

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Северный государственный медицинский университет

Проба пера

**Материалы межрегиональной студенческой научной кон-
ференции**

«Малые Апрельские чтения-2015»

памяти профессора М.В.Пиккель

3-4 апреля 2015 г., Архангельск

Под редакцией профессора В.И.Макаровой

Архангельск

2015

~1~

УДК 616-053.2

ББК 57.3

Редакционная коллегия:

доктор медицинских наук, профессор **Валерия Ивановна Макарова**
доктор медицинских наук, профессор **Светлана Ивановна Малявская**
кандидат медицинских наук, доцент **Владимир Александрович Плаксин**

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

Проба пера: Материалы межрегиональной студенческой научной конференции «Малые Апрельские чтения-2015» памяти профессора М.В.Пиккель. 3-4 апреля 2015 г. – Архангельск. - 2015. - 88 с.

В сборнике представлены материалы научных исследований российских и иностранных студентов, клинических интернов и ординаторов, посвященных различным разделам педиатрии. Материалы конференции будут интересны как молодым ученым, так и практикующим врачам.

Работы печатаются в авторской редакции.

УДК 616-053.2

ББК 57.3

© Северный государственный
медицинский университет, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр
Предисловие	5
Ахмедова С.А. Клинико-демографическая характеристика детей с ювенильным идиопатическим артритом в России: данные многоцентрового регистра Союза педиатров России	6
Бабина О. В. Анализ заболеваемости детей раннего возраста, перенесших пневмонию	7
Борисова Н.А., Дьячкова Т.А. Информированность родителей о рахите и его профилактике	9
Векшина Ю.Ю. Уровень школьной тревожности у учащихся 5-6 классов	11
Верзилина М.В., Малафеева Е.Ю. Особенности течения бронхиальной астмы у детей раннего возраста	15
Герасимов Н.А., Елисеева Д.А. Электрическая нестабильность миокарда у недоношенных новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию	18
Гнездова А.А, Черткова С.В. Фармакотерапия лихорадки у детей в амбулаторной практике	19
Горбунова А.И, Минина А.И. Диагностика и лечение внебольничной пневмонии в амбулаторной практике	22
Касев А. Н. Диагностика транзиторного синовита тазобедренного сустава у детей	25
Климкин А.В. Невральная проводимость при кратковременной ишемии в оценке реабилитационного потенциала у детей с синдромом Гийена-Барре	27
Колесник В.В. Эффективность диспансерного наблюдения детей с вегетососудистыми дистониями	28
Корякова М.Е. Деятельность педиатра М. В. Пиккель в годы войны	30
Костич В.В. Морфологический и психофизиологический статус у детей младшего школьного возраста г. Архангельска	33
Куликова М.В. Анализ работы врача-педиатра участкового	36
Лебедева А.С. Состояние здоровья новорожденных детей с синдромом задержки внутриутробного развития	39

Левахина Л.Э., Семенова И.Д., Захлыстина Ю.А. Особенности состояния здоровья новорожденных детей с врожденными пороками сердца	43
Мустафаева Камила Шакир Кызы Ревматологические маски онкологических заболеваний	46
Мавчи Свапнил Малджи (Mavchi Swapnil Malji), Сингх Раджендер Лодхи (Rajender Singh Lodhi), Шекават Харшил Сигнгх (Harshil Singh Shekhawat), Курдыбайло А.В. Ветряная Оспа У Иностранных Студентов Северного Государственного Медицинского Университета	48
Семенская Л.С. Открытое овальное окно: грань нормы и патологии	50
Сивкова К.А., Климова Е.Г. Анализ лечения острых респираторных заболеваний у детей	52
Станкевич Н.Н. Анализ распространенности патологии желудочно-кишечного тракта у детей	54
Уланова Н.А., Черная Е.А. Проблемы нерегламентированного использования лекарственных средств у детей	57
Усова К.С., Кручинкина Т.Е. Выбор способа введения лекарственных препаратов новорожденным детям	60
Фокин А.Д. Отношение к эвтаназии студентов 1 курса медицинского университета и практикующих врачей	63
Шингарова М.Ш. Как дебютирует ювенильный псориатический артрит	64
Шихвелиева А.А., Рябушкина Е.А. Дети войны. Медико-социальная помощь в Архангельске 1941- 1945 гг.	65
Шкляева Ю. Г., Чуркина М.Н., Жагракалите И.Э. Выявление и лечение анемий у детей раннего возраста на амбулаторном этапе	68
Шумов А.В. Спортивное сердце и гипертрофическая кардиомиопатия: «за» и «против» (клинический случай)	70
Лодыгина А.В., Хромова К.А., Шаравина И.С. Энтеральное питание недоношенных экстремально низкой и очень низкой массой тела, влияние на физическое развитие	72
Baghel Rajesh Kumar, A.V. Bogdanova Incidence of and risk factors for healthcare-associated diarrhea in a large pediatric hospital in Arkhangelsk	73
Alyona Makarova Faith and pediatrics: the power of belief as a key to recovery	74
Лучшие эссе конкурса «Почему я хочу стать врачом»	78

ПРЕДИСЛОВИЕ

3 апреля 2016 года исполнится 105 лет со дня рождения Марии Владимировны Пиккель, доктора медицинских наук, профессор, много лет возглавлявшей кафедру педиатрии Архангельского медицинского института. Она прожила 97 лет трудной, но плодотворной жизни, посвященной бесконечному служению детям, созданию педиатрической школы на Европейском Севере России. Десятки учеников Марии Владимировны стали ведущими специалистами. Её имя известно не только, как имя врача и ученого, но и как известного поэта-переводчика стихов Байрона, Рильке, Рембо, Верлена.

Обращаясь к будущим педиатрам, Мария Владимировна говорила: «Что нужно, чтобы стать хорошим педиатром?.. Наблюдательность и терпение – два качества, без которых педиатра не получится. Ребенок не скажет – нужно увидеть самому: понять, как он кричит, как двигается, какое у него самочувствие. Терпение нужно постоянное и доброе, его нужно проявлять и к матери и к ребенку... Терпение должно сочетаться с большим багажом знаний. И, наконец, доброта. ...Доброта действенная, идущая на всё для спасения ребенка, доброта и понимание матери, её чувств, её страхов, её любви».

В память о нашем Учителе в 2010 году была учреждена межрегиональная научно-практическая конференция «Апрельские чтения памяти профессора М.В.Пиккель». Для сохранения связи поколений в педиатрическом сообществе в 2014 году эстафету подхватили молодые ученые (студенты, интерны, ординаторы), организовав «Малые Апрельские чтения», где они представляют свои результаты первых шагов в науке.

*Валерия Ивановна Макарова,
д.м.н., профессор,
Заслуженный врач России*

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ В РОССИИ: ДАННЫЕ МНОГОЦЕНТРОВОГО РЕГИСТРА СОЮЗА ПЕДИАТРОВ РОССИИ

Ахмедова С.А., 5 курс, педиатрический факультет

(Научный руководитель: д.м.н., проф. Е.И. Алексеева)

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

Цель. Изучить демографические, основные клинические и лабораторные показатели, а также распределение по вариантам течения ЮИА в РФ на основании данных многоцентрового регистра.

Пациенты и методы. Одномоментное (кросс-секционное) исследование данных пациентов с ЮИА в возрасте до 18 лет, наблюдающихся в ревматологических клиниках РФ и включенных в многоцентровой регистр с ноября 2008 г. по декабрь 2013 г. Диагноз ЮИА устанавливался по критериям Международной лиги ревматологических ассоциаций (ILAR) 2001.

Результаты. В исследование включено 3210 пациентов (1259(39,2%) мальчиков, 1951 (60,8%) девочек). Медиана возраста – 11,0 (8,0; 14,0) г. Медиана возраста начала заболевания – 4,0 (2,0; 8,0) г.; установления диагноза – 6,0 (3,0; 10,0)г. Структура ЮИА в соответствии с дебютом заболевания следующая: системный ЮИА (сЮИА) – 698 (21,7%); олигоартикулярный ЮИА (оЮИА)– 1076 (33,5%); полиартикулярный (РФ- ЮИА (РФ- ЮИА) – 1200 (37,4%); полиартикулярный (РФ+) ЮИА (РФ+ ЮИА) – 103(3,2%); артрит, ассоциированный с энтезитом (ААЭ) – 85(2,6%); псориатический артрит (ПА) – 14 (0,4%); недифференцированный артрит (НА) – 34 (1,1%). Увеит диагностирован у 104 (9,7%) пациентов с оЮИА, у 105 (8,8%) – с РФ-ЮИА. Антинуклеарный фактор обнаружен у 17,4% (95/547) пациентов с (РФ-) ЮИА, у 11,3% (43/381) – с сЮИА, у 16,8% (62/368) – с оЮИА. HLA-B27 антиген выявлен у 43% (37/85) пациентов с ААЭ. Наиболее часто встречающимися осложнениями ЮИА являлись остеопороз и нарушение роста. Следует отметить, что наиболее часто они диагностировались у детей с сЮИА – 17,0% (125/698) и 14,8% (103/698), соответственно. Асептический некроз суставов выявлен у 16 (2,3%) пациентов с сЮИА и 4 (0,3%) – с (РФ-) ЮИА. У 2 (0,3%) детей с сЮИА и у 4 (0,3%) пациентов с (РФ-) ЮИА диагностировано развитие анкилозов. Синдром активации макрофагов развился у 6 (0,9%) детей с сЮИА.

Выводы. В российской популяции детей чаще встречаются полиатрикулярный (РФ-) и олигоартикулярный варианты ЮИА, в то время как энтезитассоциированный артрит встречается реже, чем в Западной Европе. Мы предполагаем, что это особенность детской популяции детей, но в тоже время необходимо дальнейшее изучение данной проблемы и проведение генетического исследования.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ

Бабина О. В., 634 гр., педиатрический факультет

(Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.Н. Клименов)

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Актуальность заболевания. Пневмония является центральной проблемой детской пульмонологии ввиду ее достаточно высокой частоты, тяжести и полиэтиологичности. Наиболее часто пневмония встречается у детей раннего возраста из-за наличия множества предрасполагающих факторов. В ухудшении здоровья ребенка и в возникновении пневмонии ведущую роль, наряду с анатомо – физиологическими особенностями организма ребенка, играют и неблагоприятные условия внешней и внутренней среды. К таким условиям можно отнести долгое пребывание в сыром и влажном помещении, охлаждение, дефекты гигиены и ухода, нерациональное и искусственное вскармливание, асфиксия, родовая травма, анемия, гипотрофия, рахит, перенесенные ранее инфекционные заболевания. Также развитию пневмонии способствует широкий диапазон возбудителей заболевания. До настоящего времени встречаются случаи летальности от внебольничной пневмоний, которые обусловлены неправильной организацией медицинской помощи, несвоевременностью и неадекватностью лечения. Актуальностью данной проблемы является не только высокий уровень заболеваемости, но и, к сожалению, высокий уровень смертности.

Цель работы: провести анализ заболеваемости детей раннего возраста, перенесших пневмонию на педиатрическом участке.

Задачи: проанализировать частоту пневмонии у детей на участке за три года; определить частоту встречаемости заболевания опираясь на возраст и половую принадлежность детей; определить этиологию пневмонии на

участке; исследовать факторы, способствующие возникновению пневмонии.

Использованные методы исследования. Анализ заболеваемости детей раннего возраста, перенесших острую пневмонию проводился на базе КГБУЗ «Детская городская поликлиника №6», педиатрический участок № 7, г. Барнаула. По данным историй развития ребенка (форма № 112/у) проведена статистическая обработка и анализ причины, тяжести и течения острых пневмоний на педиатрическом участке.

Результаты. В ходе проведенного исследования было выявлено, что данным заболеванием с периода январь 2012 г- июнь 2014 г переболело 13 (4 %) детей в возрасте от 0 до 3 лет. Из 13 детей, с января по декабрь 2012 года пневмонией на участке переболело 4 (30,8%) детей. С января по декабрь 2013 года зафиксировано 4 (30,8%) детей, 5 (38,5%) перенесли пневмонию с января по июнь 2014 г., что свидетельствует о росте заболеваемости. Из расчета половой принадлежности, выявлено, что чаще болеют мальчики, чем девочки. По возрастной категории на первом месте дети до 1 года. По этиологии, выявлено, что среди всех перенесенных пневмонии 76,9% обусловлены бактериальными возбудителями. Из причин возникновения пневмонии, лидирует перинатальная патология 61,5%. По степени тяжести, чаще встречается средняя степень тяжести. Лечение пневмонии на педиатрическом участке составило 100% эффективности.

Заключение. Таким образом, можно констатировать, что при эффективности лечения 100%, заболеваемость пневмонией продолжает увеличиваться, ведь уже за полгода в 2014 г. пневмонией на педиатрическом участке переболело больше чем за 2013 г. Так как на первом месте среди причин стоит перинатальная патология, необходимо большее внимание уделять женщинам во время беременности. И, конечно же, неотъемлемая часть здоровья это профилактика заболеваний.

Литература:

1. Статистические данные заболеваемости пневмонией лечебного учреждения КГБУЗ «Городская Детская Поликлиника 6» педиатрический участок 7, г. Барнаул за период с 1.01.2012 г- 30.06.2014 г, детей от 0 до 3 лет;
2. Таточенко В. К. (ред.). Острые пневмонии у детей.
3. Таточенко В. К., Катосова Л. К., Федоров А. М. Этиологический спектр пневмоний у детей // Пульмонология. 1997.
4. Шабалов Н.П. Острые пневмонии у детей раннего возраста. 1986.
5. <http://zdorovye-rebenka.ru/pnevmoniya-u-detej>

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О РАХИТЕ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКЕ

Борисова Н.А., Дьячкова Т.А., 4 курс, педиатрический факультет

(Научный руководитель: д.м.н., проф. В.И.Макарова)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность проблемы: Рахит в России является одним из самых распространенных заболеваний среди детей раннего возраста (встречается в 0,5-1% случаев среди детей раннего возраста). Рахит встречается во всех регионах России, чаще в северных, где имеется дефицит ультрафиолетовых лучей. Практически вся территория Архангельской области относится к такому дефицитному региону. В 2014 году нами были проанализированы отчеты ЛПУ Архангельской области, в которых имелась информация о распространенности рахита в регионе, объеме проводимого обследования для диагностики этого заболевания. Для продолжения работы мы провели анкетирование родителей для выяснения уровня информированности об этой проблеме.

Цель исследования: провести анализ информированности родителей о заболевании детей рахитом, необходимости и формах его профилактики.

Материалы и методы: исследование проводили в лечебных учреждениях г. Архангельска путем интервьюирования родителей с помощью специально разработанной анкеты, включающей вопросы о биологическом анамнезе матери, признаках рахита, его профилактики и лечении. Опрошено 110 матерей, которые имели 94 ребенка раннего возраста и 16 детей старше 3-х лет.

Результаты обработаны методом анализа и систематизации данных в обобщающие таблицы с вычислением доли каждого признака.

Результаты и обсуждение. Анализ анкет показал, что течение беременности и родов было отягощено у 51,8 % матерей, из них в 27,3 % случаев отмечалась угроза прерывания беременности, в 24,5 % - преждевременные роды; половина женщин во время беременности перенесла ОРВИ. Учитывая особенность изучаемой патологии – рахит, представил интерес анализа характера питания беременных женщин. Наиболее предпочитаемым продуктом явился творог (85%); для половины женщин ежедневно употребляемыми продуктами были сливочное масло (57%) коровье молоко (45,5%); в меньшей степени в рационе присутствовали сыр (32%) и яйца (29%); в недостаточном количестве будущие матери включали в свой рацион рыбу

жирных сортов (13%) и морепродукты (20%). Менее половины опрошенных (40%) во время беременности принимали препараты кальция, преимущественно “Кальций Д₃ Никомед”. Профилактика рахита витамином Д проведена только 24 % женщин.

Со слов матерей можно предположить, что они осведомлены о понятии и профилактике рахита. В результате анкетирования на «признаки рахита» указано лишь в небольшом проценте случаев (34%). Симптомами рахита матери считали беспокойство 13,6 % (15 чел.), раздражительность 11,8% (13 чел), потоотделение с кислым запахом 8,1% (9 чел), облысение затылка 14,5% (16 чел), несвоевременное прорезывание зубов 8,1% (9 чел), костные деформации 10,9% (12 чел). Витамин Д был назначен 67,3 % детей. Предпочтение было отдано препарату Аквадетрим - 29,7%; 23% детей получали Вигантол и в 2,7 % случаев матери использовали оба препарата, чередуя их. При переводе детей на смешанное и искусственное вскармливание доза витамина Д не корректировалась, несмотря на то, что молочными смесями выбора являлись Нан и Нестожен. При этом содержание витамина Д на 100 г сухого порошка составляет в смеси Нан 8,5 мкг (в 100 мл готового продукта – 1,2 мкг), в смеси Нестожен – 7,5 мкг (в 100 мл готового продукта – 1 мкг).

Мы проанализировали характер ante- и постнатальной профилактики рахита у детей, которые по данным анкетирования родителей имели изменения опорно-двигательного аппарата. Из 110 детей 11,8% имели костные деформации: грудной клетки - 7 чел., позвоночника - 2 чел., нижних конечностей - 1чел, грудной клетки и позвоночника - 1чел. Матери детей с костными деформациями в период беременности в 61,5 % случаев не принимали витамин Д, в 53,8 % - кальций в последнем триместре беременности. Витамин Д и кальций в 84,6 % случаев были заменены на витаминно-минеральные комплексы. Препаратом выбора являлся “Элевит пренаталь”, который содержит 500 МЕ витамина Д в одной таблетке. Кратность приема препарата не была указана. Питание женщин в этой группе было неудовлетворительным: ежедневно молоко употребляли только 38,5% будущих матерей, творог – 7,8%, рыбы в ежедневном рационе не было ни у одной женщины.

Более трети детей из группы с костными деформациями (38,5%) родились осенью, и критический период развития рахита у них совпал с зим-

ними месяцами, когда наблюдается недостаточное количество ультрафиолетового облучения и дефицит синтеза витамина Д в коже. Треть детей (30,8 %) родились в летнее время года, и критический период развития рахита у них совпал с осенним сезоном года, когда интенсивность ультрафиолетового излучения тоже невысока. Профилактика рахита этим детям проводилась в 76,9%. Витамин Д был назначен в профилактической дозе, то есть 500 МЕ ежедневно. 1/3 детей находилась на грудном вскармливании, 1/3 детей – на искусственном, 15,4% - на смешанном. Несмотря на различный характер вскармливания, корректировка дозы витамина Д не проводилась.

Заключение. Таким образом, информированность родителей о рахите и его профилактике не является достаточной. Усугубляет ситуацию и низкая активность акушеров-гинекологов и педиатров в проведении профилактики рахита.

УРОВЕНЬ ШКОЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У УЧАЩИХСЯ 5-6 КЛАССОВ

Векшина Ю.Ю., 3 курс, Институт естественных наук и технологий

(Научный руководитель: д.б.н., проф. Т.С.Копосова)

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова, Архангельск

Введение. Общая тревожность ребенка в школе – общее эмоциональное состояние, связанное с различными формами его включения в жизнь школы. Определение степени тревожности позволяет выявить особенности взаимоотношений ребенка в различных ситуациях со сверстниками и взрослыми в семье и школе. Современные учёные всё больше уделяют внимания проблеме тревожности детей школьного возраста, так как в настоящее время увеличилось число детей с повышенным беспокойством и эмоциональной неустойчивостью [6].

По определению Л.В. Полуниной: "Тревожность - индивидуальная психологическая особенность ребёнка, проявляющаяся в повышенной склонности испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях" [4].

В целом, тревожность - это субъективное проявление неблагополучия личности. Тревожность рассматривается как переживание эмоционального дискомфорта, предчувствие приближающейся опасности. В последние

годы психологи обеспокоены процессом формирования тревожности в условиях школы. По данным Всемирной организации здравоохранения, школа является общественно неблагоприятным фактором. Как следствие этого неблагоприятного воздействия являются нарушения психологического состояния школьников. Зная причины возникновения тревожности можно прийти к своевременному проведению коррекционно-развивающей работы, которая способствует снижению уровня тревожности и формированию адекватного поведения у детей.

Исследователи отмечают, что обучение в школе часто сопровождается повышением тревожности у детей. Однако тревожность может выступать и как активизатор учебного процесса, делая его успешным и эффективным, поскольку мобилизует внимание, память, интеллектуальные особенности ребенка, и как негативный фактор, не дающий возможность реализоваться детям в учебной деятельности, отрицательно влияет на учебу, здоровье и общий уровень психофизиологического состояния [3]. Как будет проявляться влияние, будет зависеть от индивидуального уровня школьной тревожности подростка.

Целью исследования явилось изучение уровня школьной тревожности у учащихся 5 – 6-х классов одной из гимназий города Архангельска.

Методика. С письменного разрешения родителей учащихся, учителей гимназии и самих подростков обследовано 92 школьника, из них 41 девочка и 51 мальчик.

Уровень школьной тревожности и обработка полученных данных определялись с помощью компьютерной программы «Диагностика личностных отклонений подросткового возраста» (Амалтея, 2005), по тесту «Методика диагностики уровня школьной тревожности» (тест Филлипса). Тест Филлипса позволяет оценить не только общий уровень школьной тревожности, но и отдельные ее показатели, связанные с различными сферами школьной жизни [6]. Исследование проводилось в период первой четверти учебного года.

Результаты исследования. Возможность определения собственного эмоционального состояния предполагает способность подростка осознать себя и иметь достаточный уровень знаний социальных норм и эталонов. Особой формой самооценки является самооценка эмоционального состояния.

Сравнительный анализ полученных нами результатов свидетельствует о том, что показатели уровня общей школьной тревожности среди

учащихся 5 и 6 классов не одинаковы. Высокий уровень школьной тревожности наблюдался у 11,1% девочек и 7,2% мальчиков в пятых классах. В sixth классах высокий уровень школьной тревожности отмечался только у 4,3% девочек и не встречался у мальчиков.

Повышенный уровень школьной тревожности среди учащихся 5-х классов встречался у 38,9% девочек и 60,7% мальчиков. Среди шестиклассников повышенный уровень тревожности встречается чаще – у 65,2% девочек и 72,7% мальчиков. Низкий уровень школьной тревожности отмечается у 50,0% девочек и 30,1% мальчиков пятых классов и у 30,55% девочек и 27,3% мальчиков из sixth классов.

Помимо метода обработки результатов по тесту Филиппса, мы проанализировали ответы школьников по отдельным вопросам. Так, например, на 9 вопрос теста "Дрожат ли у тебя колени, когда тебя вызывают отвечать?" большинство ответили отрицательно (девочки 78%, мальчики 86%). Подобные ответы позволяют сделать вывод о том, что дети находятся в спокойном эмоциональном состоянии.

Большинство школьников во всех классах на 17 вопрос "Трудно ли тебе получать такие отметки, каких ждут от тебя родители?" ответили отрицательно (мальчики 56%, девочки 78%). Это еще один показатель спокойного психоэмоционального фактора, который имеют подростки гимназии. На вопрос 36 "Помогает ли твоя мама в организации вечеров, как другие мамы?" некоторые детей ответили "Да" (девочки 73%, мальчики 86%).

