровень цитокинов в грудном молоке в первые шесть месяцев лактации зависит от состояния здоровья кормящей женщины.



127

**ПИТАНИЕ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА:  
ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА И РОДИТЕЛЕЙ****Ратынская Н. В., Кондратьева Г. А., Федотова О. П.***Ярославская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Неправильное питание младенцев и последствия этого являются одной из главнейших мировых проблем и серьезным препятствием для социального и экономического развития.

**Цель исследования:** изучение фактического рациона питания детей грудного и раннего возраста, находящихся на стационарном лечении; определение осведомленности матерей по вопросам развития и питания детей; сопоставление мнения матерей о здоровье своего ребенка с врачебной оценкой.

**Пациенты и методы.** Анкетирование родителей, анализ медицинской документации, клиническое обследование 32 детей с нутритивными расстройствами (16 девочек и 15 мальчиков) в возрасте от 1 месяца до 32 месяцев, госпитализированных по поводу острых инфекций респираторного и мочевого тракта (30 детей) и расстройств питания (2 ребенка).

**Результаты.** Расстройство питания впервые установлено на амбулаторном этапе лишь у 1/6 части детей. При оценке физического развития дефицит массы преобладал над избытком массы (22 против 10), чаще регистрировалась I степень дефицита. Мнение матери по поводу недостаточности питания совпало с врачебным заключением у 9 из 22 детей с гипотрофией; и у 2 из 10 детей с избыточностью питания. Для улучшения физического развития детей родители использовали: «самостоятельные» массаж (13 детей) и гимнастику (6), препарат «Элькар» (2), попытки сохранить грудное вскармливание (1) и увеличить объем питания (1), не предпринимали никаких мер 12 семей. Информацию по питанию ребенка родители получали от подруг, родственников и средств массовой информации (20 семей), от медицинских работников (10), не имели никакой информации 2 семьи.

**Заключение.** Недостаточная осведомленность родителей по развитию и питанию детей требует усиления просветительской медицинской помощи семьям. Изначально ложные представления о качестве здоровья ребенка в раннем возрасте индуцируют развитие серьезных отклонений здоровья в более поздние периоды развития человека.

128

## **ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Романцова Е. Б., Приходько О. Б., Бабцева А. Ф.**

*Амурская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Профилактика заболеваемости новорожденных является одним из главных направлений профилактической медицины.

**Цель работы.** Изучить состояние здоровья новорожденных и детей I года жизни от матерей с бронхиальной астмой (БА).

**Пациенты и методы.** У 290 детей, рожденных от матерей с БА (I группа) и 70 детей от здоровых матерей (II группа) изучено физическое развитие, заболеваемость, ее структура. Определены биологические, социальные факторы, влияющие на частоту заболеваемости. Использован пакет программ Statistica 6.0.

**Результаты.** У 28,9% детей I группы отмечено удовлетворительное состояние здоровья, у 53,8% — средней степени тяжести, у 17,2% — тяжелое, во II группе соответственно 75,7% и 24,3%. У 46,9% детей I группы физическое развитие признано гармоничным, у 53,1% — дисгармоничным, что свидетельствовало о снижении адаптационных процессов. Во II группе эти показатели 58,6% и 41,4%. Определено влияние на заболеваемость и ее структуру у новорожденных степени тяжести астмы беременных, динамики ее течения и состояния адаптационных механизмов. У новорожденных I группы преобладали ишемическая гипоксия, внутриутробное инфицирование, задержка внутриутробного развития, респираторный дистресс-синдром, кардиопатия ( $p < 0,05$ ). Определена однотипность стрессовых реакций матери и ребенка в 32,4% случаев, антистрессовых — в 8%, что указывает на снижение адаптационно-компенсаторных возможностей в системе мать-плацента-плод, способствуя повышению заболеваемости детей.

У 120 детей I и II группы изучен отдаленный катамнез. Отмечена высокая доля влияния на заболеваемость детей биологических, социальных факторов. В катамнезе 55% детей I группы имели признаки атопического дерматита, у 20% отмечался бронхообструктивный синдром, 41,7% отнесены в группу часто болеющих, у 46,7% имелись вегето-висцеральные нарушения, что отличалось от показателей детей II группы ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Дети, рожденные от матерей с БА отличаются большей частотой дисгармоничного развития, большей заболеваемостью, полиорганностью поражения.

129

**СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 8–18 ЛЕТ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ****Саввина А. Д., Саввина Н. В., Ножнинова О. В., Грязнухина Н. Н.***МУ «Детская городская больница» Городского округа «Город Якутск»*

**Актуальность.** Исследования качества жизни позволяют получить информацию о влиянии заболевания на различные составляющие жизни ребенка и представление об индивидуальной реакции ребенка на болезнь.

**Цель исследования:** дать сравнительную характеристику качества жизни больных целиакией по полу и возрасту.

**Пациенты и методы.** Показатели качества жизни больных изучены с применением общего опросника PedsQLtm4.0 (Varni, 2001) по ведущим факторам: физическое функционирование (ФФ), эмоциональное функционирование (ЭФ); социальное функционирование (СФ); ролевое функционирование (РФ), суммарный балл психосоциального функционирования – ПСЗ (суммарная шкала ЭФ, СФ, РФ), а также оценивается общий балл (ОБ) по всем шкалам опросника.

В исследование были включены дети, больные целиакией 8–12 (n = 28) и 13–18 лет (n = 11) и их родители.

**Результаты.** По ответам детей с целиакией параметры качества жизни (КЖ) статистически значимо выше у подростков 13–18 лет по всем шкалам: ЭФ ( $66,3 \pm 19,5$  против  $54,2 \pm 13,5$ ,  $p < 0,05$ ), СФ ( $83,6 \pm 18,4$  против  $63,9 \pm 18,9$ ,  $p < 0,005$ ), РФ ( $65,9 \pm 13,0$  против  $55,1 \pm 14,9$ ,  $p < 0,05$ ), кроме ФФ, чем у детей 8–12 лет. По ответам родителей в обеих возрастных группах имеются статистически значимые различия по всем шкалам опросника ( $p < 0,001$ ).

Статистически значимо высокие показатели КЖ по шкале ЭФ у больных мальчиков, чем у девочек 8–12 лет по ответам детей и родителей ( $75,9 \pm 17,6$  и  $65,3 \pm 21,7$ ,  $p < 0,005$ ). У подростков, больных целиакией статистически значимо высокие показатели КЖ у девочек (по ответам детей) по шкале ОБ ( $78,9 \pm 5,4$  против  $66,8 \pm 10,2$ ,  $p < 0,05$ ) и по шкале РФ ( $85,0 \pm 9,1$  против  $52,1 \pm 23,6$ ,  $p < 0,01$ ) и ПСЗ ( $86,6 \pm 10,8$  против  $59,5 \pm 23,0$ ,  $p < 0,05$ ) (по ответам родителей).

**Заключение.** Таким образом, в ходе исследования выявлены возрастные и гендерные различия параметров качества жизни детей 8–18 лет, больных целиакией. Это свидетельствует о возрастных различиях восприятия ребенком своего физического, эмоционального и социального функционирования и необходимости гендерного подхода к разработке профилактических и лечебных программ.

## 130 К ВОПРОСУ СОБЛЮДЕНИЯ ДИЕТЫ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Саввина А. Д., Саввина Н. В., Ножнинова О. В., Грязнухина Н. Н.

МУ «Детская городская больница» Городского округа «Город Якутск»

**Актуальность.** Основным методом лечения целиакии является пожизненное соблюдение безглютеновой диеты.

**Цель исследования:** изучить комплаенс детей, больных целиакией на современном этапе.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие родители 39 детей школьного возраста с целиакией. Анкета, содержащая вопросы питания (соблюдения диеты), заполнялась родителями, в большинстве случаев на вопросы отвечали матери – 38 (97,4%).

**Результаты.** Большинство родителей ( $n = 37, 94,9\%$ ) понимают необходимость диеты и отметили, что трудно соблюдать диету. Но, в I группе 3 респондента и во II группе 10 считают, что можно без вреда иногда нарушить диету (15,0% против 52,6%,  $p < 0,01$ ); 6 родителей из II группы считают, что нужны таблетки, а не диеты (31,6%,  $p < 0,01$ ) и 4 опрошенных из этой группы не верят в наличие заболевания (20,5%,  $p < 0,05$ ). Понимание необходимости диеты ребенком отметили 27 (69,2%) респондентов. Среди причин нарушений диеты: непонимание ребенком важности диеты – 10 (25,6%), материальные трудности семьи – 9 (23,0%), недостаточность знаний о безглютеновых продуктах – 4 (10,2%), негативное отношение ребенка к диете – 3 (7,7%). 13 (33,3%) респондентов отметили, что соблюдение диеты отрицательно повлияло на повседневную жизнь.

В I группе строго соблюдают диету 10 детей (50,0%), иногда нарушают – 8 (40,0%) и не соблюдают диету 2 ребенка (10,0%). В то время как, во II группе диету соблюдают только 3 ребенка, не соблюдают диету 10 детей (15,8% против 52,6%,  $p < 0,01$ ). В школе диету соблюдают 17 детей из I группы и 4 детей из II группы (85,0% против 21,1%,  $p < 0,01$ ). Строго соблюдают диету дети от 8 до 12 лет – 10, подростки от 13 до 18 лет только у 3 (соответственно 35,7% и 27,3%,  $p < 0,05$ ). Нарушают диету в основном дети 8 и 12 лет – 13 (46,4%), не соблюдают – в основном подростки от 13 до 18 лет – 7 (63,6%).

**Заключение.** Исследование комплаенса выявило ряд различий: зависимость соблюдения диеты от возраста ребенка и уровня образования родителей. Для успешного лечения больных требуется обучение больных детей и родителей правильной организации безглютеновой диеты.

131

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВЕДУЩЕЙ ПАТОЛОГИИ, ВЫЯВЛЕННОЙ В ХОДЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008 ГОД****Сависько А. А., Павленко В. Л., Выгонская Т. В., Волкова Л. П., Станкевич И. В., Михайлова В. Е., Полевиченко Е. В.***Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону*

**Актуальность.** Диспансеризация (Д) наиболее уязвимых категорий детей в рамках Национального проекта «Здоровье» с 2007 г. направлена на раннюю диагностику и комплексное лечение выявленной патологии. Корректный анализ ее структуры актуален для мониторинга эффективности ежегодных лечебно-диагностических мероприятий и выбора приоритетных оздоровительно-реабилитационных программ.

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ структуры ведущей патологии среди различных категорий детей Ростовской области (РО), прошедших диспансерный осмотр (ДО) в 2008 году в числе сирот либо детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

**Пациенты и методы.** Проведен комплексный ДО 7445 детей силами сотрудников 140 лечебно-диагностических учреждений РО. Дети находились в стационарных учреждениях системы здравоохранения (СЗ) (n = 3001), просвещения (СП) (n = 3510) и соцзащиты (n = 934). Статистический анализ данных выполнен с помощью критерия Пирсона  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** У 97,1% детей выявлено следующее количество заболеваний: 10438 среди детей, находящихся в стационарных учреждениях СЗ, 10201 — СП и 2517-системы соцзащиты, что составило в среднем 2,9 заболевания на 1 ребенка. Наиболее высокий удельный вес от всех зарегистрированных случаев заболеваний детей в стационарах СЗ составили психические расстройства и расстройства поведения (21,6%) за счет заболеваемости воспитанников коррекционных школ и интернатов, что достоверно выше, чем аналогичные показатели для детей стационаров СП (10,0%) и соцзащиты (13,4%),  $p < 0,05$ . Ведущими видами патологии в стационарах СП являлись заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (17,5%), в стационарах соцзащиты-болезни органов пищеварения (23,4%). В результате проведенной Д лишь 2,9% обследованных детей признаны практически здоровыми.

**Заключение.** При планировании количества, состава и нагрузки специалистов диспансерных бригад среди различных категорий детей в различных стационарных учреждениях, а также последующих лечебно-профилактических мероприятий необходимо учитывать закономерности структуры патологии в СЗ, СП и соцзащиты.

132

## **АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА 894 C/G ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NOS С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ**

**Сазонов А. Э., Петрова И. В., Рукин К. Ю.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Распространенность атопического дерматита (АтД) в детском возрасте растет повсеместно. Актуальность проблемы АтД определяется как медицинскими задачами, так и социально-экономическими, т.к. прогрессирующее течение АтД приводит к снижению качества жизни (Научно-практическая программа союза педиатров России. М., 2000). Известно, что АтД наиболее часто является первым проявлением атопической триады.

В течение последнего десятилетия внимание многих исследователей привлекает участие оксида азота (NO) и его метаболитов в формировании и поддержании аллергического воспаления (Fabio L., Ricciardolo M., Peter J., 2004). Полиморфизм генов NO-синтазы может являться одним из факторов наследственной предрасположенности к атопическим болезням. (Фрейдин М. Б., 2001).

**Цель исследования.** Целью исследования было установить вклад полиморфизма 894 C/G eNOS в развитие БА и АтД у детей.

**Пациенты и методы.** В исследование включено 920 детей больных БА и 847 детей больных АтД. Контрольная группа 720 практически здоровых детей. В исследование были включены дети одной возрастной категории (7–14 лет). Средний возраст больных составил  $10,5 \pm 1,3$  лет. Среди обследованных преобладали мальчики — 54,1%, девочек было — 45,9% чел. Выделение геномной ДНК из венозной крови пациентов проводили методом фенол-хлороформной экстракции. Исследование генотипа осуществлялось методом ПЦР с последующей рестрикцией.

**Результаты.** Риск формирования астмы достоверно ниже при наличии гомозиготы по «диному» аллелю G полиморфизма 894 C/G гена eNOS (RR = 0,91, CI95% = 0,89–0,93, p = 0,001).

Расчет рисков показал, что вероятность формирования АтД выше практически в 2 раза при наличии гетерозиготы GC (RR = 1,49, CI95% = 1,06–2,09, p = 0,001). Наличие же гомозиготы CC снижает риск развития АтД. Выявлено, что гетерозигота GC связана с тяжестью болезни: риск формирования тяжелого АтД в 5 раз выше, чем при других генотипах.

**Заключение.** Таким образом, в результате проведенного нами исследования выявлено, что полиморфизм 894 C/G eNOS ассоциирован с формированием БА и АтД у детей.

### 133

## ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Самойлова Ю. Г., Кравец Е. Б.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Стабильная нормогликемия являющаяся гарантией профилактики поздних осложнений при сахарном диабете (СД), несмотря на появление совершенных средств самоконтроля, сахароснижающих препаратов по-прежнему достигается с большим трудом.

**Цель исследования:** оценить эффективность использования суточного мониторинга глюкозы (CGMS) у детей и подростков с сахарным диабетом типа 1.

**Пациенты и методы.** В исследование было включено 76 пациентов с сахарным диабетом типа 1, давностью заболевания от 1 года до 15 лет ( $9,3 \pm 1,2$ ), в возрасте от 10 мес. до 18 лет ( $12,6 \pm 2,4$  лет), имевших высокие показатели глюкозы в крови ( $13,8 \pm 3,34$  ммоль/л), уровень HbA1c от 5,8 до 9,1 ( $8,1 \pm 1,35\%$ ). Большинство пациентов ( $n = 58$ ) находились на базисно-болюсном режиме инсулинотерапии, 18 человек использовали помповый режим введения инсулина. Мониторинг показателей глюкозы с помощью CGMS осуществлялся в течение трех-пяти дней.

**Результаты.** Проведенные наблюдения выявили скрытые эпизоды гипогликемий в дневное время у 34 пациентов, ночные гипогликемии регистрировались в 26 случаях, высокие значения пре- и постпрандиальной гипергликемии отмечались у 53 пациентов в различное время суток, давая возможность оценить индивидуальную потребность в инсулине. После обработки данных, полученных в ходе CGMS, осуществлялась коррекция инсулинотерапии, на фоне которой отмечалось снижение уровня HbA1c у пациентов с базисно-болюсным режимом инсулинотерапии на  $0,8 \pm 0,23\%$ , находящихся на помповой терапии на  $1,3 \pm 0,56\%$ . Достоверных различий в степени снижения уровня HbA1c в группе впервые заболевших и у детей с различными сроками СД отмечено не было.

**Заключение.** Использование суточного мониторинга глюкозы у детей и подростков сахарным диабетом типа 1 позволяет оптимизировать показатели углеводного обмена, способствуя достижению компенсации углеводного обмена, снижению инвазивности самоконтроля.

**134**

**ОСОБЕННОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ  
СИБИРСКОГО РЕГИОНА**

**Самойлова Ю. Г., Кравец Е. Б., Энерт А. В.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Санаторно-курортная помощь наряду с другими звеньями лечебно-профилактической работы обеспечивает мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения.

**Цель исследования:** оценить медико-социальную и экономическую эффективность санаторно-курортного этапа реабилитации детей и подростков с сахарным диабетом типа 1.

**Пациенты и методы.** Проведен анализ за 2000–2008 гг. углубленного клинико-лабораторного обследования, психологического тестирования, уровня качества жизни. Экономическая эффективность оценивалась по ABC-анализу, методу «затраты–эффективность».

**Результаты.** Проведенное исследование позволило выявить и своевременно назначить терапию по поводу нефропатии в стадии микроальбуминурии в  $12,4 \pm 1,3\%$ , нейроангиопатии нижних конечностей в  $16,2 \pm 1,6\%$ , сопутствующей патологии гастродуоденальной системы в  $26,6 \pm 2,7\%$ , гепатобилиарной в  $34,2 \pm 3,8\%$ ; провести коррекцию инсулинотерапии, способствуя нормализации показателей гликемии, на фоне физиотерапевтических процедур уменьшились проявления липодистрофий. Психологическое тестирование свидетельствовало о выраженных симптомах социальной дезадаптации (особенно для сельских детей), низком уровне мотивации к самоконтролю и снижению общего уровня качества жизни. Контрольное тестирование и скрининг осложнений, проводимые через 3 и 6 месяцев, показало, что уменьшились значения гликированного гемоглобина с  $9,3 \pm 1,2\%$  до  $8,4 \pm 0,7\%$ , что свидетельствовало об улучшении компенсации углеводного обмена. Обучение в «Школе диабета» с учетом выявленных психологических особенностей, проводимое на этапе реабилитации способствовало повышению показателей социальной адаптации, снижению тревожности, повышению комплайнса, отдельных показателей качества жизни и частоты проведения самоконтроля.

**Заключение.** Реабилитационные мероприятия экономически целесообразны для семьи пациента и экономически выгодны для государства в целом, так как уменьшилось число госпитализаций по поводу острых осложнений сахарного диабета.



## 135 ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА УЧАСТКЕ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Самороднова Е. А., Шошкина Н. К., Малова М. А.

*Казанский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Неадекватное питание на ранних этапах развития ведет к перманентным нарушениям роста и развития ребенка. Поэтому организация рационального вскармливания на первом году жизни является актуальной задачей.

**Цель исследования:** изучить организацию питания детей первого года жизни на участке городской поликлиники.

**Пациенты и методы.** Изучены амбулаторные карты и проведен опрос-анкетирование матерей 90 детей, родившихся в 2006–2007 гг., по вопросам организации питания на первом году жизни.

**Результаты.** В роддоме только треть детей находилось в палате «мать и дитя» и получало питание «по требованию»; остальные (72%) получали питание «по режиму», что не исключало получение ими искусственных смесей и допаивание водой. Более 30% детей не были приложены к груди в родзале сразу после рождения. По нашим данным, только 42% детей находились на грудном вскармливании более 6 месяцев, остальные получали грудь до 3 мес — 24% и до 6 мес — 22%, несмотря на то, что при детской поликлинике работает школа по поддержке естественного вскармливания. Отмечено несоблюдение рекомендуемого порядка введения прикормов, особенно у детей, родившихся от повторных родов (32%), так как их матери, по-видимому, не уделяют должного внимания советам медработников. Так продукты из цельного коровьего молока дети начинали получать с 6–7 месяцев. В рационе питания детей, не имевших отягощенного аллергологического анамнеза, практически отсутствовали: у 70% — рыба, желток (58%), мясо (10%). Кроме того, большинство детей получали одновременно несколько новых продуктов прикорма, что в ряде случаев сопровождалось диспепсическими явлениями и пищевой аллергией.

При опросе родителей было выявлено, что половина опрошенных больше доверяют мнению родственников, чем медработникам (40%).

**Заключение.** Необходимо усилить работу на этапе дородовых патронажей и, особенно, в роддомах. Наряду со школой по поддержке грудного вскармливания, перспективным является создание клубов кормящих матерей, для неформального обмена опытом.

136

## ФЕНОТИПИЧЕСКИЙ СОСТАВ ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ У ДЕТЕЙ С АДЕНОИДНЫМИ ВЕГЕТАЦИЯМИ

Сидорова О. Ю., Манчук В. Т., Кадричева С. Г.

*НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН*

**Актуальность.** Гипертрофия глоточной миндалины, и, как следствие, частые ОРИ, безусловно, негативно влияют на рост и развитие организма ребенка, способствуют возникновению хронических заболеваний (аденоидитов, синуситов, отитов и др.), являются ведущим фактором нарушения физиологических этапов формирования иммунной системы.

**Цель исследования:** изучение состояния иммунного статуса у детей с различной степенью гипертрофии глоточной миндалины.

**Пациенты и методы.** В исследование включено 45 детей в возрасте от 3 до 15 лет. Все дети находились на стационарном лечении с диагнозами — аденоидные вегетации II (n = 34) и II–III степеней (n = 11). У всех детей имелись выраженные клинические проявления (постоянно открытый рот, слизисто-гнойное отделяемое из носа, снижение слуха и др.).

Популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов крови оценивали с помощью метода непрямой иммунофлуоресценции с использованием моноклональных антител к CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, HLA-DR. Дополнительно вычисляли иммунорегуляторный индекс (CD4+/CD8+).

**Результаты.** Выявлено повышение содержания лейкоцитов крови при снижении относительного количества лимфоцитов. Исследование показателей клеточного иммунитета выявило снижение относительной концентрации CD3+ лимфоцитов, которое определяется более низким относительным уровнем как CD4+, так и CD8+ клеток. При этом снижение концентрации CD4+ лимфоцитов происходит более значительно, что приводит к понижению значения иммунорегуляторного индекса у больных детей. В то же время у детей с аденоидными вегетациями повышается относительная и абсолютная концентрация CD19+ и HLA-DR+ клеток.

**Заключение.** Таким образом, у детей с аденоидными вегетациями II и II–III степеней изменены фенотипические параметры иммунитета. Причем на фоне снижения показателей Т-клеточного звена, количество В лимфоцитов повышено.

