

УДК 616-053.2

ББК 57.3

А - 77

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

доктор медицинских наук, профессор МАКАРОВА Валерия Ивановна

кандидат медицинских наук, доцент ПЛАКСИН Владимир Александрович

кандидат медицинских наук, доцент ЗУБОВ Леонид Александрович

Печатается по решению редакционно-издательского совета

Северного государственного медицинского университета

А - 77 Апрельские чтения: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти проф. Пиккель М.В. 4-5 апреля 2016, Архангельск - 155 с.

В VI ежегодном сборнике научных трудов, посвященном памяти профессора Марии Владимировны Пиккель, впервые представлены воспоминания самой Марии Владимировны, биографические материалы, а также традиционно материалы научных исследований в области организации здравоохранения, педиатрии, сестринского дела, инициативы в области здравоохранения.

Материалы конференции предназначены для практикующих врачей, медицинских сестер педиатрических отделений, организаторов здравоохранения, научных работников, молодых ученых и студентов.

УДК 616-053.2

ББК 57.3

**© Северный государственный
медицинский университет, 2016**

СОДЕРЖАНИЕ

Вместо предисловия	6
Из «Воспоминаний» Марии Владимировны	9
Андреева А.В., Самбуров Г.О. Гатчина – Архангельск. Памяти семьи Пиккель-Ивановых посвящается...	23
Анисимова Л.К. Из истории туберкулезного менингита	32
Блинкова И.А., Игнатова О.А., Меньшикова Л.И. Проблемы лекарственного обеспечения детей с орфанными заболеваниями	35
Богданова А.В., Бугаева О.С., Рогущина Н.Л., Шишко Л.А., Чечуева Л.И., Сопижко А.А., Дерягин А.В. Этиологическая структура респираторных вирусных инфекций у детей первого года жизни	37
Богущая Н.К. Факторы риска формирования полифакторного феномена частых эпизодов острых респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста	40
Борисов А.Б. Проблемы организации стационарного социального обслуживания детей, получающих зондовое питание, в условиях детского стационарного учреждения социального обслуживания	42
Бочарова Е.А., Ипатова О.Н. Комплексная помощь ребёнку с аутистическим расстройством	45
Булатников А.Н. Стратегия антинаркотической профилактической деятельности в образовательных учреждениях	47
Гарас Н.Н. Особенности течения тяжелой бронхиальной астмы у детей с различными вариантами воспаления бронхов	53
Гришина А.П., Кармашова Л.М., Тропина Н.Н., Окулова О.Н. Адаптация родителей к рождению ребенка с ограниченными возможностями	54
Даначева М. Н., Глебов В.В. Влияние факторов среды на умственную деятельность учащихся средних классов столичного мегаполиса	55
Иванова Л.А., Гарас Н.Н., Кухта О.Я. Информативность индекса бронхоспазма у детей, страдающих эозинофильной бронхиальной астмой, в выявлении делеционного полиморфизма генов семейства глутатион-трансфераз	59
Иванова Л.А., Горенко Н.Б. Диагностическое значение клинико-параклинических показателей при сепсисе у детей грудного возраста	61

Ковалева Е.Н, Михайлова Л.Н. Вспомогательные средства реабилитации в процессе двигательного развития детей специализированного дома ребенка	65
Колесникова И.А., Коржавина Л.Н., Игнатова О.А. Распространенность головной боли у подростков	69
Коноплич О.Н. Реабилитация детей с патологическими кифозами	71
Коробицына О.Н. Опыт организации и проведения профилактических осмотров у дошкольников	76
Корякова М.Е., Андреева А.В. Нома: история и современность	78
Крайнова И.Н. Клинический случай врождённого порока сердца: аномальное отхождение левой коронарной артерии от ствола легочной артерии	80
Кузьмина Г.К., Киселева О.А., Поршнева Н.А., Меньшикова Л.И., Макарова В.И. Северодвинская детская больница – клиническая база СГМУ	81
Макарова А.А. Пренатальное воспитание, как способ становления материнского поведения	87
Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Пути совершенствования организации медицинской помощи подросткам: взгляд врача-педиатра и организатора здравоохранения	92
Ольферт Е.П., Химаныч А.А., Зорина А.А., Меньшикова Л.И., Шельмина И.А. Опыт использования экстракорпорального оплодотворения в Архангельской области	97
Павлова А.Н. Информированность подростков о социально значимых заболеваниях	98
Плаксин В.А., Плаксина Н.Ю. Формирование алкогольной привязанности в зависимости от условий воспитания	100
Попова Е.С., Игумнова Е.Г., Сорокина Т.А., Соловьева Т.И., Вертецкая Л.Ю. ВИЧ-инфекция у подростков в Архангельской области	108
Поромова М.Э, Ковалева Е.Н, Михайлова Л.Н. Особенности реабилитации детей раннего возраста	110
Рогущина Н.Л., Панасюк В.В., Пономарева И.А. Течение поствакцинального периода и причины нарушения схем иммунизации у детей до 3 лет	115

Ромашина Е.А., Шниткова Е.В. Особенности современного течения острых пневмоний у детей	119
Светлова Л.В., Ледяев М.Я. Ранняя диагностика артериальной гипертензии путем оценки жесткости сосудистой стенки у подростков	121
Сибилева Е.Н., Зубов Л.А., Торопыгина Т.А., Горенькова А.В., Триль В.Е. Соматоформные нарушения в практике врача педиатра	125
Сидельникова Н.Ю. Влияние антропогенных факторов на психо-эмоциональное состояние младших школьников Москвы	129
Сухарева Т.Г., Куковерова Н.Н., Ивановская В.В., Кондакова Е.Г., Хомутова Н.В., Журавлева Л. Н. Школе сахарного диабета для детей и подростков г. Архангельска – 10 лет	134
Тропина Н.Н., Протопопова Л.А., Кирпиченкова С.Н. Ретинопатия новорожденных детей	139
Чуйко А.В., Кузнецова Н.А., Киселева О.А., Меньшикова Л.И. Сочетание эхокардиографических и нейросонографических изменений у детей с открытым овальным окном	142
Шалаурова Е.В., Соловьев А.Г., Лукашов А.Г., Парамонова М.В. Организация реабилитационно-развивающего режима для детей с тяжелой множественной патологией развития в условиях отделения милосердия детского дома-интерната	144
Штыкова О.В., Ефимова Н.В., Киселева О.А. Различия психологических показателей у подростков с лабильной и стабильной артериальной гипертензией	148
Sarsenbaeva G.Zh., Tilek G.M. Ways To Reduce Infant Mortality In South Kazakhstan	152

**105-летию со дня рождения основателя
Северной педиатрической школы
профессора Марии Владимировны Пиккель
ПОСВЯЩАЕТСЯ**

Мария Владимировна Пиккель родилась 3 апреля 1911 году в г. Гатчина в семье военного врача Кирасирского гвардейского полка, ее крестной матерью была императрица Мария Федоровна. Образование получила домашнее: грамоте и языкам учила тетя - учительница частной школы. После того, как отца в 1931 г. репрессировали, семья переехала в один из райцентров Смоленской области, где отец стал заведовать районной врачебной амбулаторией. С 1933 г. Мария Владимировна работала регистратором в амбулатории, а затем исполняла обязанности медсестры. В 1936 г. поступила на Рабфак Архангельского мединститута. По его окончанию в 1942 году была направлена на работу в детское отделение 1-ой городской больницы в качестве врача-ординатора. С 1943 года, после смерти сестры, она одна поднимала шестерых племянников, только старшая из которых к 1943 году окончила школу. Она всегда бралась за любую работу, преодолевая невероятное напряжение сил и нервов.

Работала в клинике профессора Ю. В. Макарова. В 1947 году успешно защитив кандидатскую диссертацию, стала ассистентом кафедры педиатрии. В 1954 г. М.В.Пиккель организовала в составе кафедры курс детских инфекций на базе городской инфекционной больницы. Она руководила этим курсом до избрания её в 1965 году заведующей кафедрой педиатрии. По ее инициативе был открыт инфекционный корпус для детей раннего возраста, создано отделение нейроинфекций. Мария Владимировна стояла у истоков создания Архангельской областной детской клинической больницы, ее вклад в создании этого многопрофильного специализированного учреждения трудно переоценить.

Всю свою жизнь она посвятила детям. Ее научные интересы определялись не конъюнктурными соображениями, а всегда соответствовали задачам, решаемым практическим здравоохранением: ликвида-

ция и профилактика рахита, дистрофий, детских инфекций, туберкулезного менингита, дифференциальный диагноз хронических заболеваний легких, особенности сепсиса у детей раннего возраста.

В годы Великой Отечественной войны Мария Владимировна выходила сотни детей из блокадного Ленинграда и голодающих маленьких северян. В диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Рахит у детей-дистрофиков» (1946 г.) М.В.Пиккель доказала, что при тяжелой дистрофии с замедлением роста имеется лишь «готовность» к возникновению заболевания, которая используется при улучшении состояния питания предложена оригинальная схема патогенеза рахита при дистрофии, намечены пути профилактики и лечения рахита в зависимости от состояния питания. Особое внимание было обращено на питание в условиях Севера, разработаны конкретные мероприятия для практических врачей-педиатров по снижению рахита у детей с дистрофией.

В докторской диссертации «Туберкулезный менингит и его клинические формы при современных методах лечения» (1966 г.) представлены особенности различных клинических форм туберкулезного менингита, зависимость этих форм от течения и фазы общего туберкулезного процесса, возраста больных и метода лечения. Детально описаны гистологические особенности мозга, в частности гипоталамической области, с последующим клинико-анатомическим сопоставлением. Наблюдения проводились над 530 больными. Отдаленные результаты изучены у 180 больных. На протяжении 17 лет анализировались особенности возникновения и течения этого тяжелого заболевания, причины, и особенности рецидивов, разработана оригинальная схема лечения новыми препаратами в зависимости от формы туберкулезного менингита. Итогом этой работы явилась полная ликвидация этого грозного заболевания среди детей Архангельской области. М.В.Пиккель стала первой женщиной-профессором среди выпускников Архангельского медицинского института. Она удостоена высокого звания «Почетный гражданин города Архангельска».

Блестяще владея тремя языками, Мария Владимировна посвятила себя с 1978 года переводу поэзии. Недостижимый идеал - своего рода

вечный стимул, вдохновляющий переводчика на бесконечные поиски и мучения. Все это я особенно ощутила при переводе произведений великого поэта Райнера Марии Рильке. К 1982 году ее архив переводчика включает имена восемнадцати поэтов и писателей, чьи произведения с языка оригинала (немецкого, английского, французского) переведены на русский язык. Переводы из Гейне, Байрона, лирики О.Уайлда и Р.Олдингтона, Э.Дикинсон, Верлена, Рэмбо соседствуют с впервые переведенными на русский язык произведениями Руперта Брука и совсем юной поэтессы Хильды Конклинг, имена которых вошли в антологию английской поэзии. В 1982 году М.В.Пиккель обращается к творчеству Рильке и с этого времени становится переводчиком одного поэта. Публикации переводов М.В.Пиккель поэзии Рильке появляются в областной периодической печати (г. Архангельск) с 1986 года. В 1994 году издается первый авторский сборник переводов из лирики зарубежных поэтов "Отражение". В 1995 году в издательстве Поморского университета (г. Архангельск) вышел первый в России полный перевод трех книг "Часослова" Р.М.Рильке, сделанный М.В.Пиккель. В 1996 году издается авторский сборник "Ручей жизни" (избранные переводы из Рильке) и первая редакция полного перевода "Дуинских элегий" Р.М.Рильке. В этом же году в книге, изданной Международным педагогическим университетом (г. Магадан), публикуется перевод знаменитого стихотворения Рильке "Пантера". В 1998 году в Северо-Западном книжном издательстве вышла книга избранной лирики Рильке на немецком и французском языках с параллельным русским текстом в переводе М.В.Пиккель.

Последние годы жизни ее были заняты работой над "Воспоминаниями", охватывающими всю трудную и трагическую эпоху в жизни семьи и страны. "Воспоминания" она посвятила и оставила своим детям, которым отдала всю свою жизнь, заменив мать.

В ней поражала разносторонность интересов, глубина знаний, умение видеть главное. Своим примером беззаветного служения детям, своей добротой, интеллигентностью она пробудила у многих интерес к педиатрии. Мария Владимировна воспитала целую плеяду достой-

ных учеников и последователей и по праву считается основоположником педиатрической школы на Европейском Севере. Она считала педиатрию святым ремеслом.

Мария Владимировна Пиккель скончалась 14 января 2008 года на 97 году жизни, оставив о себе светлые и благодарные воспоминания. Она похоронена на Вологодском кладбище г. Архангельска.

В.И. Макарова, Е.Н.Сибилева, Л.А.Зубов

ИЗ «ВОСПОМИНАНИЙ» МАРИИ ВЛАДИМИРОВНЫ

«...Как только началась война, в институте были отменены летние каникулы. Мы должны были закончить 2 последних курса за один календарный год, наш выпуск был 15 июня 1942 года. Я не помню даже, были ли у нас выходные дни, если и были, то они заполнялись домашними заданиями, а иногда и больными: главным стала клиническая работа.

У меня сложилось все необычно и неожиданно. У нас читал лекции по педиатрии профессор Макаров. Читал он хорошо, так что педиатрия привлекала меня. Кроме того, я прекрасно знала уход за детьми, даже умела готовить популярные в то время смеси и каши /отец обучил меня этому современному и прогрессивному в то время способу детского питания/. Я провела довольно много времени в детской лечебнице. Я загорелась – захотела стать педиатром, хотя до этого мне хотелось быть невропатологом.

Не помню, как именно и почему мной заинтересовался профессор Юрий Васильевич Макаров, кажется, я задала ему какой-то вопрос после лекции или он был на одном из практических занятий, но, когда мы уже сдали экзамен, и я получила за него «отлично», Макаров попросил меня остаться. Он предложил мне дежурства в клинике, на что я с радостью согласилась. Так моя педиатрия началась практически еще до окончания института, В клинике мне предложили работать в яслях, находившихся рядом с клиникой (на углу улиц К.Маркса и П.Виноградова). В то время в Архангельске было мало педиатров, и

студентов- выпускников охотно привлекали к работе в яслях, где вообще часто не было врачей.

После окончания института я была направлена на работу в детское отделение 1-й городской больницы Архангельска, которая была в то же время базой кафедры педиатрии Медицинского института. В то время на кафедре был только один ассистент и один доцент, но они несли только половину положенной в то время больничному врачу нагрузки. Кроме того, доцент имел еще меньше больных. Таким образом, лечебная нагрузка у меня была максимальной. По штату института было еще одно свободное место на кафедре, но Юрий Васильевич не мог взять меня на эту работу, т.к. я не имела ни формального педиатрического стажа, ни, тем более, – педагогического. Я узнала, что это место Юрий Васильевич хранил для меня, но я должна была пройти испытание. В моем ведении был изолятор в отдельном флигеле во дворе. Сразу же после прорыва блокады Ленинграда и открытия Ладужской «дороги жизни», к нам стали поступать умирающие от голода дети и подростки. Среди них был сын писателя Юрия Германа, умерший через день у меня в изоляторе и девочка очень красивая, несмотря на свое полное истощение. Да и архангельские дети были немногим лучше. Среди них было 4 или 5 детей больных номой. Эта болезнь называлась еще водяной рак, причем слово рак при этой болезни означало неминуемую гибель, но не истинную её причину – злокачественные, неудержимо размножающиеся клетки, а наоборот – неудержимый распад тканей под влиянием особых гнилостных бактерий при полном отсутствии защиты организма у больного.