Такие данные свидетельствуют о том, что эти дети не испытывают стрессов, находятся в уравновешенном психоэмоциональном состоянии. Следует отметить, что основные принципы работы коллектива школы предполагают позитивные установки всех участников образовательного процесса. Коллектив учителей гимназии создает положительную психоэмоциональную среду обучения и воспитания.

Сравнивая наши полученные данные с результатами Н.Е. Аракелова [2], который проводил подобное исследование в школе №1161 Москвы, уровень тревожности у московских школьников был более высокий, чем у их сверстников, обучающихся в гимназии г. Архангельска. Нами обнаружено, что в 6-х классах у мальчиков более высокий показатель по проблемам в отношении с учителями 50 (37,5-53,13%), у девочек этот показатель ниже 37,5 (25-50%). Переживание социального стресса у 6-тиклассников мальчиков составляет 27,27 (18,18-45,45%), а у девочек всего 18,18 (9,09-

27,27%). У 5-тиклассников мальчиков страх ситуации проверки знаний достигает 41,67 (16,67-66,67%), а у девочек 16,67 (0-66,67%). Страх не соответствовать желаниям окружающих у мальчиков достигает 40 (20-60%), а у девочек всего 20 (0-40%).

Полученные нами данные в определенной степени согласуются с результатами некоторых исследований, проведенных в школах средней полосы России. Так, например, в работе В.В.Потапенко [5] показано, что у мальчиков 12-14 лет некоторые показатели по шкале тревожности выше, чем у девочек. Автор объясняет это тем, что девочки имеют более высокую осторожность в принятии решений и большую ответственность по отношению к окружающим.

Редко встречающиеся показатели высокого уровня школьной тревожности среди обследуемых нами учащихся 5-6-х классов в определенной степени можно объяснить тем, что дружеский педагогический коллектив благоприятно влияет на атмосферу в гимназии и способен даже при интенсивной учебной нагрузке поддерживать адаптационные механизмы у большинства школьников.

Однако, на наш взгляд, следует особое внимание учителей и родителей обратить на тех учащихся, у которых отмечается высокий уровень школьной тревожности. Их ответы позволяют сделать вывод о том, что дети остро нуждаются в помощи взрослых, особенно родителей, нуждаются в помощи взрослых,

Л.Г.Айрапетьянц [1] считает, что из всех стрессов самыми опасными для человека являются психоэмоциональные, так как их воздействие направлено на разрушение нервной системы, что отрицательно сказывается на состоянии психического и физического здоровья. Одним из показателей повышенной тревожности многие авторы считают ухудшение соматического здоровья подростков, у них могут возникать беспричинные головные боли или боли в животе, резко повышается температура. Подростки начинают прогуливать уроки (контрольные работы или «нелюбимый» предмет), чтобы не получить плохую оценку и таким образом избежать нагоняя от родителей. Сильное или длительное отрицательное эмоциональное состояние представляет опасность для организма подростка, энергетические возможности которого ограничены.

Среди подростков встречаются и такие, которые проявляют излишнюю старательность, желание выполнить любое задание лучше всех, быть во всем первым – все это может лишь свидетельствовать о повышенной тревожности. Наши наблюдения позволяют сделать вывод о необходимости совершенствования умения педагогов и родителей создавать положительный эмоциональный общения с подростками.

В заключение отметим, что повышенная тревожность в подростковом возрасте ведет не только к эмоциональной неустойчивости, но и к дезадаптации, на фоне которой могут развиваться дидактогенные неврозы.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения систематической работы и учителей, и родителей, направленной на гармонизацию эмоциональной сферы подростков. На наш взгляд, назрела необходимость организации специальных курсов и для студентов, и для учителей, и для родителей по проведению коррекционной работы в процессе обучения и воспитания эмоциональной устойчивости не только среди подростков, но и у детей более раннего возраста.

Литература:

1. Айрапетьянц Л.Г. Нейрофизиологические и вегетативные проявления психоэмоционального напряжения у взрослых и детей //Журнал ВНД. 1977. Вып. 2. С. 414-416.
2. Аракелов Н.Е., Лысенко Е.Е. Психофизиологический метод оценки тревожности. "Психологический журнал", 1997
3. Микляева А.В., Румянцева П.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. - СПб.: Речь, 2004. 248с.
4. Полунина Л.В., Справочник педагога-психолога №10 (октябрь), М., 2012.
5. Потапенко В.В. Психологические механизмы адаптации // Материалы IV съезда Росс. псих. об-ва, М.-Ростов на Дону: изд-во "КРЕДО", 2007, Т.3. С.71.
6. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: МПСИ, 2000. 304 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Верзилина М.В., Малафеева Е.Ю., 5 курс лечебный факультет

(Научный руководитель: проф. Е.В. Шниткова)

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Актуальность проблемы состоит в том, что бронхиальная астма (БА) у детей принадлежит к числу распространенных аллергических болезней. За последние годы во всем мире, в том числе и в России, отмечается тен-

денция к увеличению. Результаты крупных эпидемиологических исследований свидетельствуют, что своевременная диагностика БА запаздывает. Так, продолжительность периода между первыми симптомами болезни и установлением диагноза в среднем превышает 4 года. Такая ситуация может быть обусловлена в первую очередь незнанием практическими врачами четких критериев диагностики БА, нежеланием регистрации болезни из-за боязни ухудшить отчетные показатели, негативным отношением родителей ребенка к данному диагнозу, которые приводят к ее более тяжелому течению [1].

Цель нашей работы: изучение особенности возникновения, клинических проявлений бронхиальной астмы у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В период 2013 – 2014 гг. в педиатрическом отделении №1 ОБУЗ детская городская клиническая больница № 1 г. Иваново на стационарном лечении находилось 17 детей. До одного года было 5 детей, с года до двух 2-лет – 10 и до 3-х лет – 2 ребенка. Проведено клинко-инструментальное и лабораторное обследование детей, выкопировка данных их истории болезни детей.

Результаты и обсуждение. От первой беременности было рождено 4 ребенка, от второй – 10 детей и от третьей и четвертой – трое детей. От первых родов родились 4 ребенка, от вторых – 9 детей и от третьих и четвертых – четверо детей.

У 2-х матерей беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности, у одной - на фоне гестоза, у троих на фоне хронического пиелонефрита. Вредные привычки в виде курения имеют 4 матери. При воздействии никотина на мерцательный эпителий его количество уменьшается, а количество бокаловидных клеток увеличивается и подвергаются гиперплазии [2]. Изучение семейного анамнеза показало наличие астмы у ближайших родственников (особенно матери), и/или атопии (атопический дерматит, экзема), пищевой аллергии, аллергического ринита у родственников.

Вес детей при рождении был в пределах 2900 - 3700 граммов (среднем 3453 г). Задержку внутриутробного развития гипотрофический вариант имели 4 ребенка. На грудном вскармливании находились 8 детей, на искусственном – 5 и на смешанном – 4 ребенка. Все дети неоднократно перенесли острые респираторные вирусные заболевания.

Обострению бронхиальной астмы у наблюдаемых детей возраста предшествовал период предвестников проявляющийся изменением поведения, нарушением сна, аппетита, появлением зудящих сыпей, катаральным синдромом: насморком с приступами чихания, приступообразным кашлем, зудом слизистой носа и конъюнктив, у 9 детей наблюдался подъем температуры до субфебрильных цифр. Диагностированная бронхиальная астма была атопической, в основном средней тяжести, у двух детей тяжелая. Сопутствующие заболевания зарегистрированы у 13 детей - атопический дерматит и у двоих - поллиноз. Сопутствующие заболевания - гипоксически-ишемическая энцефалопатия отмечена у всех наблюдаемых детей.

Приступы удушья появлялись на фоне острых респираторно-вирусных заболеваний. Длительность кашля составляла $8,0 \pm 1,0$ дней, одышки сохранялась в течение $3,0 \pm 1,0$ дней. Физикальные изменения в легких (коробочный оттенок перкуторного звука, жесткое дыхание, сопровождающееся сухими свистящими и влажными разнокалиберными хрипами) отмечались в течение 9 дней. У 12 детей заболевание сопровождалось выраженным катаральным симптомами. У детей первого года жизни приступы регистрировались 1-4 раза, на втором году жизни 3-5, на третьем году 4-5 раз. У двух детей отмечена неконтролируемая астма.

По данным общего анализа крови у 10 детей отмечается умеренный лейкоцитоз, у всех больных – эозинофилия. Исследование Ig E в диапазоне от 204 до 332,8 МЕ/л ($232,3 \pm 0,1$ МЕ/л), подтверждает иммунологический характер процесса. Показатели рентгеновского обследования показывают умеренное усиление бронхососудистого рисунка с обеих сторон по бронхитическому типу, корни малоструктурны, синусы расширены свободные.

Заключение. Имеется своеобразие клинической картины бронхиальной астмы у детей раннего возраста обусловленное анатомо-физиологическими возрастными особенностями бронхо-легочного аппарата. У этих детей менее выраженные проявления бронхоспазма, ведущая роль отводится отеку слизистой бронхов. Имеются определенные диагностические трудности при постановке диагноза бронхиальная астма поскольку ранние проявления заболевания иногда ошибочно диагностируются как различные варианты острых респираторных инфекций.

Литература:

1. Васильева И. А. Влияние неблагоприятных ante- и постнатальных факторов на формирование и течение бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста. Автореф. дис.... канд. мед. наук. Смоленск, 2003. 18 с.
2. Мизерницкий Ю. Л., Цыпленкова С. Э. Бронхиальная гиперреактивность. Функциональные состояния и заболевания в педиатрии / под ред. А. Д. Царегородцева, В. В. Дина. М.: Оверлей, 2011. С. 332–353.

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

**Герасимов Н.А., 6 курс, Елисеева Д.А., 5 курс, педиатрический факультет
(Научные руководители: д.м.н., проф. С.Ф. Гнусаев; к.м.н., доц. А.Н.Шибяев)
Тверская ГМА, Тверь**

Введение. В настоящее время одной из актуальных проблем педиатрии является синдром внезапной смерти младенцев, частота встречаемости которого в России составляет в среднем 1,3 на 1000 родившихся живыми [Кравцова Л.А., Школьников М.А., 2011]. Несмотря на то, что исследования данной проблемы ведутся с 60-х годов, до сих пор непосредственные причины данного синдрома неизвестны, установлены лишь вероятные факторы риска его развития. Развитие СВСМ связывают в том числе с электрической нестабильностью миокарда и развитием на этом фоне фатальных желудочковых аритмий, предиктором которых на ЭКГ является увеличение корригированного интервала Q-T и увеличение дисперсии интервала Q-T [Л.А. Бокерия, 2010].

Цель исследования: выявить признаки электрической нестабильности миокарда у недоношенных детей, перенесших перинатальную гипоксию по данным холтеровского мониторирования.

Материалы и методы. Проведено обследование 35 новорожденных детей со сроком гестации от 24 до 37 недель с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС II-III степени. Все обследованные дети были разделены на 2 группы. I группу составили 25 новорожденных с массой тела при рождении менее 2500 г ($1813,6 \pm 426,9$ г), II – 10 новорожденных с массой тела при рождении от 2500 г до 3200 г ($2858 \pm 276,7$ г). Всем новорожденным проводилось холтеровское мониторирование в возрасте 15-30 суток жизни с помощью аппаратно-програмного комплекса «Кардиотехника КТ-04-3». Запись осуществлялась в 3 мониторных отведениях с использованием элек-

тродного кабеля для 5 электродов. Длительность записи в среднем составляла 20 часов. Расшифровка записи осуществлялась с помощью компьютерной программы под визуальным контролем. При расшифровке записи рассчитывались средняя продолжительность интервала Q-T, скорректированный интервал Q-T, дисперсия интервала Q-T, а также показатели вариабельности ритма сердца.

Результаты и обсуждение. У новорожденных I группы по сравнению с детьми II группы отмечается незначительное снижение показателей временного анализа сердечного ритма: SDNN - $36 \pm 8,9$ мс, $39,9 \pm 15,5$ мс соответственно ($p < 0,01$), что свидетельствует о более высокой активности у них симпатических влияний на сердечный ритм. Среди детей I группы у 13 было отмечено удлинение скорректированного интервала QT выше 450 мс. Во второй группе удлинение скорректированного интервала QT было отмечено у 5 детей. ЭКГ-феномены встречались чаще всего в виде СА-блокад, пауз за счет синусовой аритмии, были выявлены эпизоды асистолии до 3 сек. По дисперсии интервала QT достоверных различий между группами не выявлено.

Заключение. У недоношенных новорожденных с малой массой тела при рождении и у недоношенных новорожденных с массой тела при рождении более 2500 г., перенесших перинатальную гипоксию, отмечаются признаки электрической нестабильности миокарда в виде удлинения скорректированного интервала QT. У недоношенных новорожденных с малой массой тела при рождении преобладают симпатические влияния в регуляции сердечного ритма.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Гнездова А.А, Черткова С.В., клинические интерны, кафедра поликлинической и социальной педиатрии

(Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.Л.Избенко)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Повышение температуры тела один из наиболее важных, а также – частых симптомов заболеваний детского возраста. Лихорадка является ведущим симптомом при большом ряде заболеваний (бактериальные, вирусные, грибковые, паразитарные инфекции, новообразования, ревматические заболевания, эндокринные, и др.). Лихорадочные состояния – одна из наиболее частых причин обращения к врачу.

Нередко многие родители пытаются самостоятельно снизить температуру тела у детей, применяя различные жаропонижающие средства, покупка которых в аптеке не требует наличия рецепта, но, безусловно, снижение температуры любым жаропонижающим препаратом требует контроля и уверенности в безопасности данной терапии. В связи с этим, вопросы лечения лихорадочных состояний являются актуальными на сегодняшний день, тем более, что в аптеке предоставлен самый широкий спектр жаропонижающих препаратов.

Цель. Выявить особенности фармакотерапии лихорадочных состояний у детей в амбулаторной практике, с учетом их возраста, уровня лихорадки.

Материалы и методы. Методом случайной выборки проведено анонимное анкетирование родителей на базе лечебно-профилактических учреждений г. Архангельска (детских поликлиник, инфекционных и соматических отделений больниц). Был опрошен 71 человек. Для опроса родителей использовались специально разработанные анкеты, в которых учитывались: возраст респондента, наличие медицинского образования, возраст детей, лекарства, которые использовались родителями в качестве жаропонижающих средств и их комбинации, предпочитаемая форма введения препарата и др.

Анализ анкет проводился в группах, выделенных исходя из возраста детей: 1 гр. – в возрасте до года, 2 гр. – от 1-3 лет, 3 гр. – от 4 до 7 лет, 4 гр. – от 8 до 12 лет, 5 гр. – старше 12 лет.

Обсуждение полученных результатов. Возраст родителей составлял: от 21 до 52 лет. Анализ анкет показал, что терапия при лихорадке назначалась в 100% случаев. Около трети родителей – 21 чел (29,6%) предпочитали давать жаропонижающие препараты при уровне повышения температуры тела 38,0°C и выше. Такое же число родителей (29,6%) давали антипиретики при температуре тела ребенка – 39,0°C, и 33,8 % родителей (24 чел.) – при лихорадке 38,5°C. Из препаратов для купирования лихорадки родителями во всех возрастных группах наиболее часто использовались: парацетамол в 46 случаях (53,5%) и ибупрофен (нурофен) – в 30 случаях (34,9%). Редко применялись: аспирин (8,1%), анальгин (2,3%) и фиксированная комбинация парацетамола с ибупрофеном (ибуклин) – 1,2%. При этом в большинстве случаев, в выборе дозы препарата родители ориентировались на назначения врача в 47,9% случаев, рекомендации в инструкции – 38,3%, рекомендации родственников – 8,5 % случаев, рекомендации фармацевта – 4,3 %, сведения из интернета – 1%.

Из лекарственных форм препаратов для снижения температуры тела у детей родители отдавали предпочтение сиропам и шипучим растворимым формам (55,6%) и таблеткам (44,4%). Среди всех опрошенных 31% родителей использовали сочетания жаропонижающих препаратов в один прием. При выборе комбинаций препаратов предпочтение отдавалось сочетанию парацетамола и анальгина – 54%, ибупрофена и парацетамола – 42%, ибупрофена и анальгина – 4%. Сочетание жаропонижающих и антигистаминных препаратов родители считали допустимым в 80% случаев, из них на супрастин приходилось 69%. Родители давали таблетированные формы препаратов детям от 1-3 лет в 24% случаев, 4-7 лет в 51,7% случаев, 8-12 лет 50%, старше 12 лет в 58,3% случаев. Сиропа применялись детям до 1 года в 100% случаев, 1-3 года – 76%, 4-7 лет – 48,3%, 8-12 лет – 50%, старше 12 лет – 41,7%.

В 68 % случаев родителями использовались физические методы охлаждения у детей. Предпочтительными методами физического охлаждения были прикладывание льда к голове, холодное полотенце на лоб) – 40,8% случаев, обтирание водой, слабым раствором уксуса, полуспиртовым раствором – 28,2%.

Выводы:

1. Информированность родителей в вопросах использования жаропонижающих лекарственных препаратов, их дозирования находится на удовлетворительном уровне.
2. Препаратами выбора для снижения температуры являются преимущественно ибупрофен (34,9%) и парацетамол (53,5%).
3. Более трети родителей (36,6%) давали жаропонижающие препараты при температуре тела ниже 38,5 С°, что свидетельствует о боязни родителями высокой температуры тела у детей.
4. Сочетание 2 жаропонижающих препаратов одновременно использовали 31% родителей, при этом вторым препаратом использовался анальгин в 58% случаев.
5. В четверти случаев детям раннего возраста и в половине случаев с 4-х до 7 лет для купирования лихорадки родители используют таблетированные формы препаратов, хотя предпочтительным является использование сиропов.

б. Большинство родителей (80%) использовали сочетание жаропонижающих и антигистаминных препаратов, из них на супрастин приходилось 69%.

Литература:

1. Лихорадочные синдромы у детей. // Клинические рекомендации для педиатров. Союз педиатров России. 2011. 228с.
2. Таточенко В.К. Ребенок с лихорадкой // Лечащий врач. 2005. № 1. с 16-20.
3. Блохин Б.М. Лихорадка и жаропонижающие препараты // Практика педиатра. 2006. № 1. с. 37-40.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Горбунова А.И, Минина А.И., клинические интерны, кафедра поликлинической и социальной педиатрии.

(Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.Л. Избенко)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Внебольничная пневмония (синонимы «домашняя», «амбулаторная») — острое инфекционное заболевание легких различной, преимущественно бактериальной этиологии, развившееся вне больницы или в первые 48–72 часа госпитализации, сопровождаемое лихорадкой и симптомами поражения нижних дыхательных путей (одышка, кашель и физикальные данные), при наличии инфильтративных изменений на рентгенограмме [3].

Диагностика и терапия внебольничной пневмонии – у детей являются актуальными вопросами педиатрии. По данным официальной статистики, заболеваемость пневмонией детей младше 5 лет в 1,5–2 раза превышает заболеваемость детей других возрастных групп. Наибольшая заболеваемость пневмонией отмечена у детей в возрасте 2–4 лет, на долю которых приходится 35–40% заболевших, в то время как дети 1-го года жизни составляют лишь 1–3% [4].

Серьезной проблемой является своевременная диагностика и адекватная терапия пневмонии в амбулаторных условиях, особенно у детей младшего возраста. За последние годы созданы клинические рекомендации по лечению внебольничной пневмонии, включающие алгоритм выбора антибиотиков и оценку эффективности стартовой терапии.

Цель. Провести анализ клинико-диагностической картины и лечения внебольничных пневмоний в амбулаторной практике.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе детского дневного стационара одной из поликлиник г. Архангельска. Проанализировано 40 случаев пневмоний за период 2014 года у детей в возрасте от 0 до 18 лет, получивших обследование и лечение в условиях дневного стационара.

Результаты исследования. Среди детей, пролеченных в дневном стационаре по поводу внебольничной пневмонии, большая часть были дети раннего возраста (1-3 года), что составило 62,5 % (25 чел.), с 3 до 7 лет – 25% (10 чел.), с 7 до 18 лет – 12,5% (5 чел.). При распределении детей по полу оказалось, что среди всех пролеченных преобладали девочки – 60%. В изучаемой группе, в 90% случаев встретилась односторонняя пневмония, в остальных 10% - двухсторонняя. Диагноз острой пневмонии был рентгенологически подтвержден у всех детей в 100% случаев. Из критериев диагностики пневмонии проанализированы данные клинической картины, физикального обследования и лабораторные данные. Длительная фебрильная лихорадка (более 3-х дней) наблюдалась у 43% (17 чел.). Физикальные данные (притупление легочного звука, ослабление дыхания, локальные разнокалиберные хрипы, крепитирующие хрипы), свидетельствующие в пользу постановки диагноза пневмонии, наблюдались практически у всей группы больных (97,5%), при этом пневмония с бронхообструктивным синдромом у детей раннего возраста встретилась в 72,5% случаев.

Воспалительные изменения в анализах крови (увеличение лейкоцитов $>10 \times 10^9/\text{л}$., повышение СОЭ >15 мм/час) отмечены в 48,7% (19 чел.). Увеличение лейкоцитов $> 10 \times 10^9/\text{л}$ 23 % (9 чел.), повышение СОЭ >15 мм/час 39% (15 чел.), повышение СОЭ + увеличение лейкоцитов $>10 \times 10^9/\text{л}$ составило 8% (3 чел.).

Все дети с внебольничной пневмонией в период лечения получали антибиотики. В 35 % случаев антибиотикотерапия была начата до постановки диагноза пневмонии, когда поводом для назначения антибактериальных препаратов была длительная фебрильная лихорадка (более 3-х дней).

Все дети получали 1 курс антибактериальной терапии, per os. Длительность курса не превышала 10 дней, в частности 3-е из пациентов получали антибактериальный препарат 5 дней (8 %), 30 детей 7 дней (74 %), 2 ребенка 9 дней (5 %), 5 детей 10 дней (13 %). Предпочтение отдавалось амоксициллину клавуланату и амоксициллину. 17 детей (39,5%) получали амоксициллина клавуланат и 7 детей (18,4 %) – амоксициллин. Антибиотик из группы макролидов (азитромицин) был назначен 12 детям (31,6%), и

10,5% (4 чел) получали оральные цефалоспорины 2, 3 поколения (цефуроксим, цефиксим).

Все дети получали препараты для лечения кашля. Предпочтение отдавалось муколитикам (амброксол, карбоцистеин) – 92,5 % случаев (37 детей). Отхаркивающие средства растительного происхождения получали 52,5% детей (21 чел). Противокашлевой препарат (бутамират натрия) был назначен только 2 детям, что составило 5 %. Большинство детей (97,5%) получали физиолечение. Ингаляции с бронхоспазмолитиками (беродуалом) были назначены в 85% случаях (34 ребенка). Курс УВЧ или ЭВТ по 5 сеансов получили 27 детей, что составило 69 %. 2-м курсом физиолечения у 82 % детей (32 чел) был электрофорез с кальцием или лидазой по 5 сеансов.

В половине случаев лекарственная нагрузка на одного ребенка в среднем не превышала 3 препарата. 3 препарата – 21 (52,5,5%). 4-5 препаратов получали 37,5% (15 детей) и 6-7 препаратов – 4 ребенка (10 %).