137

**АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ****Сизов Е. Е., Красильникова Е. А., Сморгон А. В., Деев И. А.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Регулярное наблюдение и анализ состояния здоровья детей необходимы для эффективного выявления предикторов формирования групп риска. Таким образом, существует необходимость в информационных системах (ИС), позволяющих оценивать риски формирования тяжелых состояний путем анализа индикаторов тяжести, ассоциированных с имеющимися клиническими проявлениями болезни.

**Цель исследования:** разработать автоматизированную информационную систему диспансеризации и мониторинга состояния болезни детского населения Томской области.

**Пациенты и методы.** ИС спроектирована с использованием UML (Unified Modeling Language – унифицированный язык моделирования) и реализована с помощью структурного программирования, клиент-серверных технологий, SQL (Structured Query Language).

**Результаты.** Разработанная ИС состоит из двух подсистем: DISPAN и ASSPED, которые связаны по средствам общей базы данных (БД). Каждая подсистема сопровождает отдельное организационное мероприятие (диспансерное наблюдение и мониторинг течения болезни) и работает на двух уровнях: местном (врач-педиатр) и областном (врач-аналитик). Для обеспечения требуемого уровня безопасности, оптимальной функциональности и достаточной эргономичности ИС предусматривает наличие четырех групп пользователей: администраторы, аналитики, операторы, врачи. Необходимым условием является наличие подключенного к Интернету компьютера и установленного на нем клиентского программного обеспечения.

**Заключение.** Учитывая организационные особенности автоматизируемых процессов, выбранную архитектуру подсистем, а также их функциональную организацию, была спроектирована и реализована многопользовательская, территориально распределенная ИС. Данная система базируется на классических клиент-серверных технологиях, что позволяет получать данные о состоянии здоровья детей Томской области в режиме реального времени, с возможностью формировать группы риска по тяжести течения болезни, а значит своевременно и эффективно планировать специализированную медицинскую помощь.

138

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Симанова Т. В., Ожегов А. М., Цыганок А. В., Петрова И. Н.

*Ижевская государственная медицинская академия*

**Цель исследования:** определить особенности течения раннего неонатального периода у новорожденных с муковисцидозом (МВ) для оптимизации тактики ранних диагностических и лечебных мероприятий.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ раннего неонатального периода жизни у 56 пациентов с МВ (основная группа, в зависимости от генотипа: delF508 – гомозиготы и гетерозиготы по мутации delF508; non delF508 – другие мутации) и 60 практически здоровых новорожденных (контрольная группа).

**Результаты.** При МВ в группе новорожденных с генотипом delF508 срок гестации к родам составил  $37,5 \pm 0,4$  недели, что ниже значений группы новорожденных с другими генотипами ( $39,0 \pm 0,07$ ,  $p < 0,01$ ) и контрольной группы ( $38,9 \pm 0,5$ ,  $p < 0,05$ ). Масса тела доношенных детей с генотипом delF508 составила  $2878,2 \pm 98,8$  г, детей с генотипами non delF508 –  $3315,3 \pm 24,0$  г ( $p < 0,001$ ). Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни у новорожденных с генотипом delF508 составила  $7,1 \pm 0,1$  и  $8,09 \pm 0,08$  балла соответственно, что ниже аналогичного показателя группы с генотипом non delF508 ( $7,6 \pm 0,05$  и  $8,45 \pm 0,06$  балла, соответственно  $p < 0,05$  и  $p < 0,01$ ). Убыль массы тела у детей с МВ составила  $263,3 \pm 9,7$  г, что достоверно больше показателя контрольной группы ( $158,8 \pm 11,9$  г,  $p < 0,001$ ). Новорожденные с МВ достоверно чаще имели различные нарушения процессов адаптации: пролонгированную гипербилирубинемия, отечный синдром, значительную потерю первоначальной массы тела. В стационарном лечении нуждались 57,1% новорожденных с МВ и лишь 8,6% детей контрольной группы ( $p < 0,001$ ). В последующем отклонения в состоянии здоровья на первом месяце жизни имели 87,5% детей с МВ, у них чаще регистрировались желтухи новорожденных, в том числе с пролонгированным течением, вирусные инфекции, неонатальная пневмония, сепсис, анемия, кардиопатия, врожденные аномалии развития. Мекониальный илеус встречался только при МВ (3,6%).

**Заключение.** Новорожденные с МВ имеют значительные отклонения в состоянии здоровья в раннем неонатальном периоде, что важно учитывать при оценке результатов первого этапа неонатального скрининга.



## 139 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Симанова Т. В., Ожегов А. М., Цыганок А. В., Петрова И. Н.

*Ижевская государственная медицинская академия*

**Цель исследования:** изучить особенности антенатального и интранатального периодов у новорожденных с муковисцидозом (МВ).

**Пациенты и методы.** Проведен сравнительный анализ акушерско-гинекологического анамнеза и течения беременности и родов у 56 женщин, родивших детей с МВ и 60 женщин, имеющих детей без данного заболевания (контрольная группа). Беременность была первой у  $42,8 \pm 6,6\%$  матерей детей с МВ и  $48,1 \pm 5,5\%$  матерей контрольной группы.

**Результаты.** Осложненный акушерский анамнез (самопроизвольный аборт, смерть детей в раннем неонатальном периоде, бесплодие, внутриутробная смерть плода) чаще отмечался у матерей пациентов с МВ ( $39,3 \pm 6,5\%$ , в контрольной группе  $8,5 \pm 3,1\%$ ,  $p < 0,001$ ). Самопроизвольный аборт до рождения ребенка с МВ имели 16 женщин ( $28,6 \pm 6,04\%$ , в контроле —  $7,2 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,01$ ). Возраст женщин при наступлении настоящей беременности в группе МВ был выше, чем в контрольной группе ( $27,3 \pm 0,4$  и  $23,7 \pm 0,6$  года,  $p < 0,001$ ). У  $83,9\%$  матерей детей с МВ и  $82,3\%$  матерей контрольной группы при беременности регистрировались гестозы, угроза прерывания, фетоплацентарная недостаточность, анемия. Число одновременно действующих на плод неблагоприятных факторов, обусловленных экстрагенитальной, генитальной патологией и осложнениями беременности, в группе пациентов с МВ и в контрольной группе не различалось. Физиологические роды имели  $46,4\%$  матерей детей с МВ и  $63,7\%$  женщин контрольной группы ( $p < 0,05$ ). У женщин, родивших детей с МВ, чаще наблюдались аномалии предлежания плода, стимуляция и акушерские пособия ( $42,8\%$ , в контрольной группе —  $21,7\%$ ,  $p < 0,01$ ), аномалии родовой деятельности ( $35,7\%$ , в контрольной группе —  $17,5\%$ ,  $p < 0,05$ ), преждевременные роды ( $14,3\%$ , в контрольной группе —  $3,6\%$ ,  $p < 0,05$ ), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты ( $3,6\%$ ).

**Заключение.** Состояние здоровья женщин обследованных групп характеризовалось высокой частотой экстрагенитальной и генитальной патологии, однако матери детей с МВ чаще имели в анамнезе неблагоприятные исходы предыдущих беременностей, осложненные и преждевременные роды.

## 140 СТАТИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Симонова М. С., Геппе Н. А., Субботина О. А.

*Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова*

**Актуальность.** Аутоиммунные заболевания — это группа болезней, при которых происходит разрушение органов и тканей организма собственной иммунной системой, которая в норме призвана распознавать и уничтожать чужеродные структуры. Иммунная система просто перестает правильно распознавать белки организма и, воспринимая их как «чужие», атакует их. При аутоиммунных заболеваниях поражается и орган зрения.

**Цель исследования:** изучение поражения органа зрения при аутоиммунных заболеваниях.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 113 пациентов с аутоиммунными заболеваниями. Возраст пациентов от 4 до 17 лет. Длительность основного заболевания — от 1 года до 16 лет. Среди обследованных пациентов: с системной склеродермией (СС) — 53 пациента, с системной красной волчанкой (СКВ) — 45 больных. Поражение глаз при аутоиммунных заболеваниях наблюдалось как в период обострения основного заболевания, так и в период ремиссии. Частота поражения девочек и мальчиков одинакова. Поражение органа зрения одностороннее (65,2%), у 34,8% пациентов — двустороннее.

**Результаты.** Из обследованных детей с СКВ у 31 ребенка (69%) было обнаружено поражение органа зрения: у 10 детей (32%) был диагностирован склероз хрусталика, у 5 пациентов (16%) — начальная катаракта, у 16 больных (52%) — изменение сосудов сетчатки, у 4 (12,9%) — иридоциклит. У всех больных с СКВ поражения сетчатки возникли на фоне изменения АД. Начальная катаракта была выявлена у пациентов, которые лечились по поводу основного заболевания от 1 года до 6 лет. Поражения глаз при СС широко варьирует: от конъюнктивитов (63%) до тяжелых иридоциклитов (7%). У 34% детей при СС поражается кожа век. У 60% детей иридоциклит возникает в первый год после возникновения заболевания. При СС у 15% детей развивается катаракта, у 69% детей наблюдается поражение сосудов сетчатки.

**Заключение.** Учитывая огромный спектр поражения органа зрения при аутоиммунных заболеваниях, первостепенным является вопрос совместного своевременного и адекватного лечения этих детей ревматологами совместно с офтальмологами.

141

**ВЫБОР ТЕРАПИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ****Симонова М. С.***Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова*

**Актуальность.** Системная красная волчанка (СКВ) — хроническое аутоиммунное заболевание, которое характеризуется поражением многих органов и систем. При СКВ поражается орган зрения, степень и характер поражений глаз связан с тяжестью основного заболевания.

**Цель исследования:** подбор наиболее оптимальных методов лечения у детей с заболеваниями глаз при системной красной волчанке.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 45 пациентов с СКВ в возрасте от 4 до 17 лет, у 31 (69%) из них было обнаружено поражение органа зрения: склероз хрусталика (32%), начальная катаракта (16%), патология сосудов сетчатки (52%), иридоциклит (8,8%). Дети проходили все необходимые методы обследования.

**Результаты.** Лечение прежде всего заключалось в устранении раздражителей, способных вызывать аллергическую реакцию. На протяжении всего ведения детей с системной красной волчанкой и с поражением органа зрения назначались нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды. Проводилась адекватная комплексная терапия сосудистыми препаратами с применением вазодилататоров, антиагрегантов. Общая терапия включала назначение антибиотиков, сульфаниламидов, противовоспалительных и десенсибилизирующих средств. При воспалительном процессе с поражением всего переднего отдела сосудистого тракта глаза применялись: 1% суспензия гидрокортизона; 0,1% дексаметазона. Подконъюнктивальные инъекции 0,4% раствора дексаметазона. При нормальном внутриглазном давлении для профилактики спаек в области зрачка применяли мидриатические средства — закапывали 1% атропин, мезатон. Для предотвращения развития катаракты назначали препараты, улучшающие энергетический обмен хрусталика: Тауфон, Офтан-катахром и др.

**Заключение.** При своевременно начатом и правильно подобранном лечении результаты были хорошими. Однако подход к каждому конкретному случаю должен быть индивидуальным. Рано начатое адекватное лечение у пациентов с системной красной волчанкой и поражением органа зрения позволяет добиться хороших результатов.

142

## **ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

**Ситникова Е. П., Серова О. А.**

*Ярославская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Условия жизни детей сельской местности и города значительно отличаются (низкие материальные возможности и социальный статус семей, плохие бытовые условия, ограничение качественной медицинской помощи), что не может не отражаться на течении заболеваний, в том числе ГЭРБ.

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ особенностей морфологических изменений слизистой оболочки (СО) пищевода у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, проживающих в сельской и городской местности.

**Пациенты и методы.** Обследовано 40 детей с ГЭРБ. Возраст пациентов —  $15 \pm 1,7$  лет. Сельских жителей — 22 ребенка, городских — 18 человек. Всем больным проведено комплексное гастроэнтерологическое обследование, включавшее ФГДС и суточную рН-метрию.

**Результаты.** По данным ФГДС выделены возможные особенности состояния слизистой оболочки пищевода у детей с доказанными (рН-мониторинг) патологическими кислыми и щелочными рефлюксами: 1) отсутствие эндоскопических изменений СО; 2) двигательные нарушения работы пищевода; 3) воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода. У сельских детей в три раза реже встречались визуальные изменения СО пищевода при доказанных патологических рефлюксах (т.е. преобладала эндоскопически негативная форма ГЭРБ). Двигательные нарушения работы пищевода по ФГДС чаще регистрировались у больных, проживающих в городе: гастро-эзофагеальный рефлюкс у 17% детей против 9% ( $p < 0,05$ ); дуодено-гастральный рефлюкс в 9% случаев против 3% ( $p > 0,05$ ). Установлено, что воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода (катаральный и фибринозный эзофагит) достоверно чаще встречались у детей, проживающих в городе ( $p < 0,05$ ), преимущественно мальчиков. Между тем, в нашем исследовании только у сельских детей были выявлены такие серьезные эндоскопические признаки, как полипы кардии (2 ребенка), скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (3 ребенка).

**Заключение.** Полученные данные могут свидетельствовать о недостаточном уровне диагностических возможностей гастроэнтерологических заболеваний у детей, проживающих в сельской местности.





## 143 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА VCL1 ГЕНА РЕЦЕПТОРА К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО АРТРИТА

Слизовская Н. Н., Новик Г. А.

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

**Актуальность.** Больные ювенильным хроническим артритом (ЮХА) имеют различную чувствительность к медикаментозной терапии. При тяжелых формах ЮХА одним из основных компонентов лечения является использование глюкокортикоидной терапии. Чувствительность больных к этой терапии оказывает существенное влияние на течение и исход ЮХА. Нельзя исключить влияние полиморфизма гена рецептора к глюкокортикоидам на дебют, эволюцию и чувствительность к терапии больных, страдающих ЮХА.

**Цель исследования:** выявление ассоциаций определенных генотипов и аллелей VCL1 полиморфизма гена глюкокортикоидного рецептора (GKR) с особенностями течения ЮХА.

**Пациенты и методы.** У 50 детей различного пола с тяжелым течением ЮХА проведено молекулярно-генетическое типирование VCL1 полиморфизма гена рецептора к глюкокортикоидам (GKR) у детей с ЮХА, обусловленного заменой цитозина на гуанин в 647 положении второго интрона.

**Результаты.** В группе из 20 (40%) детей, носителей генотипа CC полиморфного маркера VCL1 гена GKR, в дебюте заболевания отмечался моноартрит у 100%, в эволюции моноартикулярное поражение сохранялось у двоих (10%) детей, олигоартрит — у 12 (60%), полиартикулярное поражение суставов — у 6 (30%), односторонний увеит был выявлен у 4-х девочек. В этой группе больных выявлен АНФ. Длительность стероидной терапии в среднем составляла 6,5 мес, терапия метотрексатом — 4,5 г. У 60% носителей генотипа CC удалось добиться ремиссии.

Во второй группе больных — 24 ребенка, носителей генотипа GC VCL1 полиморфизма гена GKR, дебют заболевания характеризовался преимущественно олигоартритом с быстрым прогрессированием в полиартрит у 18 детей (75%), вовлечением осевого скелета у 10 (42%) детей, в эволюции олигоартрит отмечен у 6 детей, функциональные ограничения у 83,3% детей, отсутствие эффекта стероидной терапии у 58,3%. У 6 детей с ЮХА с системным дебютом и с генотипом GG — гена GKR развился эрозивный полиартрит.

**Заключение.** Наличие G-аллеля данного гена, вероятно, связано с неблагоприятным прогнозом течения ЮХА.

144

## ЮВЕНИЛЬНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ АРТРИТ С ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗ: ДЕБЮТ, ТЕЧЕНИЕ, ИСХОД

Слизовский Н. В., Новик Г. А.

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

**Актуальность.** В настоящее время увеличилось количество пациентов страдающих ювенильным хроническим артритом (ЮХА). Одним из тяжелых осложнений ЮХА является поражение глаз — ревматоидный увеит, который может привести к значительному снижению и даже к потере зрения.

**Цель исследования:** выделить особенности ЮХА с поражением глаз.

**Пациенты и методы.** Изучали больных ЮХА с поражением глаз по данным катамнеза 100 детей, 85 детей заболело в возрасте до 5 лет, из них 90 девочек и 10 мальчиков.

**Результаты.** Позитивными по АНФ были 75 девочек. У 95 детей АНФ выявлялся в дебюте. У 20 девочек выявлено снижение иммуноглобулина А. В дебюте отмечено поражение суставов у 85 детей и у 15 — поражение глаз. Сууставной синдром ограничивался моноолигоартритом в основном с поражением суставов нижних конечностей. Прогрессирование сууставного синдрома отмечено у 25 детей.

Изолированный двусторонний серознопластический увеит в дебюте заболевания был только у девочек раннего возраста (до трех лет) и характеризовался в дальнейшем быстрым инвалидизирующим прогрессированием с формированием триады Стилла в среднем за 3,5 года. Сууставной синдром присоединился спустя год — пять лет от начала поражения глаз, и имел шадящее течение со стиханием через пять лет. Они были малочувствительны к стероидной и базисной цитостатической терапии.

Дети со снижением иммуноглобулина А были позитивными по АНФ, имели двухсторонний серозный увеит, характеризующийся частым рецидивированием до шести раз в год. Провоцирующим фактором рецидивов были острые респираторные инфекции. Эти дети были высокочувствительны к местной и системной стероидной терапии. Стихание сууставного синдрома у них наступало через пять лет, при рецидивировании увеита. 65 детей имели волнообразное течение как увеита, так и сууставного синдрома, со стиханием у 50 детей через 10 лет.

**Заклучение.** Инвалидизирующее течение в раннем возрасте отмечено у больных с серознопластическим увеитом в дебюте.

145

**РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ NO-СИНТАЗ  
В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО МАРША У ДЕТЕЙ****Смирнова И. Ю., Петрова И. В., Стояк В. А., Деева Е. В., Деев И. А.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** В основе атопического марша (АМ) у детей, больных атопическим дерматитом (АтД) лежит развитие бронхиальной астмы (БА). Механизмы этого процесса изучены недостаточно. Важным компонентом аллергического воспаления является NO, который синтезируется эндотелиальной, нейрональной и индуцибельной изоформами NO-синтаз (NOS), активность которых зависит от внешних стимулов и от полиморфизма их генов.

**Цель исследования:** установить роль полиморфизма генов NO-синтаз в формировании атопического марша у детей.

**Пациенты и методы.** Включено 168 больных БА, 118 больных АтД, 112 больных БА в сочетании с АтД и 120 условно здоровых детей в возрасте от 0 до 18 лет. Все пациенты подвергнуты стандартному аллергологическому исследованию. Генотип полиморфизмов 276 С/Т nNOS, VNTR гена eNOS изучался методом ПЦР.

**Результаты.** Среди больных АтД в сочетании с БА тяжелых и среднетяжелых форм дерматита было меньше, чем среди пациентов, страдающих только АтД ( $p < 0,05$ ). Установлено, что риск формирования как АтД, так и БА связан с аллелем Т полиморфизма 276 С/Т nNOS ( $RR = 1,4$ ,  $CI_{95\%} - 1,05 - 1,87$ ;  $RR = 1,56$ ,  $CI_{95\%} - 1,25 - 2,27$ ). Выявлен наиболее неблагоприятный гаплотип, увеличивающий риск формирования болезни более, чем в 15 раз ( $p < 0,01$ ). В группе больных БА, а также больных БА в сочетании с АтД обнаружено, что более подвержены формированию болезни носители аллеля а полиморфизма VNTR гена eNOS ( $RR = 4,11$ ,  $CI_{95\%} - 1,34 - 11,57$ ;  $RR = 6,0$ ,  $CI_{95\%} - 1,36 - 26,53$ ). Для больных АтД выявлено, что наличие бронхообструктивного синдрома связано с аллелем а полиморфизма VNTR гена eNOS ( $OR = 3,68$ ,  $CI_{95\%} - 1,02 - 13,3$ ).

**Заключение.** Таким образом, формирование аллергических болезней связано с полиморфизмами генов nNOS и iNOS. Более подвержены реализации атопического марша больные-носители аллеля а полиморфизма VNTR гена eNOS. Проведенное исследование позволило выделить группу повышенного риска среди детей, больных АтД по формированию БА.

146

## **ИНТЕГРАЦИЯ АЛГОРИТМИЧЕСКОГО И ЭВРИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДОВ К ОБРАБОТКЕ ИНФОРМАЦИИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО РАБОЧЕГО МЕСТА ВРАЧА-АНАЛИТИКА**

**Сморгов А. В., Красильникова Е. А., Сизов Е. Е.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Медицинскими учреждениями накоплены большие объемы данных о состоянии здоровья пациентов. На основе этой информации, врачам, необходимо своевременно принимать решения о состоянии здоровья пациентов. Также из-за географического расположения нашей страны и недостатка узких специалистов в отдаленных районах Томской области остро встает вопрос о создании информационных систем поддержки принятия решений (СППР), позволяющих формировать группы пациентов по степени тяжести течения болезни и тем самым повысить качество и доступность медицинской помощи.

**Цель исследования:** разработка программного обеспечения специалиста аналитического отдела, поддерживающего формирование групп детей с повышенным риском развития тяжелых состояний.

**Пациенты и методы.** Метод выбора подходящего решения СППР основан на эвристическом и алгоритмическом подходах. Используется трехзвенная архитектура СППР, в которой необходимая информация выделена в независимую витрину данных. Система реализована с помощью структурного программирования, клиент-серверных технологий, SQL (Structured Query Language — язык структурированных запросов).

**Результаты.** Совместно с врачами найдены информативные признаки, которые были положены в основу экспертных правил и алгоритмов поддержки принятия решений. Значения этих признаков разбиваются на четыре класса порядковой шкалы: здоровые пациенты, обратить внимание, мониторировать, госпитализировать. Из всех значений параметров характеризующих состояние пациента находим два максимальных. После чего, по предложенной экспертами-клиницистами таблице делаем вывод о степени тяжести состояния болезни. На основе представленной схемы разработан и реализован алгоритм поддержки принятия решений для формирования групп детей с повышенным риском развития тяжелых состояний и интегрирован в клиентское программное обеспечение врача-аналитика системы ASSPED (областной уровень).

**Заключение.** Реализовано клиентское программное приложение врача-аналитика системы ASSPED, с возможностью формировать группы детей с повышенным риском развития тяжелых состояний.

147

**ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ПОДВЕРЖЕННОСТИ  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ЯКУТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ****Соловьева Н. А., Николаева Л. Е., Огородова Л. М.***Якутский научный центр Комплексных медицинских проблем СО РАМН*

**Актуальность.** За последние 10 лет в Якутии отмечается рост заболеваемости бронхиальной астмой (БА) среди детей. В настоящее время не менее 100 генов считаются ответственными за развитие БА.