Картина болезни у всех этих детей была страшной: весь рот был страшной гноящейся зловонной раной на истощенном до крайности лице. К счастью, поступили они не все сразу, так что бывало не более двух детей. Я очень долго возилась с этими детьми, крайне истощенными и при этом с большими трудностями в процессе кормления при такой патологии.

Юрий Васильевич их консультировал, но считал прогноз практически безнадежным, он предоставил их мне, у него тоже была масса дел: он в то время заведовал еще научным отделом института.

Трудно описать борьбу за их жизнь. Мне пришло в голову начать лечить их переливанием крови и только что появившимся в то время сульфидином, действовавшим на многие неизлечимые до этого инфекции, например, острый менингококковый менингит. Это лечение оказалось очень эффективным – не умер ни один ребенок, хотя выздоровление шло медленно, в течение нескольких месяцев. Я связалась с военным госпиталем, где был квалифицированный стоматолог. Он был очень удивлен результатами лечения и помог в отношении операций на челюстях, производя даже костную пластику челюстей некоторым детям.

По совету Юрия Васильевича я описала все эти случаи в своей первой статье «О лечении больных номой переливанием крови и сульфидином» и доложила её на научной сессии института. Это был зачаток моей научной работы.

После работы с больными номой Юрий Васильевич решил, что я способна к научной работе и мое место в институте. Он предложил мне очень актуальную тему для ни много, ни мало, диссертационной работы о сочетании двух бичей в наше тяжелое время – рахита с дистрофией у детей в возрасте (от 1 месяца до 3 лет). Он предложил мне провести только одно довольно кропотливое лабораторное исследование – содержание фосфора в крови в динамике, т.е. многократно: в начале заболевания и по мере улучшения в состоянии. Кроме того, необходима была такая же динамика рентгенологического наблюдения лучезапястного сустава, отражающая наличие и степень рахита или его отсутствие.

Судьба дала мне стать и педиатром и невропатологом (в педиатрии) и самое главное – помочь и даже вылечить от смертельной прежде болезни, туберкулезного менингита очень многих детей. Это отступление, которое я не могу обойти, касающееся «знаков в будущее» с самого моего детства.

1942 год ознаменовался главным образом бомбежками. Помню первую бомбежку, которой никто не ждал, несмотря на быстрое продвижение немцев на всех фронтах. Я дежурила в клинике, куда почему-то зашел Юрий Васильевич, по вечерам на мое дежурство он ни

разу не приходил. Он шел по двору в изолятор, но вдруг вернулся и говорит мне: «Посмотрите, как интересно освещено небо». И только он это сказал, раздался оглушительный взрыв где-то со стороны Обводного канала. Я не помню, куда именно попала первая бомба, может быть просто в болото, начинавшееся уже после Новгородского проспекта, откуда начинались «клюквенные места». И тогда только об этом заговорило радио, в суматохе побежали люди из персонала клиники посмотреть, как выглядело бомбоубежище... Там оказалось столько воды, что не только вынести больных, но и войти туда было невозможно. Судьба на этот раз сохранила больницу. Со следующего дня постарались вычерпать из него воду, хоть и не полностью, настелили доски, чтобы хотя бы можно было вынести туда маленьких детей и посадить ходячих, более старших и необходимый детям персонал. Бомбежки не замедлили повториться, возобновились уже на следующий день. Я заняла тогда место дежурства на чердаке, на случай попадания зажигательной бомбы, которую мне надлежало тушить.

У нас тогда были, именно у меня, крайне тяжелые старшие дети с заболеваниями почек. Мы спускали их со второго этажа вниз, вряд ли это могло спасти их в случае прямого попадания бомбы, к счастью этого не случилось. Странно, но я меньше всех боялась, была свойственная мне окаменелость при чрезвычайных положениях в жизни.

От бомбежек пострадали две клиники Мединститута, но, к счастью, жертв не было ни среди больных, ни среди персонала. Сгорел дотла одноэтажный корпус глазной клиники и пострадало одно крыло нервной клиники. Кстати, чудом спасся один из лучших преподавателей С.А. Мациевский. Ему позвонила жена. Как только он ушел из комнаты к телефону, в то место, где он только что стоял, грохнула бомба.

Однажды бомба попала и в наше «Соловецкое подворье», к счастью не в нашу часть дома, но разрушила два жилых подъезда и, конечно, были жертвы. Как-то во время налета к нам в приемное отделение забежал англичанин- моряк, и мне пришлось объяснять ему, как пройти на окраину города, кажется, в Соломбалу, и вообще, немного поговорить по-английски.

1943 год. Мне приходилось проходить большое расстояние до трамвая, который часто не ходил, и тогда мне надо было проходить пешком полгорода до работы. Я вынуждена была вставать в 6 часов утра при позывных радио, которое не выключалось. Работа у меня быстро усложнялась. Я перешла (кроме клиники) в другие ясли, которые стали базой кафедры педиатрии. Их надо было сделать показательными. Работу эту, всю её новизну и сложность описать невозможно. К этому времени появилась работа педиатра Н.М.Щелованова и педагога Н.М.Аксориной, создавшего школу педагогов-врачей для воспитания детей раннего возраста в условиях яслей. Как я решилась взяться за все это сразу, я сама не могу понять до сих пор.

Моя новая работа в яслях не принесла бы успеха, если бы не добросовестность сотрудников. Это были люди, очень любящие именно самых маленьких крошек, мы принимали детей уже на втором месяце жизни. Медсестра в этой группе, тетя Шура, была уже пожилой и своих детей не имела, но материнское чувство и простое человеческое добро были в ней просто заложены, её любили няни и подчинялись ей.

Кроме того, там оказалась очень подходящая для такой работы интеллигентная женщина, окончившая гимназию в Архангельске, жена музыканта Князева, который был как-то связан с армией и был дирижером оркестра или хора военной песни. Эти супруги потеряли единственную дочь, и это было их неизлечимой болью. Звали эту женщину Софья Авиловна Князева. В яслях она работала кастеляншей, заведовала детской одеждой и бельем. Она шла на эту работу от одиночества: муж её постоянно уезжал. Тоскуя по дочери, она не выносила одиночества и пошла работать. Была очень хорошая медсестра и в старшей группе. Она очень хорошо относилась ко мне и верила, что мои намерения не бесполезны.

Много удалось сделать: осторожно и настойчиво был отработан воздушный режим в грудной группе. Ясли были выстроены по новому плану, там были прекрасные веранды, застекленные и позволявшие детально отработать сон на воздухе. До этого там был склад какого-то детского хлама, и детей не выносили на воздух. Все задуманное удалось, и жизнь детей изменилась.

Софья Авилловна стала инструктором старшей группы и занималась активной игрой детей. Игрушки, которых было не много, из украшения полок перешли в руки детей. Были организованы прогулки детей. Одевали их и постепенно выводили на улицу, пока одевали следующих. Софья Авилловна ожила и помогала с радостью,нося свою настоящую культуру в работу персонала.

Была организована работа и в изоляторе, тоже как-то неумело использовавшегося. Выявилась возможность вовремя изолировать заболевших и даже оставлять их там с моими назначениями, а не отправлять мать сразу на больничный.

Вся моя научная работа велась на ночных дежурствах «с правом сна», после дежурства полагалось оставаться для обычной работы клинического ординатора на весь день.

При всей этой нагрузке моя работа в яслях тяготила мою совесть. Дело в том, что мне, как официально было сказано, полагался обед. На самом деле, и это логично, я должна была снимать пробу с любой пищи, или хотя бы с основной – для детей старшей группы, но я все-таки съедала обед, который мне выделялся в виде пробы.

Несколько иначе было в клинике: дежурному врачу полагалось питание, т.к. он работал целые сутки, и остальные дежурные врачи все получали питание и не мучились угрызениями совести. Мне было тяжело есть в яслях, когда я знала, что больная сестра Надя и ее дети дома голодают. Правда, я всегда старалась что-то оставить и хотя бы по очереди сунуть кому-то из детей. Мне каждый раз казалось, что могла бы больше оставить.

1947 год. Помимо материальных трудностей, я с трепетом ждала защиты диссертации. Первая диссертация. Огромные трудности работы над ней. Самое трудное – освоение лабораторной методики (всего-навсего определение фосфора в крови), но одной, без всякой помощи и любви к лаборатории.

А делать простые рентгенограммы лучезапястных суставов, вернее метафизарной зоны – целая проблема: нет пленок, нет рентгено-техника, побиралась, где могла, включая госпиталь. Там случайно

нашелся человек, доктор Кудеш, который мне очень помог, проконсультировал снимки и, что не менее важно, дал возможность сделать под его руководством снимки в госпитале. Я на всю жизнь поняла, что значит для диссертанта хорошая, умная тема. Её мне дал Юрий Васильевич. На вопрос, как мне к ней подойти, он ответил, глядя мне прямо в глаза своими пронизательными и великолепными глазами: «А вы сами покрутите вопрос со всех сторон и – получится!» О методике – два слова: рентгенограммы и фосфор крови.

Я поняла совершенно ясно, что все надо думать, делать и писать самостоятельно. Я окончила институт в 1942 году, защитила диссертацию – в 1947 году. Никакого ритуала защиты я не знала. Юрий Васильевич относился к этому совсем не так, как теперь относятся руководители. Кстати, прочел он диссертацию уже напечатанную. Мы с ним просидели за правкой всего одну ночь и все!

Доклада я не писала, конечно, не репетировала, только составила конспект, который в волнении забыла. Говорила без бумажек. Превысив регламент на 4 или даже 5 минут. Никто не остановил, не прервал Голосование: из 31 один - против. Заключительного слова не помню, но самое действительно ужасное и непростительное, что в заключении я не поблагодарила своего руководителя... Как это случилось, я не знаю сама, но не прощаю и не прощу себе этого никогда. На самом же деле, благодарность ему и его жене Герме Адольфовне осталась во мне навсегда.

В диссертации было много недостатков в оформлении (тогда это было не так важно, как теперь), были неточности в методике, вообще не очень точной. Но был собственный труд и собственные мысли. Заключением я гордилась, как собственным творчеством. Знаю точно, что сущность работы была правильной, а мысли – оригинальны. Пишу об этом потому, что этой работой закладывался фундамент нестандартного и самостоятельного клинического мышления. В этом – главное. Кстати, вдруг появилось желание описать период перед защитой, защиту и пребывания в Казани, где она проходила.

Ехать в Казань мне было не в чем и не на что. Соорудила себе какую-то вязаную кофточку, на большее возможности не оказалось. Таисья Петровна дала мне свое демисезонное пальто (как оно мне подошло, не представляю сейчас: габариты у нас резко отличались). Ехала я с пересадкой в Москве, где остановилась у Марты, единственного близкого друга. Она критически осмотрела мой общий вид с «парадной» кофточкой, открыла шкаф и вынула свой, тоже, кажется, единственный, парадный костюм, строгий синий с какими-то редкими светлыми искорками, дала мне со словами: «Примерь!» Размер у нас был примерно один, и костюм превратил меня в нечто более или менее соответствующее значительности события.

В Казань я ехала в ужасных условиях, на сидячем боковом месте в общем вагоне. Из-за переполненности вагона на боковом нижнем месте сидели 3 человека, в середине оказалась я. С одной стороны качался какой-то пьяный, с другой – молодой матрос. Он вел себя грубовато-прилично, и в середине ночи предложил мне свое плечо для опоры. Я этим воспользовалась и задремала. И в душе осталась благодарность, живая и сейчас.

Казань меня встретила непролазной, невыразимой грязью и милым, сдержанно интеллигентным приемом Макаровых. Они оставили меня у себя. Жили они в 3х комнатной квартире, мне она казалась дворцом. Обстановка была скромной – всякие современные интерьеры отсутствовали, но индивидуальность жилища была отчетливой.

По приезду я узнала, что мой «главный» оппонент, Ефим Моисеевич Ленский, тяжело болен, перенес инфаркт, осложненный пневмонией, но отзыв его зачитают. Со вторым оппонентом тоже все было благополучно. Внешне спокойная, доброжелательная женщина, диссертацию похвалила, успокоила.

Диссертацию я защитила в марте 1947 года.

Как менялась и к чему шла моя жизнь, когда дети выросли и, несмотря на то, что я по-прежнему жила с ними и неизменно любила их, моя жизнь получила как бы свое движение, от них уже не зависящее.

Изменения жизни были почти не заметными, во всяком случае, не привлекавшими внимания - естественный ход событий в жизни моей и детей. На самом деле было что-то определяющее будущее.

Для меня это была моя работа, мое «врачебное дело»- квалификация по диплому об окончании института. Без повторения в то время высоких слов и мыслей, но как я теперь понимаю – это было мое призвание и именно оно двигало вперед все большее мое совершенствование не только по долгу, но по внутренней потребности. Я становилась опытным врачом-педиатром. После защиты диссертации изменилось и мое положение на работе. Я стала ассистентом с научной степенью, зарплата стала выше. Я рассталась с работой в яслях, сделав там все, что могла. И это было высоко оценено Облздравом. И, главное, это было очень важно для детей раннего возраста.

Это не могло оставаться незамеченным. Мне предложили работу по совместительству в спецбольнице, обслуживающей партийную и административную элиту и весь персонал, включая низший, обслуживающий Обком и Облисполком. Значение этой работы (по сути) заключалось в том, что я познакомилась с участковой работой. Я вела не только прием больных и здоровых детей, но и лечила детей, если это было необходимо, на дому и в моей же детской клинике.

В отличие от большинства участковых врачей, у меня был уже большой опыт клинической работы. Видела я и все виды менингита: менингококковые, серозные менингиты различной этиологии, в том числе и туберкулезный. Все эти виды уже можно было лечить все-ильным тогда пенициллином, кроме туберкулезного - он оставался неизлечимым.

Изложу кратко суть проблемы. Диагноз туберкулезного менингита был в то время подобен приговору, который обжалованию (здесь – лечению) не подлежит. Как говорил известный педиатр Медовиков: «Поставить такой диагноз - значит приговорить ребенка к смерти». Я знала это не по слухам и словам врачей, я видела эту болезнь в нашей клинике, где дети умирали довольно часто. Я слышала тяжелые признания моего отца в невозможности вылечить таких больных из его собственной практики, а он был тоже врач по призванию и хороший

диагност. А еще я вспоминаю первую мою встречу с этой страшной болезнью в Гатчинской лечебнице, созданной великим Раухфусом и памятным даром О.П.Ковалевой, - это лежащий неподвижно больной ребенок, над которым витала смерть.

У себя в клинике я работала в палате, где лежали больные с разными по этиологии формами менингита, главным образом с менингококковыми, различными видами серозных (не гнойных), в том числе и с туберкулезным менингитом. С появлением пенициллина менингококковый – излечивался полностью, все серозные – излечивались просто хорошим уходом и симптоматическими средствами, туберкулезный менингит – оставался неизлечимым.