Выводы:

1. Большинство пациентов (87,5%) получавших лечение в условиях дневного стационара, это дети раннего и дошкольного возраста (от 1 до 5 лет).
2. Количество односторонних пневмоний превалирует над двусторонними.
3. Физикальные данные, свидетельствующие в пользу постановки пневмонии, встречались у 100% детей.
4. Несмотря на бактериальную этиологию данного заболевания, воспалительные изменения в общем анализе крови выявлены лишь в 48,7% случаев.
5. Алгоритм выбора стартовой антибактериальной терапии и длительность ее применения соответствовали имеющимся клиническим рекомендациям.
6. Имело место избыточное использование физиотерапевтического лечения, что, вероятно, обусловлено самим фактом лечения ребенка в условиях дневного стационара

Литература:

1. Баранов А.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых респираторных заболеваний (ОРЗ); лечению пневмонии у детей. 2014г.
2. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день – 2012. Справочник по диагностике и лечению. 7-е дополненное издание.- Москва. 2012г.
3. Чучалин А. Г., Геппе Н. А., Розionoва Н. Н. и др. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение и профилактика: науч.- практ. программа. – М., 2011г.

4. Яковлев С. В., Сидоренко С. В., Рафальский В. В., Спичак Т. В. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Российские практические рекомендации. М.: Издательство Престо, 2014г.

ДИАГНОСТИКА ТРАНЗИТОРНОГО СИНОВИТА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Касев А. Н., 4 курс, педиатрический факультет

(Научные руководители: д.м.н. Р.П. Матвеев, к.м.н., доц. И.В.Бабикова)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Транзиторный синовит тазобедренного сустава (ТСТС) часто встречающееся кратковременное неспецифическое воспаление синовиальной оболочки тазобедренного сустава у детей, чаще мальчиков, в возрасте 4 – 10 лет. Занимает важное место среди других заболеваний опорно-двигательной системы, его частота составляет 5,2 на 10 тыс. детского населения. ТСТС трансформируется в Болезнь Пертеса примерно в 4%, юношеский эпифизиолиз головки бедра - в 0,3%, большой тазобедренный сустав (соха magna) - в 1% случаев (1, 2). Поэтому ранняя диагностика и лечение ТСТС являются актуальными вопросами детской артрологии.

Цель: Изучение информативности клинико-биохимических данных и инструментальных методов исследований транзиторного синовита тазобедренного сустава.

Методы. Выполнен ретроспективный анализ лечения 53 детей с транзиторным синовитом тазобедренного сустава в травматологическом отделении «Республиканская детская больница» г. Сыктывкара в 2013 году. Изучались биохимические показатели, общий анализ крови, рентгенографическое исследование и сонография тазобедренного сустава.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст детей составил $(6,3 \pm 0,4)$ лет ($\min=1$, $\max=12$), из них мальчиков – 38 (72%), девочек – 15 (28%). Проанализировав обращаемость детей в течение года, можно сделать вывод, что пик заболевших детей приходится на осенние и весенние месяцы (54,6%), что соответствует частоте заболеваемости детей острыми респираторно-вирусными и бактериальными заболеваниями.

У всех детей отмечено постепенное начало заболевания. Жалобы на боль в тазобедренном суставе с иррадиацией в бедро и коленный сустав. Конечность, как правило, находилась в положении сгибания, приведения и

внутренней ротации. У детей определялась хромота и болезненность тазобедренного сустава при пальпации. Температура тела не повышалась выше 37,5⁰. Чаще страдал левый тазобедренный сустав (29 человек), в меньшей степени правый (24 человека). В анамнезе у 10 (18,9%) детей респираторно-вирусные и бактериальные заболевания.

В общем анализе крови при госпитализации у 26 (49,1%) детей отмечено повышение СОЭ в среднем до (16,6±1,1) мм в час (min=11, max=34), лейкоцитоз у 13 (24,5%) детей до (11,2±0,4) *10⁹/л (min=9,5, max=14,5). Другие показатели анализа крови не изменялись. При биохимическом исследовании: показатели С-реактивного белка, сиаловых кислот, белкового спектра, ревматоидного фактора оставались в пределах возрастной нормы.

Проведен сравнительный анализ инструментальных методов исследования детей с ТСТС. С помощью рентгенографии тазобедренного сустава выявлено у 12 (22,6%) детей расширение суставной щели, что соответствует увеличенному количеству синовиальной жидкости. Но в большей мере объективные данные изменения в области тазобедренного сустава отмечено по ультразвуковому исследованию: утолщение синовиальной оболочки прослежено у 44 (83,0%) детей, утолщение суставного хряща у 42 (80%) расширение щеечно-капсулярной зоны у 37 (69,8%), наличие избыточной внутрисуставной синовиальной жидкости у 11 (20,7%), увеличение внутрисуставного пространства у 6 (11,3%) пациентов.

Затраты на лечение пациентов с транзиторным синовитом тазобедренного сустава за 2013 год составили 2 882 594 рубля. В среднем 40036 рублей на ребенка.

Выводы. Транзиторный синовит это заболевание со скудными изменениями в гемограмме, которым болеют преимущественно мальчики в возрасте от 4х до 9 лет. Чаще всего дети заболевают после перенесенного вирусного, бактериального или паразитарного заболевания. Наиболее информативным методом инструментального исследования является УЗИ. При оценке УЗИ тазобедренного сустава следует обращать внимание на утолщение синовиальной оболочки, расширение щеечно-капсулярного пространства, утолщение суставного хряща, так как эти признаки наблюдаются наиболее часто.

Литература:

1. Головкин С.И. Клинико-патогенетическое обоснование хирургического лечения осложненных форм транзиторного синовита тазобедренного сустава у детей: дис. докт. мед. наук. Новосибирск, 2005. 206 с.

2. Rowe, S. M. The correlation between coxa magna and final outcome in Legg-Calve-Perthes disease / S. M. Rowe, E. S. Moon, E. K. Song // J Pediatr Orthop. – 2005. -V.25 (1). – P. 22-7.

НЕВРАЛЬНАЯ ПРОВОДИМОСТЬ ПРИ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ИШЕМИИ В ОЦЕНКЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ

Климкин А.В.

(Научный руководитель: д.м.н., проф. Н. В. Скрипченко)

ФГБУ Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА России, Санкт-Петербург

Введение. Среди инфекционных заболеваний периферической нервной системы особую тяжесть течения имеет синдром Гийена-Барре (СГБ), характеризующийся разрушением миелина корешков и периферических нервов в результате инфекционно-аллергического и аутоиммунного воспаления. В острый период СГБ показатели невральной проводимости, включая резидуальную латентность, длительность М-ответа, скорость проведения импульса (СПИ) на среднем и проксимальном участке нерва, достоверно не отличаются от нормы. Отсутствие изменений максимальной СПИ в период клинической манифестации и стабилизации симптомов при СГБ, а также высокая межиндивидуальная вариабельность показателей СПИ требует поиска новых дополнительных ЭНМГ – показателей для оценки проводящих свойств и оценки реабилитационного потенциала восстановления периферических нервов. Известно, что в качестве нагрузочной пробы в оценке функции нервов используется влияние кратковременной локальной ишемии на невральную проводимость и возбудимость аксонов. Установлено, что нервные волокна при различных патологических состояниях резистентны к ишемии.

Материалы и методы. Проведено ЭНМГ исследование с оценкой СПИ по моторным волокнам локтевого нерва у 26 детей группы сравнения в возрасте 6 - 16 лет и 11 детей с СГБ в анамнезе в возрасте 7 - 17 лет. Объективная оценка двигательных нарушений проводилась по индексу мобильности Ривермид от 1 до 15 баллов. Кратковременная ишемия конечности создавалась с помощью манжеты сфигмоманометра и составляла 10 минут. Манжета, шириной 14 см, накладывалась на предплечье. Изучались показатели СПИ в разные временные срезы проведения компрессионной пробы. Степень изменения СПИ на

локальную ишемию от фонового значения, выраженная в процентах, характеризовала реактивность невральной проводимости (РНП) на кратковременную ишемию: $\text{РНП} = \text{СПИ}_{\text{минута ишемии}} \times 100 / \text{СПИ}_{\text{фоновая}} - 100 (\%)$.

Результаты. РНП на 10 минуте локальной ишемии на уровне предплечья в группе детей с СГБ в катамнезе на 50% достоверно меньше ($p < 0.00001$), чем в группе сравнения. Дети в острый и подострый период СГБ с индексом мобильности Ривермид 4-6 баллов (до 2 месяцев) имели достоверно меньшую РНП $3.8 \pm 0.5\%$, чем дети с СГБ через 6 месяцев после клинической манифестации (индекс мобильности Ривермид 12-15 баллов), РНП которых составляла $5.5 \pm 0.4\%$ ($p < 0.05$). Кратковременная локальная ишемия локтевого нерва на предплечье у здоровых детей по данным литературы имеет аналогичную РНП на 10 минуте ишемии как у здоровых взрослых исследуемых: у детей – $8.5 \pm 1.9\%$, у взрослых – 8.7% .

Выводы. У детей с СГБ в катамнезе двигательные аксоны периферических нервов резистентны к кратковременной локальной ишемии конечности. РНП на ишемию у детей с СГБ в острый период имеет наименьшее значение $3.8 \pm 0.5\%$ и в процессе саногенеза имеет тенденцию к нормализации ($p < 0.05$). Показатель РНП может быть использован как стандартизированный показатель реабилитационного потенциала восстановления периферических нервов у детей с СГБ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВЕГЕТОСОСУДИСТЫМИ ДИСТОНИЯМИ

**Колесник В.В., педиатрический факультет, 632 группа,
(Научный руководитель: к.м.н., доц. Л.Н. Клименов)**

Алтайский государственный медицинский университет, КГБУЗ «Городская детская поликлиника №2, Барнаул

Цель: провести анализ заболеваемости вегетососудистой дистонией детей на педиатрическом участке.

Задачи исследования: 1. Проанализировать распространенность вегетососудистой дистонии среди детей и подростков. 2. Проследить возрастную и половую состав. 3. Определить частоту встречаемости среди разных категорий детей. 4. Исследовать спектр факторов, оказывающих влияние на

распространенность вегето-сосудистой дистонии. 5. Оценка эффективности лечения вегето-сосудистой дистонии на педиатрическом участке. 6. Разработать профилактические мероприятия.

Методы исследования: Исследование проводилось на базе КГБУЗ «Городская детская поликлиника № 2», участок №14 по данным амбулаторных карт (ф. №112/у). В исследование был включен 33 ребенка. Критерии включения составили: а) больные с установленным диагнозом: вегето-сосудистая дистония, взятые на диспансерный учет в 2012-2014 году; б) дети, проходившие стационарное обследование и лечение за период с 2012 по 2014 год.

Результаты: В ходе исследовательской работы стало известно, что общее количество детей на участке в 2012 г. - 964, из них состоят на диспансерном учете с данным диагнозом – 27 (2,9 %) ребенка; в 2013 г. – 981 на учете состояло 29 (2,9%) детей; в 2014 г. – 976 на учете 34 (3,5%) детей, из них 15 мальчиков и 19 девочек. Возраст детей, которым выставлен диагноз вегето-сосудистая дистония: 18 лет – 6 человек (18%); 17 лет – 4 человека (12%); 16 лет – 3 человека (9%); 15 лет – 4 человека (12%); 14 лет – 4 человека (12%); 13 лет – 3 человека (9%); 12 лет – 1 человек (3%); 11 лет – 2 человека (6%); 10 лет – 2 человека (6%); 9 лет – 1 человек (3%); 8 лет – 3 человека (9%); 7 лет – 1 человек (3%). Основные факторы развития заболевания: генетическая предрасположенность; гормональные и эндокринные перестройки и сбои в организме (переходный возраст, заболевания и прочее); нервное напряжение, постоянный стресс; гиподинамия, чрезмерная физическая нагрузка.

Заключение. Такое заболевание, как вегетососудистая дистония у детей и подростков г.Барнаула, по данным участка КГБУЗ «Городская детская поликлиника № 2» занимают одно из первых мест среди всех других заболеваний.

По данным проведенного исследования, было выявлено, что прослеживается тенденция к повышению заболеваемости вегето-сосудистой дистонией детей и подростков за последние три года на данном педиатрическом участке - 3,5%, а так же преобладание заболевания в возрастном интервале от 15 до 18 лет, данному заболеванию более подвержены лица женского пола - 55,9%. Лечение вегето-сосудистой дистонии является успешным, но лишь в виде комплексной терапии.

К сожалению профилактика данного заболевания в данный момент является недостаточно эффективной в силу того, что дети и подростки более подвержены эмоциональным нагрузкам, стрессам, так же в подростковом возрасте происходят гормональные перестройки организма. Целью профилактики является, в первую очередь, предотвращение самой возможности появления и развития вегето-сосудистой дистонии, поддержание организма человека, активизирование его собственных жизненных сил. Установлено, что основными факторами риска в развитии заболевания являются: генетическая предрасположенность; гормональные и эндокринные перестройки и сбои в организме (переходный возраст, заболевания и прочее); нервное напряжение, постоянный стресс; гиподинамия, чрезмерная физическая нагрузка.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕДИАТРА М. В. ПИККЕЛЬ В ГОДЫ ВОЙНЫ

Корякова М.Е., 1 курс, стоматологический факультет

(Научный руководитель: А.В. Андреева)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

В годы Великой Отечественной войны, когда Архангельск по смертности населения оказался на втором месте после блокадного Ленинграда, медицинские работники многое сделали для спасения жизни и сохранения здоровья детей [1]. Одним из таких героических тружеников была будущий известный профессор Мария Владимировна Пиккель, которая в военные годы работала сначала медицинской сестрой, затем - ординатором детского отделения 1-й городской клинической больницы и врачом в детских яслях г. Архангельска.

Война поставила перед АГМИ ряд трудных задач по подготовке врачей, оказанию квалифицированной помощи населению, организации учебной и научной работы. Кафедру детских болезней в тот период возглавлял заместитель директора по научно-учебной части Архангельского государственного медицинского института (АГМИ), профессор Ю. В. Макаров. Его лекции и работа в клинике очень увлекли Марию Владимировну, и она твердо решила стать педиатром. Окончив с отличием АГМИ по специальности «лечебное дело» в 1942 г., она всю жизнь посвятила детям и родной клинике.

Сначала в ее ведении был изолятор во флигеле больницы, куда поступали почти умиравшие от тяжелых болезней дети из блокадного Ленинграда, вывезенные по «дороге жизни» через Ладожское озеро. Заболевания носили необычный, часто злокачественный характер в связи с истощением, гиповитаминозом и плохим иммунитетом. У многих детей, помещенных в изолятор, была нома - «водяной рак», что предвещало неминуемую гибель ребенка, истинной причиной чего были не злокачественные клетки, а неудержимый распад воспаленных тканей под влиянием гнилостных бактерий при полном отсутствии защиты организма больного. Во время болезни рот больных представлял страшную гноящуюся зловонную рану на истощенном до крайности лице.

Профессор Макаров Ю.В. поручил лечить таких пациентов Марии Владимировне. Он консультировал больных, но прогноз считал практически безнадежным. Сегодня нам трудно представить борьбу за их жизнь. Истощенные дети не могли кушать, персонал кормил их молоком из пипетки. Мария Владимировна начала лечить их переливанием крови и, только что появившимся, сульфидином, действовавшим на многие неизлечимые тогда инфекции, например, острый менингококковый менингит и пневмонию. Это лечение оказалось эффективным. Не умер ни один ребенок, хотя выздоровление шло медленно, в течение нескольких месяцев. У многих детей челюстные кости были разрушены, требовались пластические операции. Для этого Мария Владимировна связалась с военным госпиталем, где был квалифицированный стоматолог, который выполнил операции на челюстях и осуществил костную пластику.

После полученных положительных результатов лечения больных номой Юрий Васильевич решил, что Мария Владимировна способна к научной работе. Он предложил ей актуальную тему научной работы о сочетании рахита с дистрофией у детей в возрасте от 1 месяца до 3-х лет [2]. В самых сложных условиях на кафедре детских болезней АГМИ активно изучались методы профилактики нарушений питания в условиях недостатка продовольствия, лечения тяжёлых форм дистрофии и рахита у детей, эвакуированных из блокадного Ленинграда в Архангельскую область. Большое внимание уделялось лечению детей с расстройствами функций желудочно-кишечного тракта, особенно в летний период, когда начинались вспышки инфекций. Уже в 1942 г. на 2-й Научной сессии АГМИ ординатор

М.В. Пиккель представила доклад «Опыт применения раствора сульфидина по Планельесу в лечении детских поносов» [3].

Кроме лечебной и научной работы на кафедре, ординатор Пиккель часто дежурила в клинике, где ей приходилось выносить детей в бомбоубежище во время бомбежек, дежурить на крыше больницы, сбрасывать и тушить зажигательные бомбы. А дома ее ждали шестеро детей, оставшихся сиротами после смерти их матери - родной сестры Марии Владимировны. По воспоминаниям профессора Т. Н. Ивановой, дети выжили только благодаря их тете. М.В. Пиккель помогла им получить высшее образование, в результате двое из них стали докторами наук, трое - кандидатами наук.

Во время войны здоровье Марии Владимировны было подорвано. Самоотверженно борясь за жизнь и здоровье малышей, она сама перенесла болезни, голод, постоянные стрессы, недостаток медикаментов, но никогда не жаловалась. Она переживала, что мало имелось эффективных методов лечения детей, активно сотрудничала с учеными, которые внедряли в практику препараты из водорослей.

На протяжении всей войны М.В. Пиккель продолжала исследование, результаты которого в 1946 г. оформила под руководством профессора Ю.В. Макарова в кандидатской диссертации «Рахит у детей дистрофиков». Успешная защита кандидатской диссертации состоялась в Казани в 1947 г. За самоотверженный труд Мария Владимировна Пиккель награждена медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов». Тысячи матерей благодарны ей за спасенные жизни детей. А сколько ее учеников стали отличными врачами и учеными? Не счесть! Человечное отношение и самоотверженный труд - это те качества, которые характеризуют Марию Владимировну Пиккель.

Литература:

1. Архангельск - город воинской славы. Великая Отечественная война 1941-1945гг. / «ОМ-медиа», 2015. С. 41.
2. Мое святое ремесло (к 100-летию со дня рождения Марии Владимировны Пиккель) / авт.-сост. Л.А.Зубов, А.В.Андреева; рец. Т.Н. Иванова - Архангельск: Типография «Пресс-Принт», 2011.
3. Программа и тезисы докладов 2-й научной сессии АГМИ, посвященной 25-летию Великой Октябрьской Социалистической революции. Архангельск, 1942. С. 15.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. АРХАНГЕЛЬСКА

Костич В.В., 5 курс, Институт естественных наук и технологий

(Научный руководитель: к.б.н. И.С. Чуб)

Северный (Арктический) федеральный университет имени

М.В.Ломоносова, Архангельск

Введение. Младший школьный возраст выделен как переломный этап развития, который можно рассматривать в качестве критического периода в жизни ребенка. Уровень гармоничности физического и психического развития в любом возрастном периоде раскрывают диалектику взаимоотношений организма и среды, характеризуют метаболические процессы в организме, сбалансированность эндокринной и центральной нервной систем, адекватность физического воспитания и интеллектуальной сфер. При определении критериев физического развития обычно проводят оценку тотальных размеров тела – это длина тела, масса тела, окружность грудной клетки [5]. Однако при этом следует учитывать не только эти соматические величины, но и результаты физиометрических измерений (становая сила, сила сжатия кисти рук, жизненная ёмкость лёгких), а также соматоскопические признаки (пропорции телосложения, жиронакопление, и т.д.). В более широком смысле слова физическое развитие предполагает развитие психофизических качеств (быстроты, силы, ловкости, гибкости, выносливости и т.д.).

Целью работы явилось исследование морфологического и психофизиологического статуса детей младшего школьного возраста г. Архангельска. Для достижения цели были поставлены следующие задачи: изучить морфофункциональное развитие детей 8 лет, определить физиометрические показатели, изучить психофизиологические показатели детей.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 60 детей вторых классов, в возрасте 8 лет (30 девочек и 30 мальчиков). Исследования проводились в осенний период (в конце октября – начале ноября) 2014 года в школе №52 г. Архангельска. Обследование детей проводилось с информированного согласия родителей с учётом базовых принципов биомедицинской этики. Статистическая обработка проводилась средствами IBM SPSS Statistic 22.0.

Результаты и обсуждение. Антропометрические показатели (длина тела, масса тела, окружность грудной клетки), позволяют с высокой степенью вероятности оценить физическое развитие. Длина тела относится к наиболее стабильным параметрам по сравнению с другими показателями физического развития [2]. Является индикатором созревания органов и систем целостного организма, отражает формирование функций в тот или иной период времени. Рост – отражение системного процесса развития [3]. Масса тела - это лабильный показатель, который может изменяться под влиянием конституциональных особенностей, нервно-эндокринных и соматических нарушений; он также зависит от экзогенных причин (питание, режим) [4]. Степень соответствия массы человека и его роста показывает индекс массы тела (ИМТ), который косвенно оценивает, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной. Ожирение констатируют в том случае, если масса тела ребёнка составляет 120% и более по отношению к средней массе тела при данном росте.

Важным критерием физического развития является показатель его гармоничности. Среди обследуемых детей гармоничное развитие у девочек отмечено у 33,3 %, дисгармоничное у 30 %, резко дисгармоничное у 36,7 %; среди мальчиков: гармоничное у 33,3%, дисгармоничное у 3,33 % и резко дисгармоничное у 63,37 %. Мышечная сила служит основой для проявления двигательных качеств: скорость, ловкость, выносливость. В результате исследования установлено, что средний показатель силы мышц кисти у 56,67% детей соответствовал возрастной норме, и у 43,33 % был ниже границы возрастной нормы. При исследовании жизненной емкости нами установлено, что у девочек показатели ниже, чем у мальчиков на 7,86%. Средние значения ЖЕЛ у девочек $1,29 \pm 0,05$ л., а у мальчиков $1,4 \pm 0,06$ л. Для определения уровня функционирования системы кровообращения и адаптационных возможностей целостного организма принято рассчитывать величину адаптационного потенциала (АП). Расчет адаптационного потенциала у исследуемых детей производили по формуле Р.М. Баевского в модификации А.П. Берсеневой. Установлено, что у всех обследованных нами детей был выявлен срыв адаптации (значения АП для мальчиков $3,33 \pm 0,05$, для девочек $3,29 \pm 0,03$), что может быть обусловлено временем проведения исследования.

Для определения психофизиологических показателей были использованы методы изучения кратковременной слуховой памяти,

определение объема кратковременной зрительной памяти. Для оценки наглядно-образного мышления у младших школьников использовался тест Равена [2]. С тестом Равена справилось 90% обследованных нами детей, только 10% детей тест выполнили удовлетворительно, хотя также отмечались достаточно высокие показатели. Практически все дети правильно выполнили задания В1, В3, В4 (иногда и В6, и В7), из этого можно сделать вывод, что у них сформирована способность к синтезу элементов в элементарной форме (выделение предмета из фона, достройка целостной формы, схватывание целостности) [1].