**Цель исследования:** оценка значения полиморфных вариантов -589 С/Т, G/C 3'UTR гена IL4; I50 V, Q551R гена IL4RA; C703T гена IL5; G80A гена IL5RA; G1972A гена IL5RB; A46G гена ADRB2 в развитии БА у якутов.

**Пациенты и методы.** Клинический материал собран на базе пульмонологического отделения РБ№ 1 НЦМ (г. Якутск). Под наблюдением находились пациенты в возрасте от 6 до 15 лет (n = 103) с диагнозом БА. Контрольную выборку составили практически здоровые дети (n = 223). Протокол исследования утвержден на заседании локального комитета по биомедицинской этике при ЯНЦ КМП СО РАМН. Молекулярно-генетический анализ включал исследование полиморфных вариантов генов путем анализа полиморфизма длин рестрикционных фрагментов (ПДРФ) продуктов ПЦР-амплификации. Об ассоциации генотипов и аллелей с заболеванием судили по величине отношения шансов (OR), расчеты осуществляли с помощью программ Statistica for Windows 6.0

**Результаты.** Частота аллеля -589Т полиморфизма 589 С/Т гена IL4 у пациентов выше, чем у здоровых детей (OR = 1,97; CI: 1,35–2,87, p = 0,002); частота аллеля С полиморфизма G/C 3'UTR гена IL4 в группе больных составила 0,752 (OR = 1,62; CI: 1,33–1,97, p = 0,013). У больных БА по сравнению со здоровыми выявлена повышенная частота аллелей 551R (OR = 1,53; CI: 1,26–1,87; p = 0,024) и I50 (OR = 1,61; CI: 1,34–1,93; p = 0,007). Так же в группе больных установлено преобладание аллеля G1972 (0,971; OR = 6,42; CI: 2,63–16,68; p = 0,000) гена IL5RB. Статистически значимые величины по повышенному риску развития БА выявлены для генотипа G/A (55,3%; OR = 1,8; p = 0,019) полиморфизма G-80A гена IL5RA. Установлено отсутствие ассоциаций полиморфизма C-703T гена IL5 и замены 46A > G гена ADRB2 с риском развития БА.

**Заключение.** Особенности распределения аллельных вариантов генов интерлейкинов и В2-адренорецепторов могут быть использованы как маркеры повышенного риска предрасположенности БА у якутов.

**148**

**ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ, В ШКОЛАХ Г. ТОМСКА**

**Солодовникова О. В., Федорова О. С., Гонсорунова Д. С.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Согласно результатам эпидемиологических исследований, более чем в 90% школ имеется, по крайней мере, один учащийся с пищевой аллергией, а у 25% детей с пищевой аллергией первая реакция произошла непосредственно в школе.

**Цель исследования:** изучить аспекты организации питания и медицинской помощи детям, страдающим пищевой аллергией, в школах г. Томска.

**Пациенты и методы.** В ходе исследования проводили интервьюирование сотрудников 40 средних общеобразовательных школ г. Томска посредством специально подготовленного «Вопросника готовности сотрудников школы к случаям пищевой аллергии».

**Результаты.** По результатам анкетирования персонала школ распространенность симптомов пищевой аллергии среди учащихся составила 3,9%. Однако, в качестве основных аллергенов в 73,3% указывались такие продукты, как шоколад, мед, кока-кола, леденцы, какао, соки и другие, вызывающие токсические реакции и не являющиеся истинными аллергенами. Осведомленность о симптомах, ассоциированных с пищевой аллергией, продемонстрировали 95% респондентов.

В большинстве школ (77,5%) имелись письменные планы действий при возникновении тяжелых случаев, связанных со здоровьем, однако информация об экстренной помощи при пищевой аллергии сохранилась только в десяти школьных инструкциях. Установлено, что при возникновении аллергической реакции, ведущей тактикой сотрудников школ, включая медицинский персонал, является вызов скорой медицинской помощи (75%).

**Заключение.** Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о недостаточной информированности персонала школ о наличии учащихся с симптомами пищевой аллергии и их идентификации. Образование сотрудников, наличие инструкций, а также доступность препаратов неотложной помощи являются ключевыми моментами в минимизации риска и обеспечении безопасного пребывания ребенка в школьной среде.

149

**МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА ЖЕНЩИН И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ИХ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА****Станкевич С. С., Кондратьева Е. И., Барабаш Н. А., Барановская Н. А.***Сибирский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** В литературе имеются разрозненные данные о содержании элементов в грудном молоке, также есть данные о загрязнении грудного молока токсичными элементами — ксенобиотиками.

**Цель исследования:** установить влияние элементов, содержащихся в грудном молоке женщин на состояние здоровья детей

**Пациенты и методы.** Обследована 21 пара мать-дитя (грудное вскармливание) и группа сравнения — 21 ребенок, получавшие смесь. Исследуемые пары проживали в Советском районе г. Томска, где отмечено повышенное содержанием токсичных элементов. Материалом для исследования служило молоко женщин и моча их детей на 1 месяце жизни. Содержание 8 элементов (Ca кальций, Cr хром, Co кобальт, Zn цинк, Se селен, As мышьяк, Hg ртуть, Sb сурьма) определяли методом инструментально-нейтронной активации на базе атомного реактора. Показатели сопоставляли с нормами, предложенными Скальным А. В., 2004.

**Результаты.** Показатели здоровья детей, находящихся на разных видах вскармливания достоверно не отличались. Отмечено повышение заболеваемости ОРЗ в сроки до 6 месяцев жизни у детей, находящихся на искусственном вскармливании (80,9% против 52,3%,  $p = 0,049$ ), и более продолжительное течение заболевания (13–14 дней) по сравнению с основной группой (8–9 дней,  $p = 0,001$ ). Анализ микроэлементного состава грудного молока показал, что содержание Ca, Zn, Se соответствовало литературным данным. Уровень Cr и Co превышал норму ( $p < 0,001$ ). Содержание элемента Sb соответствовало используемым нормативным значениям. Уровень As находился в грудном молоке в дозе ниже допустимой нормы ( $p < 0,001$ ). При анализе состава мочи детей обеих групп достоверных отличий отмечено не было. Определено повышенное выделение Hg в обеих группах ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Таким образом, в молоке не выявлено повышенного содержания токсичных элементов, несмотря на то, что женщины проживали в экологически неблагоприятном районе, а элиминация химических элементов с мочой детей, находящихся на различных видах вскармливания не отличалась.

## 150 ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ С УЧЕТОМ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Степаненко Н. П., Кондратьева Е. И., Левицкий Е. Ф., Светлик О. Б.,  
Черепанова Н. Н., Левицкая Т. Е.

*ФГУ Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА*

**Актуальность.** Доказаны сезонные колебания показателей гормонально- метаболического статуса в норме и при различной патологии.

**Цель исследования:** разработать подходы к реабилитации детей с ожирением с учетом окологодовых ритмов основных показателей гормонального, метаболического статуса.

**Пациенты и методы.** На I этапе изучали анализ динамики клинико-лабораторных данных у 167 детей с ожирением в возрасте  $12,2 \pm 0,8$  лет на фоне лечения № 1 в различные месяцы года. Комплекс № 1 включал: стол № 5, разгрузочные дни 2 раза в неделю, степ-аэробика, душ Шарко № 10; электросон № 10; занятия с психологом № 8–10. На II этапе было выделено 2 группы (27 детей (1-я группа) получали комплекс с декабря по июль, 26 человек (2-я группа) — с августа по ноябрь). На III этапе изучали эффективность комплекса № 2 (у 25 человек) в период с декабря по июль. Комплекс № 2 включал дополнительно к назначениям комплекса № 1 велотренировки № 10; сеанс ароматотерапии № 10, аппликации торфа на область печени № 10.

**Результаты.** Редукция массы тела на фоне лечения № 1 у детей в период с декабря по июль составила 2,7 (-4,0; -1,0) кг, а в период с августа по ноябрь 4,5 (-6,5; 1,5) кг,  $p < 0,05$ . На фоне комплекса № 2 наблюдается увеличение редукции массы тела в период с декабря по июль до 3,4 (-6,5; -1,0) кг, ( $p < 0,05$ ). На фоне комплекса № 2 увеличение толерантности к физическим нагрузкам по данным велоэргометрии было выше (12,8 (7,5; 20,0)), чем на фоне комплекса лечения № 1 (11,1 (5,0; 15,0)), ( $p < 0,05$ ). Уровень инсулина у пациентов с ожирением в период с августа по ноябрь до лечения составил 12,4 (7,3; 15,9) мкМЕ/мл и снизился до 8,7 (7,3; 19,1) мкМЕ/мл после лечения, ( $p < 0,05$ ). В 1-й группе в период с декабря по июль уровень инсулина снижался до референтных значений с 14,7 (8,0; 19,6) до 11,1 (5,3; 15,3), ( $p < 0,05$ ). После комплекса № 1 уровень триглицеридов (ТГ) в период с декабря по июль достоверно не менялся 0,8 (0,6; 1,1). При применении комплекса № 2 уровень ТГ снижался до 0,6 (0,4; 1,3), ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Предлагаемые способы восстановительного лечения с учетом периода года повышают эффективность терапии детей и подростков с ожирением.





## 151 ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ МАТЕРИ НА ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

Стерхова Е. В., Петухова Е. А.

*Ижевская государственная медицинская академия Росздрава*

**Актуальность.** Курение женщин — сложная социальная проблема, так как наносит непоправимый вред здоровью женщины и ребенка.

**Цель исследования:** доказать влияние курения женщин на снижение основных показателей здоровья детей.

**Пациенты и методы.** Проанализировано 90 историй развития новорожденных и 90 детей в возрасте от 4 месяцев до 3 лет от курящих и не курящих женщин. Сформированы 2 группы: основная — от курящих матерей и контрольная — от матерей, которые не курят. Психомоторное развитие оценивали по Печоре. Статистическая обработка проведена методом Стьюдента.

**Результаты.** 60% ± 8,2 детей, подвергавшихся в антенатальном периоде токсическому воздействию табачного дыма, родились недоношенными, что достоверно выше, чем в контрольной группе — 37,8% ± 5,3 ( $p < 0,05$ ). Детей с недоношенностью 3-й степени в основной группе оказалось в 4 раза больше, чем в контрольной. 55,6% ± 7,5 детей из основной группы родились с задержкой внутриутробного развития. Из них 20,0% ± 3,3 — с крайней степенью, что почти в 5 раз выше, чем в контрольной группе (4,4% ± 1,5) ( $p < 0,05$ ). В сравнении с детьми из контрольной группы, у детей из основной, почти в 3 раза чаще выявлялся полицистический синдром (у 26,7% ± 4,0 и 8,9% ± 2,1) и различные пороки развития (у 24,4% ± 3,8 и 8,9% ± 2,1) ( $p < 0,05$ ). Детей с низкими и ниже среднего показателями физического развития в основной группе в 2 раза больше, чем в контрольной (42,2% ± 5,8 и 20,0% ± 3,4) ( $p < 0,05$ ). Задержка нервно-психического развития на 1 или более эпикризных срока среди детей курящих матерей констатировалась в 2 раза чаще (51,1% ± 6,8 и 24,4% ± 3,8) ( $p < 0,05$ ). Дети курящих матерей достоверно чаще страдают бронхитами (40,0% ± 5,5 против 11,1% ± 2,4,  $p < 0,05$ ), анемией (24,4% ± 3,8 и 8,9% ± 2,1,  $p < 0,05$ ), атопическим дерматитом (26,7% ± 4,0 и 8,9% ± 2,1,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Курение матери негативно влияет на развитие ребенка, обуславливает формирование пороков и повышает уровень заболеваемости.

152

## **ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОЛЕКУЛ СРЕДНЕЙ МАССЫ ПРИ ПОВТОРНЫХ ЭПИЗОДАХ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Сулейманова З. Я., Шарафутдинова Э. Р., Закирова А. М.**

*Казанский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** В последние годы все большее внимание привлекает патогенетическая роль эндогенной интоксикации в развитии патологии органов дыхания на фоне повторных острых респираторных инфекций (ОРИ).

**Цель исследования:** изучение показателей молекул средней массы (МСМ) во взаимосвязи с кратностью повторных эпизодов ОРИ.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 122 ребенка в возрасте от 3,5 лет до 7 лет. Группу контроля составили 19 детей с кратностью ОРИ до 3 раз и меньше в течение года. Определение молекул средней массы в сыворотке крови выполнялось экстракционно-спектрометрическим способом при поступлении в стационар и после проведенного лечения.

**Результаты.** При поступлении в стационар отмечалось повышение показателей МСМ до  $0,31 \pm 0,03$  ед. э. при кратности ОРИ 9 и более раз. У эпизодически болеющих детей концентрация МСМ составила  $0,23 \pm 0,02$  ед. э. Наряду с традиционным лечением, в терапию группы сравнения был включен энтеросорбент Полифепан. Нами было отмечено снижение показателей МСМ в группе сравнения до  $0,24 \pm 0,03$  ед. э. В группе детей, получавших традиционное лечение, эти показатели составили  $0,27 \pm 0,001$  ед. э.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о существенной роли повторных эпизодов ОРИ в развитии эндотоксинемии у детей, и позволяют сделать выводы о положительной роли энтеросорбента Полифепана в снижении степени эндогенной интоксикации.

153

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОТЕРАПИИ  
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ДЕТЕЙ****Сутовская Д. В., Соболева Н. Г., Кондратьева Е. И., Шмаков В. Г.,  
Гринь Ю. Г.***Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

**Актуальность.** Одним из методов реабилитации детей с хроническим тонзиллитом (ХТ) является санаторное оздоровление. Больные ХТ особенно подвержены повторным заболеваниям различными вирусными и бактериальными инфекциями, что снижает эффективность санаторной реабилитации. Поэтому ведется поиск эффективных средств оптимизации санаторно-курортной реабилитации детей с ХТ.

**Цель исследования:** оценить эффективность фитопрепарата Тонзилгон в реабилитационно-восстановительной терапии детей с хроническим тонзиллитом на санаторно-курортном этапе.

**Пациенты и методы.** В исследовании участвовало 40 детей с ХТ в возрасте от 4 до 16 лет (средний возраст  $9,2 \pm 2,3$  года), из них 22 девочки и 18 мальчиков. У 34 детей диагностировали компенсированную форму ХТ, у 6 — декомпенсированную. Дети были разделены на 2 группы по 20 детей: I-я группа получала комплекс восстановительной терапии и Тонзилгон в профилактической дозе, II-я группа — комплекс восстановительной терапии.

**Результаты.** Уровень заболеваемости ОРИ на фоне неспецифической иммунопрофилактики Тонзилгоном был достоверно ниже ( $p = 0,01$ ), чем во II-й группе и составлял 10% и 35% соответственно. При этом отмечалось более легкое течение ОРИ, не требовавшее назначения антибактериальной терапии. Улучшение субъективных показателей (общего самочувствия, исчезновение дискомфорта, першения, боли в горле, неприятного запаха изо рта) отмечалось у 80% детей I-й и 55% — II-й группы. Объективные изменения (уменьшение отечности, инфильтрации, гиперемии передних небных дужек, исчезновение казеозных пробок в лакунах миндалин, сужение расширенных лакун) зарегистрированы только в I-й группе у 30% детей.

**Заключение.** Включение фитопрепарата Тонзилгон в санаторно-курортную реабилитацию детей с ХТ достоверно снижает уровень внутрисанаторной заболеваемости ОРИ, значительно увеличивает реализацию индивидуальных программ лечения и повышает эффективность санаторной реабилитации.

154

## СОДЕРЖАНИЕ $\omega$ -3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ (ПНЖК) В МЕМБРАНАХ ЭРИТРОЦИТОВ И ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ У АСИМПТОМАТИЧНЫХ ПОДРОСТКОВ БЕЗ ОРГАНИЧЕСКОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Терещенко С. Ю., Гладышев М. И., Гоголашвили Н. Г., Сущик Н. Н., Калачева Г. С., Эверт Л. С., Дедок Э. П.

*НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск*

**Актуальность.** Многочисленными исследованиями показан положительный эффект пищевого дополнения отдельных  $\omega$ -3 ПНЖК (эйкозопентаеновой и докозогексаеновой) в отношении снижения смертности у взрослых пациентов с кардиальной патологией, однако механизмы такого влияния точно не установлены. Предполагается, что  $\omega$ -3 ПНЖК могут влиять на возникновение желудочковых экстрасистол (ЖЭ) и фибрилляции желудочков посредством снижения частоты сердечных сокращений и/или удлинения рефрактерного периода.

**Цель исследования:** изучить ассоциацию между содержанием  $\omega$ -3 ПНЖК мембран эритроцитов периферической крови и количеством ЖЭ за 24 часовой период у здоровых подростков.

**Пациенты и методы.** Общее количество ЖЭ за 24-часовой период оценено при помощи Холтеровского мониторирования сердечного ритма у 36 подростков, не предъявлявших жалоб и не имевших органической кардиальной патологии (возраст 11–17 лет, отношение мальчики/девочки — 19/17). Было изучено количественное содержание жирных кислот мембран эритроцитов методом газовой хроматографии с масс-спектрометрической детекцией (6890/5975 С, «Agilent Technologies», USA). Данные представлены в виде медиана (25–75% квартили). Для оценки различий использован критерий Мана–Уитни.

**Результаты.** В соответствии с результатами Холтеровского мониторирования были сформированы две группы подростков: с количеством ЖЭ > 100/сут (основная группа, медиана количества ЖЭ — 400,5/сут, n = 8) и с количеством ЖЭ < 100/24-ч (контрольная группа медиана количества ЖЭ — 1,5/сут, n = 28). В группе  $\omega$ -3 ПНЖК только для докозогексаеновой кислоты (ДГК, 22:6  $\omega$ 3) мы обнаружили снижение в основной группе (28,5 (14,6–55,5) мг/л) в сравнении с контрольной группой (58,7 (36,4–73,2) мг/л), p = 0,017.

**Заключение.** Таким образом, низкое содержание ДГК в эритроцитарных мембранах ассоциировано с высоким уровнем желудочковой эктопии у подростков без органической сердечной патологии. Мы предполагаем, что ДГК может обладать прямой антиаритмической активностью через модуляцию кальциевых мембранных потоков и/или стабилизацию мембран кардиомиоцитов.

155

**СОДЕРЖАНИЕ ГАММА-ЛИНОЛЕНОВОЙ (18:3  $\omega$ 6) КИСЛОТЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ И МЕМБРАНАХ ЭРИТРОЦИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА (АтД), ОПРЕДЕЛЕННОГО ПО SCORAD-ИНДЕКСУ****Терещенко С. Ю., Гладышев М. И., Сущик Н. Н., Калачева Г. С., Прахин Е. И., Лаптева Л. В.***НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск*

**Актуальность.** Известно, что при АтД в плазме крови и клеточных мембранах снижены концентрации метаболитов линолевой кислоты  $\omega$ 6-ряда, прежде всего гамма-линоленовой кислоты (18:3  $\omega$ 6) кислоты (ГЛК). Однако до настоящего времени не определена связь содержания ГЛК в зависимости от тяжести АтД, определенного с помощью стандартизированных подходов, одним из которых является SCORAD-индекс.

**Цель исследования:** определить содержание ГЛК в плазме крови и мембранах эритроцитов в зависимости от степени тяжести АтД у детей.

**Пациенты и методы.** Исследовано абсолютное (мг/л) содержание жирных кислот в плазме крови и мембранах эритроцитов у 22 детей с АтД и 22 детей без каких-либо атопических заболеваний на момент обследования и в анамнезе, включая АтД грудного ребенка. Тяжесть клинических проявлений АтД оценивали с использованием SCORAD-индекса. Контрольная группа формировалась с использованием дизайна с подбором пар (paired design) по полу и возрасту. Анализ метиловых эфиров ЖК проводили на газовом хроматографе с масс-спектрометрическим детектором (GCD Plus, «Hewlett-Packard», США). Данные представлены в виде процентной доли (95% доверительный интервал для доли). Для оценки различий использован двусторонний точный критерий Фишера.

**Результаты.** В плазме крови содержание ГЛК не изменялось в зависимости от наличия и степени тяжести АтД. Для ГЛК в мембранах эритроцитов нами выявлена связь с тяжестью АтД в виде прогрессирующего снижения. Так, полное отсутствие ГЛК в плазматических мембранах выявлено у 83 (55–95)% детей с тяжелым АтД (SCORAD-index > 21), у 60 (31–83)% – с легким АтД (SCORAD-index < 21) и только у 41 (23–62)% здоровых детей,  $p$  (здоровые-тяжелый АтД) = 0,03. Кроме того, нами не найдено изменений уровней содержания  $\omega$ 3-ПНЖК у детей с АтД.

**Заключение.** Мы предполагаем, что связанное с тяжестью болезни снижение ГЛК в клеточных мембранах может быть целью терапевтического вмешательства у детей с АтД, особенно в группе тяжелого течения болезни. В то же время, мы не нашли никаких свидетельств недостаточного содержания  $\omega$ 3-ПНЖК в плазме крови и эритроцитарных мембранах у детей с АтД.

156

## **СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ Г. КРАСНОЯРСКА, РОЛЬ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА**

**Терещенко С. Ю., Эверт Л. С., Нягашкина Е. И., Боброва Е. И.**

*НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск*

**Актуальность.** Пароксизмальные расстройства сознания привлекают к себе пристальное внимание исследователей и клиницистов. Наиболее частым объектом исследования являются синкопальные состояния. Синкопе могут являться единственным проявлением жизненно угрожающих состояний, в то же время, более чем в трети случаев причины этих состояний своевременно не диагностируются.

**Цель исследования:** определить общую частоту синкопальных состояний у школьников г. Красноярска и встречаемость значимых нарушений ритма в группе детей с синкопе.

**Пациенты и методы.** На базе регионального научно-практического Центра синкопальных состояний и нарушений сердечного ритма у детей в НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН проведено обследование 186 детей 7–17 лет, страдающих синкопальными состояниями.

**Результаты.** Общая частота встречаемости эпизодов синкопальных состояний у детей школьного возраста, на примере 2-х школ г. Красноярска, по данным анкетного опроса, составляет 7,6%. Чаще они регистрировались у девочек (64% и 36%) и старших школьников (86,2% и 13,8%). Пароксизмальная (1%) желудочковая и пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (1,9%), а так же частая (3,8%) и групповая (6,7%) желудочковая экстрасистолия были зарегистрированы у детей с синкопальными состояниями в нашей выборке. Нами разработаны критерии формирования групп риска развития синкопальных состояний на основе специального структурированного опросника. Предложенный опросник с обязательным наличием пунктов о наличии и рецидивировании синкопе и «предсинкопе» обладает достаточной валидностью в отношении скринингового выявления детей с синкопальными состояниями и может быть использован для ранней диагностики данной патологии у детей.