Однажды случилось так, что я получила вызов на дом к одной девочке лет 9. Она была дочерью известного в Архангельске композитора Кольцова. Оля была очень красивой и светлой (я замечала потом, что все без исключения больные туберкулезным менингитом были полноценными детьми без врожденных дефектов, не знаю почему). Девочка была вялой, но в полном сознании. Мать рассказала, что дня 3-4 назад она стала плохо есть, приходила из школы усталой, потом стала жаловаться на головную боль, а на 3й день недомогания появилась рвота еще до приема пищи утром. Такой анамнез очень насторожил меня, и я стала искать менингеальные симптомы, но я их не обнаружила при самой тщательной попытке их выявить. Температура у девочки была 37 с десятыми. Я сказала матери, что приду завтра утром, пока не поставив диагноз, но сильно подозревая менингит. На следующее утро общее состояние не улучшилось, минимальные симптомы были не убедительны, но головная боль усилилась. Была еще раз рвота, стул задержан. Я немедленно её госпитализировала. Это имело смысл, т.к. к этому времени был открыт стрептомицин и, более того, был известен способ его введения, непосредственно в жидкую среду нервной системы (спинно-мозговой канал). Я разрешила матери поехать в клинику и подождать до проведения пункции для подтверждения диагноза. Диагноз был подтвержден. Когда я вышла к матери и сказала, что у девочки серозный менингит, она, чуть помол-

чая, сказала твердо, без слез, сдержанно: «Это значит - туберкулезный». Оказалось, что мать, очень интеллигентная женщина, работала не только главным редактором местной газеты, но и редактировала многие научные работы, в частности работу директора Мединститута Дорофеева, докторская диссертация которого была посвящена патологической анатомии туберкулезного менингита. Мать хотела взять девочку домой, зная, что она безнадежна. Но я была близко связана с детским сектором Облздрава и вспомнила разговор о том, что в Министерстве есть какие-то сведения о стрептомицине, совершенно новом противотуберкулезном препарате. Я уговорила мать оставить ребенка в клинике и разрешила остаться в клинике ей для ухода за ребенком, что было по тем временам чуть ли не преступлением против категорического запрета матери оставаться с ребенком, да еще старшего возраста. Но я надеялась достать стрептомицин.

Я пишу об этом так подробно, потому что это было начало эпохи в медицине - медикаментозного специфического лечения туберкулеза и, особенно, самой страшной его формы - менингита.

Здесь есть интересное в мировом масштабе совпадение. Стрептомицин был синтезирован микробиологом Соломоном Ваксманом, родившимся в Одессе и эмигрировавшим в Америку еще до революции, а способ лечения туберкулезного менингита, не поддававшегося обычному лечению, был предложен в 1944 году в России академиком - физиологом Линой Штерн, родившейся в Швейцарии и переселившейся в Россию еще до революции. Её очень ценили в России как крупного физиолога, главным образом, в области тканевых барьеров, т.е. способности тканей не впускать в себя вредных для тканей веществ. Ею было предложено введение стрептомицина непосредственно в спинномозговую жидкость, минуя кровяное русло, в спинномозговой канал. В нашей стране этот метод лечения стал применяться в Москве профессором Футером с 1945-46 года. Тогда стрептомицин был очень дорог, и Минздрав приобрел его пока только для опытного отделения в клинике Футера.

Девочка, бывшая под моим наблюдением, заболела в 1948 году, когда в Архангельском Облздравотделе уже имелись эти сведения, я об этом тоже уже знала. Мы немедленно запросили лекарство через детский сектор Минздрава, на что получили краткий ответ: «Стрептомицина в стране нет». Девочка умерла. Для бедной Олечки Кольцовой стрептомицина не досталось.

И вот в 1949 году мы получили разрешение выделить в детской больнице 10 коек для лечения этих больных из всех районов области и Архангельска. Можно понять, с каким увлечением я принялась за это дело. Это было то внутреннее увлечение, которое становится главным в жизни, что я условно назвала переходом к новому в моей судьбе. Несмотря на это, я не чувствовала никакого духовного изменения в себе, хотя было состояние ухода от прежнего. Эта работа стала главным в моей жизни в течение 8 последующих лет.

Первые 1,5 года было невероятно трудно. Нам разрешили открыть специальное отделение на 10 коек. Необходимо было создать наилучшие условия для этих больных, начиная с постели, белья и пеленок, (все должно было быть наилучшим и удобным) и кончая персоналом, добровольно идущим на эту трудную работу. Дети поступали большей частью с последней стадией заболевания, когда и стрептомицин не помогал. Собственный опыт в провинциальных центрах лечения был уникальным и очень разным, и делиться опытом было не с кем. Для меня был самым трудным сам метод лечения, и проводила его только я сама, даже не лечащий врач. По рекомендации Штерн следовало вводить стрептомицин в спинной мозг между верхними позвонками, рядом с жизненно важными центрами спинного и головного мозга. Трудно представить себе, причем именно теперь (в старости все много страшнее прежнего), как я все это перенесла, главное – это страх, что ребенок умрет на столе. Однажды я получила при этом кровь- это было уже самое страшное, но все обошлось. Я поняла, что это было незначительное повреждение капилляра. Каждую ночь я видела во сне только этих больных.

Койки заполнялись довольно быстро, но так же быстро и освобождались: больные умирали. Из поступивших в 1949 году ни один ребенок не выжил. И стрептомицин не помогал. В 1950 году мне удалось получить командировку в клинику Футера, где смертность была совсем небольшой, и все шло нормально. Когда я приехала туда, то поняла причину такого результата: больных в тяжелом и безнадежном состоянии они в клинику не брали. А мы брали всех, да и, вообще, в Москве было не так много тяжелых форм: общий туберкулез в Москве и Архангельске не сопоставим по количеству больных и тяжести туберкулезного процесса.

Самое главное, что выявилось при поступлении этих больных, это огромная заболеваемость туберкулезом в области. Был, например, случай, когда больная туберкулезом (никем не выявленным) поступила в родильное отделение и кормила грудью не только своего ребенка, но и ребенка соседки, у которой не было молока. Оба ребенка заболели и поступили к нам. Ребенок больной женщины был тяжелее и умер. Ребенок здоровой матери, несмотря на ранний возраст (3 месяца), выздоровел без остаточных явлений и развивался соответственно возрасту.

Описывать клинику туберкулезного менингита в этих воспоминаниях нет смысла. У меня есть краткая монография, включающая главные, но мало изученные формы туберкулезного менингита и все важные в то время еще не решенные вопросы, и атипичные случаи, затрудняющие диагностику.

При повторном посещении клиники профессора Футера я была встречена очень тепло, и уже не спрашивали, как в первый приезд: «Кто вы - невропатолог или педиатр?» Уже тогда Давид Соломонович Футер направил меня не только на лечение больных, но и на своевременность включиться в научную работу в этой области. И я пошла на это, собрала необходимый материал, подкрепленный длительными наблюдениями и патологоанатомическими материалами. Главные выводы и материалы для докторской диссертации были готовы к 1956 году. От начала работы прошло к этому времени 7 лет.

Настоящее облегчение в лечении этого заболевания пришло через несколько лет, уже в 60-е годы прошлого века (как это странно звучит теперь - «прошлый век»). В это время появился новый препарат – изониазид, синтезированный за границей, а потом и наш отечественный препарат – фтивазид. Сначала его применяли в сочетании со стрептомицином, но оказалось, что это не нужно: одного фтивазида было достаточно для эффективного лечения. Этому были посвящены мои наблюдения и выводы, еще неизвестные в литературе.

Это открывало и новые подходы к вопросу о продолжительности лечения, несмотря на благоприятный клинический результат и нормализацию ликвора.

Был один такой случай, уже после моего ухода на пенсию, когда ребенок погиб из-за отсутствия опыта у современных педиатров, т.к. считается, что туберкулезный менингит уже побежден и не встречается уже давно. А сейчас об этом заболевании у детей, да и у взрослых тоже, приходится вспоминать в связи с, несомненно, возросшим количеством нераспознанных туберкулезозов у взрослых за последние годы, и это понятно, почему...

Считается, что болезнь ликвидирована, но встречаются отдельные случаи и сейчас, и больные погибают при полной возможности излечиться, и с этим я встречалась даже в последние годы, сейчас, когда детское здравоохранение ухудшилось по сравнению с советским периодом.

В течение жизни – судьбы у меня всегда наступает такое переживание, которое я называю поворотом судьбы. Оно тоже длится определенное время. Это время увлеченности, горячей и глубокой, которую иногда можно даже не замечать, а вспоминается только теперь, в моем возрасте, когда смотришь на себя уже по прошествии того времени и не ищешь для себя какого-то отдаленного смысла происходившего. Это очень чистое переживание, таким же оно остается и после его окончания.

Такой была моя работа с туберкулезным менингитом. Начало этого периода - поворота судьбы условно с 1949 года, а полное завершение - 1956 год, когда мне казалось, что моя жизнь только началась.

Мы живем в трудное время, но дело не только в огромном, уму непостижимом, количестве жертв террора и стихийных бедствий, дело в духовном оскудении общества. Деньги, материальные ценности становятся главным в жизни, телевизор, развращающий неокрепшие души подростков своими низкопробными фильмами и передачами, компьютерные игры и «видики», оупляющие мышление, занимают все свободное время детей.

В то время, как необходимо с самого раннего детства пробуждать в ребенке жалость и живое неприятие зла. Ребенок бросил в собаку камень, и бабушка реагирует на это: «Не бросай в неё камень - укусит». У неё не возникает даже мысли сказать: «Не бросай камень в собаку, ведь ей больно!» Таких примеров недоброго воспитания сколько угодно. Надо преумножать добро, каждому вносить в это дело свой вклад. Родителям чаще присматриваться к своим детям и оценивать их поступки с точки зрения добра и противодействия злу. Следить за телепередачами, есть очень хорошие и об очень хороших людях, они есть, хотя чаще это люди уже многое пережившие, молодых все меньше - это тревожит.

Пожалуй, я сказала все и о себе, и о том, о чем думаю до сих пор. Страдание и любовь - судьба живущих и жаждущих Добра, в том числе и моя...».

2005 г

ГАТЧИНА – АРХАНГЕЛЬСК. ПАМЯТИ СЕМЬИ ПИККЕЛЬ-ИВАНОВЫХ ПОСВЯЩАЕТСЯ

А.В. Андреева, Г.О. Самбуров

**Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия**

В апреле 2016 года исполняется 105 лет со дня рождения Марии Владимировны Пиккель – выдающегося педиатра, профессора, выпускницы Архангельского государственного медицинского института (АГМИ, в настоящее время – Северный государственный медицинский университет), доктора медицинских наук, профессора. В сентябре

2016 года исполнилось бы 90 лет ее племяннице – известному кардиологу, также профессору и выпускнице АГМИ – Татьяне Николаевне Ивановой, которая ушла из жизни в конце прошлого года. Незадолго до своей кончины она увидела фотографии, которые мы сделали на ее Родине – в Гатчине на бывшей Багговутовской улице, где родились представители семьи Пиккель-Ивановых.

Именно благодаря Т.Н. Ивановой на протяжении многих лет мы имели возможность знакомиться с семейными архивами, позволившими узнать многое о происхождении семьи, о трудном жизненном пути ее членов, о потрясающем трудолюбии и высочайшем нравственном и гражданском воспитании. Самые ценные документы относятся к родословным материалам, в том числе рукопись М.В. Пиккель, которая свято хранится в семье.

Многие артефакты уже вошли в книгу воспоминаний «Мое святое ремесло», изданную в 2011 году в честь 100-летия Марии Владимировны Пиккель. Дополненное издание обязательно выйдет в свет с информацией об Апрельских чтениях, которые в память об Учителе ежегодно проводят ее ученики в аудитории имени М.В. Пиккель в СГМУ [1].

В рамках VI Апрельских чтений мы не случайно решили представить Родину Марии Владимировны. Будучи уроженкой Гатчины, Мария Владимировна посвятила себя архангельской педиатрии, став известной далеко за пределами региона не только как врач, но и как уникальный поэт и переводчик. С Гатчиной в нашем исследовании связана медицинская династия. Ее отец, Владимир Эрнестович Пиккель, после окончания Военной медико-хирургической академии в Петербурге и курса усовершенствования по хирургии у профессора Н.А. Вельяминова на протяжении последующих лет зарекомендовал себя не только как отличный военный врач, но и переводчик медицинской литературы. Первоначально он получил назначение в гвардейский Кирасирский полк, постоянным местом расположения которого была Гатчина – любимая резиденция вдовы Александра III, императрицы Марии Федоровны (до замужества – датской принцессы). Гатчина была полем общественной деятельности императрицы: она была активным шефом

полка и Гатчинской (Мариинской) женской гимназии. До конца Первой мировой войны Владимир Эрнестович был связан с этим полком. Именно в честь императрицы была названа Мария – Дагмара Пиккель, что стало возможным во многом благодаря немецкому происхождению родителей. Мама Марии Владимировны имела глубокие саксонские корни, о чем сохранились лиричные воспоминания в семейном архиве.

Семья Пиккель благополучно устроилась в Гатчине, но в 1904 г. началась Японская война, прервавшая мирную жизнь. Отец был назначен главным врачом санитарного поезда императрицы Марии Федоровны, организованного и созданного полностью на ее личные средства. «Поезд императрицы» прошел колоссальный путь – Великую Сибирскую магистраль, построенную Александром III. Это было уникальное «путешествие» санитарным поездом длиной 10 тысяч километров. Поезд шел с наименьшим числом остановок и наибольшей возможной скоростью в связи с его назначением и высочайшим императорским шефством. Под руководством В.Э. Пиккель работали 2 или 3 врача и добровольные сестры милосердия (в основном, женщины из аристократических семей, отправившиеся в трудный путь за своими мужьями – офицерами). Главная работа медперсонала начиналась в Харбине, уже недалеко от фронта, но в достаточно защищенном месте. Оттуда Пиккель отправлял письма своей семье в Гатчину, передавал сердечные приветы любимой супруге и детям, которые росли здоровыми и образованными. Особое впечатление производят уникальные слайды В.Э. Пиккель, сделанные им в 1904-1905 гг. и иллюстрирующие работу санитарного поезда. После войны он вернулся в Гатчину, остался в должности младшего врача полка, хотя уже имел высокие награды.

В период между двумя войнами в Гатчине В.Э. Пиккель ближе познакомился со многими офицерами полка, о которых позже Мария Владимировна узнала из его рассказов и книги «Записки кирасира» В. Трубецкого. Читая эту книгу, оживает та Гатчина, которой уже никогда не будет, потому что ее лучшая эпоха неповторима, как и люди

того времени и их судьбы. Гатчина того далекого прошлого была удивительно красивым городком, где не было фабрик и заводов, были только парки. Это совершенно особый город, приспособленный к покою и комфорту, он неразрывно связан с жизнью и деятельностью императрицы Марии Федоровны: Гатчинский дворец был ее основной и любимой резиденцией, здесь росли ее дети, здесь был ее Кирасирский полк.