При изучении индивидуальных особенностей устойчивости и концентрации произвольного внимания проводится тест Анфимова. Показатель точности выполнения задания отражает состояние общей психической работоспособности, степень устойчивости и утомляемости внимания. С тестом Анфимова справилось 74% девочек и 80% мальчиков, 20% девочек и 15 % мальчиков показали средние результаты. Среди обследованных нами детей только 3% мальчиков не справились с тестом. При исследовании степени развития кратковременной слуховой памяти было выявлено, что у девочек 17,7% имели средний уровень развития данной психофизиологической функции, у 83,3 % - отмечался высокий уровень, среди мальчиков у 30% - средний уровень, у 70 % высокий уровень. При исследовании степени развития кратковременной зрительной памяти выявлено, что у девочек 53,3 % - высокий уровень, у 46,7 % - очень высокий уровень. У мальчиков 73,3 % - высокий уровень, у 20 % - очень высокий уровень, у 6,7 % - средний уровень.

В ходе исследования установлено, что практически у всех обследованных нами детей имеется достаточно высокий уровень психофизиологического развития. Физическое развитие характеризуется высокой степенью дисгармонизации. У обследованных детей есть тенденция к отставанию от нормального физического развития.

Литература:

1. Весы и весовое оборудование: [Электронный ресурс] Проведение измерений при помощи медицинских динамометров: кистевого и станого URL: http://www.raznoves.ru/info/articles/izmereniya_dinamometrom.htm (дата обращения 7.12.14)
2. Выготский Л.С. История развития высших психических функций //Собр. соч. М., 1983.
3. Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: Учеб. пос. для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит.-изд. центр ВЛАДОС, 2000. - 144 с.
4. Медицинская энциклопедия: [Электронный ресурс] Жизненная емкость легких URL: http://www.medical-enc.ru/7/zhiznennaya_emkost_legkih.shtml (дата обращения 7.12.14)

5. Фарбер, Д.А. Структурно-функциональное созревание мозга ребёнка // Физиология роста и развития детей и подростков (Теоретические и клинические вопросы) / Д. А. Фарбер, Н. В. Дубровинская; под ред. А. А. Баранова. – М., - 2000. – С. 5-6.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО

Куликова М.В., студентка 634 группы, педиатрический факультет

(Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.Н. Клименов)

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Актуальность. Организация помощи детям всегда является актуальной и первоочередной задачей в системе оказания медицинской помощи населению. От правильной организации работы на участке, четкости ведения учетно-отчетной документации, отражающей все виды врачебной деятельности, а также систематического анализа показателей своей работы зависят качество и эффективность работы участкового педиатра. Систематический анализ данных учетно-отчетной медицинской документации позволяет выявить недостатки в организации оказания помощи детям и повысить качество работы педиатров.

Главными задачами в работе участкового врача-педиатра являются: снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей.

Составление отчета о врачебной деятельности должно быть последовательным, складываться из ежедневного, ежеквартального, ежегодного анализа отчетов и сводок, представляемых врачом заведующему отделением. Кроме того отчет о врачебной деятельности – это не просто заполнение цифрами пунктов того или иного разделов работы, а это сравнительный анализ показателей каждого раздела работы с аналогичными показателями за трехлетний период своей деятельности, а также с показателями района, города, края.

Цели работы – сравнительный анализ данных учетно-отчетной медицинской документации врачебного (педиатрического) участка №24, ГДП№9 г. Барнаула, отражающих работу врача-педиатра участкового.

В качестве **задач исследования** выступили: оценка качества и эффективности работы участкового педиатра, предложения по улучшению качества работы врача-педиатра участкового. На основании сравнительного анализа были сделаны выводы и сформулированы конкретные задачи по улучшению качества работы врача-педиатра участкового.

Данный анализ работы врача педиатра-участкового был проведен на примере работы врача педиатра-участкового 24 участка 2-го педиатрического отделения КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 9, г. Барнаул». Численность прикрепленного контингента к участку (детское население) соответствует Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 августа 2006 г. N 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу».

В настоящее время, когда реформирование здравоохранения России вплотную коснулось амбулаторно – поликлинической помощи, в том числе педиатрической службы особенно актуальной становится проблема правильности организации помощи на участке и ведения отчетной документации. На сегодняшний день деятельность врача-педиатра участкового правительство РФ старается четко регламентировать, в связи с чем издаются новые приказы, положения, рекомендации, которые находятся в свободном доступе в сети интернет, например на сайте Компании «Гарант» [1]. Вот некоторые из них, используемые мной в проведенном анализе:

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 августа 2006 г. N 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи".
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 апреля 2007 г. N 307 "О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни"
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 апреля 2007 г. № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового».

Также мной использованы в работе данные следующей учётно-отчетной документации медицинского учреждения КГБУЗ "Детская городская поликлиника № 9, г. Барнаул": история развития ребенка (учетная форма № 112/у); паспорт врачебного участка (педиатрического) (учетная форма № 030/у-пед); ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому (учетная форма № 039/у-02).

В результате проведённого анализа работы врача педиатра-участкового мной была дана оценка всех сторон его деятельности – организационной, лечебно-диагностической, профилактической.

Так, например, охват родовыми патронажами беременных (на участке в среднем за два календарных года равен 86.4%) и охват патронажем детей первого месяца жизни (процент охвата на участке 24 составил 95,2% за 2012 и 100% за 2013 годы), а так же удельный вес числа детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании (до 3 месяцев - 92%, до 6 месяцев – 89%, до 1 года – 39%) достаточный. Полнота охвата профилактическими осмотрами (процент охваченности детей наблюдением специалистами и проведении лабораторных и других видов исследования, они равны в среднем 97,2%) и профилактическими прививками детей (в среднем 96,7%) соответствует нормативам. Дети, состоящие под диспансерным наблюдением, охвачены лечебно-профилактической помощью в полном объёме. Оценка смертности детей на участке благоприятная.

Все эти данные указывают на правильность проведения организационной, лечебно-диагностической и профилактической работы.

Подводя итоги анализа, были выявлены и отмечены и отрицательные моменты – например, тенденция к увеличению общей и первичной заболеваемости, особенно у детей до года и рост показателей инвалидности. Данную ситуацию необходимо анализировать более детально, и предпринимать меры по удержанию уровня заболеваемости и по дальнейшему его снижению, а также анализировать причины вызывающие инвалидизацию. А это значит уделить большее внимание профилактической работе.

Врач педиатр-участковый педиатрического участка в целом справляется со своими функциональными обязанностями. Планирование работы позволяет эффективно оказывать лечебную и профилактическую деятельность, а заполнение учетно-отчетной документации её оценивать и своевременно корректировать. Обеспечение преемственности в работе с другими учреждениями, в частности связь с женской консультацией, помогает проводить профилактические мероприятия по охране плода и новорожденного. Координация работы со специалистами способствует объективной и всесторонней оценке состояния здоровья детей, осуществлению диспансерного наблюдения, проведению обследований перед поступлением ребёнка в коллектив и адекватному лечению.

Для улучшения качества оказания медицинской помощи, были даны рекомендации к проведению следующих мероприятий: провести детальный анализ общей и первичной заболеваемости, выяснить по каким нозологиям отмечается рост и начать работу по профилактике данной патологии; организовать работу по предупреждению детской инвалидности, для чего провести анализ причин приводящих к росту появления детей-инвалидов по отдельным нозологиям.

Заключение. Таким образом, с помощью анализа данных о проводимой работе врача-педиатра участкового можно оценивать качественную сторону работы врача и выявлять как достижения, так и недочёты в работе. Важные как для самого врача, на их основании можно корректировать работу для оптимизации организации педиатрической помощи на конкретном участке, так и для оценки качества и эффективности организации педиатрической помощи в целом по району, городу, стране. Что, несомненно, важно для главной задачи врачей-педиатров, да и общества в целом – сохранения здоровья детей.

Литература:

1. Гарант – информационно-правовой портал. <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/>
2. Официальный сайт КГБУЗ "Детская городская поликлиника № 9, г. Барнаул" <http://alt-dp9.narod.ru/>
3. Анализ работы участкового педиатра. Методическое пособие для врачей-педиатров. Издание 2-е дополненное и переработанное. – Барнаул: АГМУ, 2006. – 32 с.
4. Паспорт врачебного участка (педиатрического) №24. Медицинская документация. Учётная форма №030/у-пед.
5. Статистические данные по учетно-отчетной документации КГБУЗ "Детская городская поликлиника №9, г. Барнаул", Барнаул // Здравоохранение. <http://www.asdg.ru/asdghtml/iam/2008/10/barnaul.html>

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Лебедева А.С., 5 курс, лечебный факультет

(Научный руководитель: д. м. н., проф. Е.В. Шниткова)

Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново

Актуальность проблемы заключается в том, что частота рождения детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) в разных странах широко варьирует от 3 до 30% новорожденных детей [1]. Смертность среди доношенных детей с ЗВУР в 3—10 раз превышает таковую у новорожден-

ных с нормальным физическим развитием. ЗВУР плода вносит существенный вклад в развитие хронических форм патологии и детской инвалидности, а также негативно влияет на развитие и здоровье ребенка в последующие годы жизни. Более чем у половины детей с ЗВУР отмечено отставание в физическом развитии в раннем и подростковом возрасте, у одной трети сохраняется устойчивая гипотрофия, у 20 — 40 % детей формируются невротические реакции [2]. Встречаемость ЗВУР среди новорожденных детей, получающих лечение в отделении патологии новорожденных детской клинической больницы № 1 г. Иваново в период 2013—2014 г. г. составляла 7,32%.

Цель исследования изучить особенности антенатального анамнеза (состояния здоровья матери, течение беременности и родов), состояние соматического здоровья новорожденных детей с ЗВУР.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование больных, выкопировка из историй болезни сведений о состоянии здоровья матерей, о течение беременности и родов, проведена оценка состояния новорожденного, интерпретация лабораторных и функциональных методов обследования ребенка.

Обсуждение результатов. Под наблюдением находилось 104 новорожденных ребенка, получавших лечение в отделении патологии новорожденных ОБУЗ Детская городская клиническая больница № 1 г. Иваново. Первую группу составили 87 (83,65%) новорожденных имеющих гипотрофический тип ЗВУР, вторую — 17 (16,35%) детей имеющих гипопластический вариант. Гипотрофический вариант ЗВУР I степени имели 58 (66,67%) детей, II степени — 23 (26,43%) ребенка, III степени — 6 (6,9%) детей. Гипопластический вариант I степени диагностирован у 10 новорожденных (58,82%), II степени у 7 (41,1%) детей.

От первой и второй беременности родилось более половины детей обеих групп (64,37%; 58,82%). От 3-й и более, несколько больше детей второй группы наблюдения (35,63%; 41,18%). От первых и вторых родов родилось большинство новорожденных обеих групп (90,8%; 82,35%). От 3-х и 4-х родов в 1,9 раз больше детей второй группы (9,2%; 17,65%).

Отягощенный акушерский анамнез (аборты) отмечаются в 1,6 раз чаще у матерей 2-й группы (28,74%; 47,06%) наблюдения; выкидыши чаще диагностировали у женщин первой группы (13,79%; 5,88%). Бесплодие в

анамнезе отмечено у матерей, (3,45%) дети которых имели гипотрофический тип ЗВУР. Юные первородящие в 6 раз чаще отмечены среди матерей, дети которых имели гипопластический вариант ЗВУР (4,6%; 29,41%). Первородящие «старшего возраста» одинаково часто встречались в обеих группах (35,63%; 23,53%) наблюдения. Вне брака родилось в 2,5 раза больше детей (27,59%; 70,59%), имеющих гипопластический вариант ЗВУР. Вредные привычки женщин: курение выявлены у 25,29% матерей детей первой и у 58,82% — второй группы; алкоголизмом страдали две женщины (11,76%) первой группы, у одной матери (5,88%) из второй группы наблюдения отмечена наркомания.

Беременность у матерей протекала на фоне токсикоза (10,34%; 23,53%), гестоза (31,03%; 11,76%), угрозы прерывания беременности (21,84%; 5,88%). Анемия выявлена у трети матерей обеих групп (33,33%; 35,29%). Отмечены заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, нейроциркуляторная дистония, вегетососудистая дистония — 11,49%; 11,76%), заболевания мочевыделительной системы (нефропатия, цистит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь, гидронефроз, пиелозктазия — 18,39%; 5,88%); заболевания пищеварительной системы (желчнокаменная болезнь, панкреатит, аппендицит, хронический гастрит, гастродуоденит — 6,95%; 5,88%); заболевания дыхательной системы (пневмония, хронический бронхит — 10,34%; 5,88%.) Ожирение диагностировано у матерей, дети которых имели гипотрофический вариант ЗВУР (3,45%). Гинекологические заболевания (абсцесс половых органов, истмико-цервикальная недостаточность, киста яичников, эрозия шейки матки, кандидоз влагалища, эндометриоз, привычная невынашиваемость, аномалия развития матки, рубец на матке, рак шейки матки, миома матки, хронический аднексит и кольпит — 39,08%; 29,41%) отмечены у трети матерей обеих групп. Часто встречались инфекции, передаваемые половым путем (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, трихомониаз, генитальный герпес, папилломатоз, вызванный вирусом папилломы человека, сифилис — 22,99%; 29,41%). Хроническая герпетическая инфекция диагностирована у 13 беременных (14,94%) первой группы и у двух матерей (11,76%) из второй группы. Во время беременности у матерей детей, имеющих гипопластический тип ЗВУР в 2,2 раза чаще диагностировали ОРВИ (16,09%; 35,29%). Часто отмечалась фетоплацентарная недостаточность (39,08%; 41,18%), патология плаценты (тонкая плацента, предлежание плаценты,

утолщение плаценты, удвоение плаценты, плацентит, отслойка плаценты, низкая плацентация — 14,94%; 11,76 %). У всех матерей во время беременности выявлена внутриутробная гипоксия плода.

У новорожденных, имеющих гипотрофический вариант ЗВУР чаще (36,78%; 23,53%) диагностированы пороки развития (омфалоцеле, удвоение почки, гидроцефалия, пиелэктазия, врожденные пороки сердца, дисплазия тазобедренного сустава, гипохондроплазия, полидактилия). В асфиксии родилось 21,84% детей первой и 29,41% новорожденных второй группы. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС реализовалось у всех детей. С гипоксически-геморрагическим у 19,54% новорожденных первой и 29,41% второй группы наблюдения. Диагностировались гипертензивный (44,83%, 64,71%), гипертензивно-гидроцефальный (1,15%), двигательных нарушений (мышечной гипотонии — 6,9%), синдром угнетения (32,18%, 23,53%), повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (9,2%, 5,88%), вегетовисцеральных нарушений (4,6%, 17,65%). Конъюгационную желтуху имели 45,98% детей первой и 52,94% — второй группы. Функционирующие фетальные коммуникации (открытое овальное окно) отмечены у 82,76% первой и у 88,24% — второй группы наблюдения. Кальцификаты в таламической области встречались с одинаковой частотой в обеих группах (12,64%; 11,76%) новорожденных.

Выявлена соматическая патология у новорожденных детей, имеющих гипотрофический тип ЗВУР: гнойно-воспалительные заболевания (18,39%), патология пищеварительной (5,75%) и дыхательной системы (2,3%), внутриутробная инфекция (5,75%). У детей второй группы были отмечены патология дыхательной системы (5,88%), гнойно-воспалительные заболевания (5,88%). Гемолитическая болезнь новорожденных в 3,8 раза чаще встречается у новорожденных с гипопластическим вариантом ЗВУР (4,6%; 17,65%).

Заключение. У новорожденных детей гипотрофический вариант ЗВУР встречается в 5 раз чаще гипопластического, при чем, преобладает легкая степень тяжести.

Самыми частыми причинами, способствующими развитию у новорожденных детей задержки внутриутробного развития являются: отягощенный акушерский анамнез (наличие аборт и выкидышей), патология беременности (токсикозы и гестозы), фетоплацентарная недостаточность, наличие заболеваний передающихся половым путем, вредные привычки,

особенно курение, перенесенные острые респираторно-вирусные заболевания.

При развитии гипопластического варианта ЗВУР к вышеперечисленным причинам необходимо добавить экстрагенитальную патологию матери, возраст первородящих матерей (юные и первородящие «старшего возраста»), рождение ребенка вне брака.

Выявлено нарушение здоровья детей с синдромом задержки внутриутробного развития: реализация гипоксического поражения ЦНС, различных аномалий развития, бронхолегочной патологии и заболеваний пищеварительной системы. Раннее проявление внутриутробной инфекции.

Литература:

1. Мельникова И. Ю., Андреева Т. А., Белогурова М. Б. Детские болезни : учебник. В 2 т. Т. 1 / под ред. И. Ю. Мельниковой. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 90.
2. Неонатология : Национальное руководство / под общ. Ред. Н. Н. Володина. М. : ГЭОТАР - Медиа, 2007. С. 94.
3. Шабалов Н. П. Неонатология : учебное пособие для студентов. В 2 т. Т. 1. 3-е изд., испр. и доп. М. : МЕДпресс-информ, 2004. С. 88—108.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Лепихина Л.Э., Семенова И.Д., Захлыстина Ю.А., 5 курс, лечебный факультет (Научный руководитель д.м.н. проф. Е.В. Шниткова)

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Актуальность проблемы обусловлена тем, что врожденные пороки сердца (ВПС) по частоте занимают второе место после пороков центральной нервной системы. Частота врожденных пороков сердца и крупных сосудов среди новорожденных составляет от 0,2 до 8%. Летальность среди детей первого года жизни с ВПС достигает 30-90%. (Миролюбов Л.М., Калиничева Ю.Б., 2004; Емельянчик Е. Ю. с соавт., 2010; Бокерия Л.А., 2014). Встречаемость врожденных пороков сердца среди новорожденных детей, получающих лечение в отделении патологии новорожденных ОБУЗ «Детская клиническая больница №1» составляла 5,23%.

Цель исследования. Изучить особенности антенатального развития детей, структуру, сопутствующие заболевания новорожденных детей, страдающих врожденными пороками сердца.

Материалы и методы. Было изучено состояние здоровья 71 новорожденного детей, находившихся на стационарном лечении в ОБУЗ Детская городская клиническая больница № 1 г. Иваново. Проведено клинико – лабораторное и инструментальное обследование, оценка физического развития новорожденных детей с врожденными пороками сердца.

Результаты и обсуждение. Септальные пороки диагностированы у 76,05%, из них преобладал - 94,44% дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) выявлен у 5,56% новорожденных. Изолированные клапанные пороки отмечены у 9,86% детей. Комбинированные пороки (ДМЖП+ДМПП, ДМЖП+ОАП, ДМЖП + клапанные, тетрада Фалло) диагностированы у 14,08% новорожденных. Среди ДМЖП преобладали дефект в мышечной части у 88,24%, в мембранозной части дефекты отмечены у 7,84% и множественные у 3,92% новорожденных. Среди клапанных пороков выявляются: недостаточность аортального клапана, недостаточность трикуспидального клапана, недостаточность митрального клапана (по два случая), стеноз клапана легочной артерии – у одного ребенка. Комбинированные пороки у детей представлены ДМЖП в сочетании: с недостаточностью митрального клапана у 1 ребенка, с недостаточностью трикуспидального клапана у 3 детей, со стенозом аортального клапана у 2 детей; ДМЖП с ДМПП у 2-х детей; ДМЖП в сочетании с открытым аортальным протоком у 1 ребенка и тетрада Фалло также у одного ребенка.

Большинство новорожденных жители города (64-90,14%), из области поступила - 7 (9,86%) детей. Изучение антенатального анамнеза позволило констатировать, что от первой беременности родилось 35,21%, от второй 43,66%, от третьей и более 21,13% новорожденных. Беременность матерей проходила на фоне заболеваний передающихся половым путем (32,39%): герпетическая инфекция (65,21%), хламидиоз (13,04%), уреаплазмоз (21,74%), ВИЧ -инфекция (4,35%); вегетососудистой дистонии (4,23%); гепатита С (1,41%), анемии (30,39%); заболеваний мочевой системы (14,08%): пиелонефрит (80,0%), инфекция мочевыводящих путей (10,0%), цистит (10,0%); бронхиальной астмы (1,41%); хронического гастрита (4,23%), половой системы (8,45%): кольпит (37,5%), дисплазия шейки матки (16,67%), эрозия шейки матки (16,67%), аднексит (16,67%); эндокринных заболеваний (4,23%): гестационный сахарный диабет (66,67%),

аутоиммунный гипотиреоз (1,41%); варикозного расширения вен нижних конечностей (2,82%); заболевания органов чувств: гайморит (1,41%), миопия (1,41%), венозная ангиопатия сетчатки (1,41%), Вредные привычки - курение (пассивное и активное) отмечается у 39,44% матерей.

Матери были в возрасте до 18 лет (1,41%), с 19 до 30 лет (61,97%) и старше (36,62%). Возраст отцов от 19 до 30 лет (53,52%) человек, старше 30 лет (46,48%). Беременность у большинства матерей протекала на фоне гестоза (50,7%), плацентарной недостаточности (38,03%); угрозы прерывания беременности (26,76%). Синдром задержки развития плода отмечен в 22,53% случаях. Хроническую внутриутробную гипоксию испытали все новорожденные дети.

Врожденные пороки сердца сочетались с открытым овальным окном у 84,5% новорожденных, метаболическими нарушениями в миокарде 46,48%, малыми аномалиями развития сердца - дополнительными хордами в полости левого желудочка 14,08%. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС диагностировано у 88,73% детей. Гипоксически-геморрагическое - у 9,86% новорожденных. Гипертензивный синдром выявлен у 76,19%, синдром угнетения у 15,87%, синдром двигательных нарушений (мышечная гипотония) у 6,35%, повышенной нервно-рефлекторной возбудимости у 3,17%. Конъюгационная желтуха зарегистрирована у 49,30% детей, гнойный конъюнктивит у 16,9%. Также диагностированы кефалогематома 9,86%, энтероколит 5,64%, дисбактериоз кишечника - 5,88%, кровоизлияние в надпочечники 5,64%, кальцификаты в таламусе 5,64%, пиелозктазия 4,23%, удвоение почки 1,41%, гидронефроз 1,41%, кривошея 1,41%, врожденный вывих бедра 1,41%, синдром Дауна 1,41%, перелом ключицы 2,81%, полидактилия 1,41%.

Заключение. Наиболее часто встречаются врожденные пороки сердца с обогащением малого круга кровообращения без цианоза - дефект межжелудочковой перегородки мышечной его части. В подавляющем числе случаев при этих пороках имеется благоприятный прогноз в течение заболевания и социальной адаптации ребенка. Чаще стали встречаться пороки, связанные с аномалиями строения клапанов. И сочетанные пороки. Факторами риска возникновения врожденных пороков сердца сохраняются отягощенный акушерский анамнез, инфекционные заболевания матери, возраст матери старше 30 - 35 лет. Выявление врожденных пороков сердца в периоде

новорожденности, точность топической диагностики имеет важное значение для своевременного хирургического лечения детей, улучшение качества их жизни

Литература:

1. Бокерия Л.А., Милюевская Е.Б., Крупянко С.М., Манерова О.А./ Журнал «Социальные аспекты здоровья населения» №4 2014 (38). Географическая доступность кардиологической помощи пациентам после хирургического лечения врожденных пороков сердца.
2. Миролубов Л.М., Калиничева Ю.Б. Совершенствование диагностики ВПС у новорожденных как резерв снижения младенческой смертности. / Журнал «Практическая медицина» №1(6). 2004.
3. Емельянчик Е. Ю., Дробот Д. Б., Кириллова Е. П., Сакович В. А., Басалова Е. В., Черемисина. А. Ю. Тактика педиатра при критических врожденных пороках сердца у новорожденных детей. / Журнал «Лечащий врач». №6. 2010.

РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Мустафаева Камила Шакир кызы. 4 курс, педиатрический факультет

(Научный руководитель : д.м.н., проф. Е.И. Алексеева)

Первый МГМУ им.И.М.Сеченова, Москва

Актуальность. Ежегодно в мире от онкологических заболеваний умирают более 7,5 млн человек. По данным статистики в России в 2012 г. от злокачественных новообразований умерло 280 279 человек, среди них – 1177 детей и подростков. В структуре распространенности онкологических заболеваний в возрасте до 30 лет первое место занимает злокачественная патология кроветворной и лимфатической системы (32,3%), второе место – опухоли нервной системы (9,7%), а опухоли костей (4,0%) – шестое место. Многие онкологические заболевания диагностируются на 3-й и 4-й стадии, клинически проявляясь под масками других патологий. В настоящее время актуально умение распознавать онкологию на ранних стадиях и различать ее от иных заболеваний.

Цель исследования: проанализировать особенности течения заболевания у пациентов с ревматологическими масками онкологических заболеваний.

Материалы и методы: проведен анализ особенностей течения заболеваний у 17 детей (7 девочек и 10 мальчиков) в возрасте от 2 до 16 лет, госпитализированных в ревматологическое отделение НЦЗД в период с 2006 по 2014 гг. Направляющие диагнозы: ювенильный идиопатический артрит, лихорадка неизвестного генеза, системная красная волчанка, ювенильный дерматомиозит и реактивная артропатия.

Результаты и обсуждение. Острое начало заболевания в виде лихорадки отмечалось у 11 из 17 пациентов (фебрильная лихорадка – у 6/11, субфебрильная лихорадка – у 4/11, неправильная лихорадка до гектических цифр – у 1/11). Жалобы на момент поступления: боли в локтевых, голеностопных, лучезапястных и плечевых суставах – у 12/17 больных (вплоть до ограничения движения – у 3/17); боли в поясничной области – у 2/17, вялость, утомляемость и резкую слабость – у 8/17; абдоминальные боли – у 3/17; диспептические расстройства в виде рвоты – у 2/17; миалгию – у 3/17, выпадение волос – у 1/17, периодические носовые кровотечения – у 1/17 больных. В анализах отмечались: анемия – у 7/17 детей, эритроцитопения – у 2/17, лейкопения – у 3/17, лейкоцитоз – у 4/17, тромбоцитопения – у 3/17, тромбоцитоз – у 1/17, панцитопения – 1/17, гипоальбуминемия – у 2/17, увеличение СОЭ – 11/17, лактатдегидрогеназы – у 4/17, сывороточного уровня С-реактивного белка – у 5/17, трансаминаз – у 1/17, гаммаглутамилтрансферазы – у 1/17 детей. По месту жительства 4 пациентам были проведены биопсия лимфатического узла (1 пациенту из 4) и пункция костного мозга (3 пациентам из 4). Исследования проводились на фоне приема препаратов (метотрексат, перорально - антибиотики, НПВП, преднизолон, внутривенно- метилпреднизолон). При поступлении в НЦЗД было выявлено: периферическая лимфоаденопатия – у 4/17 больных, изменение кожных покровов (периорбитальные тени, гипертрихоз, лихенефикация или бледность) – у 10/17, волчаночноподобная эритема на лице – у 1/17, болезненность в суставах при пальпации – у 6/17, изменение конфигурации пораженных суставов – у 2/17, болезненность при движениях в суставах – у 5/17, ригидность позвоночника – у 3/17, спленомегалия – у 1/17, гепатоспленомегалия – у 4/17 больных. Обследования в НЦЗД: иммунофенотип лимфоцитов – 2/17 детей, УЗИ органов брюшной полости – 17/17, УЗИ щитовидной железы – 3/17, КТ грудной и брюшной полостей – 15/17, МРТ головного мозга – 3/17, МРТ грудного отдела позвоночника – 1/17, рентгенография органов грудной клетки и костей – 4/17, ангионеврофросцинтиграфия – 1/17, остеосцинтиграфия – 8/17, пункция костного мозга – 9/17, биопсия лимфатического узла и новообразования – 3/17 детей. Верифицированные диагнозы: нейробластома, 4я стадия – у 4/17 пациентов, острый лимфобластный лейкоз – у 5/17, лимфома Ходжкина, 4я стадия – у 2/17, В-крупноклеточная лимфосаркома, 4я стадия – у 1/17, В-лимфобластная лимфома/лейкоз, 4я стадия – у 1/17, Т-клеточная лимфома – у 1/17, глиома,

3я стадия – у 1/17, злокачественная гистиоцитома – у 1/17, опухоль головного мозга – у 1/17 пациентов.

Заключение. Дебют онкологических заболеваний может протекать под маской ревматологической болезни. Лечение иммунодепрессантами и глюкокортикоидами маскирует истинную клиническую картину онкологического заболевания и не позволяет поставить диагноз на ранних стадиях.

ВЕТРЯНАЯ ОСПА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Мавчи Свапнил Малджи (Mavchi Swapnil Malji), Сингх Раджендер Лодхи (Rajender Singh Lodhi), Шекават Харшил Сигнгх (Harshil Singh Shekhawat), студенты 6 курса международного факультета ВОПР, А.В. Курдыбайло, клинический интерн кафедры инфекционных болезней (Научные руководители: к.м.н. Е.А. Кригер, д.м.н. О.В. Самодова) Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Введение. Ветряная оспа чрезвычайно контагиозное заболевание. В Европейских странах 90% детей переносят ветряную оспу в возрасте младше 10 лет. В тропических и субтропических регионах средний возраст заболевших значительно старше [1]. Исследователи предполагают, что это обусловлено различиями генотипов вирусов и особенностями распространения инфекции в умеренном и тропическом климате [2].

С целью описания серии случаев ветряной оспы у иностранных студентов, возникших в течение 2014 года, мы провели эпидемиологическое расследование с анализом информации о всех случаях заболевания по данным Центра гигиены и эпидемиологии, а также опросили всех иностранных студентов, обучающихся в Северном государственном медицинском университете.

Результаты. В исследовании приняли участие 248 иностранных студентов, из них 45 человек (18,1%) перенесли ветряную оспу в период с сентября по декабрь 2014 года. Возраст заболевших варьировал от 18 до 26 лет. Первый пациент был госпитализирован через 4 дня после прибытия из Индии, что с учётом инкубационного периода заболевания, свидетельствует о том, что студент заразился ветряной оспой в Индии. Все остальные пациенты контактировали друг с другом в общежитии и в университете. Семь (15,5%)

студентов, заболевших ветряной оспой сообщили, что ранее уже болели ветрянкой. Десять заболевших (22,2%) сообщили, что были вакцинированы против ветряной оспы в детском возрасте. Все случаи заболевания протекали в среднетяжёлой форме без осложнений. У 45,9% (n=17) отмечались явления продромы в виде слабости, недомогания, потери аппетита, тошноты в течении 1-3 дней, предшествующих заболеванию. В разгаре болезни средняя высота лихорадки составила 38,5 (37,9; 39,0)°С, а её длительность – 2 (1; 3) дня. Сыпь у 94,6% была везикулярной и сохранялась в среднем в течение 8 (5; 10) дней. Первые элементы сыпи в 38,9% случаев появились на волосистой части головы и лице, в 19,5% – на руках, в 41,6% – на туловище. У 69,4% пациентов было менее 50 элементов сыпи, 89,2% беспокоил зуд.

Диагноз ветряной оспы клинически в 25% был поставлен врачом поликлиники, в 9,4% – врачом скорой медицинской помощи, в 65,6% – самостоятельно студентами. Все студенты были госпитализированы с целью изоляции и лечения. Диагноз заболевания был подтверждён серологически. Средняя длительность госпитализации составила 9 (6; 10) дней. В стационаре возникло два случая внутрибольничного инфицирования ветряной оспой у пациентов из других палат. У обоих пациентов, заразившихся в стационаре, заболевание протекало в лёгкой форме.

Заключение. Таким образом, выявлен высокий уровень восприимчивости к ветряной оспе иностранных студентов из тропических стран, что может быть обусловлено более низким уровнем заболеваемости ветряной оспой в тёплом климате, а также снижением напряженности поствакцинального иммунитета при иммунизации в детском возрасте. Легкость течения заболевания и отсутствие осложнений можно объяснить, по-видимому, сохранением клеток памяти.

Литература:

1. Fitzpatrick T, Freedberg I, Eisen A. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 6th Edition. 2003. P. 2071–2074.
2. Schmidt-Chanasit J, Sauerbrei A. Evolution and world-wide distribution of varicella-zoster virus clades // Infection, Genetics and Evolution. 2011. №1. P. 1-10.

ОТКРЫТОЕ ОВАЛЬНОЕ ОКНО: ГРАНЬ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

Семенская Л.С., 6 курс, лечебный факультет

(Научный руководитель: д.м.н., доц. О.В. Тарасова)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность проблемы обусловлена высокой выявляемостью данного дефекта при аускультации и с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ) у новорожденных детей в первые недели жизни. [3,4] До сих пор нет четких временных рамок нормы закрытия открытого овального окна. Причины сохранения этой эмбриональной коммуникации после рождения, а также влияние дефекта на течение периода новорожденности и дальнейшее развитие ребенка мало изучены. [1,2]

Цель исследования: оценить влияние функционирующего открытого овального окна (ООО) на гемодинамику и общее состояние ребенка периода новорожденности, выявить возможные причины функционирования этой эмбриональной коммуникации после рождения.

Материалы и методы: 146 новорожденных детей, пациентов отделения патологии новорожденных, обследованы за период 2013-2014 гг. Клиническое обследование проведено по классической методике, лабораторное включало общий анализ крови, биохимию крови, серологические исследования, инструментальное – ЭКГ и эхокардиографию (ЭхоКГ).

Результаты и обсуждение: по данным из архива педиатрического отделения Городской клинической больницы №7 г. Архангельска частота встречаемости детей периода новорожденности с ООО (2013-2014 гг.) составила 13,9 %. Среди обследованных 39,2% - дети первой недели жизни, 60,8% дети 2-4 недели жизни. 66,9% пациентов родились в срок, 33,1% - новорожденные I-II степени недоношенности. Показания для ЭхоКГ – выявленный при аускультации систолический шум с преимущественной локализацией по левому краю грудины. Однако в 10 % случаев аускультативно патологии не было выявлено. Средний диаметр ООО межпредсердной перегородки (МПП) составил по данным ЭхоКГ $2,2 \pm 0,5$ мм. Максимальный размер ООО 4,2 мм, минимальный 1,5 мм. ООО сочеталось с другими пороками сердца в 24,7 %. У 15,6% детей ООО сочеталось с такой кардиальной патологией как аневризма МПП (5,4%), микродефект межжелудочковой перегородки (5,4%), функционально узкий легочной ствол (3,8%), открытый артериаль-

ный проток (2,3%), наблюдались сочетанные пороки сердца. Основная патология, по поводу которой дети получали лечение: перинатальная патология ЦНС (91,5%) (при этом гипоксический компонент имел место в 64,2 % случаев), внутриутробная инфекция (63,8%), неонатальная желтуха смешанного генеза, затяжное течение (30,8%), гемолитическая болезнь новорожденного (13,0%). У 13,2% детей наблюдалась задержка внутриутробного развития. У 9,2% детей диагностирован табачный синдром плода, у 3,0 % анемия.

Углубленная оценка общего состояния, а также возможных причин персистенции ООО была проведена у 53 пациентов. Клинические признаки нарушения гемодинамики отмечались у 27,9% детей с ООО без других пороков сердца (у 13,9% - легкий периоральный цианоз; у 7 % - акроцианоз кистей и стоп; у 7 % отмечалась бледность кожных покровов). ЭКГ у пациентов с ООО без других пороков сердца была в пределах возрастной нормы в 76,7% случаев; у 23,3 % отмечалась синусовая тахикардия (которая может быть не связана с ООО). Отклонений в данных общего анализа крови, биохимического анализа крови, возможно связанных с ООО, выявлено не было. Оценка антенатального периода показала наличие угрозы прерывания беременности/угрозы преждевременных родов в 39,6 % случаев, у 45,3% матерей был отягощенный акушерский или гинекологический анамнез, у 37,7% матерей был выставлен диагноз хронической фетоплацентарной недостаточности, у 15% - хронической внутриутробной гипоксии плода; 30,2% матерей во время беременности имели анемию легкой степени тяжести. У 11,3 % матерей были выявлены IgM к ЦМВ, у 9,4% - IgG к токсоплазме, у 11,3% - IgG к хламидии, у 11,3% наблюдались рецидивы генитального герпеса во время беременности.

Заключение. Индивидуальные сроки прекращения функционирования овального окна межпредсердной перегородки зависят в большой степени от наличия перинатальной патологии, ее нозологии и тяжести, не исключается роль внутриутробной гипоксии в сохранении этой фетальной коммуникации. Персистирующая фетальная межпредсердная гемодинамика является адаптационной реакцией на процесс формирования постнатального кровообращения в малом круге. Функционирующее ООО у недоношенного ребенка есть частное проявление морфо-функциональной незрелости. У детей с внутриутробной инфекцией существует высокий риск более позднего закрытия ООО. Часто при ЭхоКГ невозможно определить грань между

ООО и дефектом межпредсердной перегородки, в связи с чем введен объединяющий термин «межпредсердная коммуникация». [3,4]

Литература:

1. Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врождённые пороки сердца. М.: Медицина, 1991.-352 с.
2. Синельников Р.Д., Синельников Я.Р. Атлас анатомии человека. В 4 т. - 2-е изд., стер. - М.: 1996., Т.3 - 232с.
3. Шарыкин А. С. Дефект межпредсердной перегородки и *открытое овальное окно* - диагностика и тактика лечения // Российский вестник перинатологии и *педиатрии*. 2006. №4. С.26-33.
4. Шарыкин А.С. Открытое овальное окно – малая аномалия сердца или порок?// *Consilium medicum*. 2013. №1. С. 24-27.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Сивкова К.А., Климова Е.Г. клинические интерны, кафедра поликлинической и социальной педиатрии

(Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.В. Ефимова)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Острые респираторные заболевания (ОРЗ) сохраняют первое место в структуре общей заболеваемости детей [1]. Существует огромный арсенал лекарственных средств для лечения ОРЗ. Но несмотря на знания об этиологии и патогенезе ОРЗ и множество групп препаратов для лечения различных симптомов ОРЗ, назначение терапии порой сводятся к стремлению «что-то делать, даже когда делать ничего не надо» [3]. Следовательно, каждому врачу должны быть доступны рекомендации, основанные на современных требованиях доказательной медицины, для оказания правильной медицинской помощи [4].

Цель исследования: анализ соответствия лечения острых респираторных заболеваний клиническим рекомендациям.

Материалы и методы. Нами проведено одномоментное ретроспективное сплошное когортное исследование на базе ГБУЗ АО «СГДКБ» (г. Северодвинск). Проведена выкопировка данных в разработанную анкету из 81 историй развития детей госпитализированных в инфекционное отделение в апреле 2013 года, из них 78 детей были с диагнозом ОРЗ и 3 с другими заболеваниями. При анализе информации мы учитывали данные анамнеза, состояние детей при поступлении в детскую больницу, клиническую симп-

томатику и данные дополнительного обследования. Математическая обработка результатов проведена с применением статистических критериев: параметрического метода вариационной статистики с вычислением средней величины (\bar{X}), ошибки средней (S_x), среднеквадратичного отклонения (SD).

Результаты и обсуждение. При анализе полученной информации мы выяснили, что структура диагнозов была представлена следующим образом: ОРЗ – 34 (43,6%), ОРЗ ларинготрахеит – 10 (12,8%), тонзиллит 11 (14,1%), ОРЗ с обструктивным синдромом 9 (11,5%), острый бронхит 7 (9,0%), острая пневмония 6 (7,7%), ОРЗ с геморрагическим синдромом 1 (1,3%). Среди пролеченных детей мальчиков было 40 (51,3%), девочек 38 (48,7%). По возрасту дети распределились следующим образом: до одного года – 12 человек (15,4%); 1-3 года – 38 (48,7%); 3-7 лет – 15 (19,2%); 8-11 лет – 7 (9,0%); 12-18 лет – 6 (7,7%). Длительность госпитализации составила $6,89 \pm 0,7$ дня (min 1 дня; max 33 дней).

С лихорадкой (от $37,5^\circ\text{C}$ до $40,4^\circ\text{C}$; средний уровень температуры $38,34 \pm 0,15^\circ\text{C}$) было госпитализировано 63 (52,6%) ребенка. В назначениях по поводу лихорадки были в 59 случаях антипиретики при температуре тела выше $38,0^\circ\text{C}$ (из препаратов были парацетамол и ибупрофен в 63,4 % и внутримышечное введение анальгина с димедролом в 36,6%); в дополнительных средствах сосудорасширяющих препаратов не было назначено; обильного питья и физических методов охлаждения не использовали [2]. Противовирусных препаратов пациентам не было назначено. Препараты интерферона и индукторы интерферона были назначены 90,2% больных. Антибактериальная терапия (АБТ) была назначена 42 (53,8%) пациентам; заболевания, при которых использовалась АБТ: ОРЗ (с отитом, синуситом) – 18, ОРЗ ларинготрахеит – 3, тонзиллит – 11, ОРЗ с обструктивным синдромом – 2, острый бронхит – 2, острая пневмония – 6. Длительность курса АБТ составила от 2 до 7 дней. Назначение АБТ соответствовало клиническим рекомендациям в 30 (71,4%) случаях. Однако у 5 пациентов мы выявили, что выбранные дозы были меньше рекомендованных, а так же у 4 пациентов АБТ назначалась вторым и третьим курсом. Мы не выявили абсолютных показаний к назначению АБТ в 12 (28,6%) случаях.

Заключение. В лечении ОРЗ у детей в инфекционном отделении с жаропонижающей целью не используются назначения поддерживающего ухода,

регидратации и сосудорасширяющих препаратов. Выбор антипиретических средств в 36,6% состоял в «литической смеси».

Этиотропная антибактериальная терапия была назначена 53,8% пациентам с ОРЗ, однако в 28,6% случаях из них – мы не выявили обоснованных показаний к назначению антибактериальной терапии. Смена АБТ была проведена у 13,3% детей не аргументированно.

Мы полагаем, что необходимо проводить анализ лечения ОРЗ на врачебных конференциях, с клиническими примерами из практики педиатров, сравнивая полученные данные со стандартами и клиническими рекомендациями.

Литература:

1. Педиатрия: национальное руководство. Краткое издание / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 768с.
2. В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе Лихорадочные синдромы у детей / Клинические рекомендации для педиатров под ред. А.А. Баранова, М., 2011. – 228с.
3. В.М. Делягин Острые респираторные инфекции у детей: принципы терапии / Педиатрия, приложение consilium medicum, №3, 2013. – с.37-42.
4. И.М. Косенко Рациональная фармакотерапия респираторных заболеваний у детей / Фарматека. Спец.выпуск – педиатрия, 2012. – с.39-47.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Станкевич Н.Н., 6 курс, педиатрический факультет

(Научный руководитель: к.м.н., доц. Л.А.Строзенко)

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Актуальность темы. Болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний детского возраста. Распространенность их в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения. За последние 20 лет распространенность гастроэнтерологических заболеваний у детей выросла более чем на 30% [1].

Следует указать и на факт повышенной распространенности болезней органов пищеварения у детей в возрасте 5 – 6 и 9 – 12 лет, т.е. в периоды наиболее интенсивных морфофункциональных изменений в детском организме, когда вследствие неравномерного роста отдельных органов и систем возникает дезинтеграция роста. Установлено, что до 30% выявленных в эти возрастные периоды заболеваний являются ничем иным, как функциональными расстройствами, более половины из которых бесследно исчезают без какого-либо лечения. В то же время значительная часть функциональных

нарушений при условии постоянного воздействия на ребенка факторов внешней среды прогрессирует и переходит в хронические болезни [3, 4].

Важна и такая особенность гастроэнтерологической патологии детского возраста, как сочетанный характер поражения системы пищеварения в 50 – 70% случаев. За последние 10 лет существенно возросла роль нервно-психического фактора в формировании патологии органов пищеварения. Психосоматический генез гастроэнтерологических болезней у детей прослеживается в той или иной степени у 40 – 50 % больных. Среди эндогенных факторов развития заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки важнейшее значение придается соотношению между агрессивными факторами, воздействующими на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки и состоянием ее защитных элементов.

Общепризнано, что болезни органов пищеварения возникают как результат взаимодействия генетических и средовых факторов. Роль семьи, микрoэкологической среды в формировании фенотипа здоровья и болезни ребенка несомненны. Не меньшее значение в этом отношении имеет и макроэкология, т. е. среда обитания семьи, так как пищеварительная система в условиях неблагоприятной экологической обстановки нередко оказывается центральным органом-мишенью [2, 5]. Кроме того, в последние годы у детей в 2,5 раза увеличился удельный вес тяжелых форм гастродуоденита и язвенной болезни. Множественные и хронические язвы регистрируются у 40,8% больных с этой патологией, 6,3% из них не поддаются консервативной терапии. Полной обратимости патоморфологических изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки удается достичь только у 18,5% больных детей. У 25 – 30%, несмотря на проведение комплексной терапии, отмечаются рецидивы заболеваний [4].

Таким образом, вопросы профилактики, ранней диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения у детей в последние годы вышли за рамки собственно педиатрии и представляют собой сложную и большую медико-социальную проблему.

Цель работы: провести анализ распространенности патологии желудочно-кишечного тракта у детей.

Задачи исследования: 1. Выявить частоту встречаемости и структуру патологии желудочно-кишечного тракта у детей. 2. Определить возраст развития данной патологии. 3. Установить основные причины возникновения заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе КГБУЗ «Городская детская поликлиника № 9», материалы получены по данным амбулаторных карт (ф. №112/у) и данным диспансерного наблюдения врача гастроэнтеролога за период 2011 – 2013 гг. (ф. № 30/у).

Результаты. Установлено, что в структуре патологии желудочно-кишечного тракта у детей, в течение трех последних лет, первое ранговое место занимает хронический гастрит (81,0%), определено, что у 30-39% хронический гастрит ассоциирован с *H. pylori*. На второй ранговой позиции – хронический гастродуоденит, обнаружен у 7,0% детей. Хронический холецистит диагностирован у 5-6% пациентов. Желчнокаменная болезнь встречается у 3-3,5% детей. Атрезия пищевода, атрезия ануса, неспецифический язвенный колит были обнаружены у 1-1,5% детей. Констатировано, что проявление данной патологии приходится на возраст от 3 до 13 лет. Установлены основные причины развития патологии желудочно-кишечного тракта у детей: наследственность (28%); недоношенность (9%); раннее искусственное вскармливание (8%), погрешности в питании (4%); другие (7%).

Заключение. Таким образом, у детей в структуре патологии ЖКТ превалирует хронический гастрит; заболевание возникает в возрасте от 3 до 13 лет, и основными причинами данной патологии являются: наследственность, недоношенность, раннее искусственное вскармливание.