**Заключение.** Истинные и предполагаемые кардиогенные причины рецидивирующих синкопе у детей школьного возраста встречаются относительно редко и чаще представлены пароксизмальными нарушениями сердечного ритма, которые могут быть заподозрены и выявлены только при проведении Холтеровского мониторирования сердечного ритма.

157

**УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО ФЕРРИТИНА VS СРЕДНИЙ ОБЪЕМ ЭРИТРОЦИТА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ *HELICOBACTER PYLORI***

Терещенко С. Ю., Горбачева Н. Н.

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск

**Актуальность.** Выраженная корреляция между уровнем сывороточного ферритина и инфекцией *H. pylori* была обнаружена в крупных эпидемиологических исследованиях, тогда как исследования типа «случай-контроль» с меньшим размером выборки показывают довольно противоречивые результаты. Исследований, показывающих связь среднего объема эритроцита (Mean Corpuscular Volume – MCV) с *H. pylori* статусом, у девочек-подростков нам найти не удалось.

**Цель исследования:** сравнить уровни гемоглобина, MCV, средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCH), сывороточного железа и ферритина в зависимости от *H. pylori* статуса у девочек-подростков.

**Пациенты и методы.** У 94 девочек-подростков взяты биоптаты из антрального (1 образец) и корпального (2 образца) отделов желудка. На основании определения активности уреазы в биоптатах («Helpil test», АМА, Russia) пациентки были разделены на 3 группы – *H. pylori* негативные (1-я группа, n = 38), с умеренной активностью уреазы (2-я группа, n = 35), с выраженной активностью уреазы (3-я группа, n = 21). У девочек также были определены уровни MCV, MCH и гемоглобина («Sysmex KX-21», TOA Electronics, Japan), сывороточное железо и ферритин («DiaSis», Germany). Данные представлены в виде медианы (25–75% квартили). Для оценки различий использован критерий Мана–Уитни.

**Результаты.** Во всех трех группах уровень гемоглобина был > 120 г/л (группа 1 – 128 (124–127) г/л, группа 2 – 131 (120–136) г/л, группа 3 – 129 (127–147) г/л). Мы не нашли различий в уровнях гемоглобина, MCH, сывороточных железа и ферритина в выделенных группах. Однако нами выявлены различия в уровнях MCV (группа 1 – 97,8 (86,2–107,6)  $\mu\text{m}^3$ , группа 2 – 90,3 (84,0–102,1)  $\mu\text{m}^3$ , группа 3 – 83,9 (82,8–89,6)  $\mu\text{m}^3$ ,  $p_{1-2} = 0,068$ ;  $p_{1-3} = 0,03$ ;  $p_{2-3} = 0,033$ ).

**Заключение.** Мы предполагаем, что определение среднего объема эритроцита (MCV) может быть более надежным для выявления дефицита железа, ассоциированного с инфекцией *H. pylori*, чем определение сывороточного ферритина, подверженного значительным колебаниям в зависимости от наличия острого и хронического воспаления.



## 158 МАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

Тимофеева А.Г., Маргиева Т.В., Сергеева Т.В., Цыгин А.Н., Кучеренко А.Г.,  
Смирнов И.Е.

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Эндотелин-1 (Э-1), маркер эндотелиальной дисфункции, является самым мощным вазоконстриктором, известным на сегодняшний день. По данным литературы, Э-1 признан важным митогеном. Он способствует сосудистому ремоделированию и росту экстрацеллюлярного матрикса. В настоящее время эндотелин считается маркером эндотелиальной дисфункции. Доказано, что почечные сосуды наиболее чувствительны к действию Э-1, хотя количественного преобладания в них эндотелиновых рецепторов обнаружено не было.

**Цель исследования.** Установить участие эндотелина в патогенезе хронического гломерулонефрита (ХГН) у детей.

**Материалы и методы.** Обследован 51 ребенок в возрасте от 3 до 18 лет с различными формами ХГН. Пациенты были разделены на 3 группы: первую группу образовали дети с нефротическим синдромом ( $n = 22$ ), вторую – с гематурической формой ХГН ( $n = 8$ ), в третью группу вошли больные с сочетанием нефротического синдрома с гематурией и/или артериальной гипертензией (АГ) ( $n = 21$ ). Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей. Уровень эндотелина-1 в крови определялся методом ELISA.

**Результаты.** Во всех трех группах отмечалось существенное повышение уровня эндотелина по сравнению с контрольной группой ( $1,0 \pm 0,5$  фМ/мл): в первой –  $2,26 \pm 3,48$  фМ/мл ( $p = 0,013$ ), во II-й –  $2,48$  фМ/мл ( $p = 0,018$ ), в III-й –  $3,0 \pm 4,26$  фМ/мл ( $p = 0,0001$ ). Наиболее высокий уровень Э-1 отмечался при сочетании нефротического синдрома с АГ, однако разница между группами статистически недостоверна. В стадии ремиссии снижения исследуемого показателя не отмечалось, он определялся в пределах  $3,27 \pm 4,46$  фМ/мл ( $p = 0,0001$ ). При анализе содержания эндотелина в крови при различных морфологических вариантах гломерулонефрита в активной стадии различий не было выявлено ( $p > 0,05$ ), при мезангиокапиллярном варианте получены более высокие значения ( $3,12 \pm 2,9$  фМ/мл). В стадии ремиссии нормализация уровня Э-1 наблюдалась только при болезни минимальных изменений ( $1,0 \pm 0,84$  фМ/мл).

**Заключение.** Таким образом, нами показано, что эндотелин участвует в патогенезе (ХГН). Отсутствие снижения Э-1 в стадии ремиссии позволяет предположить сохраняющуюся дисфункцию эндотелия и прогрессирование патологического процесса. На основании полученных результатов становится очевидным необходимость применения препаратов, блокирующих рецепторы эндотелина.



## 159 НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА (КВВ) У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОТЕРАПИИ

Тихоненко О. А., Гаймоленко И. Н., Панченко А. С., Конохова Е. Е.

*Читинская Государственная медицинская академия*

**Актуальность.** На долю детей с острыми респираторными заболеваниями приходится 70–80% обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения. Одним из эффективных методов профилактики и лечения является применение современной фитотерапии.

**Цель исследования:** изучение некоторых показателей в КВВ у часто болеющих детей с применением современных фито препаратов.

**Пациенты и методы.** В исследование включено 58 детей (основная группа), которые получали Тонзилгон и Синупрет по схеме с лечебной и профилактической целью; 10 детей (группа сравнения), не получавших данных препаратов и 10 здоровых детей. В КВВ оценивали состояние перекисного окисления липидов – антиоксиданты (ДК, КД, СТ, АОА) и уровень метаболитов оксида азота NO ( $\text{NO}_3$ ,  $\text{NO}_2$ ,  $\text{NO}_x$ ). Проводили расчет индекса заболеваемости = кол-во ОРВИ/кол-во мес наблюдения (у. ед.). В бальной системе (от 0 до 3 баллов), в зависимости от степени выраженности, оценивались самочувствие и основные симптомы заболевания.

**Результаты.** При оценке клинической эффективности выявлено достоверное ( $p < 0,01$ ) снижение индекса в 1 группе на 7 день от начала лечения (с 1,8 до 0,6), по сравнению со 2 группой (с 1,1 до 1,0). В конденсате выдыхаемого воздуха определялось достоверное ( $p < 0,01$ ) снижение количества кетодиенов и сопряженных триенов на фоне нарастания антиокислительной активности ( $p < 0,01$ ) и увеличение метаболитов азота, преимущественно за счет  $\text{NO}_3$  фракции ( $p < 0,05$ ). Катамнестическое наблюдение свидетельствует о значительной разнице индекса заболеваемости в основной группе детей, в сравнении с группой контроля (0,07 и 0,083 соответственно).

**Заключение.** Использование данных фитопрепаратов при комплексном лечении ОРВИ у часто болеющих детей позволило повысить эффективность терапии, что проявилось в снижении сроков лечения, более выраженной положительной динамике объективных данных и показателей исследования КВВ. Терапевтическая эффективность препаратов сочетается с антиоксидантным эффектом, что ведет к снижению числа рецидивов заболевания.

160

## **ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА (ХГД) У ДЕТЕЙ**

**Узунова А. Н., Талыбова А. Р.**

*Челябинская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Среди причин возникновения хронических воспалительных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей, одно из первых мест принадлежит воздействию химических факторов окружающей среды. Опубликован ряд работ свидетельствующих, что изменение уровня содержания таких микроэлементов как цинк, железо, медь способствует формированию хронических заболеваний верхних отделов ЖКТ (А. В. Скальный, 2001). Челябинск по оценке центра санитарно-эпидемиологического надзора входит в параметры «зоны чрезвычайной экологической ситуации». Состав выбросов г. Челябинска разнообразен. Это обуславливает различное содержание в атмосферном воздухе, почве солей тяжелых металлов, что приводит к дефициту или к избытку их в крови.

**Цель исследования:** определить изменение содержания цинка, железа, меди в крови у детей г. Челябинска, с ХГД как возможный фактор агрессии для формирования ХГД.

**Пациенты и методы.** Нами определялся микроэлементный состав цинка, железа, меди в крови у 54 детей (методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии электротермической атомизацией (на приборе КВАНТ-2 А), госпитализированных с ХГД в ДГКБ № 7 г. Челябинска в возрасте от 7–17 лет. ХГД у всех детей подтвержден согласно стандартам (Приказ № 76 МЗ РФ от 05.03.99 г). Полученные результаты сравнивали с общепринятыми нормативами (Авцын А. П., 1996; Скальный А. В., 2003). Данные обработаны статистически.

**Результаты.** У детей в возрасте от 7 до 17 лет, страдающих ХГД, содержание цинка в крови — 1,921 мкг/мл (норма — 3 мкг/мл;  $p < 0,001$ ), показатели железа в крови обследуемых детей снижены до 223,4 мкг/мл (норма 400 мкг/мл;  $p < 0,001$ ). Содержание меди как одного из микроэлементов, который участвует в регуляции процессов биологического окисления и генерации АТФ, синтезе важнейших соединительнотканых белков, так же оказалось сниженным — 0,6 мкг/мл (норма — 0,7–1,4 мкг/мл;  $p < 0,001$ ).

**Заключение.** У детей с ХГД в возрасте от 7 до 17 лет, проживающих в промышленном центре Южного Урала г. Челябинске, имеет место снижение цинка, меди, железа, что можно трактовать как один из факторов агрессии по отношению к слизистой оболочке верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

## 161 ОСОБЕННОСТИ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В ДИНАМИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЯХ

Узунова А. Н., Богданова М. А., Петрунина С. Ю.

*Челябинская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Применение кардиоритмографии (КРГ) для определения степени напряженности регуляторных систем является актуальным. Некоторые аспекты оценки КРГ в клинической практике остаются нерешенными.

**Цель исследования:** изучить информативность оценки показателей кардиоритмографии в динамических исследованиях.

**Пациенты и методы.** Обследовано 53 подростка 12–17 лет с хроническим гастродуоденитом (ХГД), прошедших реабилитацию в отделении восстановительного лечения. КРГ проведена с использованием диагностической системы «Валента».

**Результаты.** До начала лечения 40% детей имели исходный вегетативный тонус, оцененный как эйтония, у 28% отмечалась ваготония и 32% — симпатикотония. Нарушения вегетативной регуляции характеризовались преобладанием гиперсимпатикотонической вегетативной реактивности, асимпатикотонического варианта клиноортостатической пробы, парадоксальной реакции на активную ортостатическую пробу. После лечения указанные изменения сохранялись.

Более показательным оказался анализ статистических показателей КРГ. После лечения у пациентов с ваготонией отмечено снижение  $pR-R50$ , отражающее уменьшение избыточного парасимпатического влияния. При исходной симпатикотонии зарегистрированы изменения, свидетельствующие об активации ваготонической регуляции: значения  $\Delta X$ , СКО, ВПР увеличились, АМо, ИН, ИВР — уменьшились. У подростков с эйтонией показатели не менялись.

При анализе спектральных характеристик было получено, что у подростков с исходно пониженными значениями LF наблюдалось их увеличение и снижение вклада HF у лиц с исходным доминированием волн этого диапазона, указывающее на корригирующий эффект терапии у детей с ваготонией. Зарегистрировано и снижение симпатической регуляции у пациентов с исходно повышенным процентным вкладом LF. При пониженных значениях HF отмечалось увеличение их вклада в общую мощность спектра.

**Заключение.** Более чувствительными к проводимому лечению оказались статистические и частотные параметры КРГ, а не общепринятые характеристики функционального состояния ВНС, представляющие собой качественный результат оценки количественных данных.

162

## **ОЦЕНКА МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ**

**Узунова А. Н., Петрунина И. И., Петрунин А. А., Сусько Н. А., Новикова Е. А., Сабирова Ю. П.**

*Челябинская медицинская академия*

**Актуальность.** В настоящее время в генезе развития патологии желудочно-кишечного тракта большое внимание уделяется нарушениям двигательной функции пищеварительного тракта

**Цель исследования:** оценить информативность метода ультразвукового исследования (УЗИ) желудка в диагностике моторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта у больных хроническим гастродуоденитом (ХГД)

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 73 больных ХГД, поступивших на обследование в МУЗ ДГКБ № 7 г. Челябинска. Всем больным проведено обследование, принятое для больных гастроэнтерологического профиля. Для диагностики моторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта всем пациентам проведено УЗИ желудка. I-ю группу наблюдения составили 32 ребенка в возрасте 3–6 лет, II-ю — 21 больной ХГД в возрасте 7–11 лет, в III-ю группа наблюдения вошли 20 больных в возрасте 12–17 лет.

**Результаты.** При проведении УЗИ желудка ГЭР зарегистрирован у детей дошкольного и младшего школьного возраста в 12,5% и 19% случаев соответственно, тогда как у пациентов старшего школьного возраста в 65% наблюдений диагностирован ДГР. Сочетание рефлюксов выявлено во всех группах наблюдения с одинаковой частотой.

Для постановки диагноза ХГД проведена ФЭГДС, по данным которой лишь в 5% случаев диагностирован ДГР у больных школьного возраста.

**Заключение.** Таким образом, УЗИ желудка является более достоверным методом диагностики моторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта в сравнении с фиброэзофагогастродуоденоскопией, что диктует необходимость включения данного метода диагностики в комплексное обследование больных хроническим гастродуоденитом.

**163**  
**ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ Г. ЧЕЛЯБИНСКА**  
**С ДИФFUЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ**

**Узунова А. Н., Романенко Е. С., Безденежных И. А.**

*Челябинская государственная медицинская академия*

**Актуальность.** Дефицит йода в окружающей среде и обусловленные им заболевания формируют широкий спектр медико-социальных проблем во всем мире в связи с высокой распространенностью и серьезными клиническими последствиями данной проблемы.

**Цель исследования:** определить особенности полового развития детей и подростков с диффузным нетоксическим зобом (ДНЗ).

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находилось 294 ребенка в возрасте от 6 до 16 лет с ДНЗ. Верификация диагноза проводилась на основании данных пальпации, УЗИ щитовидной железы и гормонального обследования (ТТГ, Т<sub>4</sub>, антител к ТПО). Для оценки стадии полового развития использовались таблицы Tanner J., 1969 и стандарты полового созревания по М. В. Максимовой. Статистическая обработка проводилась с помощью критерия  $\chi^2$ .

**Результаты.** У всех детей выявлено увеличение щитовидной железы 1 степени. Среди обследованных пациентов преобладали девочки — 64% ( $p < 0,01$ ). Независимо от пола ДНЗ чаще встречался в возрастных группах 7–11 лет ( $p < 0,01$ ) и 12–16 лет ( $p < 0,01$ ). По данным гормонального обследования 273 ребенка (92,9%) имели нормальную функцию щитовидной железы и только 21 пациент (7,1%) — гипотиреоз ( $p < 0,01$ ). Оценка полового развития выявила, что независимо от функции щитовидной железы число детей, имеющих соответствующее возрасту половое развитие, преобладало в обеих группах. У 31,6% обследованных имели место отставание полового развития. Преждевременное половое развитие (6,8%), «неправильный» пубертат (2,0%) встречались с одинаковой частотой, независимо от функции щитовидной железы.

**Закключение.** Среди детей г. Челябинска в возрасте от 6 до 16 лет, имеющих ДНЗ, преобладает эутиреоз. Половое развитие больных ДНЗ у подавляющего большинства пациентов соответствует возрасту.

## 164 СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТАХ

**Ушурова А. И.**

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,  
Республика Казахстан*

**Актуальность.** В последнее время педиатры проявляют все возрастающий интерес к проблеме неревматических кардитов у детей. Это связано с тем, что наряду с типичными клиническими вариантами возможно малосимптомное начало с внезапным развитием сердечной недостаточности.

**Цель исследования:** изучение эхокардиографической верификации неревматических кардитов у детей раннего возраста.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе кардиоревматологического отделения ДГКБ № 2 г. Алматы. В основу работы положен анализ 80 историй болезней детей раннего возраста с неревматическим кардитом. Анализ возрастной характеристики показал, что на первом году жизни преобладали мальчики (60%), а в возрасте с одного года до 3-х лет — девочки. Всем детям проводилось эхокардиографическое исследование. За основу оценки степени тяжести систолической дисфункции левого желудочка, лежащей в основе сердечной недостаточности, положены эхокардиографические показатели: фракция изгнания (ФИ) и сократимость миокарда левого желудочка (Vcf).

**Результаты.** У 58% пациентов выявлены симптомы недостаточности кровообращения 1 и 2 А, Б степени.

У 51% детей выявлены аномально расположенные хорды в полости левого желудочка, причем у 12% — в сочетании с функционирующим овальным окном.

У 17% детей старше года встречался пролапс митрального клапана (ПМК), возрастной и половой разницы не отмечено. У 8% пациентов до одного года выявлялось повышение мышечной массы левого желудочка, о чем свидетельствовали значения диастолической толщины задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. У 72% детей с неревматическими кардитами отмечалось снижение сократительной способности миокарда.

**Заключение.** Таким образом, наши исследования выявили, что наиболее информативным методом диагностики степени сердечной недостаточности является эхокардиография, а объективными эхокардиографическими признаками степени сердечной недостаточности следует считать снижение ФИ и Vcf.



## 165 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ШКОЛЬНИКОВ Г. ТОМСКА

Федорова О. С., Солодовникова О. В., Косова Н. В., Гонсорунова Д. С.,  
Дугарова С. Б.

*Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск*

**Актуальность.** Согласно данным эпидемиологических исследований распространенность пищевой аллергии (ПА) в мире составляет 4–35%; сведения о распространенности ПА в России основаны лишь на данных официальной статистики.

**Цель исследования:** изучить распространенность ПА и структуру пищевой сенсibilизации у школьников г. Томска в возрасте 7–10 лет.

**Пациенты и методы.** Исследование проведено в рамках «Исследования распространенности, социально-экономического значения и основ пищевой аллергии в Европе» («The Prevalence, Cost and Basis of Food Allergy Across Europe») по гранту VI рамочной программы Евросоюза в два этапа: скрининговый и клинический. В ходе скрининга (сплошное одномоментное исследование) проведено анкетирование учащихся средних школ г. Томска ( $n = 4894$ ) о наличии в анамнезе заболеваний или проблем, вызванных употреблением продуктов питания. По результатам скрининга сформированы группы детей, имевших симптомы ПА ( $n = 206$ ) и без таковых ( $n = 179$ ). В ходе клинического этапа проводили интервьюирование, клиническое обследование, а также кожное алерготестирование с аллергенами пищевой и пыльцевой групп (ALK-Abello, Испания).

**Результаты.** По данным скринингового этапа, основанного на мнении родителей, распространенность симптомов ПА у учащихся г. Томска составляет 42,8%. Лидирующую позицию в структуре причинно-значимых аллергенов занимали продукты, не являющиеся истинными аллергенами (шоколад, апельсины, чипсы). Распространенность пищевой сенсibilизации у детей с симптомами ПА, составила 20,9%, в контрольной группе — 7,8%. Наибольшая распространенность пищевой сенсibilизации выявлена к аллергенам яблока, фундука, арахиса, моркови (9,7%, 9,2%, 8,3% и 8,3% соответственно).

**Заключение.** Распространенность симптомов ПА у школьников г. Томска составляет 42,8%; распространенность сенсibilизации у школьников г. Томска, имеющих симптомы ПА в анамнезе — 20,9%, у детей, не страдающих ПА — 7,8%. Ведущими причиннозначимыми пищевыми аллергенами по результатам алергологического обследования школьников г. Томска являются аллергены яблока, фундука, арахиса и моркови.

166

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЭОЗИНОФИЛОВ В НАЗАЛЬНОМ СЕКРЕТЕ КАК ПРЕДИКТОРА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

**Федотова М. М., Федорова О. С.**

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** В связи с высокой заболеваемостью бронхиальной астмой (БА) у детей в Российской Федерации, причиняющей существенный социально-экономический ущерб, актуален поиск предикторов болезни для формирования групп риска и внедрения мероприятий первичной профилактики.

**Цель исследования:** установить прогностическую значимость содержания эозинофилов в назальном секрете у детей, больных атопическим дерматитом (АтД) в отношении развития БА.

**Пациенты и методы.** Исследование выполнено в дизайне открытого проспективного наблюдения «случай-контроль», в котором приняли участие 113 детей в возрасте 0–16 лет: больные АтД ( $n = 52$ , средний возраст  $1,1 \pm 0,1$  лет), больные АтД в сочетании с БА ( $n = 31$ , средний возраст  $11,2 \pm 0,6$ ) и контрольная группа ( $n = 30$ , средний возраст  $10,2 \pm 0,8$  лет). Больные АтД наблюдались в течение 24 мес до достижения детьми возраста 3–4 лет. При включении пациентов проводилось цитологическое исследование назального секрета, включавшее оценку содержания эозинофилов.

**Результаты.** В ходе проспективного наблюдения у 12 больных АтД (23,1%) развилась БА. Содержание эозинофилов в назальном секрете детей с АтД, у которых за период катамнеза сформировалась БА, составило  $4,00 \pm 1,98$ , что статистически значимо отличалось от данного показателя в контрольной группе ( $0,83 \pm 0,14$ ,  $p \leq 0,05$ ). У пациентов с АтД, не заболевших БА, уровень эозинофилов при включении в исследование был значительно ниже, чем в группе больных сочетанной патологией ( $2,80 \pm 0,75$  и  $6,00 \pm 1,38$  соответственно,  $p \leq 0,05$ ) и статистически значимо не отличался от референтного значения.