Через весь город, расположенный вдоль Варшавской железной дороги, тянулась главная улица Багговутовская, названная по имени одного из главных устроителей города – генерала К. Ф. Багговута — первого почетного жителя Гатчины, заведовавшего Гатчинским дворцовым правлением. Улица эта состояла из двух аллей по обе стороны проезжей дороги. Это были зеленые галереи со сводом из ветвей берез и кленов, вязов, ясеней и орешника... Такое устройство чудного городка создавало настоящее царство озона и тишины. И даже этот озон как первое ощущение детства Мария Владимировна описала в своих воспоминаниях: «Дома в Гатчине были почти все деревянные, очень красивые и оригинальные по архитектуре: с различными башенками, шпилями, балконами и верандами с цветными стеклами или открытыми террасами, выходившими в сады... и опять там все цвело от весны до осени всевозможными цветами на клумбах и кустарниках: черемуха, сирень всех оттенков, жасмин, кусты крыжовника и всех видов смородины, малина... Не только озон, но и разнообразный чарующий аромат. А краски Гатчины всех времен года с галереями нежной зелени на фоне голубого неба летом, все оттенки зеленых листьев и розово-красных побегов; осень с желтой, красной и оставшейся еще зеленой листвой; шуршащий под ногами ковер коричнево-красных и желтых опавших листьев; при этом, вместо гаммы цветочных ароматов – особый сладковатый запах этого уходящего убранства. И можно ли передать красоту зимних хрустальных галерей..., днем с радужными звездочками лучей на ледяных кристаллах, вечером – та же разноцветная игра, а ночью – в голубоватом сиянии луны и далеких звезд. Красота встает в этом городе как-то цельно, концентрированно и чудесно,

как в сказочном царстве... Парки Гатчины – красоты еще более сложной, но именно эта улица самого города является, частью паркового искусства, которым отличалась Гатчина. В гатчинском парке нет того, что отличает дворцовые парки и архитектуру самих дворцов, построенных Петром Великим и Екатериной. Огромные сокровища искусства переполняют эти парки так, что природа, ее живая красота отступают на второй план, лишь обрамляя сокровища человеческого таланта. Даже вода в Петергофе и Павловске, речки, проливы, подземные ключи служат дополнением искусству, изменяя свой естественный бег и преображаясь в чудо фонтанов с особым взлетом и падением, с искрометной радугой струй и отражениями в зеркале искусственных водоемов. Этого нет в Гатчине. Все искусство парка вытекает из глубокого ощущения красоты природы, различных пород деревьев, естественных водоемов и красоты их переходов друг в друга. Как чиста поэзия островков, где с человеком говорит то тихое одиночество немногих деревьев, пристанище прелестных птиц, то изящество светлого павильона Венеры, а как изящны горбатые мостики через ручьи и проливы – все с разными рисунками решеток, как неожиданны открытые полянки с оказавшимся на одной из них обелиском орла – знаком победоносного сражения, или естественный прозрачный ключ, обрамленный гранитным восьмиугольником; он как бы приглашал постоять и послушать его журчание, ведь в нем вся прелесть этого уголка парка. Сюда ведет только узкая тропинка, убегающая дальше к Серебряному озеру. Все это только небольшое прикосновение к природному богатству и великолепию Гатчинского парка, где искусство великих мастеров, в отличие от других дворцовых парков, только оттеняет царящую вокруг природную красоту...» [2].

История Гатчинского дворца и Гатчины достаточно витиевата и трагична: Екатерина II подарила все это уголье гонимому сыну Павлу I, период запустения. Затем неожиданный подъем Гатчины, т.к. она преображена пребыванием Александра III и его семьи. Помимо дворцового парка, окружавшего дворец, в Гатчине было место, которое таинственно называлось Приоратом (так называлось владение главы своеобразной международной мистической организации, возникшей в

середине века на острове Мальта). Павел I был членом этой организации. В начале своего царствования, он стал главой этой организации или, может быть, вошел в высший совет ее, точно не знаю, но он получил звание Приора Мальтийского Ордена. Средневековый замок и окружающие его живописные уголья с двумя озерами, лесом и небольшими холмами принадлежали Мальтийскому Ордену и перешли в ведение императора России. Называлось это владение Приоратом.

М.В. Пиккель вспоминала, что Гатчинский Приорат в XX веке стал общедоступным парком, где постоянно гуляла молодежь. Но главное развлечение начиналось зимой. Это было катание с главной довольно высокой горки рядом с Гатчинским замком... «И в любое время года я любила этот маленький простой, чисто гатчинский замок с высоким шпилем, врезающимся в небо...» [2]

Сегодня Гатчина является одним из промышленных, научных, культурных и образовательных центров Ленинградской области всего в 42 км от центра Санкт-Петербурга. Расположенный в городе Государственный художественно-архитектурный дворцово-парковый музей-заповедник «Гатчина», а также исторический центр города включены в список всемирного наследия ЮНЕСКО.

Интереснейшие воспоминания Марии Владимировны о любимой Гатчине когда-нибудь обязательно будут опубликованы. И это будет дань памяти и уважения предкам и потомкам семьи Пиккель-Ивановых. Особенно, о немецком происхождении семьи, которая столкнулась с трагедией дальнейших войн, где главным врагом России была Германия. Некоторое время отец Марии Владимировны обучался практической педиатрии в первой в Петербурге детской больнице у известного педиатра К. А. Раухфуса. Приобретенный опыт помог ему в работе в лечебнице для хронически больных детей в Гатчине, отсюда же и опыт, который он смог передать Марии Владимировне. В этой же лечебнице в самые трудные послереволюционные годы работала, окончив 2 курса Петербургского медицинского института, Надя – старшая сестра Марии Владимировны. Здесь же, в 7-летнем возрасте, состоялось первое знакомство Марии с медициной и тяжело больными детьми. С этих лет началась ее постоянная забота о больных. В 1918

году умерли средняя сестра Вера, а за ней, не пережив горя и тревоги за близких, умерла и мать. В 7 лет маленькая Мария осталась сиротой, заботу о ней взяла на себя Надя. Когда вернулся из эвакуации отец, он стал помогать Наде в детской лечебнице и занимался переводами с немецкого и французского медицинской литературы.

Нам неизвестно как часто Мария Владимировна посещала Гатчину в дальнейшем, но это точно состоялось несколько раз после того, как семья вынуждена была покинуть любимые семейные места. Репрессии 1930-х годов не обошли семью Пиккель. В 1928 году арестовали и отправили на Соловки отца Пиккель и мужа сестры Нади. После освобождения отец уже не мог вернуться в Гатчину и с большим трудом нашел работу в небольшой районной больнице станции Локня Калининской (Смоленской) области. Здесь началась настоящая медицинская практика Марии Владимировны. Она приехала к отцу и начала работать сначала регистратором, а затем медицинской сестрой. Репрессированный, но высокообразованный отец был допущен к работе заведующим районной врачебной амбулаторией. Он передал Марии опыт работы с больными, научил готовить лекарства и микстуры. Работа в больнице ее очень увлекла, она любила выхаживать пациентов по совести. «Несмотря на отсутствие медицинского образования, я так научилась ухаживать за больными и за детьми, что мне никогда не было трудно. Я делала это с искренним чувством, и поняла, что медицина – мое призвание».

В 1936 г. семья Пиккель переехала в Архангельск, где Мария Владимировна поступила на рабфак АГМИ, что было, опять же, вынужденной мерой – у нее не было документа об образовании, т.к. она не посещала советскую школу, а получила домашнее образование. Еще она была «лишенкой» – лишена избирательных прав как дочь врага народа – бывшего офицера царской армии. Знание нескольких иностранных языков и многих предметов помогли ей в дальнейшем, но в 1930-е гг. она вынуждена была учиться наравне с теми, кто на рабфаке АГМИ «по комсомольской путевке» изучал школьные дисциплины.

Досрочно пройдя на рабфаке выпускные испытания, в 1938 году Мария Владимировна поступила в Архангельский государственный медицинский институт (АГМИ) [3].

В связи с началом Великой Отечественной войны в 1941 году студентам за один учебный год предстояло пройти два последних курса института. Были отменены все каникулы, выходные дни были заняты усиленной подготовкой к зачетам. Лекции по педиатрии читал казанский профессор Ю.В. Макаров, он отметил студентку и предложил ей дежурства в клинике и работу в детских яслях. В июне 1942 года дипломированный врач М.В. Пиккель была направлена на работу в детское отделение I городской больницы, которая в то время была кафедрой детских болезней АГМИ. Здесь она спасала от верной гибели не только маленьких северян, но и детей из блокадного Ленинграда, эвакуированных по Дороге жизни [4].

Она прошла путь от регистратора, медсестры, врача-дежуранта, и больничного ординатора до ассистента, доцента, профессора, заведующей кафедрой. Большая лечебная, учебная, организационно-методическая деятельность её сочеталась с плодотворной научно-исследовательской работой. Началом научных исследований можно считать описание в 1943-1944 гг. случаев лечения детей с номой – «водяным раком». В годы войны у Марии Владимировны в изоляторе лежали маленькие пациенты с этим тяжелым заболеванием. Большую трудность представляло не только лечение, но и кормление таких детей. Мария Владимировна кормила их с помощью пипетки жидкой пищей, лечила дробными переливаниями крови и сульфидином, только что появившимся противоинфекционным препаратом. Лечение оказалось очень эффективным, дети перестали умирать.

Профессор Ю.В. Макаров, заведующий кафедрой педиатрии, одобрил действия молодого ординатора и заключил, что её место в институте на кафедре. С 1942 по 1947 гг. Мария Владимировна работала ординатором в клинике и вела занятия со студентами. А в 1947 г. она выполнила под руководством профессора Ю.В. Макарова и успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему «Рахит у детей-дистро-

фигов», стала ассистентом, а с 1954 года – доцентом кафедры педиатрии АГМИ. Она организовала и возглавила курс детских инфекций на базе инфекционной больницы. Здесь же с ее помощью было создано отделение кишечных инфекций для детей до года [3].

Другое новое направление в педиатрии освоила и внедрила в практику Мария Владимировна – туберкулез и неврология на примере туберкулезного менингита. В настоящее время, благодаря огромной работе М.В. Пиккель и её коллег, туберкулезный менингит ликвидирован, но отделение нейроинфекции осталось, в нем лечатся больные с другими формами менингита, с энцефалитом, полиомиелитом.

Опыт наблюдения за 530 больными туберкулезным менингитом обобщен Марией Владимировной в докторской диссертации «Туберкулезный менингит, его клинические формы при современных методах лечения», которую она успешно защитила в Ленинграде в 1966 году. На эту тему ею написана и издана монография. После защиты докторской диссертации Марии Владимировне было присвоено звание профессора, она избрана по конкурсу на должность заведующей кафедрой педиатрии. В этой должности она работала 13 лет, но и, выйдя на заслуженный отдых, не порвала связи с клиникой, часто выезжала на консультации сложных больных, участвовала в работе научного общества педиатров, которое возглавляла много лет, научно-практических конференций.

Сотни врачей гордятся тем, что они учились в Школе профессора Пиккель. Десятки учеников М.В. Пиккель стали ведущими специалистами. Некоторые стали профессорами, в разные периоды возглавляли кафедры АГМИ-СГМУ.

За огромный вклад в здравоохранение Севера, который М.В. Пиккель внесла своей активной трудовой деятельностью, ей присвоено звание «Почетный гражданин г. Архангельска». Она награждена орденом «Знак Почета», знаком «Отличник здравоохранения», медалями: «За трудовую доблесть», «За победу в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» и др. Тысячи женщин благодарны ей за спасение жизни детей. Она вырастила и воспитала 6 детей – родных племянников, оставшихся без родителей в самые тяжелые годы войны.

Владея в совершенстве немецким, французским и английским языками, «оставив врачевание телесных недугов», Мария Владимировна стала переводить на русский язык зарубежных поэтов Байрона, Рильке, Рембо, Верлена. В результате были изданы несколько сборников с её стихотворными переводами. Мария Владимировна – автор первого в России перевода книги «Часослов» классика мировой литературы – немецкого поэта Райнер Марии Рильке. Своей высокой духовной культурой Мария Владимировна щедро делилась со всеми жителями Архангельска.

Она прожила 97 лет – трудную, но очень плодотворную жизнь, посвященную бескорыстному служению детям – маленьким северянам, даря свое сердце всем, кто ее знал. В честь 105-летия со дня рождения М.В. Пиккель исследование продолжено вместе с коллегами из Гатчины, что увековечит память о выдающейся семье.

Литература:

1. Андреева А.В. Аудитория им. Профессора М.В. Пиккель в музейном комплексе СГМУ. III Апрельские чтения, памяти профессора М.В. Пиккель : сб. науч. трудов межрегион. науч.-практ. конф., 3 апр. 2012 года / Сев. гос. мед. ун-т ; под ред. В. И. Макаровой. – Архангельск : СГМУ, 2012. – 7-14 с.
2. Воспоминания профессора М.В. Пиккель (рукопись 2003 г.)
3. Иванова Т. Н. Первая женщина – профессор Архангельского государственного медицинского института Мария Владимировна Пиккель / Т. Н. Иванова // Медицинская профессура СССР : кр. содержание и тез. докл. науч. конф., 20 мая 2011 г. – М., 2011. – С. 116–118.
4. Мое святое ремесло: к 100-летию со дня рождения профессора Марии Владимировны Пиккель / Сев. гос. мед. ун-т ; [сост.: Л. А. Зубов, А. В. Андреева]. – Архангельск : [б. и.], 2011. – 152 с.

ИЗ ИСТОРИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА

Анисимова Л.К.

**Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия**

Туберкулез мозговых оболочек или туберкулезный менингит является наиболее тяжёлой локализацией этой инфекции. Замечательным достижением медицины XX века является успешное лечение ту-

беркулезного менингита, бывшего абсолютно смертельным заболеванием до применения стрептомицина. Еще 40-50 лет назад туберкулезный менингит протекал очень тяжело. Особенностью этого менингита было неуклонное прогрессирование процесса с неизбежным летальным исходом через 3-6 недель от начала заболевания.

По отношению к туберкулезному менингиту не существовало понятия «неправильное лечение», т.к. не было никаких средств, которые могли бы не только вылечить, но даже продлить жизнь больного. В доантибактериальный период туберкулезный менингит был преимущественно заболеванием детского возраста. Удельный вес его среди впервые заболевших туберкулезом детей достигал 26-37%. В настоящее время по данным НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова среди детей с вновь выявленным туберкулезом он составляет 0,86%, у взрослых – 0,13%.

О смертельном заболевании мозга у детей упоминал еще Гиппократ, причем описанные им проявления этой болезни имеют большое сходство с туберкулезным менингитом. Клиническая картина туберкулезного менингита впервые описана в 1768 г. Робертом Уиттом. В течение последующих 150 лет это описание было пополнено очень многими авторами в различных странах, в том числе и в России (Папавуан, Руф, Фабр, Риллье, Н.Ф.Филатов, Г.С.Медовиков, М.С.Маслов, Л.А. Штейнберг).

Клиника заболевания и изменения в ликворе за этот длительный период были, казалось, изучены с исчерпывающей полнотой. Одновременно с клиникой очень подробно изучалась и патологическая анатомия заболевания. В последующие годы это заболевание привлекало интерес большого числа ученых, но лишь только после открытия Р.Кохом возбудителя туберкулеза клинико-анатомические сопоставления получили свое завершение. Одной из самых крупных патоморфологических работ последнего времени, посвященных туберкулезному менингиту, была докторская диссертация П.П. Ерофеева «Патогенез и патологическая анатомия туберкулезного менингита», выполненная в Архангельске; автор ее был в то время ректором (директором) Архангельского медицинского института. Изданная в виде монографии в

1945 г. эта работа стала настольной книгой врачей, начинавших новое дело - лечение туберкулезного менингита стрептомицином.

В нашей стране два первых клинических отделения для лечения детей, больных туберкулезным менингитом, были открыты в 1946-1947 гг. на базе Первой детской клинической больницы города Москвы под руководством проф. Д.С.Футера и на базе детского отделения Центрального НИИ туберкулеза РАМН под руководством проф. М.П.Похитоновой и канд. мед. наук Н.О.Василевича. Эти ученые были первыми в Советском Союзе, которые начали лечить туберкулезный менингит у детей. Ими и их сотрудниками и учениками изучались его клиническое течение, неврологическая симптоматика, исходы, патоморфологические изменения, а главное, разрабатывались и постоянно совершенствовались методы лечения. Полученные данные позволили совершенствовать диагностику и лечение туберкулезного менингита, что способствовало более благополучному его течению и исходу.