Литература:

1. Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П., Крутикова Н.Ю. Детская гастроэнтерология: руководство ГЭОТАР- Медиа, 2011. — 192 с.
2. Барановский А.Ю. Гастроэнтерология: Справочник — СПб.: Питер, 2011. — 512 с.
3. Колесникова И.Ю. Диагностика и лечение кислотозависимых заболеваний пищеварительного тракта Медицинское информационное агентство (МИА), 2014.-432с.
4. Лазебник Л.Б. Гастроэнтерология. Болезни детей. Руководство для врачей- Москва, 2011.- 360с.
5. Шабалова Н.П. Детская гастроэнтерология: руководство для врачей, МЕД пресс-информ, 2011. - 736 с.

ПРОБЛЕМЫ НЕРЕГЛАМЕНТИРОВАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ДЕТЕЙ

Уланова Н.А. клинический ординатор, Черная Е.А. клинический интерн, кафедра поликлинической и социальной педиатрии

(Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.В. Ефимова)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Регламентированным является использование лекарственных средств (ЛС), когда больные получают препараты в соответствии с клинической необходимостью, в дозах, отвечающих индивидуальным потребностям, на протяжении адекватного периода времени и с наименьшими затратами для себя и общества [5].

Сегодня нерегламентированное применение (НП) ЛС распространено во всем мире. Опасность нерегламентированного применения ЛС заключается в том, что, во-первых, отсутствует гарантия ожидаемого терапевтического эффекта, а во-вторых, возникает угроза для здоровья и жизни пациентов [1]. Нерегламентированное применение ЛС не запрещено законом и может быть оправдано в отдельных случаях при серьезных заболеваниях, когда отсутствуют альтернативные ЛС и когда потенциальная польза от НП перевешивает связанный с ним потенциальный риск [5]. С другой стороны существуют клинические рекомендации по лечению определенных заболеваний, в которых прописаны те препараты, которые не регламентированы в детской практике (антигипертензивные и антиаритмические препараты, кардиотрофические лекарственные средства и другие) [2, 3, 4]. К сожалению, в России отсутствует система сбора данных об адекватности назначения лекарственных препаратов [5], поэтому невозможно оценить ущерб здоровью населения, наносимый нерегламентированным назначением лекарственных препаратов.

Цель исследования. Проанализировать использование лекарственных средств у детей с сердечно-сосудистой патологией, получивших стационарное и амбулаторное лечение.

Материалы и методы. Нами проведено одномоментное ретроспективное сплошное когортное исследование на базе ГБУЗ АО «СГДКБ» (г. Северодвинск). Мы выполнили выкопировку данных в разработанную анкету из 101 формы № 112-у, проанализировали 414 назначений лекарственных пре-

паратов, сделанных по поводу различных заболеваний сердечно-сосудистой системы. По возрасту пациенты распределились следующим образом: дети раннего возраста 13 (12,8%); дошкольного возраста – 13 (12,8%); от 7 до 10 лет – 21 (20,7%) и от 10 до 18 лет – 54 (53,4%). Мальчиков было 66 (65,4%) и 35 (34,6%) девочек.

Для оценки регламентированного использования лекарственных средств назначения сравнивали с инструкцией по применению препарата; Федеральным руководством по использованию лекарственных средств; клиническими рекомендациями, разработанными и рекомендованными Союзом педиатров России и Ассоциацией медицинских обществ по качеству, 2011-2014 гг. Анализ лекарственной терапии проводили по следующим критериям: назначение ЛС по незарегистрированным показаниям; использование противопоказанного препарата; использование в дозах, отличных от указанных в инструкции к препарату; использование у детей в возрасте, официально не разрешенном в инструкции по применению; выбор неоговоренного в инструкции пути введения.

Математическая обработка результатов проведена с применением статистических критериев: параметрического метода вариационной статистики с вычислением средней величины (\bar{X}), ошибки средней ($S_{\bar{x}}$), среднеквадратичного отклонения (SD).

Результаты и обсуждение. В среднем по каждому случаю было назначено $1,65 \pm 0,21$ препарата (от 1 до 3 лекарственных препаратов). Детям было проведено от 1 до 3 курсов лечения в год, средняя длительность 1 курса составила $30,37 \pm 9,2$ дней. 120 назначений (29,0%) соответствовали инструкции по медицинскому применению; были соблюдены показания, дозы и способы введения, длительности курсов терапии.

Нарушение инструкции по медицинскому применению выявлено в 42 назначениях (10,1%). Препараты грандаксин, глицин, ксидифон, тенотен детский, пикамилон, биотредин, цыгапан, нейромультивит не показан при лечении нарушений ритма сердца (НСР) по типу синусовой брадикардии, эктопического ритма, миграции водителя источника ритма и при нарушении проведения в волокнах Гиса и Пуркинье. При синдроме дисплазии соединительной ткани (ООО) ошибочно назначался глицин, ксантинола никотинат, пантогам. В лечении врожденных пороков сердца нет показаний для назначения таких ЛС, как: трентал, милдронат, кальций-Д3-никомед,

янтарная кислота, глицин, ксантинола никотинат, пантогам. Магне-В6 противопоказан при НСР по типу брадикардии. Аспаркам не показан при СВД по ваготоническому типу, а кальцеин – при функциональном шуме.

Однако, при определенных диагнозах, таких как артериальная гипертензия (АГ), НРС по типу суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии, согласно клиническим рекомендациям используются препараты, в инструкциях которых не прописаны данные заболевания в показаниях – такие препараты как циннаризин, карбамазепин, пантогам. Это позволило нам расценить данные назначения как регламентированные, но согласия родителей и ребенка не было представлено ни в одной из проанализированных амбулаторных карт.

Выявлено несоблюдение возрастных ограничений по оригинальным инструкциям при назначении 15 препаратов в 59 назначениях (14,3%): это Эналаприл, Циннаризин, винпоцетин, индапамид, верошпирон, милдронат, беллатаминал, аспаркам, трентал, нейромультивит, рибоксин, МагнеВ6, цитофлавин, грандаксин, фолиевая кислота. Согласно клиническим рекомендациям по лечению АГ, сердечной недостаточности у детей указаны такие препараты, как эналаприл, циннаризин, винпоцетин, индапамид (информированного согласия родителей не было).

Несоблюдение регламентированной дозировки (100 (24,2%) назначений: завышение суточной дозировки в 12 назначениях и занижение в 88 назначениях). А так же зарегистрировано несоблюдение регламентированной курсовой дозы препаратов в 93 (22,5%) назначениях: завышение – в 28 назначениях и занижение в – 65. Неверные назначения по дозе и курсу сделаны при назначении следующих ЛС: пикамилона, элькара, кудесана, циннаризина, тенотена, веторона, винпоцетин, биотредин, никотиновая кислота, магне В6, кальцеин, кальций-Д3-никлмед.

Несоблюдение кратности назначения препаратов выявлена в 106 (25,6%) назначениях, причем завышена кратность в 29 назначениях и занижена – в 77. Нарушение кратности введения препаратов было при использовании глицин, винпоцетина, биотредина, беллатаминала, циннаризина, никотиновой кислоты, аспаркама, оротовой кислоты, ксантинола никотината и других ЛС.

Заключение. Наиболее частыми ошибками, встречающимися при назначении лечения у детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в

299 (%) назначениях являются нарушения при планировании курсов лечения, кратности применения препарата, а так же завышение и занижение дозировки лекарственного средства. В 101 (24,4%) назначении выявлено назначение лекарственных средств по незарегистрированным показаниям и использование у детей в возрасте, официально не разрешенном в инструкции по применению. Редко встречается использование противопоказанного препарата (2 (0,5%) назначения). Выявлены.

Учитывая, что основными нормативными документами, регламентирующими применение лекарственного средства в практике врача, являются: инструкция по применению препарата и Федеральное руководство по использованию лекарственных средств. В качестве дополнительных источников могут быть использованы клинические рекомендации, разработанные ведущими научно-исследовательскими организациями. Следовательно, единственным способом, позволяющим избежать неправомерного применения лекарственного препарата, является добросовестное изучение приведенной документации и неукоснительное ее соблюдение.

Литература:

1. Запруднов А. М., Григорьев К. И. Общий уход за детьми: учебн. пособие. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. 2009. - 416с.: ил.
2. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии. / Российские рекомендации под ред. М.А. Школьниковой, Е.И. Алексеевой. - Москва, 2011. - 503с
3. Национальные рекомендации по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии у детей и подростков (второй пересмотр) / Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2009. - 8(4). - С. 253-288.
4. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. Российские рекомендации / Российский кардиологический журнал, 2012. - № 6 (98), приложение 1.
5. Юргель, Н.В. Проблемы нерегламентированного применения лекарственных средств / Н.В. Юргель, М.Ю. Хубиева, А.В. Бурдейн, Е.А. Ушкалова, А.М. Власов // Здоровоохранение. 2009, №8. - С. 15-21.

ВЫБОР СПОСОБА ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НОВОРЖДЕННЫМ ДЕТЯМ

Усова К.С., Кручинкина Т.Е. клинические интерны, кафедра поликлинической и социальной педиатрии, ФПК и ППС

(Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.В. Ефимова)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. В неонатологии применяются практически все известные способы введения лекарственных средств: внутривенный (в/в), внутримы-

шечный (в/м), подкожный (п/к), через рот (per os), ректальный, ингаляционный, накожный, а так же введение в сосуды пуповины [1].

В/в введение в неонатологии должны проводиться медленно (1-2 мл/мин при одномоментном введении); при капельном вливании необходимо мониторировать уровень вводимого препарата в плазме. Выбор вены для проведения терапии может отразиться как на состоянии ребенка, так и на фармакодинамике лекарственного препарата [1, 2]. В/м инъекции у новорожденных детей, особенно у недоношенных, должны быть сведены к минимуму вследствие их травматичности не только для слаборазвитых мышц (возможность некрозов), но и для крайне ранимой нервной системы ребенка. При назначении лекарств через рот необходимо учитывать, что всасывание препаратов из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) новорожденного происходит медленнее, чем в более старшем возрасте, а интенсивность его очень вариабельна [3]. При применении различных лекарств внутрь возможны нежелательные эффекты, обусловленные ранимостью слизистой оболочки ЖКТ и микробиоты незрелого организма, склонного к срыгиваниям, газообразованию [2, 3].

Цель исследования. Анализ способа введения лекарственных препаратов новорожденным детям, получающим лечение в отделении патологии новорожденных в детской больнице.

Материалы и методы. Нами проведено одномоментное ретроспективное сплошное когортное исследование на базе ГБУЗ АО «СГДКБ» (г. Северодвинск). Мы выполнили выкопировку данных в разработанную анкету из 133 историй развития новорожденных детей госпитализированных в ГБУЗ АО «СГДКБ» с января по декабрь 2013 года, проанализировано 940 назначений. При анализе информации мы учитывали перинатальный анамнез, состояние детей в раннем неонатальном периоде и при поступлении в детскую больницу. Ретроспективно проанализированы показания к способу введения назначенных лекарственных препаратов в соответствии с установленным клиническим диагнозом и наличием в клинической симптоматике симптомов диспепсии. Математическая обработка результатов проведена с применением статистических критериев: параметрического метода вариационной статистики с вычислением средней величины (\bar{X}), ошибки средней (Sx), среднеквадратичного отклонения (SD).

Результаты и обсуждение. Доношенные новорожденные составили 92 (69,17%) ребенка, недоношенные – 41 (30,83%); мальчиков было 80 человек (60,15%), девочек – 53 (39,85%). Возраст детей при госпитализации $8,61 \pm 5,79$ дней (min 1 день; max 32 дня). Длительность госпитализации составила $17,52 \pm 10,14$ дня (min 4 дня; max 80 дней). Структура диагнозов: ПП ЦНС – 78 (59,0%); родовая травма – 7 (5,2%); ГБН – 7 (5,2%); ВУИ – 13 (9,8%); ИМВС – 3 (2,2%); неонатальная желтуха – 23 (18%); ОРЗ – 2 (1,5%). Из 940 назначений лекарственных средств: per os – 605 (64,4%), в/м – 139 (14,8%), в/в – 107 (11,4%), п/к – 2 (0,2%), местно – 24 (2,6%), ректально – 30 (3,2%), физиолечение – 20 (2,1%), массаж – 13 (1,3%). Среднее количество назначений у одного ребенка составило $5,16 \pm 0,26$ (min 1; max 26).

В/в назначение препаратов согласно установленному диагнозу было у 22 (16,5%) детей в тяжелом (9 – 40,9%) и средне-тяжелом (13 – 59,1%) состоянии, безусловно, было обоснованно. У 18 (81,1%) пациентов отмечались различные варианты диспепсии (срыгивания, метеоризм, диарея) Лекарственные средства назначены в/м были у 41 (30,8%) ребенка в среднетяжелом состоянии по заболеванию. Различные проявления дисфункции ЖКТ отмечались у 31 (75,6%) новорожденных. Мы полагаем, что у 10 (24,4%) пациентов возможно было рассмотреть вероятность введения препаратов внутрь. Так как состояние детей позволяло использовать лекарства per os, у данных детей не зарегистрированы изменения со стороны ЖКТ, а так же в настоящее время имеются лекарственные формы для приема внутрь.

П/к применение лекарственных средств было у 2 (1,5%) пациентов в среднетяжелом состоянии. Причем в одном случае это был гепарин, варианты введения данного препарата только парентеральные. Во втором случае, возможно, было рассмотреть вариант введения лекарства внутрь. Только внутрь были назначены лечебные препараты у 68 (51,2%) детей: 1 (%) в удовлетворительном состоянии и 67 (%) – в среднетяжелом.

Заключение. Таким образом, наличие огромного арсенала лекарственных препаратов ставит перед врачом проблему их оптимального выбора и требует особой ответственности, поскольку речь идет о наиболее раннем контингенте детей – новорожденных, когда последствия нерациональной терапии могут отразиться на всей последующей жизни. В результате проведенной работы мы выявили возможность введения препаратов внутрь у

11 (8,3%) новорожденных, избегая введения внутримышечно (10) и подкожно (1) введения.

Литература:

1. Неонатология: национальное руководство: краткое издание / под ред. Н.Н.Володина. – Глава 32: Техника проведения отдельных манипуляций – М.:ГЭОТАР- Медиа, 2014. – с. 844-879.
2. Запруднов А. М., Григорьев К. И. Общий уход за детьми: учебн. пособие. - 4-е изд., перераб. и доп. Глава 26: Техника введения лекарственных средств – М. 2009. – 416с. : ил.
3. Г.В. Яцык с соавт. Принципы медикаментозной терапии новорожденных детей / Педиатрическая фармакология. 2011. – том 8, №6 – с.50-56.

ОТНОШЕНИЕ К ЭВТАНАЗИИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

Фокин А.Д., 2 курс, педиатрический факультет.

(Научные руководители: д. м. н., проф. Г.Н. Чумакова, к.ф.н. А.В.Макулин)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. В XXI веке средства массовой информации публикуют данные социологических опросов о возможности легализации эвтаназии в России. Легализация эвтаназии может привести к переориентации медицины, которая в этом случае превращается в отрасль смертеобеспечения. Принятие смерти как вида медицинского лечения может оказаться мощным препятствием на пути медицинского прогресса.

Цель исследования: определить отношение к эвтаназии студентов первого курса медицинского университета и практикующих врачей.

Материалы и методы: теоретический метод - составлена анкета с критериями выбора «Да», «Нет», «Затрудняюсь ответить» по вопросам приемлемости эвтаназии. Проведён опрос 60 студентов СГМУ и 16 практикующих врачей педиатров.

Результаты. Анкетирование студентов показывает «Эвтаназия – гуманно ли это?» (60%) Да, (27%) Нет, (13%) Затрудняюсь ответить. «Считаете ли Вы допустимой эвтаназию?» (67%) Да, (30%) Нет, (3%) Затрудняюсь ответить. «Как вы считаете, следует ли разрешить эвтаназию в России?» (57%) Да, (12%) Нет, (23%) Затрудняюсь ответить. Анкетирование практикующих врачей педиатров показывает «Эвтаназия – гуманно ли это?» (31%) Да, (31%) Нет, (38%) Затрудняюсь ответить. «Считаете ли Вы допустимой эв-

таназию?» (38%) Да, (24%) Нет, (38%) Затрудняюсь ответить. «Как вы считаете, следует ли разрешить эвтаназию в России?» (43%) Да, (38%) Нет, (19%) Затрудняюсь ответить.

Заключение. Процент студентов, считающих гуманной эвтаназию в два раза выше, чем врачей; в то же время процент врачей, не определившихся в допустимости эвтаназии, в 10 раз больше, чем студентов. Необходимо изучение вопросов биомедицинской этики не только на додипломном уровне, но и на факультете последипломного образования по вопросам нравственной и правовой неприемлемости эвтаназии.

КАК ДЕБЮТИРУЕТ ЮВЕНИЛЬНЫЙ ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

Шингарова М.Ш., 4 курс, педиатрический факультет

(Научный руководитель: д.м.н., проф. Е.И.Алексеева)

Первый Московский государственный медицинский университет

им. И.М. Сеченова, Москва

Актуальность: Ювенильный псориатический артрит (ЮПсА) – хроническое системное прогрессирующее заболевание, характеризующееся артритом и псориазом или артритом в сочетании, по крайней мере, с двумя из нижеперечисленных симптомов: дактилит, изменение ногтей (синдром “наперстка”) или онихолизис, псориаз у родственников первой линии (родители, сибсы). Заболеваемость ЮПсА неизвестна. По популяционным данным, включающим в основном пациентов с дебютом псориатического артрита во взрослом возрасте, в США распространенность составляет 0,10-0,25%. Заболевание встречается во всех этнических группах. В структуре ЮИА доля ЮПсА широко варьирует в зависимости от изучаемой популяции и применяемых диагностических критериев. При использовании критериев международной лиги ревматологических ассоциаций (ILAR) она составляет 7% (от 0 до 11,3%).

Цель исследования: Изучить возможные варианты дебюта ЮПсА.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 14 историй болезни пациентов с диагнозом ЮПсА наблюдающихся в ревматологическом отделении НЦЗД, из них 9 девочек и 5 мальчиков. Средний возраст составил 14 лет (от 7,3 до 24 лет).

Результаты и обсуждение: Псориаз среди родственников первой линии был у 5 детей (36%). Средний возраст дебюта составил 4 года (от 10 месяцев

до 10 лет), а средняя длительность болезни 10 лет. Пациенты были госпитализированы в среднем на 8 году жизни (от 2 до 15 лет). У большинства ювенильный псориатический артрит дебютировал с суставного синдрома, так 8 детей (57%) поступили в отделение с направляющим диагнозом – ювенильный ревматоидный артрит, по 1 пациенту (7%) с диагнозами: реактивный артрит, кольцевидная эритема, синдром Леддерхозе, псориаз, и только 2 пациента (14%) с диагнозом псориатический артрит. В дебюте у 10 детей (71%) развился суставной синдром: олигоартрит - у 7 (70%), полиартрит - у 3 (30%) детей. Онихолизис наблюдался у 7 (50%), дактилит - у 7 (50%). У 4 больных ЮПсА дебютировал с псориатических высыпаний (29%), у 3 детей псориатические бляшки появились в течении 3 лет от начала заболевания, у 1 ребенка - спустя 5 лет и у 3 пациентов - через 10 лет от начала заболевания. Псориатическая сыпь отсутствовала у 3-х детей (21%), однако наличие критериев и наследственной предрасположенности позволяли установить диагноз ЮПсА. Системные проявления отмечались у 9 больных (64%), включали лихорадку у 6 (67%); лимфаденопатию – у 8 (89%); сыпь – у 4 (44%); гепатоспленомегалию – у 2 (22%) пациентов. У 10 детей (71%) внесуставные проявления сочетались с активным суставным синдромом. Для детей, заболевших в возрасте до 5 лет (10 детей - 71%), характерно: преобладание женского пола (7 девочек - 70%), дактилит (6 детей - 60%), вовлечение в процесс лучезапястных суставов и мелких суставов кистей и стоп (6 детей - 60%), полиартикулярный суставной синдром (у 4 детей - 40%). Для пациентов старшей возрастной группы (4 ребенка - 28%), характерно развитие энтезитов (2-50%) и поражение позвоночника (3-75%), что схоже с проявлениями псориатического артрита взрослых.

Заключение: Диагностика ЮПсА в дебюте заболевания затруднительна, так как у 57% больных суставной синдром предшествует изменениям на коже, а специфические кожные изменения проявлялись через 5 и более лет. Наличие наследственной предрасположенности (36%), дактилита (50%), онихолизиса (50%) в сочетании с артритом позволяют заподозрить ЮПсА на ранних сроках, даже при отсутствии характерной псориатической сыпи.

ДЕТИ ВОЙНЫ. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ В АРХАНГЕЛЬСКЕ 1941- 1945 гг.

Шихвелиева А.А., Рябушкина Е.А., 1 курс, педиатрический факультет

(Научный руководитель: Андреева А.В.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Великая Отечественная война не прошла бесследно. Взрослые и дети, выжившие в военные годы, сохранили воспоминания на всю жизнь. Рядом с нами сегодня уже мало живых свидетелей той ужасной войны, и те, кто были детьми, сейчас уже пожилые люди. Тем ценнее их воспоминания!

Дети фронтовиков и тружеников тыла - последние свидетели Великой Отечественной войны, они приняли эстафету памяти у старшего поколения и донесли ее до нас. Один из тех, чье детство было опалено войной, Слава Николаевич Лебедев. Вместе со сверстниками, собрав воспоминания о войне, они написали книгу «Детство, опаленное войной». Из воспоминаний Е. И. Таскаевой: «В нашем детстве, отрочестве были бомбежки и бомбоубежища. Это мы могли различать фугасные или зажигательные бомбы. Это мы дежурили на крышах домов и тушили зажигалки неподъемными щипцами в бочках с водой, спасая наши дома. Это мы работали в колхозах, заменяя взрослых, собирали урожай с наших северных полей - колоски и турнепс. Это мы организовывали бригады художественной самодеятельности и ходили по госпиталям, выступая перед ранеными со стихами, песнями, танцами. Мы ухаживали за ранеными, писали за них письма родным и близким. Это нам они дарили свои немудреные подарки в виде кусочка сахара. Это мы учились при свечках и керосиновых лампах, писали на газетах, обоях и оберточной бумаге вместо тетрадей. Учебников на всех не хватало. Порой один-два на весь класс. На завтрак учительница раздавала нам по половинке шанежки и ложечке сахарного песка. Да, мы были голодны и зачастую от голода падали в обморок, плохо одеты и обуты, но учились на всем протяжении войны. Все перечислить невозможно, но именно наше поколение испытало в детстве многие лишения...»

Большие потери населения привели к увеличению количества детей, которые остались без родителей. Военная разруха способствовала массовому характеру беспризорности. В городах создавались комиссии по устройству детей, оставшихся без родителей, увеличивалось количество детприемников и детских домов. Многие сироты и беспризорные дети поступали в учреждения больными, истощенными. Медицинские осмотры в детских учреждениях выявляли наличие у воспитанников таких заболеваний, как чесотка, туберкулез, костный туберкулез, общее ослабление здоровья, грипп, авитаминоз, интоксикация и общее истощение. Основными причинами смертности детей в первый год жизни были врожденная слабость, желудочно-кишечные инфекции, болезни органов дыхания.