**Заключение.** Повышение содержания эозинофилов в назальном секрете у больных АтД имеет высокую прогностическую ценность и может рассматриваться как биологический маркер риска развития БА. Данный показатель можно использовать при формировании групп риска по развитию БА для реализации мероприятий первичной профилактики заболевания.



167

**АЛЬГИНАТ-СОДЕРЖАЩИЙ ПРЕПАРАТ  
ПРИ ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ  
БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ****Фуголь Д. С., Лобанов Ю. Ф., Щербаков П. Л.***Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул*

**Актуальность.** Терапия гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) требует комплексного подхода с применением препаратов, влияющих на желудочную секрецию, координирующих замыкательную функцию нижнего пищеводного сфинктера и обеспечивающих разобщение слизистой оболочки пищевода с содержимым рефлюктата. К последним относятся антациды и альгинаты. Применение антацидов признано малоэффективным вследствие короткого времени действия и наличия побочных эффектов, обусловленных солями магния и алюминия в их составе. Образует прочный и вязкий слой на поверхности содержимого желудка, альгинаты уменьшают количество патологических гастроэзофагеальных и дуоденогастроэзофагеальных рефлюксов.

**Цель исследования:** оценить эффективность Гевискона в комплексной терапии ГЭРБ у детей.

**Пациенты и методы.** Под наблюдением находилось 30 детей 12–15 лет с жалобами на изжогу. 46,7% детей описывали изжогу как чувство жжения в горле, 26,7% — в эпигастрии, 23,3% — за грудиной. 83,3% пациентов отмечали боли в животе во время приема пищи, 62% детей — тошноту, 53,3% — регургитацию. Диагноз ГЭРБ был подтвержден эндоскопически.

20 пациентов в комплексной терапии получали препарат из группы альгинатов — Гевискон, оставшиеся 10 — алюминий-магний-содержащий антацид. Эффективность терапии оценивали по клиническим и эндоскопическим данным. Достоверность различий оценивали по критерию Пирсона.

**Результаты.** Терапия с использованием Гевискона эффективнее по клиническим и эндоскопическим данным, чем антацидами: относительный риск (ОР) < 1, снижение относительного риска (СОР) на 68,7%, что соответствует клинически значимому эффекту ( $p < 0,05$ ). Прием Гевискона не сопровождался усилением диспепсических явлений и появлением неприятных ощущений.

**Заключение.** Включение в схемы терапии ГЭРБ Гевискона позволяет быстро купировать симптомы и достигнуть ремиссии заболевания.

168

## **ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ (СБУ) НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

**Фурцев В. И.**

*Красноярский медицинский университет*

**Актуальность.** Вскармливание ребенка на 1-м году является основополагающим фактором обеспечения роста и развития индивидуума на всю жизнь. Систематическая информированность преподавательского состава, управленческого аппарата, врачей и средних медицинских работников, матерей и членов их семей о доступности грудного вскармливания (ГВ) для женщины и их способность оказать практическую помощь в становлении и поддержании ГВ — перспектива расширения ГВ. В настоящее время доля детей, получающих грудное молоко (ГМ) более 6 мес., в РФ — 39,3%, в г. Красноярск — 72,2% (2008 г.)

**Цель исследования:** определить влияние СБУ семьи на продолжительность грудного вскармливания и их значение в показателях статистики (ф. № 31).

**Пациенты и методы.** Проведена выборка по продолжительности ГВ из 2812 карт развития ребенка, достигших 1 года. Собрана информация о СБУ семей. В зависимости от СБУ семьи были разделены на социально благополучные (Б) и социального риска (Р). Среди этих групп дополнительно выделили: малообеспеченные (МО), многодетные (МД), проживающие в общежитии (О) и семьи мигранты (М).

**Результаты.** Доля детей из семей Р и МО, находящихся на ГВ менее 3 мес. достоверно превышала аналогичную долю детей из Б и МД, О и М. Всего 5 из 83 детей ( $p < 0,0001$ ) М получали ГМ менее 3 мес. Самое большее количество детей получающих ГМ в группе от 6 до 12 выявлено среди М (72,3%). Самое меньшее количество детей получало ГМ более 6 мес. установлено из группы Р. В МД, доля детей получавших ГМ более 3 мес соответствует аналогичному показателю детей из Б, в то время как количество детей из этих семей, получавших ГМ более 6 мес. достоверно меньше чем в Б и практически соответствует их количеству из групп детей, проживающих в семьях Р и МО.

**Заключение.** Значительная доля детей из семей СР и МО семей лишаются ГМ до 3 мес. Низкие показатели распространенности ГВ старше 6 месяцев из семей Р — 41,3% и МО — 45,5% практически не влияют на показатели отчетной формы № 31 данного учреждения из-за небольшого числа детей этих семей (4,8% и 8,5%) соответственно.

169

**ЦЕНТР ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ (ЦГВ) —  
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ  
СТРУКТУРА УСПЕШНОГО СТАНОВЛЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ  
ПРАКТИКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ (ГВ)****Фурцев В. И.***Красноярский медицинский университет*

**Актуальность.** Специфичность ГВ остается безальтернативным способом вскармливания детей первого года жизни. Однако, за 2008 г., доля детей находящихся на ГВ в РФ от 6 до 12 составила 39,3%.

**Цель исследования:** расширение практики и продолжительности ГВ через организацию ЦГВ

**Пациенты и методы.** В 2003 г. был организован ЦГВ. Для реализации его основной цели — расширение практики и продолжительности ГВ было определено несколько направлений деятельности: подготовка персонала женских консультаций (ЖК), родильных домов (РД), детских поликлиник (ДП) по вопросам становления и поддержания ГВ; проведение массовых акций; подготовке ЖК, РД и ДП к аттестации на звание «Больница, доброжелательная к ребенку» («БДР») и др.

**Результаты.** Обучение, методом выездных циклов показало преимущество по сравнению с централизованным обучением. После проведения 7-и централизованных циклов, только одно учреждение было удостоено звания «БДР». Из 16 ЛПУ, где проводились выездные циклы, 13 удостоены звания «БДР». В качестве формы непрерывного медицинского образования и дальнейшего профессионального развития персонала, ежегодно проводятся акции «Неделя ГВ».

Для формирования общественного мнения о доступности ГВ и его безальтернативности, для формирования уверенности женщины в ее способности выкормить ребенка грудью, организуются акции: «Всемирная неделя ГВ», «Марафон ГВ», «Глобальная волна ГВ». В соответствии с законом края «О социальной поддержке семей, имеющих детей» издается и вручается каждой семье справочное пособие для родителей «Наша лялечка». При создании ЦГВ (2003 г.) доля детей получающих ГМ составляла от 6 до 12 мес — 33,8%. В 2004 г. доля детей получавших ГМ более 6 мес увеличилась до 58%. Затем была разработана форма персонифицированной отчетности по детям лишенным ГМ ранее 6 мес. Доля детей получающих ГМ более 6 мес в 2007 г. составила 71,4%, в 2008 г. — 72,2%.

**Заключение.** Профессионально-специализированная структура по успешному становлению и поддержанию практики ГВ показала право на специализированную и профессиональную деятельность.

170

## ОМФАЛОЦЕЛЕ: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

**Хаматханова Е. М., Кучеров Ю. И., Дорофеева Е. И., Подуровская Ю. Л., Жиркова Ю. В., Машинец Н. В.**

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова, Москва*

**Актуальность.** Частота встречаемости сочетанных пороков и летальность при омфалоцеле не имеют тенденции к снижению.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения при омфалоцеле.

**Пациенты и методы.** Исследование основано на ретро- и проспективном анализе данных течения беременности у матерей и раннего неонатального периода у новорожденных детей с омфалоцеле.

**Результаты.** В период с 2003 по 2008 г. в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных находилось 22 ребенка с омфалоцеле. Порок чаще встречался у мальчиков (68,2%).

Возраст женщин к моменту наступления беременности составил  $27,1 \pm 6,3$  лет. Родоразрешение оперативным путем выполнено в 81,8% случаев по показаниям со стороны плода (риск интранатального повреждения оболочек грыжи больших размеров). Антенатально диагноз установлен в 100% случаев на  $22,0 \pm 6,5$  нед гестации. Недоношенных было 10 (45,5%) детей. Масса тела при рождении  $2881,6 \pm 847,5$  г ( $< 2500$  г родились 4 (18,2%) ребенка).

Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах  $6,6 \pm 1,3$  и  $8,0 \pm 0,9$  баллов соответственно.

Оперативные вмешательства выполнены 21 ребенку  $2,4 \pm 3,4$  (0–11) сутки жизни.

Из 22 детей изолированная форма омфалоцеле была у 6 (27,3%), сочетание с другими пороками выявлено у 16 (72,7%) детей.

Сроки лечения составили  $24,7 \pm 17,3$  койко-дней.

Исходы: 10 (46%) детей были выписаны домой, 8 (36%) переведены в профильные отделения на 2-й этап лечения. Послеоперационная летальность — 14,3%. 1 ребенок с множественными пороками развития умер в предоперационном периоде.

Анализ случаев летальности показал, что все 4 (18,2%) случая летального исхода приходились на новорожденных с множественными пороками.

**Заключение.** Достоверными признаками, ухудшающими исход лечения новорожденных с омфалоцеле, являются сочетанные пороки, низкая масса тела при рождении и роды через естественные родовые пути. При выявлении омфалоцеле у плода для пролонгирования беременности необходимо исключить множественные пороки. Целесообразно родоразрешение оперативным путем.

171

**ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ НА ФОНЕ РЕАБИЛИТАЦИИ****Хетагурова Ю. Ю., Винярская И. В., Митиш М. Д., Хубаева И. В.***Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ*

**Актуальность.** Значимость проблемы перинатальных гипоксических поражений головного мозга состоит в том, что они определяют неврологическое здоровье и инвалидность с детства, влияя на качество жизни (КЖ) с младенческого возраста, что объясняет необходимость ранней реабилитации.

**Цель исследования:** изучить влияние реабилитационных мероприятий у детей, перенесших церебральную ишемию (ЦИ), на изменение параметров качества жизни.

**Пациенты и методы.** В исследуемую группу включены 36 доношенных детей, перенесших ЦИ средней степени тяжести. КЖ оценивали с помощью международного инструмента QUALIN (France, 1997) в 3 мес до начала реабилитации и в динамике в 6 месяцев. Основную группу составили 16 детей, которым на фоне традиционной реабилитации (нейропротекция, ЛФК, массаж) был назначен 20% раствор L-карнитина. В группу сравнения вошли 20 детей, получившие стандартную терапию.

**Результаты.** В 3 мес общий балл КЖ детей основной группы по ответам педиатров составил  $3,53 \pm 0,37$  балла из возможных 5,0 баллов. Реабилитационное лечение детей основной группы включало курс левокарнитина в средних возрастных дозах продолжительностью 1 месяц. В группе сравнения общий балл до лечения составил  $3,74 \pm 0,35$  балла. Изучение результатов анкетирования в 6 мес показало, что общий балл КЖ в основной группе достоверно повысился и составил  $4,11 \pm 0,38$  балла ( $p < 0,001$ ). Общий балл КЖ детей в группе сравнения достоверно не изменился и составил  $3,81 \pm 0,38$  балла. По ответам родителей достоверных изменений выявлено не было. У детей основной группы к 6 месяцам произошло улучшение всех параметров КЖ, что привело к более высокому, чем в группе сравнения качеству жизни ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Использование левокарнитина в комплексной терапии детей с последствиями церебральной ишемии средней степени тяжести значительно улучшает все аспекты качества жизни, что и позволяет рекомендовать его к использованию в восстановительном периоде.

172

## **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Хорошкина Л. А., Дмитриева Н. В., Кривцова Л. А.**

*МУЗ клинический родильный дом № 1, педиатрический стационар*

**Актуальность.** Распространенность курения и алкоголизма в популяции беременных женщин неуклонно растет.

**Цель исследования:** оценить нервно-психическое развитие детей раннего возраста, рожденных матерями, страдающими алкогольной и табачной зависимостью.

**Пациенты и методы.** Проведено обследование 160 доношенных детей с перинатальным постгипоксическим поражением ЦНС, матери которых курили в течение беременности и употребляли спиртные напитки. Все дети были разделены на две группы: 1-ю группу составили дети, чьи матери курили в течение беременности (n = 110), 2-ю — дети, матери которых курили и употребляли спиртные напитки (n = 50). Контрольная группа состояла из 100 доношенных детей от женщин без вредных привычек.

**Результаты.** В периоде новорожденности у детей основной группы доминировали синдром гипервозбудимости ЦНС и нарушения вегетативной регуляции. Во втором полугодии они трансформировались в гиперактивность и задержку предречевого и моторного развития. К 1-му году дети 1-й и 2-й группы достоверно чаще имели проявления неврологического и психического дефицита (24,7% и 77,6% соответственно). Патологические изменения при ультразвуковом исследовании головного мозга были выявлены лишь у 6,3% детей основной группы. В контрольной группе изменения по НСГ выявлялись у 61% детей с нарушением формирования моторных навыков и когнитивных функций. Таким образом, негативная чувствительность метода нейровизуализации в основной группе оказалась относительно низкой. По результатам ЭЭГ, у 41,3% обследованных детей 1-й группы регистрировались признаки незрелости и нарушения функционального состояния головного мозга, у 65,2% детей 2-й группы были зарегистрированы признаки инфантильности корковой ритмики и нарушения функционального состояния головного мозга, которые клинически проявлялись задержкой формирования моторных навыков, внимания, памяти, мышления и речи.

**Заключение.** Метод ЭЭГ может быть рекомендован для точной диагностики и прогноза перинатальных церебральных поражений у детей от курящих и пьющих матерей.

173

**АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ****Часовских Ю. П., Лучинина Р. Н., Маевская З. А., Гербек И. Э., Шахова И. В.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Синдром бронхиальной обструкции (БОС) достаточно часто встречается у детей. Основные направления терапии БОС — улучшение дренажной функции бронхов, восстановление мукоцилиарного клиренса. В течение последних 5 лет предложен стандарт лечения БОС.

**Цель исследования:** провести экспертизу качества фармакотерапии синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации пациентов, госпитализированных в ЛПУ за период 2007–2008 гг. по поводу острого обструктивного бронхита (ООб). Проанализировано 178 историй болезни в 3 стационарах г. Томска и 4 районных больницах.

**Результаты.** Выявлено, что в структуре врачебных назначений при ООб применялись следующие лекарственные средства:  $\beta_2$ -адреномиметики, М-холинолитики, метилксантины короткого действия, глюкокортикостероиды (ингаляционные и системные), муколитики, отхаркивающие, антигистаминные, антибактериальные и противовирусные препараты. В качестве стартовой бронхолитической терапии наиболее часто применялся сальбутамол (30,2%), ипратропия бромид (7,7%), ипратропия бромид + фенотерол (24,6%). В ряде стационаров в качестве препарата первой линии до настоящего времени использовался эуфиллин внутрь (17,5%). Обращает на себя внимание довольно частое несоблюдение алгоритма «пошаговой» терапии БОС. Отмечалась так называемая «стартовая комбинированная» терапия (20%): — одновременно при поступлении больному назначалось сразу несколько препаратов: эуфиллин внутрь + ипратропия бромид, эуфиллин внутрь + сальбутамол, ипратропия бромид + будесонид, преднизолон внутрь + будесонид + сальбутамол. Анализ антибиотикотерапии свидетельствует об избыточном применении данных препаратов (85% случаев ООб, при этом более чем в половине эпизодов — необоснованно).

**Закключение.** Установлено, что структура лекарственных назначений при БОС у детей в реальной клинической практике в 70% случаев не соответствует национальным рекомендациям.

174

## РОЛЬ ДИЕТОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Черепанова Н. Н., Степаненко Н. П., Кондратьева Е. И., Левицкая Т. Е.,  
Светлик О. Б.

*Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России, Томск*

**Актуальность.** Ожирение — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме.

**Цель исследования:** оценить влияние диетотерапии (ДТ) и психокоррекции (ПК) на клинико-метаболический и психологический статус детей с ожирением.

**Пациенты и методы.** Обследовано 60 детей с ожирением в возрасте  $11,96 \pm 2,4$  лет. Выделяли группы: 1-я группа — 29 детей, получавших лечение в виде ДТ и ПК; 2-я группа — 31 человек, которым назначалась только ДТ. Детям назначали диету № 5 (1600–1800 ккал в сутки) в сочетании с разгрузочными днями 2 раза в нед (1200–1500 ккал в сутки), в течение 1 месяца. Пациентам 1-й группы проводили психокоррекционные занятия (групповые, 3 раза в нед, курсом 9–12) с целью формирования мотивации к лечению и изменению образа жизни. Всем пациентам до и после лечения проводили оценку антропометрических показателей, липидного профиля, уровня лептина и кортизола в сыворотке крови. Психоэмоциональный статус оценивали с помощью теста цветовых выборов М. Люшера, методик Спилбергера-Ханина и А. Басса — А. Дарке.

**Результаты.** За время лечения определялось существенное снижение массы тела детей обеих групп. У детей 1-й группы в большей мере отмечалась редукция индекса массы тела ( $0,87 \pm 0,09$ ), избытка массы тела ( $4,06 \pm 0,15\%$ ), жировой массы тела ( $0,82 \pm 0,08\%$ ), чем во 2-й группе ( $p < 0,05$ ). Во всех группах показатели липидного обмена, лептинорезистентности на фоне лечения имеют тенденцию к нормализации, но достоверно не отличаются между группами: снижается высокий показатель триацилглицеридов на 17%, общий холестерин — на 5,3%, холестерин липопротеидов низкой плотности — на 26%, лептин на 23%, кортизол на 11%. Наиболее значимо снизилась эмоциональная напряженность, уровень стресса, ситуативная тревожность, враждебность и агрессивность пациентов на фоне лечения в 1-й группе, по сравнению со 2-й группой ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Анализ результатов позволяет говорить о необходимости включения в лечение ожирения у детей помимо ДТ, ПК с целью формирования мотивации к лечению.



175

**ДИАГНОСТИКА ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ  
МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ВОДОРОДА  
С ПОМОЩЬЮ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГАЗОАНАЛИЗАТОРА ГИН-2****Чубарова А. И., Кушниренко И. А., Корнева Т. И., Ноздря Д. А.***Российский государственный медицинский университет, Москва*

**Цель исследования:** оценка диагностической ценности метода определения концентрации водорода (H<sub>2</sub>) в выдыхаемом воздухе с использованием газоанализатора ГИН-2 в диагностике лактазной недостаточности (ЛН) у детей.

**Пациенты и методы.** Обследовано 35 детей в возрасте от 5 до 15 лет с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, которым в плановом порядке проведена биопсия слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК) с определением активности ферментов в биоптате. Критерием ЛН было снижение активности лактазы в биоптате СОТК ниже 9 нмоль/(мг белка/мин). Определение концентрации водорода в выдыхаемом воздухе осуществлялось с помощью отечественного газоанализатора водорода ГИН-2. Тест проводился натощак и каждые 30 мин в течение 3 ч после нагрузки лактозой в дозе 2 г/кг. У детей с ЛН проведен повторный тест по аналогичной схеме, при этом нагрузка лактозой сочеталась с назначением препарата «Лактаза Энзим» (700 ед. на 7 г лактозы).

**Результаты.** У 26 детей диагностирована ЛН. Группой сравнения явились 9 детей без ЛН. Средняя активность лактазы в биоптатах СОТК у детей с ЛН составила  $4,54 \pm 1,89$  нмоль/(мг бел/мин), у детей без ЛН значительно выше —  $17,44 \pm 6,415$  нмоль/(мг бел/мин) ( $p = 0,001$ ). У детей 1 группы через 3 ч после нагрузки лактозой нарастание концентрации H<sub>2</sub> было выше, чем у детей 2 группы ( $13,66 \pm 18,26$  ppm и  $2,22 \pm 6,66$  ppm,  $p = 0,022$ ). Выявлена достоверная корреляция прироста концентрации водорода через 3 ч после нагрузки лактозой и активности лактазы в биоптате СОТК ( $r = -0,36$ ,  $p = 0,036$ ). Чувствительность метода при повышении концентрации водорода на 10 ppm через 2,5 ч после нагрузки лактозой — 66%, специфичность — 100%. Сочетание нагрузки лактозой с назначением лактазы привело к полному отсутствию повышения концентрации H<sub>2</sub> в выдыхаемом воздухе через 3 ч после нагрузки, до назначения фермента повышение составляло  $9,85 \pm 17,4$  ppm ( $p = 0,085$ ).

**Заключение.** В качестве критерия диагностики ЛН возможно использование уровня повышения концентрации H<sub>2</sub> в выдыхаемом воздухе на 10 ppm через 3 ч после нагрузки лактозой. Предварительные результаты в ходе исследования по оценке эффективности ферментного препарата «Лактаза Энзим» свидетельствуют об эффективности терапии данным препаратом для лечения ЛН.

176

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ В «ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ»

Чубаровский В. В., Бирюкова Е. Г.

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

**Актуальность.** Подростковый возраст является кризисным периодом онтогенетического развития личности. По данным Европейского отделения ВОЗ (2007), в среднем 10–20% подростков в Европе имеют одну или две проблемы в состоянии психического здоровья или поведения, а суициды занимают второе лидирующее место в причинах смерти в возрастной группе 15–35 лет.

**Цель исследования:** сбор клинико-эпидемиологических данных о пограничной психической патологии у учащихся подростков.

**Пациенты и методы.** Обследовано 150 подростков 15–17 лет, учащихся «школы здоровья». Врачом-психиатром проводились опрос, осмотр, сбор анамнеза по разработанным анкетам оценки психического состояния, сопоставленным с психическими расстройствами по МКБ-10.

**Результаты.** В ходе исследования расстройства невротического круга были диагностированы у каждого третьего подростка. В их структуре доминировали невротические реакции, составившие 67,3%, 19,2% пришлось на долю неврозоподобных состояний (наличие невротических расстройств на фоне хронической соматической патологии), 13,5% составили неврозы (расстройства нервной системы с психогенной этиологией). Расстройства личности определены у каждого десятого обследованного подростка. В их структуре 58,8% составили патохарактерологические реакции (различные формы девиантного поведения), 17,7% психопатии и 23,5% психопатоподобные состояния (расстройства личности на фоне поражения ЦНС). Таким образом, в «школе здоровья», пограничные психические нарушения встречаются со значительной частотой и в их структуре преобладают состояния субклинической степени выраженности («предболезненные нарушения»).

**Заключение.** Полученные данные позволяют сделать вывод о необходимости расширения коррекционных и профилактических программ «школ здоровья» за счет включения мер первичной и вторичной психопрофилактики, под контролем врача-психотерапевта.