Клиника педиатрии Архангельского мединститута начала лечение больных туберкулезным менингитом с 1949 года. С 1949 г. по 1964 год в отделениях для туберкулезного менингита, руководимых кафедрой, прошло 530 больных. Длительная работа в этом направлении дала возможность изучить клинические формы заболевания и их связь с течением общего туберкулезного процесса, изучить особенности рецидивов туберкулезного менингита. М.В. Пиккель детализировала схему лечения в зависимости от различных форм заболевания, которая нашла широкое применение в практической работе врачей. Изучение катмнеза, перенесших туберкулезный менингит, показало, что при некоторых формах остаются тяжелые последствия перенесенного заболевания с глубокой инвалидизацией больных. Поэтому, несмотря на успехи в лечении туберкулезного менингита необходима была и профилактика этой тяжелой формы туберкулеза.

Профилактика туберкулезного менингита шла по линии резкого снижения заболеваемости туберкулезом, особенно среди детей. Это было достигнуто: путем организационных мероприятий по раннему выявлению и лечению всех форм туберкулеза как у детей, так и у

взрослых и проведения специфической профилактики против туберкулеза. С 1925 года в СССР была начата вакцинация новорожденных живой вакциной БЦЖ энтеральным путем, с 1948 года введена ревакцинация неинфицированных туберкулезом детей раннего и дошкольного возраста, а затем и других возрастных групп населения (до 30 лет). С 1962 года в Советском Союзе стала повсеместно внедряться внутрикожная вакцинация и ревакцинация специальной вакциной всех возрастных групп. Эти мероприятия привели к резкому снижению заболеваемости туберкулезом и, особенно, к изменению его клинических форм: резко снизились локальные формы первичного туберкулеза, особенно тяжелые, сопровождающиеся гематогенной диссеминацией, т. е. именно те формы, которые наблюдались преимущественно у детей и приводили к развитию туберкулезного менингита у них. Можно с уверенностью сказать, что у вакцинированных и ревакцинированных детей туберкулезного менингита не бывает.

Следует отметить, что в наши дни туберкулезный менингит встречается почти исключительно у подростков и молодых людей. Это объясняется тем, что в этом возрасте утрачивается иммунитет к туберкулезу, полученный в результате вакцинации и создаются возможности для инфицирования и развития локальных форм первичного туберкулеза, а следовательно, и возникновению у них туберкулезного менингита. Своевременная, систематическая и широкая ревакцинация молодежи создает перспективы полной ликвидации туберкулезного менингита.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Блинкова И.А.¹, Игнатова О.А.², Меньшикова Л.И.²

Министерство здравоохранения Архангельской области,

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

сформулированы положения, связанные с оказанием медицинской помощи гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями. Орфанными являются заболевания, имеющие распространенность не более 10 случаев на 100 тысяч населения.

Министерством здравоохранения Российской Федерации разработан перечень редких орфанных заболеваний, в который вошли 216 заболеваний, из них только 31 обеспечивается лекарственными препаратами: 7 нозологий – за счет федерального бюджета по программе «7 нозологий» и 24 – за счет региональных бюджетов в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации 26 апреля 2012 года № 403.

В 2015 году в Архангельской области в реестре больных с орфанными заболеваниями состояли 663 человека, 540 из их обеспечиваются лекарствами за счет федерального бюджета, 123 человека – за счет регионального бюджета, в т.ч. 56 детей.

Одной из главных проблем лекарственного обеспечения является отсутствие единой методологической основы оказания медицинской помощи пациентам с орфанными заболеваниями, что, во-первых, обусловлено отсутствием стандартов и клинических протоколов при ряде нозологий, а во-вторых – отсутствием доказательной базы эффективности лекарственных препаратов в связи с ограниченным количеством клинических исследований. Это особенно актуально для детей, т.к. более половины орфанных заболеваний манифестируют в детском возрасте и требуют своевременной специфической лекарственной терапии.

Вторая группа проблем связана с отсутствием единого подхода к лекарственному обеспечению на уровне субъектов РФ, что обусловлено как несовершенством законодательной базы, так и различием финансовых возможностей, что особенно актуально для «дотационных» регионов.

Третья группа проблем - отсутствие необходимых лекарственных препаратов на рынке (препараты преимущественно импортного производства). Например, из 22 дорогостоящих препаратов, входящих в пе-

речень жизненно необходимых и важнейших икупаемых по программе «7 нозологий», только 14 (67%) производятся на территории РФ. Усложняет ситуацию также отсутствие методики определения начальной максимальной цены указанных препаратов при проведении централизованных закупок. При этом использование фармакоэкономического соотношения «затраты/эффективность» невозможно из-за высокой стоимости лекарственных препаратов, предназначенных для лечения редких заболеваний, и их неясной эффективности.

Выявленные проблемы значительно снижают доступность лекарственной терапии для детей с орфанными заболеваниями.

Таким образом, для повышения эффективности лекарственного обеспечения пациентов с редкими (орфанными) заболеваниями, в том числе детей, необходима разработка и утверждение необходимого объема финансово сбалансированных и научно обоснованных стандартов медицинской помощи, государственное регулирование цен на все орфанные препараты.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Богданова А.В.¹, Бугаева О.С.¹, Рогушина Н.Л.¹, Шишко Л.А.², Чечуева Л.И.², Сопижко А.А.², Дерягин А.В.³.

Северный государственный медицинский университет¹,

Центр гигиены и эпидемиологии Архангельской области²,

АОДКБ им. П.Г. Выжлецова³, Архангельск, Россия

Респираторные инфекции нижних дыхательных путей - ведущая причина заболеваемости и смертности детей до 5 лет во всем мире [1]. В большинстве случаев они имеют вирусную природу. Разработка и применение диагностических тестов с высокой чувствительностью, таких как полимеразная цепная реакция (ПЦР), позволяет определить основные вирусы, связанные с инфекциями дыхательных путей: респираторно-синцитиальный вирус, вирусы гриппа А и В, вирусы парагриппа 1, 2, 3 типов, аденовирус. В последние десятилетия выявлены

новые вирусы, с которыми также связывают поражение нижних дыхательных путей. К ним относят коронавирусы, человеческий метапневмовирус, бокавирус [2].

Верификация этиологии респираторной инфекции нижних дыхательных путей необходима для определения тактики ведения пациентов и направлений профилактической работы. Понимание значительного вклада вирусов в качестве этиологических агентов и верификация вирусного патогена, как причинного фактора инфекции нижних дыхательных путей у конкретного пациента позволит уменьшить частоту необоснованного назначения антибактериальных препаратов и формирования антибиотикорезистентности.

Цель исследования: оценить этиологическую структуру респираторных вирусных инфекций у пациентов 1 года жизни с поражением нижних дыхательных путей.

Материалы и методы: исследование было проведено на базе инфекционных отделений Архангельской областной детской клинической больницы им. П.Г. Выжлецова с марта по декабрь 2015 года. Критерии включения: дети в возрасте до 11 месяцев 29 дней, госпитализированные в стационар по поводу острых респираторных инфекций с поражением нижних дыхательных путей. В первые сутки госпитализации для уточнения этиологии проводился забор мазков из носоглотки для определения нуклеиновых кислот респираторно-синцитиального вируса, вирусов парагриппа, риновирусов, аденовирусов, метапневмовирусов, коронавирусов с использованием метода полимеразной цепной реакции.

Результаты: За период с марта по декабрь 2015 года в исследование было включено 211 детей: 130 мальчиков (61,6%) и 81 девочка (38,4%). Средний возраст госпитализированных детей составил 5 (2;8) месяцев. Обращение за медицинской помощью было на 2 (1;3) сутки. 16,2% детей (33 человека) были недоношенными, отягощенный преморбидный фон отмечен у 39,5% детей (83 человека). На грудном вскармливании находилось 50% детей (105 человек). При выяснении эпидемиологического анамнеза контакт с больным ОРВИ в семье уста-

новлен у 50% (105 человек), из них в 87,5% случаев (91 человек) вероятными источниками инфекции были старшие дети, посещающие детские учреждения.

В структуре нозологических форм преобладали бронхоолиты (53,1%, 112 человек), пневмонии составили 29,4% (62 человека), простой бронхит (17,5%; 37 человек). При поступлении в стационар состояние 16,6% детей (35 человек) оценивалось как тяжелое, в 11 случаях (5,2%) потребовалась госпитализация в ОАРИТ по причине тяжелой дыхательной недостаточности.

Повышение температуры отмечено в 75,4% случаев (159 человек), средняя длительность составила 4 (2;5) дня. Лейкоцитоз в анализе периферической крови наблюдался в 20,9% случаев (44 человека), у 34,1% пациентов (72 человек) отмечалась лейкопения, у 45% (95 человек) уровень лейкоцитов был в пределах возрастной нормы. СОЭ - повышена в 40,8% случаев (84 человека). При расчете индекса лейкоцитарной интоксикации значения более 1,5 были получены у 24 человек (11,7%). Уровень СРБ был определен у 116 человек, повышение более 30 мг/л отмечено в 8,7% случаев (10 человек), у 61,2 % (71 человек) маркер воспаления был в пределах нормы. У всех детей уровень прокальцитонина не превышал значения 2 мг/л, а уровень более 0,5 мг/л отмечен только у двух детей. Средний уровень прокальцитонина составил 0,072(0,057; 0,128) мг/л и соответствовал нормальным значениям.

По результатам ПЦР этиологическая расшифровка вирусной этиологии составила 71,6% (151), среди них в 79,5% (120 человек) выявлен один возбудитель, в 20,5% случаев (31 человек) отмечались микстинфекции. Ведущее место занимал РС-вирус (58,9% случаев, 89 человек), из них в 75,3% в виде моноинфекции (67 человек) и в остальных случаях в форме микстинфекции с другими вирусами. Среди других вирусов в 20,5% случаев (31 человек) выделены нуклеиновые кислоты риновируса, в 6,6% (10 человек) вируса парагриппа, 4% (6 человек) аденовирусов, в 2,6% (4 человек) метапневмовируса. Среди микстинфекций наиболее часто встречалось сочетание РС-вируса и бокавируса

4,3% (9 случаев), РС-вируса и риновируса 2,8% (6 случаев) и сочетание аденовируса и риновируса 1,9% (4 случая).

Таким образом, этиологическая структура вирусных инфекций нижних дыхательных путей у госпитализированных пациентов первого года жизни представлена преимущественно респираторно-синцитиальным вирусом, удельный вес которого среди других вирусов составляет 58,9%. На второй позиции – риновирус (20,5%), удельный вес других вирусов (аденовирус, бокавирус, человеческий метапневмовирус, вирусы парагриппа, коронавирус) составил 20,6%.

Литература

1. Lukšić I. Viral etiology of hospitalized acute lower respiratory infections in children under 5 years of age – a systematic review and meta-analysis / Ivana Lukšić, Patrick K Kearns, Fiona Scott // Croatian Medical Journal. – 2013. - 54(2). – P. 122–134
2. Pavia AT. Viral Infections of the Lower Respiratory Tract: Old Viruses, New Viruses, and the Role of Diagnosis / Pavia AT.// Clinical Infectious Diseases. – 2011. - 52(Suppl 4) - P. 284–289.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИФАКТОРНОГО ФЕНОМЕНА ЧАСТЫХ ЭПИЗОДОВ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Богуцкая Н.К.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

С целью комплексного анализа полифакторного феномена частых эпизодов острых респираторных заболеваний (ОРЗ) у детей дошкольного возраста изучены клинические особенности когорты воспитанников детских дошкольных учреждений с кратностью ОРЗ, превышающей 4 эпизода за год, предшествующий обследованию, в сравнении с эпизодически болеющими детьми. Группы наблюдения были сформированы методом "случай-контроль". Первую (I), основную группу составили 112 часто болеющих детей, формирующим признаком была частота эпизодов ОРЗ более четырех раз в течение календарного года; группу сравнения сформировали 88 эпизодически болеющих детей.

Треть детей I группы наблюдения относилась к так называемой группе непрерывно болеющих, а кратность ОРЗ остальных дошкольников этой группы составляла 5-6 эпизодов в год. Около двух третей детей II клинической группы переносили 2-3 острых эпизода респираторных заболеваний в год. В среднем на каждого ребенка из группы часто болеющих приходилось $6,0 \pm 0,2$ эпизода ОРЗ, а в группе эпизодически болеющих дошкольников - $1,6 \pm 0,1$ эпизода ОРЗ ($p < 0,001$). При анализе данных генеалогического анамнеза в $28,8 \pm 4,3\%$ случаев хотя бы у одного из близких родственников часто болеющих пробандов было отмечено наличие рецидивной бронхолегочной патологии и / или хронических очагов инфекции, тогда как среди родственников детей с эпизодическими ОРЗ это отмечалось лишь в $16,5 \pm 4,0\%$ случаев ($p < 0,05$). В семьях детей I группы наблюдения в $8,0 \pm 2,7\%$ случаев выявлялись одновременно два и более родственника с клиническими признаками аллергии, тогда как среди дошкольников с эпизодическими ОРЗ - в $1,2 \pm 1,1\%$ случаев ($p < 0,05$). В подгруппах детей, находящихся на искусственном или смешанном и естественном вскармливании, контингент часто болеющих ОРЗ дошкольников на 1 году жизни составил соответственно $32,1 \pm 5,3\%$ и $18,6 \pm 4,0\%$ ($p < 0,05$). Среди детей с наличием и отсутствием указаний на какую-либо перенесенную патологию в перинатальном периоде доля пациентов с частыми повторными респираторными эпизодами на первом году жизни составила $25,4 \pm 3,9\%$ и $13,6 \pm 3,7\%$ соответственно ($p < 0,05$). Более выраженной была "фоновая" отягощенность у детей, кратность ОРЗ у которых превышала 6 эпизодов в год. Так, среди таких дошкольников проявления рахита I-II степени и атопического дерматита на первом году жизни отмечали в $31,1 \pm 6,9\%$ ($p: II < 0,01$) и $35,6 \pm 7,1\%$ ($p: II < 0,05$) случаев. При наличии в анамнезе указаний на эпизоды бронхиальной обструкции, у $30,8 \pm 9,1\%$ часто болеющих детей повторные респираторные заболевания наблюдались уже на первом году жизни, тогда как среди эпизодически болеющих детей этого не отмечали. При наличии эпизодов бронхообструкции превышающая 6 кратность ОРЗ за год наблюдалась у $53,9 \pm 9,8\%$ дошкольников, тогда как среди всех часто болеющих детей - только у $31,3 \pm 4,4\%$ ($p < 0,05$). Принимая во внимание

отсутствие диагностики бронхиальной астмы в анамнезе обследованных дошкольников, можно предположить, что развитие эпизодов бронхиальной обструкции у детей на фоне частых повторных ОРЗ было связано с изолированной гиперреактивностью дыхательных путей.

Таким образом, частые ОРЗ у воспитанников ДДУ 4-7 лет являются гетерогенным полифакторным клиническим феноменом. При изучении факторов риска формирования частой заболеваемости ОРЗ, наиболее значимыми среди них оказались генетическое детерминирование (наследственная отягощенность по рецидивирующей бронхолегочной патологии и / или хроническим очагам инфекции, аллергологическая отягощенность генеалогического анамнеза), наличие частых повторных респираторных эпизодов на первом году жизни и клиническое сочетание с синдромом бронхиальной обструкции.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОГО СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗОНДОВОЕ ПИТАНИЕ, В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Борисов А.Б.

Новодвинский детский дом-интернат для детей с серьезными нарушениями в интеллектуальном развитии, Новодвинск, Россия

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» социальные услуги в стационарной форме предоставляются их получателям организациями социального обслуживания. В Архангельской области функционирует одно учреждение социального обслуживания стационарного типа для детей-инвалидов с интеллектуальной недостаточностью – Государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания системы социальной защиты населения Архангельской области «Новодвинский детский дом-интернат для детей с серьезными нарушениями в интеллектуальном развитии».