Архивные документы в музее СГМУ свидетельствуют, что общее состояние детских учреждений было удовлетворительным, но они были переполнены. Не хватало одежды и обуви, постельного белья и инвентаря, воспитанникам приходилось спать вдвоем - втроем на одной кровати. В детских домах было мало игрушек и литературы, в том числе учебной. Комиссии отмечали, что помещения, которые дополнительно предоставлялись в Архангельской области под детские дома, в большинстве случаев были не пригодны, требовался их капитальный ремонт и утепление. Ещё одной проблемой в детских учреждениях была нехватка воспитателей, медицинских работников, обслуживающего персонала.

Архангельские медики внесли огромный вклад для охраны здоровья детей в годы войны, способствуя этим успешному решению главных задач по охране материнства и детства. Несмотря на трудные условия жизни, врачи и медицинские сестры проводили различные оздоровительные мероприятия, профилактические осмотры, осуществляли патронаж здоровых детей, делали противодифтерийные прививки. Огромное внимание уделялось витаминизации пищи, в т.ч. путем внедрения витамина «С» в виде хвойного экстракта. В городе формировалась сеть профилактических, лечебных и оздоровительных учреждений, женских консультаций, со временем развивалась специализированная помощь детскому населению. Правительством страны были разработаны меры по устройству сирот, проводились меры по организации детского питания.

Из воспоминаний профессора Т.Н. Ивановой: «Как и другие архангельские дети, мы с сестрами и братом сильно голодали в годы войны. Наша мама тяжело заболела и умерла. Мы остались на попечении родной тети Марии Владимировны Пиккель. Только благодаря ее научному руководителю, заведующему кафедрой детских болезней Юрию Васильевичу Макарову и его супруге Герме Адольфовне Хайн-Макаровой, мы выжили. Особенно запомнился случай, когда у нашей тети Маши украли продуктовые карточки. Она была в отчаянии, но семья Макаровых взяла на себя всю заботу о нас. Они не только поделились своим карточками, но и помогли устроить нас в больницу, что было чрезвычайно сложно, учитывая, что детская клиника была переполнена истощенными детьми не только из Архангельска, но и из блокадного Ленинграда. Мы знали, что где-то ближе к фронту детям еще сложнее, чем нам. И было стыдно жаловаться, когда мы видели малышей, которые не могли даже встать на ножки из-за болезней,

развившихся от голода. Мы старались помогать персоналу клиники, в которой Мария Владимировна, будучи студенткой АГМИ, работала сначала медицинской сестрой, а с 1942 года - врачом. Именно военные годы повлияли на ее выбор профессии. Всю жизнь она посвятила педиатрии, вылечив тысячи детей не только в Архангельской области...».

Литература:

1. Детство, опаленное войной 1941 - 1945 гг.: [сборник] / Арханг. гор. обществ. орг. «Дети, опаленные войной 1941-1945 гг.»; [авт.-сост. Г.К. Лебедева] - Архангельск: [Б.и.] 2005. (ОАО «ИПП «Правда Севера»).
2. Архангельск - город воинской славы. Архангельск «ОМ-Медиа». 2015 г.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Шкляева Ю. Г., Чуркина М.Н., Жагракалите И.Э., клинические интерны, кафедра поликлинической и социальной педиатрии

(Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.Л. Избенко)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность проблемы обусловлена тем, что анемия является очень важной проблемой педиатрии и имеет не только медицинский, но и социальный характер. Это обусловлено широкой распространённостью анемии среди детей, а также значительностью отрицательных последствий для их здоровья. У детей происходит задержка роста и умственного развития, обеднение их эмоциональной сферы с преобладанием плохого настроения, вялости, раздражительности, плаксивости, повышается утомляемость и снижается успеваемость. Как видно из выше сказанного, железо невероятно важно для растущего организма. Несмотря на то, что анемия является одним из наиболее изученных заболеваний и существование программы по профилактике и лечению, эта патология до сих пор остаётся неуправляемой.

Целью нашего исследования явилось изучение выявления и лечения анемии у детей раннего возраста на амбулаторном этапе.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе детских поликлиник г.Архангельска. В ходе исследования проведен ретроспективный анализ 230 историй развития детей (уч.ф. № 112/у). Использован метод сплошного одномоментного когортного исследования, в которое включались дети, которым на момент исследования исполнилось 1, 2 и 3 года. Дети

были распределены в группы по степени снижения уровня гемоглобина: первая группа - анемия легкой степени (110г/л-90г/л), вторая группа- анемия средней степени тяжести (90г/л-70г/л), третья группа- анемия тяжелой степени (ниже 70г/л).

Результаты исследования и их обсуждение: У 46 детей, что составляет 20% от общего числа детей, отмечалось снижение уровня гемоглобина ниже 110г/л. Анемия легкой степени тяжести выявлена у 34 (73,8%) детей, из них в возрасте до года – 21(45,7%) ребенок, в возрасте до 2 лет- 8(17,4%) детей, в возрасте до 3 лет-5(10,9 %)детей. Анемия средней степени тяжести выявлена у 8 детей (17,4%), в том числе в возрасте до года - 2ребенка, в возрасте до 2 лет- 4ребенка, в возрасте до 3 лет-2 ребенка. Анемия тяжелой степени выявлена у 4 детей второго и третьего года жизни. У 168(73%от общего количества) детей в возрасте 3 месяцев было выявлено снижение гемоглобина в пределах 109-90 г/л с последующим нарастанием уровня гемоглобина к 6 месяцам выше 120 г/л без лечения. Анемия, как диагноз, зарегистрирована в медицинской документации только у 26 детей среди всех случаев наличия низкого уровня гемоглобина, что составило 56,7%. В первой группе диагноз установлен только у 15(44,1%) детей. Во второй группе диагноз установлен у 7(87,5%) детей. В третье группе диагноз поставлен у 4(100%) детей. Лечение получали 14 детей (53,8% от детей, которым установлен диагноз анемии). Лечение было назначено детям со средней и тяжелой степенью тяжести анемии, а при наличии анемии легкой степени тяжести с установленным диагнозом лечение получали только 20 % детей. Препаратом выбора для терапии был гидроксида полимальтозный комплекс железа (III). В большинстве случаев (73%) лечение было назначено на 2 недели. В 70% случаев контроль эффективности лечения не проводился, исследование уровня гемоглобина после лечения не проводилось.

Заключение: выявление и лечение анемий у детей раннего возраста в амбулаторных условиях остается на низком уровне.

СПОРТИВНОЕ СЕРДЦЕ И ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ:

«ЗА» и «ПРОТИВ» (клинический случай)

Шумов А.В., 4 курс, педиатрический факультет

(Научный руководитель: д.м.н., проф. В.И.Макарова)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск.

Введение: «К какой бы части тела не приложишь руку, ты всюду услышишь сердце, ибо оно не только бьется в любом органе, но и указывает путь к каждому из них», - писал в своих сочинениях французский врач 18 века Тиссо. Известно, что сердце человека обладает уникальными особенностями приспосабливаться к интенсивной мышечной деятельности. Еще в XIX веке было обращено внимание на особенности сердечно-сосудистой системы спортсменов. В 19 веке был предложен новый медицинский термин — “спортивное сердце” (S. Henschen, 1899), который сохранился до настоящего времени и широко используется. Однако, в плане дифференциальной диагностики, например, с гипертрофической кардиомиопатией, диагноз «спортивное сердце» представляет сложность.

Клинический случай: Под наблюдением находился больной Д., 17-ти лет, который был направлен в кардиологический стационар для обследования. При поступлении больной жаловался на эпизоды усиленного сердцебиения в покое, которые купировались самостоятельно. Впервые чувство учащенного сердцебиения появилось около 2 лет назад, но, поскольку, дискомфорта это не доставляло за помощью юноша не обращался. Необходимо отметить, что молодой человек – спортсмен. Три года назад занимался в спортивной школе *баскетболом*, интенсивность нагрузки составляла 8 часов в неделю. Нагрузки переносил хорошо. Последние 2 года занимается в колледже 4 часа в неделю, связывая уменьшение физической нагрузки с нехваткой свободного времени.

Из анамнеза известно, что больной с марта 2014 года наблюдается у кардиолога в связи с выявленным функциональным систолическим шумом и дополнительной хордой левого желудочка. При проведении электрокардиографии (ЭКГ) с физической нагрузкой был зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 83 уд/мин, вертикальное положение электрической оси сердца и очень глубокий зубец S в V1-V4. Спустя год, при проведении контрольной ЭКГ были зарегистрированы изменения в структуре

мышечной ткани сердца, которые не исключали гипертрофические изменения миокарда. С диагнозом «кардиомиопатия», ребенок 13.02.15 направлен на госпитализацию в детское отделение СМКЦ им. Н.А. Семашко для обследования и уточнения диагноза.

При проведении физикального исследования на себя обращают внимание несколько ослабленные, ритмичные тоны сердца; постоянный, не иррадирующий, сохраняющийся в положении лежа систолический шум в 3 межреберье *слева от грудины*. При проведении ЭКГ от 16.02.15 регистрируется синусовый ритм с ЧСС 67 уд/мин. ЭОС не отклонена. Имеются признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) с выраженными нарушениями процессов реполяризации в задней стенке, верхушке, боковой стенке ЛЖ. После физической нагрузки на ЭКГ обнаруживается синусовая тахикардия с ЧСС 120 уд/мин. Есть признаки нагрузки на правое предсердие (ПП). Отмечаются глубокий S в V1-V4, отрицательный T), низкий комплекс QRS в 1 стандартном отведении.

Ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КГ) дает возможность визуализировать структуру стенок и оценить процессы гемодинамики в полостях сердца. Проведена ЭХО-КГ 17.02.15: толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) 10 мм, задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) – 10-11 мм - незначительно увеличены. Имеет место умеренная дисфункция митрального клапана. Папиллярные мышцы митрального клапана расположены типично, гипертрофированы. Имеется трикуспидальная регургитация. При проведении холтеровского мониторирования (17.02.15) ишемические изменения на ЭКГ не обнаружены. Значимых отклонений QT-интервала в течение суток не выявлено. Вариабельность ритма сердца сохранена. Соотношение высокочастотного и низкочастотного компонентов сбалансировано

Учитывая отсутствие типичных признаков гипертрофической кардиомиопатии, как симметричной, так и асимметричной формы, по данным ЭКГ и ЭХО-КГ, но наличие «спортивного» анамнеза с высокой степенью интенсивности физических нагрузок больному был поставлен диагноз «спортивное сердце».

Заключение: Правомочен ли он в данном случае? Целесообразно считать, что у ребенка, занимающегося на протяжении определенного периода времени спортом, имеющего изменения в работе сердечно-сосудистой системы, не исключено формирование спортивного сердца. Нужно

помнить, что «спортивное сердце» - диагноз исключения! И, чтобы полностью исключить заболевание с неблагоприятным прогнозом, представляющее угрозу для жизни (гипертрофическая кардиомиопатия) необходимо динамическое наблюдение за больным ребенком. В связи с чем, пациент был выписан на амбулаторный этап с рекомендациями прекратить занятия физкультурой и спортом на 3 месяца с последующей плановой госпитализацией для повторного обследования.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, ВЛИЯНИЕ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Лодыгина А.В., Хромова К.А., Шаравина И.С., 6 курс, педиатрический факультет

**(Научные руководители: к.м.н., Макарова А.А., д.м.н., проф. Чумакова Г.Н)
Северный государственный медицинский университет, Архангельск**

Актуальность исследования: Раннее начало энтерального питания является профилактикой целого ряда заболеваний незрелых детей. В отделении реанимации новорожденных начало энтерального питания, в связи с тяжестью состояния детей, часто бывает отсроченным. Изучение начала энтерального питания и причин затрудняющих его является актуальным.

Цель исследования: Оценка роли энтерального питания на физическое развитие недоношенного ребенка очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Задачи: изучить сроки начала энтерального питания (ЭП) недоношенных детей ОНМТ и ЭНМТ, находящихся в отделении реанимации; изучить причины затрудняющие введение энтерального питания на всех этапах госпитализации недоношенных; изучить сроки перевода детей на полное энтеральное питание и влияние позднего его перевода на физическое развитие.

Материалы и методы: В исследование включены все дети, поступившие в отделение реанимации новорожденных с января по сентябрь 2014 года. Всего 94 ребенка.

Результаты: В исследовании дети были разделены на группы в зависимости от веса при рождении: 1 группа вес менее 759 грамм (3 ребенка), 2 группа - 751-1000 грамм (14 детей), 3 группа - 1001-1500 грамм (36 детей). Начало трофического питания во всех группах было в 1 сутки жизни. Исключения составили 3 случая тяжелой асфиксии, у которых ЭП начато после завершения терапевтической гипотермии, т.е. по прошествии 72ч от

рождения. В настоящее время это противопоказание к ЭП дискуссионно, проводятся исследования по данному вопросу. Трофическое питание – не обеспечивает энергетические и нутритивные потребности ребёнка, направлено исключительно на стимуляцию созревания кишечника и улучшение адаптации к ЭП, до 20 мл/кг не учитывается в общем суточном объёме жидкости.

Перевод на полное энтеральное питание зависел от веса детей при рождении и состоялся в 1 группе на 12 день, 2 группе на 15 сутки, 3 группе на 8 сутки. Оценка физического развития у недоношенных детей проводилась ежедневно с использованием таблиц Фентона.

Все дети за исключением группы с Мт более 2кг имели вес при рождении в интервале 10-50 перцентилей. К концу первой недели увеличение Мт зарегистрировано в группе менее 750г, вес детей в группе 751г-1кг в среднем остался прежним, т.е. убыль массы тела этому моменту уже была компенсирована. Дети с весом более 1кг остались в убыли в пределах не более одного перцентильного интервала. С возрастом происходило увеличение Мт, но её показатели к 4 неделям жизни переместились на уровень р3-р10 .

Заключение. Начало энтерального питания в 1 сутки жизни проводилось у всех детей независимо от массы при рождении. Причинами, затрудняющими введение энтерального питания у 35% детей, были: некротический энтероколит, мекониальная обструкция, шок. Перевод детей на полное энтеральное питание происходил на 9 сутки жизни.

INCIDENCE OF AND RISK FACTORS FOR HEALTHCARE-ASSOCIATED DIARRHEA IN A LARGE PEDIATRIC HOSPITAL IN ARKHANGELSK

**Baghel Rajesh Kumar, 6-year student of English medium faculty; A.V. Bogdanova, clinical resident of the department of infectious diseases
(Supervisor: CSc, MPH, E.A. Krieger)**

Introduction: Healthcare-associated diarrhea represents a serious public health problem by increasing duration of hospital stay and cost of treatment [1]. The objective of this study was to assess risk factors for healthcare-associated diarrhea in a large pediatric hospital in Arkhangelsk, Northwest Russia.

Methods: We performed a cohort study including all patients treated in infectious ward during 2012. Patients with length of stay less than 48 hours were excluded from the study. Risk factors for healthcare-associated diarrhea were searched by using multivariate logistic regression analysis.

Results: Altogether 1852 patients were enrolled. The incidence of healthcare-associated diarrhea was 9.1 per 100 admissions. Rotavirus was detected in 60.9 of the cases. Compared to infants, children aged 1-3 years (OR=0.5, 95%CI: 0,4-0,8) and older 3 years (OR=0.3, 95%CI: 0.2-0.5) were less likely to have HAI. Hospital stay 8-14 days (OR=4.8, 95%CI: 3,1-7,4) and more than 14 days (OR=8.5, 95% CI: 4,6-15,5) was associated with HAI compared to stay for less than 7 days. Admission during winter-spring season (OR=3.0, 95%CI: 1.6-5.6) and presence of a relative caring for the patient (OR=3.7, 95%CI: 1.6-8.8) were positively associated with HAI.

Conclusions: Nine out of a hundred patients hospitalized in the typical infectious ward of the large Russian pediatric hospital gets healthcare-associated diarrhea. Young age (less than 1 year), longer hospitalization time (more than 7 days), admission during winter-spring season and presence of a relative caring for the patient were found to be risk factors.

References:

1. Graves N, Weinhold D. Estimating the costs of hospital acquired infection // Clinical Infectious Diseases. 2010. № 50 (7). P. 1017-21.

FAITH AND PEDIATRICS: THE POWER OF BELIEF AS A KEY TO RECOVERY

Alyona Makarova, International Student Biology Major, Pre-Medical

(Supervisor: Archpriest Boris Henderson, Rector All Saints of Russia Orthodox Church)

Survival of the fittest. This is the main idea of Charles Darwin's evolutionary theory of natural selection that contends that the organisms that are able to adapt and flourish in their environment will be selected for while the organisms that fall ill to these expectations will not continue their legacy in the organisms' future. The human race has millions of strong players whose strength proves to be worthy of natural selection. However, all members of the race have experienced weakness through illness; whether it is a temporal virus or a life-threatening diagnosis, all humans have faced sickness, many of which are children. The

medical world of pediatrics has come a long way in its development. In the present day, children are diagnosed and treated in a more rapid, more painless manner. However, pediatricians, parents, and children must wonder if there any other aspects that may quicken the process of and increase the levels of success in the treatment of pediatric diagnoses.

Being a child in this day and age is not easy. The endless technology, developing innovations, widening medical knowledge, and evolving human brain provide the present day's children with unmatched opportunity for a more complex, educated world. However, the everlasting screen time and new developments in science also have the potential to negatively influence the children's lives. Suddenly, spending all day interacting with a smartphone has become more popular than running around in a park with beloved family and friends. The extreme accessibility to various kinds of media online has provided the children with a diverse range of ideas, some beneficial and some harmful. Most importantly, the prominence of the scientific nature of life has detracted from the children's ability to not only merely accept but also truly perceive life's essence through a different lens. Faith and religion are at the risk of becoming secondary to logic and science. Little do these children know, however, that faith is a significant factor in the survival of hope and optimism on this quickly changing Earth. Faith is the key to the success of the pediatric world.

As a biology and pre-medical student at a private, international college, I am the first to admit that it can be difficult to incorporate faith into my daily schedule and into my science-focused world. Simultaneously, as a Russian Orthodox church choir member as well as co-director of my church's youth group, I have found that I am constantly inspired by the spiritual community and knowledge that my church has provided me. I am in awe of the constant works of God that I experience throughout the day. Through this inspiration, the challenging endeavors of succeeding in university, working on my application process of medical school, and eventually becoming a doctor become manageable tasks that I am not afraid of.

I believe that this type of faithful inspiration that I experience in relation to my future goals can be compared to the type of inspiration that can give sick children hope in their future. It is true that pediatricians support children of a wide range of illnesses; some are as trivial as the common cold while others are as frightening as cancer. However, all sick children have something in common: they lack that innocent magic in their characters and that bright light in their eyes.

Having faith is what can bring that magic and that light back; in fact, having faith can cure these kids. One of my good friends, who is not only an aspiring medical student like me but also a fellow believer in the Orthodox church, has experienced this first-hand. He was diagnosed with leukemia, a cancer of the blood, at a young, pre-adolescent age. He went through extensive medical treatment that likely did improve his physical state but, unfortunately, did not improve it enough; nonetheless, he stayed optimistic and believed in the works of God. Luckily for him, the holy, miracle-working Kursk Root icon visited our city during his process of treatment. When the icon came to his home, he, a fully believing young boy, venerated the icon and felt a surge of warmth travel through his frail body. Within the next year, the cancer that took over his body had been defeated. Our good friend was back and ready to face the future, his belief and happiness stronger than ever. The power of medicine can advance the physical states of the kids, but the power of faith can improve their mental states as they gain a stable hope that they are not alone...that there is a larger purpose to their lives and that they have something to smile about. As a result, the combination of both can bring these kids back to life.

Survival of the fittest. This is the main idea of Charles Darwin's evolutionary theory of natural selection that contends that the organisms that are able to adapt and flourish in their environment will be selected for while the organisms that fall ill to these expectations will not continue their legacy in the organisms' future. In the present day, pediatrics has helped the children that have fallen ill to get back on their feet as humans that can stand strong. Nonetheless, the success of logic and science behind medicine can be catalyzed through the application of faith and belief into the children's lives. Let us work together to let them believe. Let us work together to let them feel that they are not alone and that they can defeat whatever is holding them down. Let us work together to let them smile once more.

В 2014 году Министерство здравоохранения Архангельской области организовало конкурс работ среди школьников региона «Почему я хочу стать врачом». Мы публикуем лучшие эссе этого конкурса.

Я хочу стать врачом

С самого детства я пыталась узнать какая профессия мне по душе. Я мечтала стать кондуктором, стоматологом, прокурором, учителем, хирургом. Я хотела найти себя в какой-либо деятельности, которая меня реально заинтересует. В возрасте 15-16 лет я посещала занятия по медицине и в конце 8 класса я окончила курсы «Юный медик» при университете СГМУ. Я металась от одной профессии к другой до 11 класс. И всё-таки я остановилась на такой серьезной и важной профессии как врач. О своем выборе и желании стать врачом я сказала своим родителям и друзьям. Моя лучшая подруга по этому поводу высказала свою точку зрения, отнюдь не положительную. Я услышала: «Маша, это нереально подготовиться к экзаменам за один год и поступить в медицинский». Мне было немного неприятно это слышать, хотя в какой-то степени она была права, так как я учусь в физико-математическом классе и уроков химии и биологии у нас очень мало. Но я решила, что всё зависит от меня, от моего желания и от моих возможностей. И начала усердно готовиться. Но вернемся к главной теме.

Что же такой стать врачом? Врач-это очень серьезная профессия. Он отвечает за чужую жизнь, несет ответственность за пациента. Это тот человек, перед которым стоят важнейшие задачи - распознавать, лечить, предупреждать болезни, обеспечивать сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности людей, спасение жизни. Врачи ценились, и будут цениться всегда. Хорошие врачи даже пользуются особым авторитетом и уважением. Как пример можно привести знаменитого древнегреческого врача-Гиппократ. Он вошел в историю как «отец медицины». С его именем связано представление о высоком моральном облике и этике поведения врача. Врачи совершали подвиг, спасая людей. Они отдавали свою кровь, заслоняли своим телом раненых и больных от пуль и осколков. Талантливый хирург - Склифосовский развивал военно-полевую хирургию по принципу максимального приближения к месту боя, настаивая на том, что очень важно лечить проникающие ранения грудной клетки прямо на месте, не транспортируя больного, который может просто не доехать до места назначения. Он поистине выдающийся врач, который сделал очень многое для народа. Еще тем летом я наткнулась на очень интересную книгу. Книга была историческая, на тему Крымской войны. В одной из глав был описан подвиг, главного хирурга осажденного англо-французскими войсками, Пирогова. Оперировав раненых, он впервые в истории русской медицины применил гипсовую повязку. Николай

Иванович дал начало тактике лечения ранений конечностей, избавив многих солдат и офицеров от ампутаций. За заслуги в оказании помощи раненым и больным он был награжден орденом Святого Станислава 1-й степени.

А что бы было с планетой, если бы не было врачей? Если бы никто не занимался изучением причин и характером заболеваний, не искал лекарств и методов лечения. Страшно представить, чтобы было на Земле.

В настоящее время медицина постоянно находится в развитии. Новые болезни требуют новых знаний. Следовательно, нужно больше персонала в медицинской сфере. На мой взгляд, стать врачом может далеко не каждый. Он должен обладать прекрасными знаниями и определенными качествами, такими как: ответственность, мужественность, доброта, скромность, внимательность, смелость. Он должен быть предан своему делу, быстро принимать решения, уметь убедить, успокоить, вселить надежду. Можно много перечислять качеств, которые присущи врачу. Но чтобы стать врачом нужно призвание. Хороший врач призван служить здоровью каждого человека и всего народа.