177

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КРИОТЕРАПИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ****Чугуй Е. В., Мельник Д. Д., Титова Е. Н.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Начавшись в эмбриогенезе, врожденная косолапость (ВК) при отсутствии коррекции в первые месяцы жизни у детей усугубляется и приводит к инвалидизации с патологическим формированием костей и мягкотканых элементов голени и стоп в сочетании с трофическими нарушениями кровообращения. Поиск методов терапии, улучшающих коррекцию ВК, является актуальным.

**Цель исследования:** изучить эффективность и безопасность криотерапии при ВК у детей.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 69 детей раннего возраста с установленным диагнозом ВК. В I группе лечение ВК проводилось по методике с использованием мягкоэластических функциональных повязок. Во II группе — лечение с дополнительным криовоздействием на мягкие ткани жидким азотом № 20–30 сеансов с помощью специально сконструированных катков из пористого никелида титана с целью улучшения микроциркуляции в конечностях. В III группе коррекция осуществлялась с применением бинтовых повязок и гипсовых редрессирующих повязок. Контрольное реовазографическое исследование в нижних конечностях у всех групп проводилось еженедельно реовазографом «REGINA-2002» и реоанализатором «Диамант 5405».

**Результаты.** В I группе были получены хорошие результаты в среднем через 3 месяца от начала лечения. Наилучший эффект был у детей II группы с применением криовоздействий на ткани и подтвержден реовазографическим исследованием: отмечалось убедительное улучшение кровообращения в артериовенозной системе бедер и голени. Эффект от терапии наступил раньше на 1 месяц, чем в I группе. Коррекция была мягкой за счет повышения эластичности тканей. Конечность приобретала функциональные и косметические свойства, характерные для здоровой. Наблюдалось полное исправление патологического положения костей стоп и голени, коррекция их роста за счет восстановления кровообращения. В III группе было частичное исправление ВК с дополнением оперативной коррекции некоторых элементов.

**Заключение.** Метод криотерапии является высокоэффективным и безопасным в комплексной терапии ВК у детей раннего возраста и предупреждении инвалидизации.

178

## СТОИМОСТЬ/ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ

Шахова А. М., Лобанов Ю. Ф., Сслярова Е. Б., Михалева М. А.

Алтайский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Хеликобактериоз широко распространен в детской популяции, а затраты на лечение увеличиваются с каждым годом [Баранов А. А., 2006].

**Цель исследования:** определить стоимость/эффективность эрадикационной терапии *H. pylori* у детей с хроническим гастродуоденитом.

**Пациенты и методы.** Нами было обследовано 160 детей. Средний возраст  $12 \pm 2,0$  лет. Проведена сравнительная оценка результатов лечения тройной (группы сравнения) и квадротерапии (группа контроля). Для фармакоэкономической оценки эффективности терапии рассчитывался показатель СЕА (соотношение затраты — эффективность, показывает затраты, приходящиеся на единицу эффективности, в нашем случае на одного больного) по формуле:  $CEA = DC + IC/Ef$  (Аксентьева М. В. и соавт., 2000).

**Результаты.** Показатели «стоимость/эффективность» по эпителизации эрозий в обеих группах мало различаются между собой ( $p > 0,05$ ), однако при изучении «стоимость/эффективность» по эрадикации *H. pylori* выявлен наилучший медико-экономический эффект при использовании квадротерапии, что обусловлено достаточно высоким процентом эффективности данной схемы и достаточно оптимальной стоимостью лечения. Наблюдение за больными в течение года показало различные результаты в изучаемых группах. Процент больных с безрецидивным течением колебался от 82% до 96%. Наихудший показатель СЕА был у больных, получавших тройную терапию, несмотря на то, что был выявлен хороший результат по эпителизации эрозий желудка. У детей, получавших квадротерапию, показатель СЕА отличается от наилучшего ( $p < 0,05$ ), что обусловлено хорошей эффективностью эрадикации *H. pylori* (100% к 28 дню наблюдения) и является косвенным доказательством взаимосвязи рецидивов с эффективностью эрадикации *H. pylori*.

**Закключение.** Таким образом, оптимальный эффект эрадикационной терапии достигается при включении в комплексную терапию четырехкомпонентной терапии по САР, СОР и ОШ. Клиническое наблюдение за больными в течение года подтвердило эффективность данной схемы лечения и по показателю СЕА они оказались экономически более выгодным по сравнению с использованием тройной терапии.



## 179 ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ГЕМОФИЛИИ ПРИ ДЕТСКОЙ КЛИНИКЕ ГОУ ВПО СИБГМУ РОСЗДРАВА

Шахова И. В., Маевская З. А., Десятова Л. Ф.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Поиск оптимальных терапевтических подходов, повышающих медицинскую и экономическую эффективность лечения больных, — неотъемлемая часть организации лечебной и профилактической помощи детям. Учитывая тот факт, что гемофилия — заболевание, приводящее к прогрессирующей полиартропатии при неадекватности лечения, в последние годы на фоне современных гемостатических программ, были внедрены новые методы работы с пациентами и их членами семьи: организация школ гемофилии. В январе 2007 г. была организована Школа гемофилии, на базе детской клиники ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава.

**Цель исследования:** оценка результатов работы Школы гемофилии при детской клинике ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава г. Томска в период с января 2007 по январь 2009 гг.

**Пациенты и методы.** В исследование вошли больные гемофилией ( $n = 27$ ) и родители больных детей ( $n = 30$ ). Был проведен ретроспективный анализ историй болезней ( $n = 78$ ), форм-112 ( $n = 27$ ), протоколов переливаний фактора VIII/IX. Все данные были обработаны с использованием стандартного пакета программ Statistica for Windows 6.0. Достоверными считали значения при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Был проведен ретроспективный анализ историй болезней, форм-112 и протоколов введения фактора VIII/IX за 2008 г. Выявлено: достоверное снижение частоты обращения в процедурные кабинеты, значительное снижение числа спонтанных кровоизлияний и кровотечений в течение года; снижение риска опасных для жизни кровоизлияний и кровотечений; уменьшение числа госпитализаций, вызовов скорой помощи по сравнению с 2006 годом ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Работа Школы гемофилии позволила адекватно организовать профилактическое лечение гемофилии в Томске, что позволило пациентам начать вести активный образ жизни, посещать образовательные учреждения, заниматься спортом, работать.

180

## ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА

Эвэрт Л. С., Макарова М. В., Прахин Е. И., Лыткин В. А., Дегель Е. В.

*НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск*

**Актуальность.** Анализ variability сердечного ритма (ВСР) является методом оценки состояния механизмов регуляции физиологических функций в организме, в частности, общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы.

**Цель исследования:** оценить возможности использования ВСР в комплексной оценке состояния здоровья школьников в условиях высоких информационных нагрузок для профилактики возникновения у них дезадаптационных состояний и заболеваний.

**Пациенты и методы.** Обследовано 198 детей 7–11 лет одной из гимназий г. Красноярска. Состояние адаптации оценивалось по интегральному показателю: индексу функциональных изменений (ИФИ). В зависимости от величины ИФИ все обследованные разделены на 4 группы: с удовлетворительной, напряженной, неудовлетворительной адаптацией и ее срывом. ВСР изучалась методом кардиоритмографии на аппарате «Мицар-Рео» (Россия). Оценивались следующие показатели: ЧП (частота пульса), стресс индекс, TP, HF, LF, VLF, HFav, LFav, VLFav, и (LF/HF) av. Все параметры оценивались в состоянии покоя, в положении ортостаза и восстановительном периоде.

**Результаты.** Показано, что у детей с напряженным и неудовлетворительным уровнем адаптации, а также ее срывом, регистрируется более высокий уровень функционирования симпатического отдела вегетативной нервной системы, что подтверждается более высокими значениями у них показателей ИВР и меньшими величинами показателей вариационного размаха (dX, c). Данная тенденция динамики показателей variability сердечного ритма характерна для состояния покоя, ортостаза и восстановительного периода ортостатической пробы.

**Заключение.** Изучение показателей variability сердечного ритма у детей, подвергающихся интенсивным учебным нагрузкам, позволяет врачу педиатру оценить у них степень напряжения регуляторных механизмов, сформировать группы риска по развитию дезадаптационных состояний и заболеваний и своевременно провести профилактические и лечебные мероприятия.

181

**ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ВВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПИЩИ  
МЛАДЕНЦАМ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛАКТАЦИИ****Яковлев Я. Я., Манеров Ф. К.***Городская детская клиническая больница № 4, Новокузнецк*

**Актуальность.** Сроки введения дополнительных пищевых продуктов (ДПП) влияют на длительность грудного вскармливания (ГВ).

**Цель исследования:** оценить влияние введения ДПП на длительность ГВ.

**Пациенты и методы.** Критерии включения: согласие ответить на анкету; наличие минимум одного ребенка, вскармливаемого какое-то время грудью. Критерии исключения: женщины, у которых ребенок не вскармливался грудью по медицинским показаниям. В исследование включена 841 анкета. Бумажный вариант использовался для проведения очного опроса на юге Кузбасса. Электронный вариант размещался в Интернете и рассылался электронной почтой. Виртуальный опрос проводился среди русскоговорящих женщин России, ближнего и дальнего зарубежья.

**Результаты.** Длительность ГВ среди опрошенных составила  $12,2 \pm 9,6$  месяцев. Возраст введения ДПП —  $3,6 \pm 2,2$  месяца. Наиболее рано вводились адаптированные смеси ( $3,1 \pm 2,6$  месяца). Первыми из прикормов вводились соки и фрукты в  $4,7 \pm 2,3$  месяца, далее овощи  $5,6 \pm 1,7$ , каши  $5,7 \pm 1,9$ , кефир  $6,3 \pm 3,2$ , коровье молоко  $6,7 \pm 3,1$ , творог  $6,9 \pm 2,5$ , желток  $7,0 \pm 2,8$  и мясо  $7,7 \pm 1,9$  месяцев. До 4 ( $1,7 \pm 1,1$ ) месяцев ввели ДПП 50,7%, в 4–5 ( $4,4 \pm 0,5$ ) месяцев — 23,3% и с 6 ( $6,4 \pm 1,0$ ) месяцев — 26% матерей. При введении этих продуктов до 4 месяцев длительность ГВ составила  $7,7 \pm 7,5$  месяцев, в 4–5 месяцев —  $13,7 \pm 9,8$  месяцев и с 6 месяцев —  $18,1 \pm 8,9$  месяцев ( $p < 0,001$ ). При докорме смесями длительность ГВ была  $7,2 \pm 6,8$  месяца, без докорма —  $15,8 \pm 9,7$  месяцев ( $p < 0,001$ ). При введении соков и фруктов до 4 месяцев, длительность ГВ составила  $8,1 \pm 7,6$  месяцев, в 4–5 месяцев —  $10,9 \pm 10,1$  месяцев и с 6 месяцев —  $16,0 \pm 8,9$  месяцев ( $p < 0,001$ ). Такое же влияние оказывают сроки введения овощей, каш и мяса.

**Закключение.** Раннее введение младенцу ДПП уменьшает длительность ГВ. Докорм смесями сокращает длительность ГВ. Наименьшая длительность ГВ отмечается при введении прикормов до 4 месяцев. Прикорм в возрасте 4–5 месяцев позволяет продлить ГВ. Наибольшая длительность — при введении прикорма с 6 месяцев.

## 182 КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Янкина Г. Н., Лошкова Е. В.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

**Актуальность.** Целиакия протекает с формированием синдрома мальабсорбции и, как следствие, развитием дефицитных состояний.

**Цель исследования:** оценить нутритивный статус больных целиакией и эффективность его коррекции с помощью смеси «Нутризон» на фоне безглютеновой диеты (БГД).

**Пациенты и методы.** обследовано 88 пациентов с целиакией в возрасте от 9 месяцев до 19 лет. На фоне соблюдения БГД и симптоматического лечения сохранялась категория детей – 25 (28,4%) человек с неудовлетворительным ответом на терапию в виде низких весо-ростовых прибавок, отсутствия снижения иммунологических показателей – уровня антиглиадиновых антител (АГА) (АГА А: Ме – 16,45 (Q1–6,65; Q3–33,6) ед/мл; АГА G: Ме – 103,4 (Q1–67,9; Q3–224,45) ед/мл, при норме до 25 ед/мл). Критерии включения для терапии «Нутризоном»: рост и масса тела ниже 5 перцентиля, гипотрофия 1–2 степени (отсутствие прибавок массы тела в течение последних 6 месяцев). Смесь «Нутризон» назначали детям 2–5 лет 100,0 мл в сут, пациентам старше 5-ти летнего возраста – 200,0 мл в сут, продолжительность курса один месяц. Показатели критериев включения служили в качестве показателей сравнения до лечения.

**Результаты.** Смесь «Нутризон» получали 13 человек, в возрасте от 2-х до 14 лет (средний возраст – 6 лет). Длительность наблюдения – 6 месяцев. Скорость роста через 6 месяцев в среднем (Ме) – 7 см (Q1–4,0 см; Q3–10 см). Прибавка массы через 6 месяцев: Ме – 3000 гр. (Q1–1000 гр.; Q3–5000 гр.). На фоне терапии «Нутризоном» наблюдалась положительная динамика содержания АГА: (АГА А: Ме – 6,7 (Q1–2,7; Q3–26,4) ед/мл; АГА G: 36,7 (Q1–13,0; Q3–91,6) ед/мл, при норме до 25 ед/мл) ( $p = 0,0209$  и  $p = 0,0001$ , соответственно).

**Закключение.** Таким образом, для коррекции нутритивного статуса у детей с целиакией могут использоваться курсы терапии смесью для дополнительного энтерального питания («Нутризон»).



## СОДЕРЖАНИЕ

1	<i>Абашина Л.В., Кобякова О.С.</i> Применение АСТ в амбулаторной практике врача . . . . .	1
2	<i>Абдуллаева Ф.Г., Иноятова Ф.И.</i> Некоторые предрасполагающие факторы развития семейных случаев хронических гепатитов . . . . .	2
3	<i>Абдумаджидова Ш.У., Иноятова Ф.И.</i> Состояние иммунного статуса детей, больных хроническим гепатитом D на фоне комбинированной терапии . . . . .	3
4	<i>Акулова С.С., Алексеева Е.И., Семикина Е.Л., Копыльцова Е.А., Валиева С.И., Бзарова Т.М., Денисова Р.В., Гудкова Е.Ю., Исаева К.Б., Чистякова Е.Г.</i> Особенности иммунофенотипа лимфоцитов крови у больных ювенильным артритом . . . . .	4
5	<i>Алексюшина Л.А., Власенко Н.Ю., Юдицкая Т.А., Юнгман Н.В.</i> Опыт применения ларонидазы у ребенка с мукополисахаридозом типа I . . . . .	5
6	<i>Алешин И.В., Пискалов А.В.</i> Диагностика сфинктерно-детрузорной диссинергии у детей . . . . .	6
7	<i>Ахмедова А.Х., Иноятова Ф.И.</i> Клиника-биохимические показатели задержки полового развития мальчиков, больных хронической ХГВ инфекцией . . . . .	7
8	<i>Балашева И.И., Лучинина Р.Н., Десятова Л.Ф.</i> Клинико-эпидемиологические исследования острых лейкозов у детей Томской области (50 лет наблюдений) . . . . .	8
9	<i>Безрукова Д.А., Шелкова О.А., Мясищева А.Б., Богданьянц М.В.</i> Состояние йодной обеспеченности у детей с симптомами аллергических болезней . . . . .	9
10	<i>Бекезин В.В., Коваленко О.М., Козлова Л.В., Леонов С.Д., Федоров Г.Н.</i> Коррекция нарушений свободнорадикального окисления у детей и подростков с метаболическим синдромом . . . . .	10
11	<i>Бекезин В.В., Коваленко О.М., Козлова И.С., Козлова Л.В., Милягин В.А., Леонов С.Д., Федоров Г.Н.</i> Коррекция нарушений состояния эндотелийзависимой вазодилатации у детей и подростков с ожирением и метаболическим синдромом . . . . .	11
12	<i>Белоногова Е.Г., Камалтынова Е.М., Деев И.А.</i> Эпидемиология аллергических ринитов у школьников г. Томска и сельской местности Томской области . . . . .	12
13	<i>Беляева И.А., Яцык Г.В., Харитоновна Н.А., Бомбардиров Е.П., Лазуренко С.Б.</i> Отдаленное развитие детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении . . . . .	13
14	<i>Беляева И.А., Яцык Г.В., Митиш М.Д.</i> Эффективность применения пробиотика у недоношенных детей . . . . .	14
15	<i>Борисова И.В., Смирнова С.В.</i> Значение элиминационной диетотерапии матерей на формирование пищевой аллергии у детей, находящихся на грудном вскармливании . . . . .	15
16	<i>Брызгунов И.П., Бондарь В.И., Кизева А.Г., Фалеев А.В.</i> Роль участкового педиатра в лечении и реабилитации психосоматических функциональных заболеваний у детей . . . . .	16
17	<i>Бушуева Т.В., Боровик Т.Э., Ходунова А.А., Захарова Е.Ю., Байдакова Г.В., Денисенкова Е.В., Денисенков А.И., Жученко Л.А., Калиненкова С.Г., Кузьмичева Н.А.</i> Результаты неонатального скрининга на галактоземию в Москве и Московской области . . . . .	17
18	<i>Бычковская С.В., Терещенко С.Ю., Ильенкова Н.А.</i> Влияние вида базисной терапии на клинические симптомы у пациентов с контролируемой бронхиальной астмой . . . . .	18
19	<i>Бычковская С.В., Терещенко С.Ю., Ильенкова Н.А.</i> Динамика показателей легочной функции в зависимости от вида базисной терапии у пациентов с контролируемой бронхиальной астмой . . . . .	19
20	<i>Валиева Н.К., Иноятова Ф.И.</i> Клинико-биохимические особенности хронического вирусного микст гепатита (ХВМГ) у детей . . . . .	20
21	<i>Винник Е.В., Ситникова Е.П., Мальцева Л.С.</i> Состояние гепатобилиарной системы при острых респираторных инфекциях у детей . . . . .	21
22	<i>Вихарева Е.Г., Ямолдинов Р.Н., Шайхаттаров И.М., Вейс Л.Е.</i> Влияние современной фармакотерапии на вегетативный статус у детей с хроническим гастродуоденитом . . . . .	22
23	<i>Вихарева Е.Г., Ямолдинов Р.Н., Шайхаттаров И.М., Новикова А.А.</i> Влияние современной фармакотерапии на психоэмоциональный статус у детей с хроническим гастродуоденитом . . . . .	23
24	<i>Гербек И.Э., Смирнова И.Ю., Банщикова Е.С., Маевская З.А., Лучинина Р.Н., Часовских Ю.П.</i> Сравнительный анализ эффективности и безопасности препаратов винкристина при терапии острого лимфобластного лейкоза у детей . . . . .	24
25	<i>Гонсорунова Д.С., Камалтынова Е.М., Белоногова Е.Г., Федорова О.С., Солодовникова О.В.</i> Характеристика сенсibilизации при атопическом дерматите у школьников, проживающих в Томской области . . . . .	25

26	<i>Гордеев В. В., Рыбакова Н. А.</i> Профилактическая эффективность препарата железа при железодефицитной анемии у детей раннего возраста . . . . .	26
27	<i>Гордеев В. В., Рыбакова Н. А.</i> Факторы риска развития железодефицитной анемии у детей . . . . .	27
28	<i>Григорьева А. А., Алексеева Е. И., Денисова Р. В., Лисицин А. О., Бзарова Т. М., Валиева С. И., Исаева К. Б., Гудкова Е. Ю., Чистякова Е. Г., Слепцова Т. В.</i> Длительность терапии инфликсимабом у больных с ювенильным артритом . . . . .	28
29	<i>Гришина Л. С., Насыбуллина Н. Н., Садыков М. М.</i> Организация обеспечения необходимыми лекарственными средствами льготных категорий детского населения в амбулаторно-поликлинических условиях . . . . .	29
30	<i>Гудкова Е. Ю., Алексеева Е. И., Бзарова Т. М., Смирнов И. Е., Патрушева Ю. С., Зябкина А. Г., Гордеева Г. Ф.</i> Особенности липидного спектра и коагуляционного гемостаза у детей с юношеским артритом, получающих терапию глюкокортикоидами . . . . .	30
31	<i>Гусарева Е. С., Брагина Е. Ю., Деева Е. В., Федорова О. С., Буйнова С. Н., Казакевич Н. В., Черняк Б. А., Пузырев В. П., Огородова Л. М., Липолдова М.</i> Сцепление генетического локуса 12q24.3 с уровнем специфического иммуноглобулина Е к аллергену кошки у больных бронхиальной астмой, проживающих в сибирском регионе России . . . . .	31
32	<i>Даваа Я. Х., Терещенко С. Ю.</i> Структурно-функциональное состояние мембран эритроцитов пуповинной крови новорожденных, рожденных от матерей с анемией беременных . . . . .	32
33	<i>Даваа Я. Х., Терещенко С. Ю.</i> Связь кальцийсвязывающей способности мембран эритроцитов пуповинной крови с параметрами физического развития новорожденных . . . . .	33
34	<i>Дворяковская Г. М., Борисова С. А., Дворяковский И. В., Скутина Л. Е., Зоркин С. Н.</i> Ультразвуковой контроль эффективности лечения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей . . . . .	34
35	<i>Деева Е. В., Деев И. А., Смирнова И. Ю., Якушева К. В.</i> Выбор противовоспалительной терапии при легком и среднетяжелом атопическом дерматите у детей . . . . .	35
36	<i>Деева Е. В., Деев И. А., Якушева К. В.</i> Патогенетическое обоснование терапии атопического дерматита пимекролимусом . . . . .	36
37	<i>Денисова Р. В., Алексеева Е. И., Альбицкий В. Ю., Винярская И. В., Валиева С. И., Бзарова Т. М., Лисицин А. О., Гудкова Е. Ю., Козлова А. Л., Чистякова Е. Г.</i> Влияние инфликсимаба на качество жизни детей с юношеским артритом . . . . .	37
38	<i>Дмитриева Т. Г., Грязнухина Н. Н.</i> Применение программных методов в диспансеризации детей и подростков . . . . .	38
39	<i>Дунаев С. М., Ожегов А. М.</i> Эпидемиология неопухолевых болезней крови у детей в Удмуртской республике . . . . .	39
40	<i>Дунаев С. М., Ожегов А. М.</i> Результаты терапии лимфомы Ходжкина по протоколу GPOH-HD-2002 . . . . .	40
41	<i>Емеличева Л. Г., Смирнова М. А., Тетерева Е. А.</i> Острые реакции кожи у детей: структура и провоцирующие факторы . . . . .	41
42	<i>Жданова М. В., Новик Г. А., Ларионова В. И.</i> Роль молекулярногенетических методов анализа глюкокортикоидного рецептора для прогнозирования достижения контроля бронхиальной астмы у детей . . . . .	42
43	<i>Зайцева О. И., Манчук В. Т., Эверт Л. С., Колодяжная Т. А., Ворсина И. В.</i> Нейрогуморальные и субклеточные взаимоотношения у детей с синдромом вегетативной дисфункции . . . . .	43
44	<i>Закирова А. М., Сулейманова З. Я., Андиржанова Э. И.</i> Пути повышения эффективности терапии острой внебольничной пневмонии у детей школьного возраста . . . . .	44
45	<i>Закирова А. М., Хакимова А. Ф., Ибрагимова Ж. Р.</i> Влияние антиоксидантной терапии на процессы микровезикуляции у детей с острой пневмонией . . . . .	45
46	<i>Закирова Л. М., Нагаева Т. А., Балашева И. И., Пономарева Д. А.</i> Клиническая характеристика состояния здоровья первоклассников, обучающихся в школах «нового типа» . . . . .	46
47	<i>Зеленина Е. М., Крекова Н. П., Протасова Т. А.</i> Итоги диспансеризации детей-сирот, пребывающих в стационарных условиях, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Кемеровской области . . . . .	47
48	<i>Зернова Л. Ю.</i> Углеводный обмен и глюкокортикоидная функция надпочечников у новорожденных, родившихся у матерей с ожирением . . . . .	48
49	<i>Зубова Е. П., Насырова А. М., Садыков М. М.</i> К вопросу оценки психофизического развития детей в амбулаторно-поликлинических условиях . . . . .	49
50	<i>Зятыцкая А. Л., Килина О. Ю.</i> Разработка нормативов костной прочности у детей по данным ультрасонометрии . . . . .	50