Согласно указанному Закону, учреждение предоставляет различные виды социальных услуг, в том числе социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

Из вышесказанного следует, что объем социально-медицинских услуг в доме-интернате ограничен мероприятиями по уходу, оздоровлению, систематическим наблюдением за состоянием здоровья.

Вместе с тем, в учреждении находятся дети-инвалиды, требующие помимо указанных мероприятий непосредственно медицинской помощи в значительном объеме.

В частности, это касается группы детей находящихся на зондовом питании, а также получающих пищу посредством гастростомы.

Всего на начало 2016 года в доме-интернате обслуживалось 15 таких детей старше 4-х лет, из них 13 находились на зондовом питании. Из всего количества детей 9 – оставшиеся без попечения родителей, 6 – родительские дети.

Данная категория детей имеет множественную патологию развития, обусловленную тяжелым органическим поражением головного мозга, выражающуюся в сочетании соматических, неврологических, психиатрических и иных нарушений. Практически все они «лежачие» и обездвиженные. У многих детей имеют место контрактуры конечностей, судорожная симптоматика, все дети страдают нарушением функции тазовых органов и постоянно пользуются подгузниками. По степени интеллектуального дефекта преобладают дети с тяжелой и глубокой умственной отсталостью.

Одной из проблем в организации обслуживания таких детей является недостаточная обеспеченность учреждения медицинскими кадрами (врачами и медсестрами). Численность медицинского персонала рассчитывается исходя из штатного расписания для учреждений социального обслуживания. Дети, получающие зондовое питание, обслу-

живаются отделением милосердия, которое было создано для обслуживания детей самостоятельно не передвигающихся или передвигающихся в пределах помещения с посторонней помощью. В типовом штатном расписании содержатся нормативы численности для отделений милосердия, без учета того, что для обслуживания детей, получающих зондовое питание, требуются дополнительные медицинские штаты.

Дополнительный объем медицинских услуг для детей, получающих зондовое питание, значительно увеличивается за счет: кормлений через зонд и гастростому, мероприятий по уходу за зондами, гастростомами, профилактических мероприятий (массаж, физиопроцедуры), санаций ротовой и носовой полостей, лечебных манипуляций связанных с профилактикой и лечением сопутствующей патологии и т.д.

Ситуация с недостатком медицинского персонала сложилась ввиду следующих причин: во-первых, как было сказано выше, учреждение ориентировано на оказание прежде всего социальных услуг, во-вторых дети, получающие зондовое питание, начали поступать в учреждение лишь в последние годы. Так, в Новодвинский дом-интернат первый «зондовый» ребенок поступил в 2010 году. В последующие годы число таких детей увеличивалось и сохраняет тенденцию к росту в будущем.

Помимо кадровой имеет место проблема оснащения отделений для зондовых больных специальной медицинской техникой. Большинство детей, получающих зондовое питание, до 4-х лет находятся в областном специализированном доме ребенка. С учетом того, что указанное учреждение относится к системе здравоохранения, оно имеет совершенно иную кадровую и техническую обеспеченность.

Когда ребенку исполняется 4 года, его переводят в стационарное учреждение социального обслуживания системы социальной защиты населения, где нет специализированных отделений для детей-инвалидов, находящихся на зондовом питании. Организация обслуживания данной категории детей в стационарном учреждении социального обслуживания, требует дополнительного финансирования. В качестве примера можно привести затраты на питание в 2015 году: стоимость

питания для зондовых детей выше стоимости питания остальных обслуживаемых на 39 %.

Сегодня, когда мы говорим о качестве жизни ребенка, следует сказать, что крайне актуальной является проблема создания специализированных отделений или учреждений для детей, находящихся на зондовом питании или в системе здравоохранения, или в системе социальной защиты населения. Подобные отделения (учреждения) должны иметь не только специальное оборудование, подготовленный персонал, специализированные смеси для питания, но и с учетом возможностей ребенка проводить комплекс абилитационно-реабилитационных мероприятий.

С одной стороны, создание специализированных отделений (учреждений) потребует дополнительного финансирования, с другой позволит обеспечивать детей-инвалидов комплексом мероприятий по уходу, медицинскому и социальному обслуживанию, а также шире привлекать научные кадры к решению проблем их жизнеобеспечения и в целом улучшить качество жизни.

КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ РЕБЁНКУ С АУТИСТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Бочарова Е.А.², Ипатова О.Н.¹

ДОУ «Детский сад № 37»¹,

Северный государственный медицинский университет², Архангельск, Россия

Расстройства аутистического спектра (РАС) – особые отклонения в развитии, которые требуют как медицинской помощи, так и специального обучения и воспитания. Этим термином определяют особую патологию ЦНС, при которой болезненно затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром. Отсутствие общения искажает ход всего психического развития. Основная клинико-психологическая структура представлена стойким сочетанием двух видов расстройств: аутизмом и стереотипиями поведения. Среди мно-

гообразия проявлений выделяют главные симптомы: трудность в общении; непереносимость взгляда в глаза; неиспользование местоимения «я»; негативная реакция на изменения в окружающем.

Оптимальная форма работы с детьми с РАС – командная. Общей целью является подготовить аутичного ребёнка к самостоятельной жизни, его более успешной социализации. Целесообразно направлять усилия не на адаптацию к среде, а на «приближение» самой среды к особенностям ребенка, создание для него определенных условий жизни и развития. В последнем случае акцент делается на невербальное общение с опорой на зрительное восприятие, обучение социально-бытовым навыкам. Важно помнить, что при своевременной коррекции можно достичь хорошей компенсации, но определенные черты характера все же будут сохраняться.

Комплексная помощь детям с РАС традиционно включает в себя: применение методик специального обучения и воспитания; психотерапию с ребенком; семейную психотерапию; психофармакотерапию. Объективные трудности, с которыми сталкивается врач на этом поле деятельности: не раскрыты причины РАС; меняется терминология и существующие классификации; продолжается поиск эффективных лекарственных препаратов. Проблемы, с которыми мы столкнулись на коррекционном поле деятельности: неготовность ребенка к посещению образовательного учреждения, неготовность окружающих принять таких детей, несоответствие материально-технического оснащения и условий работы. На начальном этапе основной проблемой оказалось вступать с детьми в общение или хотя бы привлекать внимание детей. Одной из сложных задач явилось повышение мотивации родителей к активному сотрудничеству со специалистами.

Роль любого специалиста мы видим в положительной эмоциональной поддержке ребенка, расширении знаний об окружающем мире, освоении правил поведения в обществе, приобретении и умении применять практические навыки, формированию у окружающих позитивного отношения к ребёнку. В нашей работе мы выделили ведущие направления в сотрудничестве специалистов с семьёй и ребёнком [1].

В этом взаимодействии врач выявляет возможные причины проявления особенностей в развитии, уточняет и ставит диагноз, определяет тактику ведения, осуществляет контроль за лечением.

Координатором работы в нашем случае являлся учитель-дефектолог. Для того, чтобы дети с аутизмом и сопутствующими нарушениями развития смогли целенаправленно, самостоятельно инициировать общение мы успешно применяем систему альтернативной коммуникации [2]. Эта система позволяет быстрее приобрести базисные функциональные навыки коммуникации. Сотрудничество с кафедрой психиатрии и клинической психологии СГМУ, привлечение студентов старших курсов к занятиям с детьми являются важной составляющей совместной работы. Усилия всех специалистов направлены на положительный итог взаимодействия, а именно, коррекцию эмоциональной сферы и адаптацию ребенка к жизни в обществе.

Литература

1. Сидоров П.И., Бочарова Е.А., Соловьев А.Г. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни. Архангельск: Северный государственный медицинский университет. 2005. 217 с.
2. Фрост Л., Бонди Э. Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS). Москва, РБОО «Центр лечебной педагогики». 2011. - 396 с.

СТРАТЕГИЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Булатников А.Н.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Россия

Особенности психологического и физиологического функционирования организма молодого человека на фоне современных негативных социальных тенденций приводит к определённым расстройствам поведения, которые связаны с приобщением к наркотическим средствам. Употребление, а тем более злоупотребление наркотиками, алкоголем, табаком и другими токсическими веществами оказывает чрезвычайно вредное воздействие на здоровье подрастающего поколения, нарушает формирование и становление позитивной личности, и, наконец, просто губит жизнь в молодом возрасте.

Государственная антинаркотическая политика – это система стратегических приоритетов и мер, а также деятельность органов государственной власти Российской Федерации, органов местного самоуправления муниципальных образований и антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации, общественных организаций и религиозных объединений, направленная на предупреждение, выявление и пресечение незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, профилактику немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, лечение и реабилитацию больных наркоманией. Совершенствование системы мер по сокращению спроса на наркотики являются составной частью Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации, утверждённой Указом Президента Российской Федерации Д.А. Медведевым № 690 от 9 июня 2010 года [5].

К основным рискам и угрозам в сфере сокращения спроса на наркотики относятся: широкое распространение в обществе толерантного отношения к немедицинскому потреблению наркотических средств и психотропных веществ; увеличение числа лиц, вовлеченных в немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ.

Профилактика немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ – совокупность мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурно-просветительского, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения немедицинского потребления наркотиков [1]. Целью профилактики является сокращение масштабов немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, формирование негативного отношения к незаконному обороту и потреблению наркотиков и существенное снижение спроса на них.

Достижение цели осуществляется решением следующих основных задач: своевременное выявление причин и условий, способствующих распространению немедицинского потребления наркотических

средств и психотропных веществ, и организация комплексных мероприятий по их эффективному устранению; реализация мероприятий, направленных на антинаркотическую пропаганду и рекламу; организация и проведение профилактических мероприятий с группой повышенного риска немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ; организация профилактической работы в организованных (трудовых и учебных) коллективах; снижение распространенности немедицинского потребления наркотических средств и иных психоактивных веществ (ПАВ); укрепление здоровья населения, снижение заболеваемости, создание условий для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни; развитие системы раннего выявления незаконных потребителей наркотиков, в частности, посредством ежегодной диспансеризации; организация сети кабинетов медико-генетического консультирования, а также мотивационного консультирования, которые способствуют раннему выявлению предрасположенности к потреблению наркотиков.

Наиболее эффективная профилактическая деятельность — это реализация программ комплексного подхода со многими составляющими, такими как профилактическая направленность государственной политики, адекватные кампании в средствах массовой информации, выявление возможных проблем (факторов риска) и принятие мер до их возникновения, антинаркотическое просвещение и образование [2].

Информация о негативных воздействиях наркотических веществ необходима, но недостаточна для создания условий для изменения стиля поведения и формирования нормативной личности. Использование только спортивных мероприятий, досуговых акций, разовых лекций и занятий преимущественно запугивающего характера и направленных на преувеличение негативных последствий употребления наркотиков, а нередко и предоставление просто ложной информации имеет мало общего с действенной профилактикой и является абсолютно недостаточным для полноценной антинаркотической профилактической деятельности в рамках реализации государственной антинаркотической политики.

В формировании системы профилактики немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ участвуют все органы государственной власти, органы местного самоуправления муниципальных образований, различные организации, включая государственные и муниципальные учреждения, общественные и религиозные объединения, а также родители (иные законные представители), специалисты образовательных, медицинских и культурно-просветительских учреждений, волонтеры молодежных организаций.

Основными направлениями профилактической работы являются следующие: административно-правовое направление - определяет правовое поле для реализации мер профилактики с целью преодоления пьянства и алкоголизма, минимизации курения; строгое соблюдение законодательства об уголовной ответственности за приобщение к потреблению наркотиков (особенно детей и подростков); экономическое направление – финансирование профилактических программ и борьба с наркобизнесом; психологическое направление – коррекция дисфункционального воспитания и ранних аномалий развития личности; индивидуальная психолого-педагогическая работа с «трудными» подростками, уязвимыми в отношении девиантного поведения и членами их семей; педагогическое направление – последовательное антиалкогольное, антиникотиновое и антинаркотическое воспитание в школе с I по XI классы; формирование трезвеннических установок и здорового образа жизни у подрастающего поколения; санитарно-гигиеническое направление – повышение санитарной грамотности и культуры населения; антиалкогольная и антинаркотическая пропаганда и агитация среди широких слоев населения; искоренение вредных для здоровья привычек, здравоохранительное направление - развитие и совершенствование наркологической службы; осуществление мер по уменьшению распространенности пьянства, алкоголизма, наркомании, токсикомании и их последствий; широкая антинаркотическая работа всей общемедицинской сети; социальное направление – обеспечение социальной и правовой защиты, обеспечение мониторинга представлений, взглядов, оценок в отношении ПАВ; упорядочение потока печатной и видеопродукции, освещающей проблему наркомании в СМИ.

Мероприятия первичной профилактики направлены на все категории населения, в первую очередь на детей, подростков и молодёжь, находящихся в неблагоприятных семейных, социальных условиях, в трудной жизненной ситуации. Проблему первичной профилактики употребления наркотиков и других ПАВ целесообразно рассматривать в широком контексте - в контексте укрепления здоровья. Цель профилактической работы - интенсивное развитие и саморазвитие личности в позитивном направлении. Профилактические программы позитивной направленности способствуют совершенствованию системы сетевого взаимодействия образовательных учреждений с целью укрепления здоровья учащихся и повышения социального благополучия их семей. Учащиеся школ относятся к основной целевой аудитории (целевой группе) на которую направлены мероприятия первичной профилактики. Стратегия профилактического воздействия, основанная на работе в школе, предполагает включение программы обучения здоровью во всех школах [4].

Система профилактических мероприятий по сокращению спроса на наркотики объединяет нескольких блоков. Первый блок — психологическое и физическое развитие. Он направлен на формирование убеждения в необходимости сохранять и укреплять собственное здоровье, а также освоение правил здорового образа жизни. Второй блок — ответственное поведение. Он предполагает обучение адекватному поведению, позволяющему предотвратить знакомство с ПАВ. Реализация этого блока может осуществляться за счет организации и проведения ролевых игр, театрализации и т.п. Третий блок — информационно-просветительский. Он предполагает распространение правдивых сведений о ПАВ. Возможные формы реализации: выпуск информационных листов, подготовка и раздача листовок, круглые столы и т.п. Четвертый блок — досуговый. Он связан с организацией свободного времени. Обеспечивается организация и работа различных объединений по интересам, тематических вечеров.

Таким образом, стратегия антинаркотической профилактической деятельности в образовательных учреждениях — это формирование и

структуризация навыков эффективной социализации — умения общаться, строить отношения с обществом, в развитии способности оценивать эмоциональное состояние и управлять им. Особое значение имеет укрепление психического и физического здоровья для осознания ценности собственного здоровья и здорового образа жизни [3].

К профилактической работе следует привлекать средства массовой информации и специалистов в области позитивной профилактики формирования зависимости от наркотиков и других токсических веществ. В процессе реализации профилактических программ в образовательных учреждениях создаются условия для улучшения психологического климата в классах, позитивной гармонизации психологического функционирования школьного коллектива, оптимизации физических кондиций молодых людей, снижения уровня агрессивного поведения учащихся, формирования адекватной самооценки, повышение общей культуры школьника. И в конечном итоге действенная система многоуровневой профилактики ведёт к сокращению числа случаев приобщения молодёжи к наркотикам, алкоголю, табаку и другим психоактивным веществам.