Я хочу лечить людей. Я понимаю, что нужно много учиться, чтобы стать врачом, также эта профессия требует большой ответственности. Но я поставила цель, а значит, я постараюсь стремиться к ней. Ведь врач-это самая гуманная профессия. Он избавляет людей от страданий, боли, пытаюсь сделать всё возможное. Врачи каждый день совершают героические поступки. Ведь они спасают людей, их жизни, часто рискуя при этом своей.

Если говорить обо мне, то я обладаю не всеми качествами, какими должен обладать врач. Мне еще не приводился случай спасти жизнь человека. И я надеюсь, что если я поступлю в университет, то смогу выучиться на хорошего врача, набраться опыта и развить в себе недостающие качества. Честно сказать, я побаиваюсь крови и внутренностей, поэтому я бы хотела стать стоматологом.

И в заключении хотелось бы сказать, что каждый человек избирает свою профессию, которая соответствует его способностям, желанию и возможностям. Тогда он будет работать, как говорится, не за страх, а за совесть. Я буду стремиться к своему желанию, потому что я хочу стать врачом...

Аникина Мария, 11 класс

Врач... Как гордо и свято звучит это слово для каждого... И как многогранна судьба любого, связавшего с этим словом, этой замечательной профессией, свою жизнь!

Мне всего 17 лет. Но я давно поняла: быть врачом - мое призвание, потому что только врач – одна из тех профессий, в которой человек счастлив счастьем другого. Именно об этом говорил Николай Иванович Пиро-

гов, русский хирург и анатом, основоположник русской военно-полевой хирургии: «Быть счастливым счастьем других — вот настоящее счастье и земной идеал жизни всякого, кто посвящает себя медицинской науке». Моей семье удалось достичь этого идеала. Моя мама, дядя и тети были и остаются отличными врачами, радующимися за счастье своих пациентов. Это настоящая врачебная династия, частью которой мечтаю стать и я.

Мой дядя - Валерий Олегович Баушев. Он ортопед-травматолог. В свои 38 лет Валерий Олегович достиг профессиональных высот. Он заведующий травматологическим отделением городской больницы. Пациенты, коллеги, горожане считают его гордостью Новодвинска. Он никогда не отказывает в помощи своим коллегам, когда его вызывают в выходные дни или в дни отпуска. Многие пациенты благодарны ему за его отзывчивость и внимание. Он удостоен чести быть среди уважаемых горожан, чья фотография размещена на городской доске почета. А как все начиналось? В начале своей карьеры Валерий Олегович был обычным санитаром, но благодаря своим усилиям, трудолюбию и терпению, он смог достичь успехов в карьере.

Мою маму зовут Татьяна Васильевна Едакина. Она медсестра. Её трудовой стаж составляет 27 лет. Среди близких она является авторитетом, образцом идеальной матери и любящей жены. Своим пациентам моя мама всегда поможет в трудную минуту, даст совет, как поступить в том или ином случае. Неоднократно награждена грамотами и премиями за хорошую работу.

На мой взгляд, у меня получится стать достойным врачом, уважающим самого себя и своих пациентов, как получилось у моих близких. Именно благодаря примеру родных, я хочу стать хирургом, так как хирург — это благородная и ответственная профессия. Часто только хирургическое вмешательство может спасти самое ценное — человеческую жизнь. Хирургам присуще искреннее сострадание и желание помочь. Также в ближайшее время спрос на профессиональные услуги квалифицированных хирургов будет только расти.

Сегодня, накануне огромного праздника – Юбилея Победы, все чаще вспоминают подвиг врачей во время Великой Отечественной войны.

В истории медицины есть много имен врачей-хирургов, прошедших Великую Отечественную войну: Сергей Карпович Велигура, Николай Николаевич Бурденко, Александр Александрович Вишневский и многие другие. А главным хирургом Ленинградского фронта во время Великой Отечественной войны был Петр Андреевич Куприянов (чья судьба потрясла меня) - академик АМН СССР, генерал-лейтенант медицинской службы, Лауреат Ленинской премии, Герой Социалистического Труда. В 1953 году он первым в Ленинграде (и вторым в стране после Александра Николаевича Бакулева) выполнил перевязку открытого артериального протока, устранение стеноза легочной артерии, коарктации аорты. С

19 июня 1959 года он первым в СССР начал операции со вскрытием полостей сердца (операция на «сухом» сердце). В период блокады Петр Андреевич выполнил более 60 операций у раненных в сердце. Это был замечательный человек, который сделал многое для развития медицины.

В Архангельске также есть свои знаменитые хирурги. К таким относится Николай Михайлович Амосов, который учился в Архангельском медицинском институте и окончил его с отличием в 1939 году. Он советский и украинский торакальный хирург, ученый-медик, доктор медицинских наук, основоположник отечественной сердечно-сосудистой хирургии, автор десятка книг. Николай Амосов провел более 6 тысяч операций на сердце. *«Вы знаете, это не просто хирург, это и большой ученый и действительно человек с большой буквы. Это Ломоносов в хирургии»*, - это слова Виктора Рехачева.

Также известным детским хирургом Архангельска является и моя землячка - новодвинка Туробова Татьяна Владимировна. Несколько лет она была заведующей отделением химиотерапии, детским онкологом государственного учреждения здравоохранения «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г.Выжлецова». В апреле 2010 года она получила звание лучшего врача России. Татьяна Владимировна применяла новые подходы в лечении онкобольных детей, например, активно сотрудничала с Сийским монастырем, откуда приезжали батюшки к детям – исповедовали, причащали. За время ее работы смертность злокачественных опухолей в больнице значительно сократилась. А вообще, лучшее лекарство, по мнению Татьяны Владимировны, - это любовь и доброе сердце: когда всем желаешь добра, болезнь отступает; а когда за маленького человечка молится много людей - он выздоравливает! Сейчас доктор Татьяна Туробова по приглашению работает в Международной университетской клинике Сен Сок в Пномпене.

Биографии врачей времен Великой Отечественной войны, примеры выдающихся земляков и родных окончательно убедили меня в правильности выбора - врач является одной из приоритетных профессий общества. Так было, так есть и так будет всегда. Ведь врач - это человек, который верит в чудеса и заставляет поверить в них окружающих. Врач – это волшебник, с приходом которого люди становятся счастливее, здоровее. Врач - это тот, кто вселяет надежду в самые трудные минуты жизни человека. И, наконец, врач - это человек с добрым сердцем, благими намерениями и большими надеждами сделать этот мир прекраснее и лучше. Поэтому я и хочу стать врачом, для которого улыбка и здоровье пациента (не только физическое, но и духовное) будет самым важным!

Горбачева Ксения, 10 класс

Одинокий мальчик у окна...
Грусть и слёзы у него в глазах.
А на улице шумит весна,
Воздух свежей зеленью пропах...
И в палату тихо входит врач
(Самый лучший он из докторов).
Говорит ему: «Не плачь, не плачь,
Ты теперь уже совсем здоров».

Вот я снова прохожу по больничному городку на Обводном и, невольно оборачиваясь, смотрю на окна этого пятиэтажного здания: 4 этаж, хирургия, «моё» окно... Сегодня в нём никого нет. Наверное, именно здесь мне в голову впервые пришла мысль о том, что я хочу стать врачом. Детским врачом.

Лет с четырёх для меня врачи стали теми людьми, от которых в моей жизни стало зависеть многое. Некоторые могли просто словом, взглядом успокоить, подарить надежду на то, что все будет хорошо, надо только верить и ничего не бояться. И я верил. Не боялся.

До сих пор я считаю, что врачу сложнее работать с детьми, потому что нужно суметь не только успокоить ребенка и внушить ему доверие к себе, но и найти нужные слова для родителей, как нашла эти слова для моей мамы 14 лет назад Яницкая Мария Юрьевна, «рискнувшая» наблюдать меня, когда мама, услышав страшный, но, по словам врачей, неточный диагноз, отказалась от операции, надеясь на чудо. Чудо произошло. Пусть и не сразу. Обнаруженную у меня «опухоль» можно было разглядеть только при УЗИ, и тогда Мария Юрьевна поддержала мою маму, став моим ангелом-хранителем. Она называла меня «мальчиком с интересной почкой» и наблюдала все ее изменения на протяжении нескольких лет. Диагноз не подтвердился. Мы с мамой всегда будем благодарны этому человеку, Врачу с большой буквы, не побоявшемуся взять на себя ответственность за моё здоровье и жизнь. Поэтому с тех пор врач для меня - это человек, который на первое место ставит свой долг, человек, для которого чужая боль сильнее своей, человек, который никогда не отступает от клятвы, данной однажды.

Ласковые руки, добрый взгляд
И морщинки от усталости у глаз.
Он не спал вторую ночь подряд,
Он боролся, жизнь кому-то спас.

Я хочу стать врачом. Это не просто слова. К врачам мы спешим, когда нам больно, им мы доверяем самое ценное, что у нас есть, - наше здоровье, нашу жизнь, жизнь своих детей. И главное - мы всегда верим в то, что врач обязательно

поможет. Я думаю, врач должен сопереживать пациенту, хотя это сопереживание не должно переходить в панику. Сопереживая и сочувствуя, нужно сохранять профессиональный и трезвый подход. Иногда пациенту необходима реальная врачебная помощь, а иногда бывает достаточно просто взять за руку и ободрить.

А у доктора своя семья,
И не меньше, чем у всех, проблем.
Где берутся силы все объять
И душой не очерстветь совсем?

И я хочу стать именно таким врачом - равнодушным. Пусть профессия эта очень сложная, это скорее даже призвание, но это самая искренняя и милосердная профессия. Наверное, врачом надо родиться. Или почувствовать это в себе на каком-то этапе жизни. Врач пользуется особым статусом в любом обществе, к нему предъявляются высокие этические и профессиональные требования, но все равно в основе лечебного подхода должно лежать сострадание, вне которого медицины не существует. Это очень сложно - быть милосердным и сострадать, но настоящие врачи именно такие, потому что врач-это внутреннее состояние. Разумеется, надо учиться всю жизнь, постоянно совершенствуясь, с момента поступления в вуз и до того момента, когда решишь прекратить медицинскую практику. Останавливаться нельзя. Медицина развивается стремительно. Но всё равно врач, прежде всего, должен быть тем, кто умеет выслушать, успокоить и помочь, подарить человеку надежду и избавить его от переживаний и сомнений.

Разные бывают доктора:
Могут равнодушием убить
И домой отправить умирать,
А иные - словом излечить...
И в сердцах врачей навек живы
Строки, что оставил Гиппократ.
То, что отдаете людям вы,
Вам же возвратится во стократ!

Я думаю, что, прежде всего надо понять для самого себя, а сможешь ли ты стать врачом, потому что одного желания мало. В своем выборе я перестал сомневаться после того, как в течение двух лет посещал подготовительные курсы при СГМУ. Очень часто я заходил в аудиторию 1163, где, рассматривая фотографии, узнал много интересного и не известного мне раньше о Марии Владимировне Пиккель, первой женщине-профессоре среди выпускников Архангельского медицинского института, замечательном враче-педиатре, считавшей педиатрию святым ремеслом. Особенно в душу мне запал ее девиз: «Но от святого ремесла не можем мы уйти. «Спасён»- и как тогда светла хотя бы часть пути»...

Да, я хочу стать врачом. Наверное, это огромная радость - избавлять людей от страданий. Я хочу помогать всем, кто в этом нуждается, помогать, безусловно, не ожидая благодарности, я готов принимать на себя чужую боль, готов взять на себя ответственность за здоровье ребенка, как это сделала когда-то Мария Юрьевна Яницкая, о которой я помню всегда.

И спокойный мальчик верит свято
Доктору, как матери второй:
Те, кто носит белые халаты,
В нас хранят здоровье и покой!

Сергеев Виталий, 11 класс

Почему я хочу стать врачом? Тяга к медицине появилась у меня ещё в детстве. Я была болезненным ребенком, поэтому часто посещала нашу Ровдинскую больницу. Удивительно, но я, когда была маленьким ребенком, совершенно не боялась врачей. Все врачи подходили к своему делу очень ответственно, кроме того они были добры ко мне. В детстве я пыталась подражать настоящим профессионалам лечебного дела. Большая часть моих детских забав была связана с медициной: я лечила плюшевых медведей, кукол, даже птиц и свою собаку. Сейчас у нашей больницы существует много проблем, среди которых важнейшая - это отсутствие специалистов, поэтому после обучения я хотела бы вернуться на свою малую родину и работать в больнице своего села.

Ещё одной причиной выбора профессии врача послужили военно-спортивные игры «Безопасное колесо» и «Зарничка». Особенно я любила конкурс, проверяющий наши теоретические и практические знания медицины. В десятилетнем возрасте это вызывало во мне неподдельный интерес, помогающий занимать призовые места. Во время подготовки к этому конкурсу нам выдавались методички, которые помогали познавать основы медицины: виды кровотечений и переломов, признаки отравления, оказание помощь пострадавшему при переломе черепа, как правильно наложить повязку и многое другое. Но больше всего я любила практическую часть этого конкурса: остановка кровотечений, наложение шин и повязок, транспортировка пострадавших. Я ощущала огромное напряжение, всё происходящее вокруг казалось мне реальным, в эти моменты я чувствовала себя настоящим врачом, спасающим жизнь пострадавшего. Несмотря на панику и хаос вокруг, я брала себя в руки и делала всё точно и слаженно, как врачи в нашей сельской больнице. Именно тогда я поняла, что очень хочу стать врачом. Конечно, я понимаю серьёзность этой профессии, но твёрдо определилась с выбором и поставила цель – получение высшего медицинского образования, ведь для того, чтобы стать настоящим профессионалом надо иметь огромный багаж

знаний в разных областях медицины. Для достижения поставленной цели мне придется немало потрудиться, но я готова к тяжелому труду, для того чтобы стать врачом-педиатром.

Я считаю, что педиатрия – это одна из самых сложных направлений медицины. Во-первых, при работе с детьми сложнее понять, в чем причина заболевания. Маленький ребёнок не сможет рассказать о том, что его беспокоит. Во-вторых, когда лечишь детей, берёшь на себя огромнейшую ответственность за жизнь ребёнка. Само осознание того, что в твоих руках находится жизнь маленького, беззащитного человечка, заставляет даже самых опытных специалистов волноваться. Но вся эта огромная ответственность, страх и дикое волнение стоят того, что после лечения на тебя посмотрят счастливые детские глаза. Я думаю, что для меня не будет большей награды, чем благодарная улыбка здорового ребёнка.

Для того чтобы стать врачом, человек должен обладать определёнными качествами. Что же это за качества? На этот вопрос мне помогло ответить написание исследовательской работы «История жизни сельского врача», в которой я исследовала непростую судьбу заслуженного врача РСФСР, замечательного хирурга – Ошуркова Григория Андриановича. Он работал в нашей больнице в середине 50-60-х годов XX века. Образ этого человека стал для меня примером подражания. Врач Ошурков на начальном этапе своего жизненного пути был репрессирован. Но, несмотря на все тяготы лишений, он смог остаться человеком с большой буквы и выполнял свой врачебный долг безукоризненно. Григорий Андрианович, будучи сам заключённым, выполнял функции лагерного врача и спасал жизни таким же, как он – политзаключённым. Он не раз спасал жизни утопающих, был награжден медалью; и даже спас жизнь человека, не смотря на то, что сам был ранен и находился на волоске от смерти. Эти и многие другие героические поступки говорят о том, что Григорий Андрианович - настоящий врач, он ставил жизнь больного, выше своей жизни. Этот человек был настоящим мастером своего дела, был по-настоящему предан своей профессии, поэтому его профессионализм требовался ещё многие годы, и даже будучи на пенсии он помогал людям до самой своей смерти. По-моему именно таким должен быть настоящий врач. Наградой за его огромный, плодотворный труд стала светлая память. Г. А. Ошуркова нет с нами уже более 30 лет, а все жители нашего села вспоминают его добрым словом и в наше время. Сделав выводы из своей работы, я поняла, что врач должен быть человеком, умеющим в любой ситуации принять правильное решение. К тому же, врач должен одинаково душевно и трепетно относиться ко всем больным, независимо от его социального статуса и тяжести заболевания. Бывают такие ситуации, когда счет жизни человека идет на секунды, и только от профессиональных действий специалиста зависит благополучный исход. Поэтому в такой ситуации врач должен быть жестким, но не черствым и

грубым, а решительным и вдумчивым, отвечающим за принятые решения. А главное он должен уметь сочувствовать и принимать беды других людей, как свои собственные. Он должен думать, прежде всего, о благе больного, а не о своём удобстве и благополучии. В клятве Гиппократата есть такие строки: « В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного». Мне кажется, что врач должен быть готовым к тому, чтобы посвятить себя служению людям. Профессия врача – одна из самых гуманных, благородных и необходимых профессий на земле.

Каждый человек, выбирающий профессию врача, должен понимать, что он негласно соглашается со всеми правилами и берет на себя полную ответственность за жизнь и судьбу человека. Я хочу стать врачом не ради престижа и уважения, а для того, чтобы помогать людям. Желание быть нужной движет мной. Врач идет на помощь для того, чтобы кто-то вновь и вновь мог радоваться солнцу, цветам и птицам, для того, чтобы снова принести в чью-то семью счастье. Врач должен знать, если его просят о помощи, значит чья-то жизнь под угрозой, кому-то очень больно. Врач – это профессия, возлагающая огромный груз ответственности за здоровье больного, ведь люди ждут от него своевременной и профессиональной помощи. А здоровье, даже самого маленького человека есть самая огромная ценность и достояние нашей страны, ведь девять десятых нашего счастья зависит от здоровья.

Федотова Анастасия , 10 класс

Перед каждым человеком, вступающим во взрослую жизнь, однажды, встает вопрос: «Кем мне быть?» Приходится делать неоднозначный, сложный и важный выбор, который во много решит дальнейшую судьбу. Мы ещё так малы, неопытны и не обладаем мудростью взрослых, но способные трезво оценивать происходящее вокруг, заменить людей, добившихся в жизни поставленных целей и ощущающих себя нужными другим.

Несколько лет назад я решила для себя, чем я должна заниматься дальше. Для этого, начала более углубленно заниматься биологией и химией, а также после девятого класса пошла, учиться в специализированный химико-биологический класс. В свободное от основных занятий время беру дополнительные уроки у репетиторов по биологии и химии. Участвую в различных конкурсах и чемпионатах.

Например, написала исследовательскую работу «Что должно быть в домашней аптечке?» для заочного тура I районной конференции будущих врачей «Шаги в медицину», участвовала во Всероссийском молодежном предметном

чемпионате по психологии и биологии, посещала врачей для ознакомления с их условиями труда.

В интернете и районной библиотеке старалась найти новую и интересную для себя информацию о знаменитых врачах и о том, чего они добились в науке и медицине.

Например, я узнала, что известный на весь мир врач-офтальмолог, микрохирург глаза, профессор, академик РАМН Святослав Фёдоров, в 1961-1967 годах являлся заведующим кафедрой глазных болезней Архангельского Государственного медицинского института и являлся одним, из основателей нашей глазной клиники в городе Архангельск. Его вклад в развитии офтальмологии на севере, я считаю, неоценимым.

Также я узнала из книг о великом хирурге Николае Михайловиче Амосове, который одновременно закончил с отличием два института - это наш Архангельский медицинский университет и Заочный индустриальный. Он прожил долгую и достойную жизнь, помогал людям и проповедовал здоровый образ жизни, а также систему ограничений и нагрузок. Ежедневно он пробегал по два километра и совершал тысячу движений. Незадолго до смерти в две тысячи втором году он ответил на вопрос: «Что было самым главным в его жизни?» На что он ответил: «Наверное, хирургия. Хирургия была моим страданием и счастьем».

Настоящим примером героизма детского врача является для меня Леонид Рошаль. Многого, добившись в своей профессии, он создал бригаду Международной скорой помощи, оказывающим помощь детям, попавшим в беду по всему миру. Также он является председателем международного комитета помощи детям, а 5 ноября 2002 года удостоен звания «Международный герой». Я часто вижу этого человека по телевидению, помогающего людям. Например, он под угрозой своей жизни шел навстречу с террористами для освобождения заложников в «Норд-осте».

В нашем Пинежском районе тоже были и есть много замечательных врачей. В 1935 году в село Карпогоры приехал работать Попов Петр Степанович, 1893 года рождения (впоследствии заслуженный врач РСФСР), уроженец деревни Шардонемь Пинежского уезда, который возглавлял больницу многие годы. В честь него названа Карпогорская центральная районная больница.

Горжусь я и Петрушиным Александром Леонидовичем, заведующим хирургическим отделением ГБУЗ АО «Карпогорская ЦРБ», который является врачом высшей категории, кандидатом медицинских наук, участвовал в конкурсе «Лучший врач 2010 года» и стал победителем в номинации «Лучший хирург». Сам Александр Леонидович много работает, много читает, чтобы узнать что-то новое в области хирургии для себя. Сейчас он делает многие плановые операции, кото-

рые раньше проводились лишь в исключительных случаях. Например, по резекции желудка, проводит операции по наложению аппарата Илизарова, при необходимости может оказать гинекологическую помощь. Требователен к себе. Чего стоит выдержать несколько часов сложной и напряженной работы, от которой зависит жизнь человека, знают только он сам и его ближайшие помощники. Трудно судить, насколько связуются душевность и профессионализм, особенно в такой деятельности. Но, полагаю, без первого не может быть второго. И среди профессиональных инструментов хирурга кроме скальпеля и зажима должны присутствовать человечность, боль и ответственность за того, кто доверил ему свою судьбу.

Я очень хочу быть похожими на этих людей, которые добиваясь высочайших результатов в своей профессии, одновременно и развивают и лучшие человеческие качества в себе для помощи другим людям.

Чтобы быть хорошим врачом, надо, наверное, не только знать и любить людей, свою профессию, работу, но и надо еще самому не умом, а сердцем понимать значение слова "сострадание". И еще хочется, чтобы отношение людей к медицине изменилось, появилось высокотехнологическое оборудование не только в городах, но и в селах для оказания своевременной медицинской помощи. Я тоже, получив специальность врача, хочу вернуться на свою малую Родину, в свой район, чтобы быть нужной людям.

Неоценимое счастье нашей жизни - здоровье. Его сохранение в значительной степени зависит от того, как мы к нему относимся. И здесь важно помнить древнюю мудрость, которая гласит, что подорвать здоровье намного легче, чем добиваться его восстановления.

Изучая, на уроках биологии темы, касающиеся здоровья человека, я пытаюсь пропагандировать здоровый образ жизни среди близких мне людей, и сама придерживаюсь определенных правил.

Как сказала Мария Монтессори: «В мире есть любовь, и ее надо научиться видеть и чувствовать, в каждом человеке есть потребность любви, и этому надо учиться, и к этому надо идти через любовь к природе, любовь к искусству, любовь к людям, любовь к делу, которому ты служишь».

В нашей семье уже наблюдается династия. Есть стоматолог, педиатр, рентгенолог, моя двоюродная сестра получила профессию медицинской сестры, я тоже надеюсь продолжить их дело, поэтому я считаю, что все мои усилия не будут потрачены зря и моя мечта сбудется: «Я стану врачом и по мере возможности смогу помогать людям!»

Щербакова Кристина, 10 класс