51	<i>Зятыцкая А.Л., Килина О.Ю., Маевская З.А.</i> Ультрасонометрия пяточной кости в диагностике снижения костной прочности у детей . . . . .	51
52	<i>Иванова И.И., Гнусаев С.Ф., Апенченко Ю.С.</i> Возможности одновременного суточного мониторирования ЭКГ и рН верхних отделов пищеварительного тракта у детей . . . . .	52
53	<i>Измайлова Т.Д., Петричук С.В., Басаргина Е.Н., Курбатова О.В., Федорова Н.В.</i> Влияние энерготропной терапии на митохондриальную активность лимфоцитов у детей с дилатационной кардиомиопатией. . . . .	53
54	<i>Иногамова Г.З., Иноятова Ф.И.</i> Динамика изменений кальцитонина во взаимосвязи с кальцием в крови детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ) в зависимости от вегетативной регуляции. . . . .	54
55	<i>Иноятова Ф.И.</i> Течение и исход хронических гепатитов В и дельта у детей. . . . .	55
56	<i>Кадричева Т.Г., Манчук В.Т., Кадричева С.Г.</i> Характеристика инфекционных осложнений у детей с острым лимфобластным лейкозом на фоне цитостатической терапии . . . . .	56
57	<i>Камалтынова Е.М., Белоногова Е.Г., Деев И.А., Гонсорунова Д.С.</i> Эпидемиология и клинические особенности атопического дерматита у детей, проживающих в регионе, эндемичном по описторхозу . . . . .	57
58	<i>Катосова Л.К., Турти Т.В., Волкова В.В., Шахтахтинская Ф.Ч., Зиновьева Т.Е.</i> Изменения микрофлоры кишечника у детей с последствиями перинатальной патологии и их коррекция . . . . .	58
59	<i>Каширская Е.И., Джумагазиев А.А., Курбангалиева Н.Р., Аванесова В.А., Пашинская Е.В.</i> Уровень пролактина у детей, употребляющих психоактивные вещества . . . . .	59
60	<i>Кикнадзе К.Г., Калинина Н.М., Новик Г.А.</i> Клинические проявления антифосфолипидного синдрома у детей . . . . .	60
61	<i>Кирьянова З.П., Хакимова Т.И.</i> Результаты аудиологического скрининга новорожденных детей . . . . .	61
62	<i>Кирьянова З.П.</i> Особенности эритроцитарных показателей у новорожденных с различной массой тела . . . . .	62
63	<i>Климов Л.Я.</i> Лактазная недостаточность как фактор манифестации антибиотико-ассоциированной диареи у детей грудного возраста . . . . .	63
64	<i>Климова И.И., Баженов Д.В., Кузнецова С.А.</i> Состояние ЛОР-органов у детей, находящихся в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей . . . . .	64
65	<i>Климова И.И., Баженов Д.В., Ватолина Е.Н.</i> Распространенность оториноларингологической патологии у детей крупного промышленного города Сибири . . . . .	65
66	<i>Колмаков Д.В., Шамратов А.Ш., Слизовский Г.В., Ваизова О.Е.</i> Структура, диагностика и лечение черепно-мозговой травмы у детей . . . . .	66
67	<i>Коломеец И.Л., Кравец И.С.</i> Использование АСТ-теста для оценки контроля бронхиальной астмы у детей . . . . .	67
68	<i>Кондратьева Е.И., Шемякина Т.А., Тютева Е.Ю., Логвиненко Ю.И.</i> Индукторы интерферона в профилактике ОРВИ у детей. . . . .	68
69	<i>Кондратьева Е.И., Янкина Г.Н., Лошкова Е.В., Приставка С.В.</i> Микроэлементный состав крови у больных целиакией с нутритивной недостаточностью. . . . .	69
70	<i>Кондратьева Е.И., Степаненко Н.П., Черепанова Н.Н., Светлик О.Б., Левицкая Т.С.</i> Комплексная восстановительная терапия детей с ожирением и диффузным нетоксическим зобом в санаторно-курортных условиях . . . . .	70
71	<i>Кондратьева Е.И., Степаненко Н.П., Суханова Г.А., Светлик О.Б., Романова Н.В., Черепанова Н.Н.</i> Восстановительное лечение детей с метаболическим синдромом на санаторно-курортном этапе . . . . .	71
72	<i>Конова О.М., Дмитриенко Е.Г.</i> Эффективность применения кислородных коктейлей при нарушении моторной функции толстого кишечника у детей . . . . .	72
73	<i>Котович М.М., Камзычакоа А.И., Карнаухова Н.А., Поволоцкая Л.М.</i> К дифференциальному диагнозу хронических вирусных гепатитов с аутоиммунными нарушениями и аутоиммунного гепатита в детском возрасте . . . . .	73
74	<i>Котович М.М., Карнаухова Н.А.</i> Особенности клинического течения и морфологии хронического гепатита С у детей раннего возраста, возможности противовирусной терапии . . . . .	74
75	<i>Кравец Е.Б., Давыдова Т.В., Олейник О.А., Саприна Т.В.</i> Роль цитомегаловирусной инфекции в формировании транзиторной гипертиреотропиемии у новорожденных . . . . .	75

76	<i>Кравец Е.Б., Энерт А.В., Самойлова Ю.Г.</i> Показатели скорости клубочковой фильтрации у детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа . . . . .	76
77	<i>Кравец Е.Б., Матюшева Н.Б., Саприна Т.В.</i> Значение внутривенного глюкозотолерантного теста в диагностике ранних нарушений углеводного обмена у детей и подростков с ожирением . . . . .	77
78	<i>Красильникова Е.А., Сморгон А.В., Сизов Е.Е., Камалтынова Е.М.</i> Информационное обеспечение врача-педиатра для решения задачи мониторинга состояния болезней детского населения Томской области . . . . .	78
79	<i>Кривоногова Т.С., Уварова М.А., Соловьева С.А., Михайловна Ф.В.</i> Реабилитация детей с речевыми нарушениями . . . . .	79
80	<i>Кривоногова Т.С., Соловьева С.А., Михайлова Ф.В., Уварова М.А.</i> Опыт применения энерготропного препарата у детей с церебрастеническим синдромом . . . . .	80
81	<i>Кривцова Л.А., Бельский В.В.</i> Электроэнцефалография для диагностики и прогноза гипоксически-ишемических поражений ЦНС у доношенных детей . . . . .	81
82	<i>Кривцова Л.А., Долгих Т.И., Соколова Т.Ф., Белкова Т.Н., Белослюдцева Л.Н., Кмито Н.Л., Нестеренко Э.В., Шмелев М.В.</i> Особенности иммунного ответа у новорожденных с внутриутробной инфекцией . . . . .	82
83	<i>Кузнецова М.А., Сигарева А.Е.</i> Педиатрические аспекты длительной витаминизации беременных . . . . .	83
84	<i>Кузнецова М.А., Сигарева А.Е.</i> Альтернативные методы лечения кашля . . . . .	84
85	<i>Кузнецова Л.В., Курбатова О.В., Климова С.В., Цимбалова Е.Г., Петричук С.В.</i> Влияние антицитокиневой терапии на активность митохондриальных дегидрогеназ лимфоцитов периферической крови у детей с воспалительными заболеваниями кишечника . . . . .	85
86	<i>Кулибина О.В., Синкина И.А.</i> К вопросу об особенностях липидного обмена у недоношенных новорожденных детей . . . . .	86
87	<i>Курьянинова В.А., Садовая А.С., Климов Л.Я.</i> Спектр чувствительности возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы . . . . .	87
88	<i>Кучеров Ю.И., Хаматханова Е.М., Демидов В.Н., Фролова О.Г., Подуровская Ю.Л., Дорофеева Е.И., Машинец Н.В., Жиркова Ю.В.</i> Врожденные пороки развития. Комплексный подход и результаты . . . . .	88
89	<i>Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И., Хаматханова Е.М., Жиркова Ю.В., Подуровская Ю.Л., Машинец Н.В., Сепбаева А.Д.</i> Эволюция взглядов на тактику ведения беременности при кистозных мальформациях легких у плода . . . . .	89
90	<i>Куц Е.М., Конова О.М., Ливенская Е.В., Кузенкова Л.М., Дмитриенко Е.Г.</i> Применение электростатического массажа в комплексном восстановительном лечении детей с болезнями нервной системы . . . . .	90
91	<i>Лисицин А.О., Алексеева Е.И., Валиева С.И., Бзарова Т.М., Денисова Р.В., Гудкова Е.Ю., Исаева К.Б., Чистякова Е.Г., Слепцова Т.В., Ломакина О.Л., Григорьева А.А., Кузнецова Г.В.</i> Эффективность и безопасность алендроновой кислоты при остеопорозе у детей, страдающих юношеским полиартритом . . . . .	91
92	<i>Лобанов Ю.Ф., Латышев Д.Ю., Устькачкинцев В.А., Склярова Е.Б.</i> Динамика клинических симптомов и вегетативных показателей на фоне терапии у детей с синдромом раздраженного кишечника . . . . .	92
93	<i>Лукоянова О.Л., Боровик Т.Э., Беляева И.А., Акоев Ю.С.</i> Возможности пролонгирования грудного вскармливания у детей с перинатальным поражением ЦНС . . . . .	93
94	<i>Луцаш Н.Г., Соболева Н.Г., Михайленко Г.А., Хапачева Д.Э., Майорова А.В.</i> Опыт применения гиосцина бутилбромиды при абдоминальных болях у детей . . . . .	94
95	<i>Лучинина Р.Н., Маевская З.А., Кайлина А.Н., Шахова И.В.</i> Анализ назначений лекарственных средств в амбулаторной практике детям дошкольного возраста Томской области . . . . .	95
96	<i>Лучшева Е.В., Карнаухова Н.А., Котович М.М.</i> Гепатолиенальный синдром у детей . . . . .	96
97	<i>Лютин Е.И., Манеров Ф.К.</i> Эпидемиология внебольничной пневмонии у детей и подростков . . . . .	97
98	<i>Лютин Е.И., Курилова Т.Н.</i> Влияние перинатальных факторов риска на возникновение бронхиальной астмы у детей . . . . .	98
99	<i>Маевская З.А., Лучинина Р.Н., Гербек И.Э., Часовских Ю.П., Смирнова И.Ю.</i> ABC/VEN-анализ терапии гемобластозов у детей Томской области за 2008 г. . . . .	99



100	<i>Макарова М.В., Прахин Е.И., Эверт Л.С., Потупчик Т.В., Ларькина М.В., Кимяева С.И.</i> Состояние показателей частотно-волнового спектра сердечного ритма у школьников при повышенных учебных нагрузках . . . . .	100
101	<i>Макарова Л.В.</i> Шейная лимфоаденопатия при гипертрофии аденоидных вегетаций . . . . .	101
102	<i>Мельник Д.Д., Титова Е.Н., Чугуй Е.В.</i> Раннее выявление и криолечение гемангиом у детей в профилактике развития резистентных форм . . . . .	102
103	<i>Михайлова Т.А.</i> Особенности диспансеризации детей, перенесших инфекционный мононуклеоз . . . . .	103
104	<i>Михалева М.А., Склярова Е.Б., Устькачкинцев В.А., Лобанов Ю.Ф.</i> Качество жизни учащихся общеобразовательной школы . . . . .	104
105	<i>Морозов В.И., Рашитов Л.Ф., Мрасова В.К.</i> Применение миорелаксантов при лечении детрузорно-сфинктерной диссинергии у детей. . . . .	105
106	<i>Морозова Т.А., Белан Ю.Б.</i> Роль цитомегаловирусной инфекции при хроническом течении воспалительного процесса мочевой системы у детей. . . . .	106
107	<i>Мырзабекова Г.Т.</i> Язвенная болезнь у детей: особенности клинических проявлений на современном этапе. . . . .	107
108	<i>Мырзабекова Г.Т.</i> Чувствительность клинических штаммов <i>Helicobacter pylori</i> у детей к антибактериальным средствам . . . . .	108
109	<i>Нагаева Т.А., Басарева Н.И., Пономарева Д.А.</i> Клиническая оценка эффективности использования специализированных смесей на основе козьего молока у детей с пищевой аллергией, лишенных попечительства родителей . . . . .	109
110	<i>Ножнинова О.В., Саввина Н.В.</i> Эффективность использования иммуномодулирующего препарата в комплексном лечении часто болеющих детей . . . . .	110
111	<i>Ожегов А.М., Королева Д.Н., Петрова И.Н.</i> Минеральный обмен и костный метаболизм в грудном возрасте у детей с пренатальной гипотрофией. . . . .	111
112	<i>Осмльская Н.С., Коцкая Н.Н., Степнов М.И., Кривцова Л.А.</i> Острый лимфобластный лейкоз у детей: результаты лечения и оценка качества жизни детей в длительной ремиссии. . . . .	112
113	<i>Павлинова Е.Б., Мингаирова А.Г., Сафонова Т.И., Брейль А.П., Корнеева Т.Ю.</i> Опыт использования теста по контролю над астмой для оценки эффективности различных схем базисной терапии. . . . .	113
114	<i>Павлинова Е.Б., Оксеньчук Т.В., Кривцова Л.А.</i> Факторы риска и особенности течения респираторного дистресс-синдрома у недоношенных новорожденных . . . . .	114
115	<i>Павлинова Е.Б., Оксеньчук Т.В., Кривцова Л.А.</i> Сравнительная характеристика дыхательных паттернов у недоношенных детей в норме и при респираторной дисфункции . . . . .	115
116	<i>Пенкина Н.И., Макарова М.В., Назмиева А.Р., Яковлева Л.А.</i> Роль образовательных программ в сестринском деле в сохранении здоровья детей первого года жизни. . . . .	116
117	<i>Петрова И.В., Смирнова И.Ю., Стояк В.А.</i> Возможности достижения контроля бронхиальной астмы у детей в зависимости от полиморфизма гена индуцибельной NO-синтазы . . . . .	117
118	<i>Петрова И.Н., Ожегов А.М., Тарасова Т.Ю.</i> Влияние перенесенной внутриутробной инфекции на здоровье детей с задержкой внутриутробного развития . . . . .	118
119	<i>Петторканова Ю.Е., Ножнинова О.В., Саввина А.Д.</i> Сравнительная оценка состояния здоровья детей-сирот, воспитывающихся в Доме ребенка и детей, наблюдающихся в поликлинике № 1 г. Якутска . . . . .	119
120	<i>Пикуза О.И., Зиганишина Л.Е., Гиниятова Л.Р.</i> Изучение роли антигистаминных препаратов в лечении детей . . . . .	120
121	<i>Подуровская Ю.Л., Кучеров Ю.И., Хаматханова Е.М., Дорофеева Е.И., Машинец Н.В., Жиркова Ю.В., Панов В.О., Кулабухова Е.А.</i> Врожденные пороки мочевыделительной системы: антенатальная диагностика и тактика ведения новорожденных . . . . .	121
122	<i>Подуровская Ю.Л., Кучеров Ю.И., Хаматханова Е.М., Дорофеева Е.И., Машинец Н.В., Жиркова Ю.В., Титков К.В., Буков А.А.</i> Тактика ведения новорожденных с мульткистозом почек . . . . .	122
123	<i>Поливанова Т.В.</i> Распространенность и клинико-морфологические проявления гастродуоденальной патологии у школьников Эвенкии с различным уровнем потребления животного белка . . . . .	123
124	<i>Поливанова Т.В., Горбачева Н.Н.</i> Комбинированная терапия болевого синдрома у детей с функциональной диспепсией. . . . .	124

125	<i>Привалова И.Л., Бредихина А.Г., Минакова А.П., Остапенко Т.П.</i> Анализ качества школьного питания старшекласников . . . . .	125
126	<i>Протасова Н.В., Кондратьева Е.И., Барабаш Н.А., Перевозчикова Т.В., Файт Е.А., Станкевич С.С., Копырина Т.В.</i> Факторы иммунной защиты грудного молока в первые шесть месяцев лактации . . . . .	126
127	<i>Ратынская Н.В., Кондратьева Г.А., Федотова О.П.</i> Питание ребенка раннего возраста: взгляд педиатра и родителей. . . . .	127
128	<i>Романцова Е.Б., Приходько О.Б., Бабцева А.Ф.</i> Профилактика заболеваемости детей, рожденных от матерей с бронхиальной астмой . . . . .	128
129	<i>Саввина А.Д., Саввина Н.В., Ножнинова О.В., Грязнухина Н.Н.</i> Сравнение качества жизни больных целиакией детей в возрасте 8–18 лет по полу и возрасту . . . . .	129
130	<i>Саввина А.Д., Саввина Н.В., Ножнинова О.В., Грязнухина Н.Н.</i> К вопросу соблюдения диеты у детей, больных целиакией . . . . .	130
131	<i>Сависько А.А., Павленко В.Л., Выгонская Т.В., Волкова Л.П., Станкевич И.В., Михайлова В.Е., Полевиченко Е.В.</i> Сравнительный анализ структуры ведущей патологии, выявленной в ходе диспансеризации детей-сирот и детей в трудных жизненных ситуациях в Ростовской области за 2008 год . . . . .	131
132	<i>Сазонов А.Э., Петрова И.В., Рукин К.Ю.</i> Ассоциация полиморфизма 894 C/G гена эндотелиальной NOS с клинико-функциональными проявлениями бронхиальной астмы и атопического дерматита у детей. . . . .	132
133	<i>Самойлова Ю.Г., Кравец Е.Б.</i> Инновационные технологии в диагностике и лечении пациентов с сахарным диабетом 1-го типа . . . . .	133
134	<i>Самойлова Ю.Г., Кравец Е.Б., Энерт А.В.</i> Особенности санаторно-курортного лечения детей с сахарным диабетом в условиях Сибирского региона . . . . .	134
135	<i>Самороднова Е.А., Шошкина Н.К., Малова М.А.</i> Проблемы организации питания детей первого года жизни на участке детской городской поликлиники. . . . .	135
136	<i>Сидорова О.Ю., Манчук В.Т., Кадричева С.Г.</i> Фенотипический состав лимфоцитов крови у детей с аденоидными вегетациями . . . . .	136
137	<i>Сизов Е.Е., Красильникова Е.А., Сморгон А.В., Деев И.А.</i> Автоматизированная система диспансеризации и мониторинга состояния болезни детей Томской области. . . . .	137
138	<i>Симанова Т.В., Ожегов А.М., Цыганок А.В., Петрова И.Н.</i> Состояние здоровья новорожденных с муковисцидозом в раннем неонатальном периоде. . . . .	138
139	<i>Симанова Т.В., Ожегов А.М., Цыганок А.В., Петрова И.Н.</i> Особенности течения беременности и родов у матерей новорожденных с муковисцидозом. . . . .	139
140	<i>Симонова М.С., Гепте Н.А., Субботина О.А.</i> Статистика поражения органа зрения при аутоиммунных заболеваниях . . . . .	140
141	<i>Симонова М.С.</i> Выбор терапии при системной красной волчанке с поражением органа зрения . . . . .	141
142	<i>Ситникова Е.П., Серова О.А.</i> Особенности эндоскопической картины у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, проживающих в сельской местности . . . . .	142
143	<i>Слизовская Н.Н., Новик Г.А.</i> Диагностическая роль полиморфизма VCL1 гена рецептора к глюкокортикоидам в прогнозе течения ювенильного хронического артрита . . . . .	143
144	<i>Слизовский Н.В., Новик Г.А.</i> Ювенильный хронический артрит с поражением глаз: дебют, течение, исход . . . . .	144
145	<i>Смирнова И.Ю., Петрова И.В., Стояк В.А., Деева Е.В., Деев И.А.</i> Роль полиморфизма генов NO-синтазы в формировании атопического марша у детей. . . . .	145
146	<i>Сморгов А.В., Красильникова Е.А., Сизов Е.Е.</i> Интеграция алгоритмического и эвристического подходов к обработке информации при реализации автоматизированного рабочего места врача-аналитика. . . . .	146
147	<i>Соловьева Н.А., Николаева Л.Е., Огородова Л.М.</i> Полиморфизм генов подверженности бронхиальной астме в якутской популяции. . . . .	147
148	<i>Солодовникова О.В., Федорова О.С., Гонсорунова Д.С.</i> Изучение организации питания и медицинской помощи детям, страдающим пищевой аллергией, в школах г. Томска . . . . .	148
149	<i>Станкевич С.С., Кондратьева Е.И., Барабаш Н.А., Барановская Н.А.</i> Микроэлементный состав грудного молока женщин и состояние здоровья их детей, проживающих в условиях промышленного города. . . . .	149
150	<i>Степаненко Н.П., Кондратьева Е.И., Левицкий Е.Ф., Светлик О.Б., Черепанова Н.Н., Левицкая Т.Е.</i> Опыт лечения детей с ожирением с учетом хронобиологического подхода . . . . .	150