Литература

1. Булатников А.Н. Функциональные компоненты этики профилактической деятельности в образовательной среде / Этические проблемы современной медицины: Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции – Архангельск: СГМУ. 2013. с.38-48.
2. Зарецкий В.В., Булатников А.Н. Регламентация профилактической антинаркотической работы в образовательной среде // Не будь зависимым. 2012. №6. с.52-64.
3. Зарецкий В.В., Булатников А.Н., Портянская Л.Л., Байдина В.А., Чигиринская Ю.В. Профилактическая деятельность как фактор формирования здорового стиля жизни. Учебно-методическое пособие – М.: АКАДЕМИА, АПКИППРО. 2011. 118с.
4. Зарецкий В.В., Габер И.В., Булатников А.Н. Инновационная профилактическая образовательная программа «Воспитание ответственностью». Организация работы с семьёй по формированию культуры здоровья и профилактике аддиктивного поведения среди несовершеннолетних образовательных учреждений. Методические материалы. М.: ФГБОУ ДПО «ЦПКИППС».2014. 60с.
5. Указ Президента Российской Федерации № 690 от 9 июня 2010 года «Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации». Москва, 2010.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ВОСПАЛЕНИЯ БРОНХОВ

Гарас Н.Н.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

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

На базе пульмонологического отделения областной детской клинической больницы (Черновцы, Украина) обследовано 35 детей с тяжелой бронхиальной астмой. Тип воспаления бронхов определяли по результатам цитологического исследования индуцированной мокроты, в частности, в I клиническую группу вошли 16 школьников с эозинофильным типом воспаления бронхов, во II группу – 19 детей школьного возраста с неэозинофильным. Эозинофильный характер воспаления в бронхах диагностировали при наличии в мокроте 3% и более эозинофильных лейкоцитов. У больных с меньшим содержанием эозинофилов в мокроте хроническое воспаление дыхательных путей расценивали как неэозинофильное. У школьников обеих групп оценивали клинические анамнестические характеристики (тяжесть I дня обострения, показатели эффективности базисного лечения по АСТ-тесту), маркеры воспалительного процесса в бронхах (содержание метаболитов оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха), показатели гипервосприимчивости бронхов.

Установлено, что у детей I группы признаки обструкции бронхов в течение первых 5-и дней лечения в стационаре были несколько отчетливее, чем у пациентов группы сравнения. С 6-го дня госпитализации у детей I группы отмечался более выраженный регресс симптомов приступа, что в дальнейшем отражается в виде достоверно лучшего ответа на базисную противовоспалительную терапию по показаниям АСТ-теста ($15,8 \pm 1,1$ балла против $12,1 \pm 1,7$ баллов в I и II группе соответственно, $p < 0,05$). Лучшие клинические показатели эффективности

базисной терапии по результатам АСТ-теста подтверждаются однотипной динамикой инфламометрии бронхов. Так, после трехмесячного курса ингаляционных глюкокортикостероидов у детей с тяжелой эозинофильной астмой показатель метаболитов оксида азота оказался ниже ($38,6 \pm 1,5$ ммоль/л), чем у представителей группы сравнения ($43,8 \pm 4,6$ ммоль/л, $p < 0,05$).

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

АДАПТАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Гришина А.П., Кармашова Л.М., Тропина Н.Н., Окулова О.Н.

*Архангельская детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова,
Архангельск, Россия*

Актуальность: в настоящее время 1,6 млн. детей, проживающих в Российской Федерации, т.е. 4,5% всей детской популяции, относится к категории детей с ограниченными возможностями здоровья.

В Архангельской области статус инвалида имеют 4153 ребенка, в городе Архангельске – 1631 ребенок инвалид. Ежегодно в стационаре АДКБ пролечиваются более 10 тысяч детей от рождения до 18 лет. Из них более 1000 - дети-инвалиды.

Цель исследования: выявить проблемы адаптации родителей к ребенку инвалиду.

Методы: анкетирование (выборка составляет 60 человек; респонденты представляют две статусные группы: медицинский персонал – 30 человек, родители пациентов – 30); свот – анализ.

Результаты: 63% родителей испытывают необходимость в консультациях социального работника, и 50% - нуждаются в общении с психологом и консультации юриста; 61% родителей испытывают постоянный стресс, 64% - не знают, куда обратиться за помощью. 86% сотрудников считают, необходимым ввести в лечебном учреждении службу поддержки родителей оказавшихся в кризисной ситуации (психологическую, юридическую, социальную). На базе АДКБ создана «папка знаний» для родителей, которая включает: перечень льгот, адреса государственных учреждений социальной защиты, телефоны службы поддержки, психологические рекомендации. В нашем лечебном учреждении введена дополнительная единица ставки социального работника

Таким образом, результаты анкетирования показали, что для оказания помощи родителям, имеющим особенных детей необходимо в лечебном учреждении иметь дополнительные должности психолога, социального работника, организовать консультации юриста.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СРЕДЫ НА УМСТВЕННУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ КЛАССОВ СТОЛИЧНОГО МЕГАПОЛИСА

Даначева М. Н., Глебов В.В.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Особенностью развития современного общества является неуклонное ухудшение окружающей среды. Одновременно с ухудшением условий среды обитания, связанной с антропогенной нагрузкой, в социальной жизни социума отмечается рост стрессогенных факторов [1]. Это, в первую очередь, связано с психо-информационными перегрузками, ускорением темпа жизни человека, социально-психологическим напряжением в обществе и т.д. [2].

В этой связи большую обеспокоенность вызывает рост психосоматических отклонений в детско-подростковой популяции. Таким образом, адаптация функциональных систем подростка к изменяю-

щимся условиям окружающей среды представляет собой один из важнейших вопросов эколого-физиологического направления научного познания [3].

Важным представляются исследования, имеющие практико-ориентированную и прикладную направленность. Научные исследования такого рода могут эффективно решаться с помощью междисциплинарного направления в экологии – экологии человека, которая изучает комплексное воздействие антропогенных и социальных факторов среды на морфофункциональное развитие и адаптационные процессы индивида в процессе онтогенеза [4]. Ранее проведенные исследования в основном касались изучения влияния комплекса факторов химического загрязнения на психическую деятельность детей, однако комплексных исследований рассматривающие сочетанное воздействие био-социальной среды на течение адаптационных процессов учащихся школ еще имеется в недостаточном количестве.

Организация и методы исследования. Комплексные исследования функционального состояния учащихся средних школ, а также состояние адаптационных процессов в разных средовых условиях столичного мегаполиса проводились с участием 233 практически здоровых учащихся 5-6 классов. Гендерный и возрастной состав учащихся был следующим: 109 мальчиков и 124 девочек в возрасте от 11,4 до 12,6 лет.

Исходя из средовых условий проживания, мы разделили учащихся на 4 сравниваемых группы. В первую сравниваемую группу (СГ1, n=92) вошли учащиеся средних классов, проживающие в ЮВАО, где отмечено значимое антропогенное воздействие: повышенная шумовая нагрузка (72-88 дБ) и химическое загрязнение атмосферного воздуха (превышение ПДК по оксиду углерода, окислам азота, фенолу, формальдегиду, взвешенным веществам, углеводородам). Также анализ анкетных опросов родителей исследуемой выборки учащихся средних классов показало, что в этой подгруппе выявлено неблагоприятное влияние социальной среды (низкий социально-экономический статус семей учащихся).

Вторая группа (СГ2, n=29) учащихся проживающих в неблагоприятной по экологическим условиям районе (ЮВАО), но по анализу анкетных опросов родителей имела достаточно высокий социально-экономический статус (хороший материальный достаток и жилищные условия).

В третью группу вошли учащиеся (СГ3, n=28) с ЮЗАО. По данным анкетного опроса родителей в этой группе был выявлен низкий социально-экономический статус семьи (подростки из неполной семьи, не работающие родители, сложные взаимоотношения в родительско-детских отношениях и т.д.).

Четвертая группа (СГ4, n=84) представлена учащимися (ЮЗАО), которые проживали в относительно «чистом» экологически благоприятном административном округе столицы. В нее вошли 84 подростка.

Исходя из этических норм, исследование было добровольным и анонимным. Тестирование испытуемых проводилось в 2009-2012 гг. на базе лабораторий экологической психологии и медицинской экологии кафедры экологии человека экологического факультета Российского университета дружбы народов г. Москвы.

Полученные результаты. Анализ экологического состояния столичного мегаполиса показывает, что ЮВАО – самый крупный промышленный округ Москвы. Преобладающими отраслями в ЮВАО являются нефтеперерабатывающая и химическая промышленность, здесь не только самые низкие экологические показатели, но и наибольший уровень опасности техногенных катастроф.

Основными загрязнителями атмосферы являются автомобильный транспорт и промышленность. По каждому из этих параметров ЮВАО занимает лидирующие позиции. ЮЗАО занимает территорию Теплостанской возвышенности, доля природных территорий в общей площади составляет 33%. В округе расположен природный парк «Битцевский лес» (2130 га), памятники садово-паркового искусства «Узкое», «Ясенево», «Знаменские садки», Бутовский лесопарк, «Сосенки», Коробковский сад (общая площадь 310га). С 1998 г. статус особо охраняемой природной территории получил ландшафтный заказник «Теплый Стан». Экологическая ситуация, таким образом, в ЮЗАО более

благоприятная, что подтверждают исследования Департамента природопользования и охраны окружающей среды

Оценку уровня внимания и умственную работоспособность учащихся средних классов проводили с помощью тестов (таблица Шульте).

Внимание и умственная работоспособность. Сравнительный анализ исследуемой выборки показал, что в при негативном, сочетанном воздействии антропогенных факторов среды (СГ1) отмечается превышение процента учащихся по несоответствию над соответствием при оценке внимания и умственной работоспособности согласно возрастным нормам, что составило: по эффективности внимания - 57,9% и 42,1% соответственно; по степени вработываемости 68,4% и 31,6% соответственно; по психической устойчивости 63,6 и 36,4% соответственно.

Наоборот, при благоприятном сочетанном воздействии факторов эко-социальной среды (СГ4) отмечается превышение процента учащихся по соответствию над несоответствием по вниманию и умственной работоспособности согласно возрастным нормам, что составило: по *эффективности работы* 69,9% и 30,1% соответственно; по *степени вработываемости* 71,1% и 28,9% соответственно; *психической устойчивости* 69,5% и 30,5% соответственно. Как видно, в СГ4 прослеживается обратная тенденция по соответствию и несоответствию по сравнению СГ1.

При разнонаправленных воздействиях факторов окружающей среды происходит нивелирования негативных факторов, что отражается на устойчивости внимания и умственной работоспособности учащихся. Так в группе СГ2 соотношения были следующие: по эффективности работы 48,2% и 51,8% соответственно; по степени вработываемости 43,3% и 56,7% соответственно; психической устойчивости 44,1% и 55,9% соответственно, а в группе СГ3 соотношения были следующие: по эффективности работы 46,9% и 53,1% соответственно; по степени вработываемости 45,1% и 54,9% соответственно; психической устойчивости 44,1% и 55,9% соответственно.

Таким образом, на уровень внимания и умственной деятельности

учащихся средних классов значимое воздействие оказывают экологические и социальные факторы. Их сочетаемость увеличивает процент несоответствия выполняемых заданий у учащихся средних классов и, наоборот, когда факторы экологической и социальной среды разнонаправлены, отмечается снижение действия неблагоприятной среды, что отражается на показателях внимания и умственной работоспособности учащихся.

Литература

1. Глебов, В.В., Даначева, М.Н., Сидельникова, Н.Ю. Функциональное состояние школьников в условиях столичного мегаполиса / В.В. Глебов, М.Н. Даначева, Н.Ю. Сидельникова // Вестник МГПУ серия «Естественные науки» - Россия, Москва, №2 (10) 2012 –С. 72-80
2. Глебов, В.В. Адаптация детей раннего возраста к условиям дошкольного образовательного учреждения // Дошкольное воспитание. 2013. № 11. С. 116-120.
3. Глебов, В.В., Даначева, М.Н., Сидельникова, Н.Ю. Функциональное состояние школьников в условиях столичного мегаполиса. / В.В. Глебов, М.Н. Даначева, Н.Ю. Сидельникова // Вестник МГПУ серия «Естественные науки» №2 (10)2012 -С. 72-80
4. Даначева М.Н., Назаров В.А., Глебов В.В. Влияние экологических и гигиенических факторов на психофизиологическое состояние школьников в условиях мегаполиса // Мир науки, культуры, образования. 2010. № 6(1). -С. 90-92.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИНДЕКСА БРОНХОСПАЗМА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, В ВЫЯВЛЕНИИ ДЕЛЕЦИОННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СЕМЕЙСТВА ГЛУТАТИОН-ТРАНСФЕРАЗ

Иванова Л.А., Гарас Н.Н., Кухта О.Я.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Гипервосприимчивость бронхов (ГВБ) и воспаление дыхательных путей - ключевые патофизиологические особенности бронхиальной астмы (БА). Гиперчувствительность и гиперреактивность бронхов – кардинальные критерии, определяющие ГВБ. Предполагается, что в основе ГВБ лежит хроническое воспаление дыхательных путей, которое часто носит эозинофильный характер, а также повреждение бронхолегочной системы ксенобиотиками, что приводит к длительному бронхоспазму. Система второй фазы биотрансформации ксенобиотиков представлена генным семейством глутатион-трансфераз (*GSTT1* и

GSTM1). Под влиянием этих ферментов ксенобиотики и эндотоксины превращаются в водорастворимые нетоксические продукты, которые выводятся из организма с участием ферментов третьей фазы детоксикации. Эта генетически запрограммированная система делает уникальными адаптационные способности каждого человека, его устойчивость к повреждающим факторам внешней среды. Гены, контролирующие синтез этих ферментов, характеризуются значительным популяционным полиморфизмом, который нередко сопровождается появлением функционально неполноценных аллелей, наличие которых может предрасполагать к БА.

Целью исследования было изучение диагностической ценности индекса бронхоспазма в выявлении делеций генов второй фазы биотрансформации ксенобиотиков у детей, страдающих эозинофильной бронхиальной астмой.

На базе областной детской клинической больницы (Черновцы, Украина) в пульмоаллергологическом отделении, обследовано 32 пациента, страдающих эозинофильной БА. Пациентам проведено генотипирование *GSTM1* и *GSTT1*, в зависимости от наличия или отсутствия делеций генов *GSTT1* и *GSTM1*, первую составили 14 школьников без полиморфизма указанных генов, вторую – 18 детей с наличием делеций в какой либо аллели определенного гена. В постприступном периоде пациентам проводили тест с дозированной физической нагрузкой (бег). Бронхиальную реактивность на дозированную физическую нагрузку определяли при помощи индекса бронхоспазма (ИБС, %). Эозинофильный тип воспаления дыхательных путей диагностировали при относительном содержании в цитограмме клеточного осадка индуцированной мокроты 3% и более эозинофильных лейкоцитов. Результаты анализировали методом биостатистики с использованием принципов клинической эпидемиологии.

Индекс бронхоспазма оказался несколько выше у детей с делеционным полиморфизмом генов *GSTT1* и *GSTM1*, чем у представителей I клинической группы ($7,9 \pm 3,2\%$ и $11,4 \pm 3,7\%$ соответственно, $P < 0,05$). Также у детей с делецией в исследуемых генах чаще определялись более выраженные показатели теста. Так, ИБС более 25% при генотипе

MI+T1del; M1delT1+; M1delT1del выявляли у 16,7% пациентов, а в группе *MI+T1+* - в 7,1% случаев ($P < 0,05$). Диагностическая ценность теста характеризовалась достаточно высокой специфичностью теста – 83,3% (95% ДИ 58,6-96,4) и низкой чувствительностью – 7,1% (95% ДИ 0,2-33,9).