151	<i>Стерхова Е.В., Петухова Е.А.</i> Влияние курения матери на здоровье ребенка .....	151
152	<i>Сулейманова З.Я., Шарафутдинова Э.Р., Закирова А.М.</i> Значение показателей молекул средней массы при повторных эпизодах острых респираторных инфекций у детей дошкольного возраста .....	152
153	<i>Сутовская Д.В., Соболева Н.Г., Кондратьева Е.И., Шмаков В.Г., Гринь Ю.Г.</i> Клиническая эффективность фитотерапии при хроническом тонзиллите у детей .....	153
154	<i>Терещенко С.Ю., Гладышев М.И., Гоголашвили Н.Г., Суцук Н.Н., Калачева Г.С., Эверт Л.С., Дедок Э.П.</i> Содержание $\omega$ -3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) в мембранах эритроцитов и желудочковая экстрасистолия у асимптоматичных подростков без органической кардиальной патологии .....	154
155	<i>Терещенко С.Ю., Гладышев М.И., Суцук Н.Н., Калачева Г.С., Прахин Е.И., Лаптева Л.В.</i> Содержание гамма-линоленовой (18:3 $\omega$ 6) кислоты в плазме крови и мембранах эритроцитов в зависимости от тяжести атопического дерматита (АтД), определенного по SCORAD-индексу .....	155
156	<i>Терещенко С.Ю., Эверт Л.С., Нягашкина Е.И., Боброва Е.И.</i> Синкопальные состояния у детей г. Красноярска, роль пароксизмальных нарушений сердечного ритма .....	156
157	<i>Терещенко С.Ю., Горбачева Н.Н.</i> Уровень сывороточного ферритина vs средний объем эритроцита у девочек-подростков, инфицированных <i>Helicobacter pylori</i> .....	157
158	<i>Тимофеева А.Г., Маргиева Т.В., Сергеева Т.В., Цыгин А.Н., Кучеренко А.Г., Смирнов И.Е.</i> Маркер эндотелиальной дисфункции при хроническом гломерулонефрите у детей .....	158
159	<i>Тихоненко О.А., Гаймоленко И.Н., Панченко А.С., Конохова Е.Е.</i> Некоторые показатели конденсата выдыхаемого воздуха (КВВ) у детей на фоне применения фитотерапии .....	159
160	<i>Узунова А.Н., Талыбова А.Р.</i> Изменение содержания микроэлементов в крови, как возможный фактор формирования хронического гастродуоденита (ХГД) у детей .....	160
161	<i>Узунова А.Н., Богданова М.А., Петрунина С.Ю.</i> Особенности анализа вариабельности сердечного ритма в педиатрической практике в динамических наблюдениях .....	161
162	<i>Узунова А.Н., Петрунина И.И., Петрунин А.А., Сусько Н.А., Новикова Е.А., Сабирова Ю.П.</i> Оценка моторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных хроническим гастродуоденитом .....	162
163	<i>Узунова А.Н., Романенко Е.С., Безденежных И.А.</i> Половое развитие детей г. Челябинска с диффузным нетоксическим зобом .....	163
164	<i>Ушурова А.И.</i> Систольная функция миокарда при неревматических кардитах .....	164
165	<i>Федорова О.С., Солодовникова О.В., Косова Н.В., Гонсорунова Д.С., Дугарова С.Б.</i> Изучение распространенности пищевой аллергии у школьников г. Томска .....	165
166	<i>Федотова М.М., Федорова О.С.</i> Исследование содержания эозинофилов в назальном секрете как предиктора бронхиальной астмы у детей с атопическим дерматитом .....	166
167	<i>Фуголь Д.С., Лобанов Ю.Ф., Щербаков П.Л.</i> Альгинат-содержащий препарат при гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни у детей .....	167
168	<i>Фурицев В.И.</i> Влияние социально-бытовых условий (СБУ) на продолжительность и распространенность грудного вскармливания .....	168
169	<i>Фурицев В.И.</i> Центр грудного вскармливания (ЦГВ) — профессионально-специализированная структура успешного становления и поддержания практики грудного вскармливания (ГВ) .....	169
170	<i>Хаматханова Е.М., Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Жиркова Ю.В., Машинец Н.В.</i> Омфалоцеле: течение беременности и результаты лечения .....	170
171	<i>Хетагурова Ю.Ю., Винярская И.В., Митиш М.Д., Хубаева И.В.</i> Изменение параметров качества жизни у детей с церебральной ишемией на фоне реабилитации .....	171
172	<i>Хорошкина Л.А., Дмитриева Н.В., Кривцова Л.А.</i> Нервно-психическое развитие детей, рожденных от матерей, страдающих алкогольной и табачной зависимостью .....	172
173	<i>Часовских Ю.П., Лучинина Р.Н., Маевская З.А., Гербек И.Э., Шахова И.В.</i> Анализ фармакотерапии бронхообструктивного синдрома у детей Томской области .....	173
174	<i>Черепанова Н.Н., Степаненко Н.П., Кондратьева Е.И., Левицкая Т.Е., Светлик О.Б.</i> Роль диетотерапии и психокоррекции в лечении детей с ожирением .....	174
175	<i>Чубарова А.И., Кушниренко И.А., Корнева Т.И., Ноздря Д.А.</i> Диагностика лактазной недостаточности у детей методом определения концентрации водорода с помощью отечественного газоанализатора ГИН-2 .....	175
176	<i>Чубаровский В.В., Бирюкова Е.Г.</i> Распространенность нарушений психического здоровья среди учащихся в «школе здоровья» .....	176

177	<i>Чугуй Е. В., Мельник Д. Д., Титова Е. Н.</i> Эффективность и безопасность криотерапии при врожденной косолапости у детей. ....	177
178	<i>Шахова А. М., Лобанов Ю. Ф., Складорова Е. Б., Михалева М. А.</i> Стоимость/эффективность эрадикационной терапии хеликобактериоза у детей. ....	178
179	<i>Шахова И. В., Маевская Э. А., Десятова Л. Ф.</i> Опыт работы Школы гемофилии при детской клинике ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава. ....	179
180	<i>Эверт Л. С., Макарова М. В., Прахин Е. И., Лыткин В. А., Дегель Е. В.</i> Оценка вариабельности сердечного ритма в практике врача педиатра. ....	180
181	<i>Яковлев Я. Я., Манеров Ф. К.</i> Влияние сроков введения дополнительной пищи младенцам на длительность лактации. ....	181
182	<i>Янкина Г. Н., Лошкова Е. В.</i> Коррекция нутритивного статуса у детей с целиакией. ....	182



**АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ**

- Абашина Л. В. 1  
Абдуллаева Ф. Г. 2  
Абдумаджидова Ш. У. 3  
Аванесова В. А. 59  
Акоев Ю. С. 93  
Акулова С. С. 4  
Алексеева Е. И. 4, 28, 30, 37, 91  
Алексюшина Л. А. 5  
Алешин И. В. 6  
Альбицкий В. Ю. 37  
Андиржанова Э. И. 44  
Апенченко Ю. С. 52  
Ахмедова А. Х. 7  
Бабцева А. Ф. 128  
Баженов Д. В. 64, 65  
Байдакова Г. В. 17  
Балашева И. И. 8, 46  
Банщикова Е. С. 24  
Барабаш Н. А. 126, 149  
Барановская Н. А. 149  
Басаргина Е. Н. 53  
Басарева Н. И. 109  
Безденежных И. А. 163  
Безрукова Д. А. 9  
Бекезин В. В. 10, 11  
Белан Ю. Б. 106  
Белкова Т. Н. 82  
Белоногова Е. Г. 12, 25, 57  
Белослюдцева Л. Н. 82  
Бельский В. В. 81  
Беляева И. А. 13, 14, 93  
Бзарова Т. М. 4, 28, 30, 37, 91  
Бирюкова Е. Г. 176  
Боброва Е. И. 156  
Богданова М. А. 161  
Богданьянц М. В. 9  
Бомбарди́рова Е. П. 13  
Бондарь В. И. 16  
Борисова И. В. 15  
Борисова С. А. 34  
Боровик Т. Э. 17, 93  
Брагина Е. Ю. 31  
Бредихина А. Г. 125  
Брейль А. П. 113  
Брызгунов И. П. 16  
Буйнова С. Н. 31  
Буров А. А. 122  
Бушуева Т. В. 17  
Бычковская С. В. 18, 19  
Ваизова О. Е. 66  
Валиева Н. К. 20  
Валиева С. И. 4, 28, 37, 91  
Ватолина Е. Н. 65  
Вейс Л. Е. 22  
Винник Е. В. 21  
Винярская И. В. 37, 171  
Вихарева Е. Г. 22, 23  
Власенко Н. Ю. 5  
Волкова В. В. 58  
Волкова Л. П. 131  
Ворсина И. В. 43  
Выгонская Т. В. 131  
Гаймоленко И. Н. 159  
Геппе Н. А. 140  
Гербек И. Э. 24, 99, 173  
Гиниятова Л. Р. 120  
Гладышев М. И. 154, 155  
Гнусаев С. Ф. 52  
Гоголашвили Н. Г. 154  
Гонсорунова Д. С. 25, 57, 148, 165  
Горбачева Н. Н. 124, 157  
Гордеева Г. Ф. 30  
Гордеев В. В. 26, 27  
Григорьева А. А. 28, 91  
Гринь Ю. Г. 153  
Гришина Л. С. 29  
Грязнухина Н. Н. 38, 129, 130  
Гудкова Е. Ю. 4, 28, 30, 37, 91  
Гусарева Е. С. 31  
Даваа Я. Х. 32, 33  
Давыдова Т. В. 75  
Дворяковская Г. М. 34  
Дворяковский И. В. 34  
Дегель Е. В. 180  
Дедок Э. П. 154  
Деева Е. В. 31, 35, 36, 145  
Деев И. А. 12, 35, 36, 57, 137, 145  
Демидов В. Н. 88  
Денисенкова Е. В. 17  
Денисенков А. И. 17  
Денисова Р. В. 4, 28, 37, 91  
Десятова Л. Ф. 8, 179  
Джумагазиев А. А. 59  
Дмитриева Н. В. 172  
Дмитриева Т. Г. 38  
Дмитриенко Е. Г. 72, 90  
Долгих Т. И. 82  
Дорофеева Е. И. 88, 89, 121, 122, 170  
Дугарова С. Б. 165  
Дунаев С. М. 39, 40  
Емеличева Л. Г. 41  
Жданова М. В. 42

- Жиркова Ю. В.** 88, 89, 121, 122, 170  
**Жученко Л. А.** 17  
**Зайцева О. И.** 43  
**Закирова А. М.** 44, 45, 152  
**Закирова Л. М.** 46  
**Захарова Е. Ю.** 17  
**Зеленина Е. М.** 47  
**Зернова Л. Ю.** 48  
**Зиганшина Л. Е.** 120  
**Зиновьева Т. Е.** 58  
**Зоркин С. Н.** 34  
**Зубова Е. П.** 49  
**Зябкина А. Г.** 30  
**Зятицкая А. Л.** 50, 51  
**Ибрагимова Ж. Р.** 45  
**Иванова И. И.** 52  
**Измайлова Т. Д.** 53  
**Ильенкова Н. А.** 18, 19  
**Иногамова Г. З.** 54  
**Иноятова Ф. И.** 2, 3, 7, 20, 54, 55  
**Исаева К. Б.** 4, 28, 91  
**Кадричева С. Г.** 56, 136  
**Кадричева Т. Г.** 56  
**Казакевич Н. В.** 31  
**Кайлина А. Н.** 95  
**Калачева Г. С.** 154, 155  
**Калиненкова С. Г.** 17  
**Калинина Н. М.** 60  
**Камалтынова Е. М.** 12, 25, 57, 78  
**Камзычакоа А. И.** 73  
**Карнаухова Н. А.** 73, 74, 96  
**Катосова Л. К.** 58  
**Каширская Е. И.** 59  
**Кизева А. Г.** 16  
**Кикнадзе К. Г.** 60  
**Килина О. Ю.** 50, 51  
**Кимяева С. И.** 100  
**Кирьянова З. П.** 61, 62  
**Климова И. И.** 64, 65  
**Климова С. В.** 85  
**Климов Л. Я.** 63, 87  
**Кмито Н. Л.** 82  
**Кобякова О. С.** 1  
**Коваленко О. М.** 10, 11  
**Козлова А. Л.** 37  
**Козлова И. С.** 11  
**Козлова Л. В.** 10, 11  
**Колмаков Д. В.** 66  
**Колодяжная Т. А.** 43  
**Коломеец И. Л.** 67  
**Кондратьева Г. А.** 127  
**Кондратьева Е. И.** 68–71, 126, 149, 150, 153, 174  
**Конова О. М.** 72, 90  
**Конохова Е. Е.** 159  
**Копыльцова Е. А.** 4  
**Копырина Т. В.** 126  
**Корнева Т. И.** 175  
**Корнеева Т. Ю.** 113  
**Королева Д. Н.** 111  
**Косова Н. В.** 165  
**Котович М. М.** 73, 74, 96  
**Коцкая Н. Н.** 112  
**Кравец Е. Б.** 75–77, 133, 134  
**Кравец И. С.** 67  
**Красильникова Е. А.** 78, 137, 146  
**Крекова Н. П.** 47  
**Кривоногова Т. С.** 79, 80  
**Кривцова Л. А.** 81, 82, 112, 114, 115, 172  
**Кузенкова Л. М.** 90  
**Кузнецова Г. В.** 91  
**Кузнецова Л. В.** 85  
**Кузнецова М. А.** 83, 84  
**Кузнецова С. А.** 64  
**Кузьмичева Н. А.** 17  
**Кулабухова Е. А.** 121  
**Кулибина О. В.** 86  
**Курбангалиева Н. Р.** 59  
**Курбатова О. В.** 53, 85  
**Курилова Т. Н.** 98  
**Курьянинова В. А.** 87  
**Кучеренко А. Г.** 158  
**Кучеров Ю. И.** 88, 89, 121, 122, 170  
**Кушниренко И. А.** 175  
**Кущ Е. М.** 90  
**Лазуренко С. Б.** 13  
**Лаптева Л. В.** 155  
**Ларионова В. И.** 42  
**Ларькина М. В.** 100  
**Латышев Д. Ю.** 92  
**Левицкая Т. Е.** 150, 174  
**Левицкая Т. С.** 70  
**Левицкий Е. Ф.** 150  
**Леонов С. Д.** 10, 11  
**Ливенская Е. В.** 90  
**Липолдова М.** 31  
**Лисицин А. О.** 28, 37, 91  
**Лобанов Ю. Ф.** 92, 104, 167, 178  
**Логвиненко Ю. И.** 68  
**Ломакина О. Л.** 91  
**Лошкова Е. В.** 69, 182  
**Лукоянова О. Л.** 93  
**Лупаш Н. Г.** 94  
**Лучинина Р. Н.** 8, 24, 95, 99, 173  
**Лучшева Е. В.** 96  
**Лыткин В. А.** 180  
**Лютин Е. И.** 97, 98  
**Маевская З. А.** 24, 51, 95, 99, 173, 179  
**Майорова А. В.** 94  
**Макарова Л. В.** 101  
**Макарова М. В.** 100, 116, 180  
**Малова М. А.** 135  
**Мальцева Л. С.** 21

- Манеров Ф. К. 97, 181  
Манчук В. Т. 43, 56, 136  
Маргиева Т. В. 158  
Матюшева Н. Б. 77  
Машинец Н. В. 88, 89, 121, 122, 170  
Мельник Д. Д. 102, 177  
Милягин В. А. 11  
Минакова А. П. 125  
Мингаирова А. Г. 113  
Митиш М. Д. 14, 171  
Михайленко Г. А. 94  
Михайлова В. Е. 131  
Михайлова Т. А. 103  
Михайлова Ф. В. 80  
Михайловна Ф. В. 79  
Михалева М. А. 104, 178  
Морозова Т. А. 106  
Морозов В. И. 105  
Мрасова В. К. 105  
Мырзабекова Г. Т. 107, 108  
Мясищева А. Б. 9  
Нагаева Т. А. 46, 109  
Назмиева А. Р. 116  
Насыбуллина Н. Н. 29  
Насырова А. М. 49  
Нестеренко Э. В. 82  
Николаева Л. Е. 147  
Новик Г. А. 42, 60, 143, 144  
Новикова А. А. 23  
Новикова Е. А. 162  
Ножнинова О. В. 110, 119, 129, 130  
Ноздря Д. А. 175  
Нягашкина Е. И. 156  
Огородова Л. М. 31, 147  
Ожегов А. М. 39, 40, 111, 118, 138, 139  
Оксеньчук Т. В. 114, 115  
Олейник О. А. 75  
Осмльская Н. С. 112  
Остапенко Т. П. 125  
Павленко В. Л. 131  
Павлинова Е. Б. 113–115  
Панов В. О. 121  
Панченко А. С. 159  
Патрушева Ю. С. 30  
Пашинская Е. В. 59  
Пенкина Н. И. 116  
Перевозчикова Т. В. 126  
Петричук С. В. 53, 85  
Петрова И. В. 117, 132, 145  
Петрова И. Н. 111, 118, 138, 139  
Петрунин А. А. 162  
Петрунина И. И. 162  
Петрунина С. Ю. 161  
Петухова Е. А. 151  
Петюрканова Ю. Е. 119  
Пикуза О. И. 120  
Писклаков А. В. 6  
Поволоцкая Л. М. 73  
Подуровская Ю. Л. 88, 89, 121, 122, 170  
Полевиченко Е. В. 131  
Поливанова Т. В. 123, 124  
Пономарева Д. А. 46, 109  
Потупчик Т. В. 100  
Прахин Е. И. 100, 155, 180  
Привалова И. Л. 125  
Приставка С. В. 69  
Приходько О. Б. 128  
Протасова Н. В. 126  
Протасова Т. А. 47  
Пузырев В. П. 31  
Ратынская Н. В. 127  
Рашитов Л. Ф. 105  
Романенко Е. С. 163  
Романова Н. В. 71  
Романцова Е. Б. 128  
Рукин К. Ю. 132  
Рыбакова Н. А. 26, 27  
Сабирова Ю. П. 162  
Саввина А. Д. 119, 129, 130  
Саввина Н. В. 110, 129, 130  
Сависько А. А. 131  
Садовая А. С. 87  
Садыков М. М. 29, 49  
Сазонов А. Э. 132  
Самойлова Ю. Г. 76, 133, 134  
Самороднова Е. А. 135  
Саприна Т. В. 75, 77  
Сафонова Т. И. 113  
Светлик О. Б. 70, 71, 150, 174  
Семикина Е. Л. 4  
Сепбаева А. Д. 89  
Сергеева Т. В. 158  
Серова О. А. 142  
Сигарева А. Е. 83, 84  
Сидорова О. Ю. 136  
Сизов Е. Е. 78, 137, 146  
Симанова Т. В. 138, 139  
Симонова М. С. 140, 141  
Синкина И. А. 86  
Ситникова Е. П. 21, 142  
Склярова Е. Б. 92, 104, 178  
Скутина Л. Е. 34  
Слепцова Т. В. 28, 91  
Слизовская Н. Н. 143  
Слизовский Г. В. 66  
Слизовский Н. В. 144  
Смирнова И. Ю. 24, 35, 99, 117, 145  
Смирнова М. А. 41  
Смирнова С. В. 15  
Смирнов И. Е. 30  
Смирнов И. Е. 158  
Сморгов А. В. 146

- Сморгон А. В.** 78, 137  
**Соболева Н. Г.** 94, 153  
**Соколова Т. Ф.** 82  
**Соловьева Н. А.** 147  
**Соловьева С. А.** 79, 80  
**Солодовникова О. В.** 25, 148, 165  
**Станкевич И. В.** 131  
**Станкевич С. С.** 126, 149  
**Степаненко Н. П.** 70, 71, 150, 174  
**Степнов М. И.** 112  
**Стерхова Е. В.** 151  
**Стояк В. А.** 117, 145  
**Субботина О. А.** 140  
**Сулейманова З. Я.** 44, 152  
**Сусько Н. А.** 162  
**Сутовская Д. В.** 153  
**Суханова Г. А.** 71  
**Сущик Н. Н.** 154, 155  
**Талыбова А. Р.** 160  
**Тарасова Т. Ю.** 118  
**Терещенко С. Ю.** 18, 19, 32, 33, 154–157  
**Тетерева Е. А.** 41  
**Тимофеева А. Г.** 158  
**Титков К. В.** 122  
**Титова Е. Н.** 102, 177  
**Тихоненко О. А.** 159  
**Турти Т. В.** 58  
**Тютева Е. Ю.** 68  
**Уварова М. А.** 79, 80  
**Узунова А. Н.** 160–163  
**Устькачкинцев В. А.** 92, 104  
**Ушурова А. И.** 164  
**Файт Е. А.** 126  
**Фалеев А. В.** 16  
**Федорова Н. В.** 53  
**Федорова О. С.** 25, 31, 148, 165, 166  
**Федоров Г. Н.** 10, 11  
**Федотова М. М.** 166  
**Федотова О. П.** 127  
**Фролова О. Г.** 88  
**Фуголь Д. С.** 167  
**Фурцев В. И.** 168, 169  
**Хакимова А. Ф.** 45  
**Хакимова Т. И.** 61  
**Хаматханова Е. М.** 88, 89, 121, 122, 170  
**Хапачева Д. Э.** 94  
**Харитоновна Н. А.** 13  
**Хетагурова Ю. Ю.** 171  
**Ходунова А. А.** 17  
**Хорошкина Л. А.** 172  
**Хубаева И. В.** 171  
**Цимбалова Е. Г.** 85  
**Цыганок А. В.** 138, 139  
**Цыгин А. Н.** 158  
**Часовских Ю. П.** 24, 99, 173  
**Черепанова Н. Н.** 70, 71, 150, 174  
**Черняк Б. А.** 31  
**Чистякова Е. Г.** 4, 28, 37, 91  
**Чубарова А. И.** 175  
**Чубаровский В. В.** 176  
**Чугуй Е. В.** 102, 177  
**Шайхаттаров И. М.** 22, 23  
**Шамратов А. Ш.** 66  
**Шарафутдинова Э. Р.** 152  
**Шахова А. М.** 178  
**Шахова И. В.** 95, 173, 179  
**Шахтактинская Ф. Ч.** 58  
**Шелкова О. А.** 9  
**Шемякина Т. А.** 68  
**Шмаков В. Г.** 153  
**Шмелев М. В.** 82  
**Шошкина Н. К.** 135  
**Щербаков П. Л.** 167  
**Эверт Л. С.** 43, 100, 154, 156, 180  
**Энерт А. В.** 76, 134  
**Юдицкая Т. А.** 5  
**Юнгман Н. В.** 5  
**Яковлева Л. А.** 116  
**Яковлев Я. Я.** 181  
**Якушева К. В.** 35, 36  
**Ямолдинов Р. Н.** 22, 23  
**Янкина Г. Н.** 69, 182  
**Яцык Г. В.** 13, 14