Таким образом, полученные данные дают основание предполагать, что повышение лабильности бронхов при воздействии непрямых стимулов (бег) у школьников, страдающих эозинофильным фенотипом БА, связано с изменением скорости метаболизма ксенобиотиков, куммуляцией продуктов детоксикации в слизистой оболочке бронхов с развитием в них эозинофильного воспаления. В тоже время, использование индекса бронхоспазма у детей, страдающих эозинофильной бронхиальной астмой, в выявлении делеций генов второй фазы биотрансформации ксенобиотиков оказался низкочувствительным тестом.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Иванова Л.А., Горенко Н.Б.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Тяжелые бактериальные инфекции и бактериальный сепсис у детей остаются одной из самых актуальных проблем современной педиатрии. Высокий уровень летальности и неуклонная тенденция к росту заболеваемости достаточно часто обусловлены отсроченной постановкой диагноза и соответственно поздним назначением лечения. В последнее десятилетие в качестве биомаркера для диагностики сепсиса широко применяется С-реактивный белок (СРБ) и другие белки острой фазы воспаления [2,4]. Многочисленные литературные источники свидетельствуют о том, что повышение концентрации СРБ в сыворотке крови более 10 мг/л свидетельствует о развитии у новорожденного пневмонии, сепсиса или бактериальной кишечной инфекции

[1,5]. Определение уровня С-реактивного белка используется для ранней диагностики неонатальной септицемии, чувствительность этого показателя составляет от 47% до 100%, специфичность - от 86% до 97% [3]. В то же время вопросы ранней диагностики гнойно-септических заболеваний у детей грудного возраста нельзя считать до конца решенными.

Учитывая изложенное выше целью нашего исследования было изучить диагностическую и прогностическую ценность клинико-параклинических показателей у детей грудного возраста для оптимизации диагностики и лечения генерализованных гнойно-септических заболеваний.

На базе инфекционного отделения для детей 1-го года жизни областной детской больницы (г.Черновцы) обследовано 48 пациентов грудного возраста, находящихся на стационарном лечении. Всем детям проведено комплексное клинико-параклинические обследования, включавшего кроме общепринятых методов, иммунологические тесты I-II уровней, определения содержания белков острой фазы воспаления. Первую клиническую группу сформировали 19 детей, лечившихся по поводу генерализованных инфекционно-воспалительных заболеваний. В группу сравнения вошли 29 детей, которые находились на стационарном лечении по поводу различной соматической патологии (анемия, энергетически белковая недостаточность, рахит и т.д.). По полу, возрасту, длительности заболевания группы сравнения были сопоставимы.

При определении диагностической ценности показателей лейкоцитоза периферической крови более 10,5 г / л и палочкоядерных и более молодых форм нейтрофилов крови в лейкограмме более 12% в подтверждении сепсиса у детей грудного возраста установлено, что чувствительность приведенных параклинических показателей составила соответственно 35,1% и 42,1%, специфичность в обоих случаях достигала 93,1%, предполагаемая ценность положительного результата - 75 и 80%, а отрицательного - 67 и 71% соответственно. Соотношение шансов наличия сепсиса составило соответственно 6,23 и 9,8 (95% ДИ 1,1-5,0 и 1,8-53,7; $\chi^2 = 9,7$ и $19,2$; $p < 0,01$).

Показатели диагностической ценности содержания иммуноглобулина G более 10 г/л в сыворотке крови, подтверждающих бактериальную инфекцию, были следующими: чувствительность теста - 21,4%, специфичность - 91,6%, предполагаемая ценность положительного результата - 60,0%, негативного - 66,7%. Показатели риска наличия сепсиса при указанном содержании в сыворотке крови иммуноглобулина G оказались следующими - атрибутивный риск -26,7%, соотношение шансов - 3,0 (95% ДИ 0,4-2,7; $\chi^2 = 2,5$; $p > 0,05$).

Низкая специфичность присуща результатам спонтанного НСТ-теста нейтрофилов крови в подтверждении генерализованной бактериальной инфекции, что объясняется наличием в 44,4% случаев ложноположительных результатов, а ложноотрицательные результаты теста регистрировались у каждого второго ребенка, что указывало на умеренную чувствительность этого показателя.

При изучении диагностической ценности показателей С-реактивного белка больше 10 мг / л и ферритина больше 54 нг / мл в подтверждении сепсиса у детей грудного возраста установлено, что чувствительность приведенных параклинических показателей составила соответственно 72,2% и 80,0%, специфичность - 64,2% и 75,0%, предсказуемая ценность положительного результата - 56, % и 50,0%, а отрицательного - 78,2% и 85,7% соответственно.

Соотношение шансов наличия сепсиса при содержании СРБ >10 мг/мл и ферритина >54,0 нг/мл в сыворотке крови больных грудного возраста равно соответственно 4,7 и 12,0 при 95% доверительном интервале (ДИ 1,3-17,1 и 0,2-181,0; $\chi^2 = 10,9$ и 10,0), что доказывало статистическую вероятность указанных параклинических изменений.

Таким образом изученные нами клинико-параклинические показатели, в том числе и уровень С-реактивного белка, у детей грудного возраста не могут использоваться самостоятельно для верификации сепсиса, так как ни один из тестов не имеет достаточной специфичности и чувствительности.

Исходя из полученных данных для выявления сепсиса у детей грудного возраста нами предложено использование диагностической пары

клинико-параклинических показателей: результаты спонтанного варианта НСТ-теста нейтрофилов крови, превышающих 17% формазан-положительных клеток, и содержание С-реактивного протеина сыворотки 10 мг/мл и более. Показатели диагностической ценности предложенного комплекса исследований таковы: специфичность 64,0%, чувствительность - 92,0%, предполагаемая ценность положительного результата - 75%, отрицательного - 88,0%. Атрибутивный риск наличия септического процесса у детей грудного возраста при указанных показателях составил 62,0%, относительный риск - 5,7, а соотношение шансов 21,0.

Предложенный нами комплексный диагностический подход в выявлении генерализованных гнойно-септических заболеваний у детей первого года жизни позволяет своевременно выделить таких пациентов и решать проблему своевременной и рациональной антибактериальной терапии, поскольку при таких результатах обследования статистический риск наличия сепсиса у детей является достаточно высоким и вероятным.

Выводы.

1. Для диагностики сепсиса у детей грудного возраста следует использовать комплексный подход, так как ни одному из отдельно взятых клинико-параклинических показателей не присущи одновременно высокие показатели диагностической ценности и возможного риска наличия у пациентов генерализованного гнойно-септического заболевания.
2. С целью выявления сепсиса у детей грудного возраста рекомендуется использовать диагностический комплекс параклинических показателей: содержание 17,0% и более формазан-положительных нейтрофилов в спонтанном НСТ-тесте в сочетании с показателем содержания С-реактивного белка сыворотки крови 10,0 мг и более.

Литература

1. Безруков Л.О., Колоскова О.К. Диагностическое значение результатов клинико-иммунологического обследования для верификации ранней неонатальной инфекции /Л.А. Безруков, Е.К. Колоскова // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии.- 2013.- Т.4.-№3.- С.5-11.
2. Добрнський Д.О. Современные подходы к лечению, диагностике сепсиса у новорожденных /Д.О. Добрянский // Неонатология, хирургия и перинатальная медицина.- 2013.- Т.III.- №4 (10).-С.106-116.

3. Костюк О.Е., Шунько, Ю.Ю. Краснова Ранний неонатальный сепсис. Основные направления диагностики и лечения // О.Е. Костюк, С.С. Шунько, Ю.Ю. Краснова // Неонатология, хирургия и перинатальная медицина.- 2013.- Т.IV.-№3 (10).-С.106-116.
4. Chiesa C. C reactive protein and procalcitonin: reference intervals for preterm and term newborns during the early neonatal period / C. Chiesa, F. Natale,R. Pascone [et al.] // Clin Chim Acta.- 2011 Vol.412.- №11-12. – P.1053-1059.
5. Ganatra H.A. International perspective on early-onset neonatal sepsis / H.A. Ganatra, B.J. Stoll, A.K.M. Zaidi // Clin.Perinatol. – 2010. – V.37. – P. 501-523.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ДВИГАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА

Ковалева Е.Н, Михайлова Л.Н.

Северодвинский дом ребенка, Северодвинск, Россия

Заболевания двигательной системы являются актуальной проблемой детского возраста. В нашем специализированном доме ребенка находятся дети с рождения до 4-х лет. Это период наиболее интенсивных изменений, бурного роста, первых проявлений формирования личности, период физиологических перекрестов. Диапазон двигательных нарушений у наших детей очень широк: от легкой задержки психомоторного развития до серьезных расстройств функций опорно-двигательного аппарата, приводящих к инвалидности уже с детства.

В структуре заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности в Северодвинском доме ребенка в 2015 году 1 место заняли болезни нервной системы. На втором месте находятся врожденные аномалии развития. В структуре ведущих нарушений функций организма ребенка на первом месте находятся нарушения двигательных функций (55,5%). Их доля выросла на 20%. , учитывается лишь один, наиболее ведущий вид нарушений (как самый тяжелый, требующий большего объема реабилитационных мероприятий).

Одной из самых важных задач персонала дома ребенка является медицинская реабилитация. В Доме ребенка традиционно в полной мере используются все принципы реабилитации: этапность (дети

переводятся из Детской больницы), раннее начало (с момента поступления ребенка), преемственность, комплексность, непрерывность и последовательность, регулярность, индивидуальный подход, коллегиальность, контроль и анализ полученных результатов. Каждый блок реабилитационного процесса имеет оснащенную всем необходимым материально-техническую базу, подготовленные кадры. Четко и грамотно организована работа специалистов с учетом охвата всех детей Дома ребенка в реабилитационном процессе.

В зависимости от тяжести патологии и возраста ребенка медицинская реабилитация включает следующие мероприятия: медикаментозную терапию, физиотерапевтическое лечение, массаж (классический, сегментарный, точечный, аппаратный и др), лечебную физкультуру, кондуктивную терапию (притчи, сухой бассейн, батут), гидропроцедуры, ортопедическую коррекцию. Неотъемлемой частью реабилитации в процессе развития локомоторных функций у детей Дома ребенка является использование вспомогательных средств. Для предупреждения контрактур и деформаций, для фиксации суставов используются специальные приспособления – ортезы. Важным критерием является правильный подбор ортеза. Ортезы изготавливаются индивидуально в ортопедической мастерской с учетом анатомических особенностей ребенка и патологии. Для устранения различных ортопедических нарушений (врожденных вывихов бедер, дисплазий т/б суставов) применяем Шину Виленского. Ношение шины необходимо для сохранения отведенного положения тазобедренных суставов. Она позволяет ребенку двигаться, поддерживать мышечный тонус и развиваться по возрасту. Для коррекции нарушений стопы детям назначают ортопедическую обувь и стельки, которые способствуют исправлению начальных нестойких деформаций, предупреждают прогрессирование, создают опору при стоянии и ходьбе.

Для предотвращения длительного пребывания ребенка в патологических позах и регуляции мышечного тонуса применяется: ортопедическая подушка «Селби». Средством фиксации шейного отдела позвоночника является – воротник Шанца, который применяется

при врожденной кривошее и в восстановительном периоде после травмы шейного отдела позвоночника. Для придания поз, способствующих расслаблению спастически напряженных мышц и облегчающие выполнение необходимых движений используется комплекс укладок и валиков. Для тренировки навыка стояния, выработки устойчивости и равномерной опоры на ноги используем вертикализатор «Мишутка». Вертикальное положение улучшает развитие костной структуры и дает возможность для познавательного восприятия предметов. Приспособление для сидения «Лева-2» обеспечивает правильную поддержку с самого маленького возраста, развивает баланс и равновесие. Система «Ирли» предназначена для детей с ограниченными возможностями, которым нужна дополнительная поддержка в пяти ключевых положениях: на животе, сидя, на спине, на четвереньках, на боку. Эти положения формируют базу для психомоторного развития ребенка, поддерживают позу и переход из одного положения в другое, уменьшают гиперкинезы, снижают влияние патологических рефлексов на активность ребенка во время занятий и игры, предотвращают развитие контрактур конечностей.

У детей с ДЦП используем ортопедические функциональные кресла «Свинглиз» и «Тумбле»: ребенок получает возможность находиться в правильном симметричном положении, без лишнего мышечного напряжения, что снижает болевой синдром. Обеспечивается поддержка для таза, корпуса, головы и ног, что создает оптимальные условия для профилактики формирования вторичных нарушений у детей. Специальный нейро-ортопедический комбинезон "Фаэтон" делает реабилитацию детей с ДЦП более прогрессивной и эффективной. Предназначен для восстановления или компенсации нарушенных двигательных функций, способствует улучшению координации движений, навыков передвижения, восстановлению речи.

Вспомогательные средства позиционной терапии назначает врач –невролог, ортопед, педиатр. Кратность использования вспомогательных средств за последние 3 года увеличилась в 1,7 раза. Наиболее часто используются: ортопедические подушки – 23%, ортопедические стельки – 17% и воротник Шанца – 12%. 37,4% приходится

на использование нового позиционного оборудования: напольное кресло «Тумбле», «Свинглз», комплекс «Ирли активити». Это обусловлено не только структурой патологии, но и наличием количества вспомогательных средств. Опыт показал, что кресла «Тумбле», «Свинглз», комплекс «Ирли активити», очень удобны: для кормления детей, проведения обучающих занятий, выполнения процедур. Помимо поддержки и фиксации они очень комфортны, выпускаются в разных размерах, которые охватывают все возрастные группы: от детей младшего возраста до старшего и являются хорошими помощниками для персонала.

Для детей с двигательными нарушениями ведется мониторинг двигательных возможностей и приобретенных двигательных навыков по 5-бальной системе, проводится оценка эффективности реабилитации, ведется журнал учета ортопедической коррекции. Эффективность использования вспомогательных средств оценивается в комплексе с медико-педагогической и социальной реабилитацией. За 2015г. в Доме ребенка прошли реабилитационное лечение 27 детей-инвалидов, из них 9 человек в течение года выбыли, получив полный курс реабилитации в соответствии с индивидуальной программой. Положительная динамика разной степени с учетом реабилитационного потенциала ребенка отмечается практически у всех детей-инвалидов. Высокий уровень эффективности у 14,8%, средний у 55,6% детей, низкий уровень эффективности реабилитации у 8 детей (29,6%). Низкий уровень эффективности реабилитации отмечен у детей из-за тяжести состояния здоровья и крайне низкого реабилитационного потенциала.

Вспомогательные средства реабилитации помогают научиться детям с двигательными нарушениями осознавать свое тело, его границы, внутренние и внешние ощущения, воспринимать происходящие вокруг события, двигаться, обучаться и играть. Как бы не было трудно принять сам факт болезни и инвалидности ребенка, важно обеспечить правильный уход и развитие малыша, настолько, насколько позволяет его состояние, диагноз и симптоматика.

Литература

1. Гросс Н.А. Современные комплексные методики физической реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата // Советский спорт. – 2005. - №2.
2. Дегтярева В.Г.Синицкий А.А. Медицинская реабилитация детей до 7 лет с поражением центральной нервной системы. Новосибирск, 2014 г.
3. Ефремова С.А. Равные возможности: эффективные практики работы с детьми: информационно-методический сборник. Москва, 2014г. Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.
4. Плаксина Л. И. Сековец Л. С. Коррекционно-развивающая среда в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида //М., ЗАО «Элти-Кудиц»,2003.-с.112.
5. Голова Н.Н. Вертикализатор, как средство реабилитации детей с ДЦП в ДОУ, 2016г.
6. Вспомогательные средства и приспособления ОО «Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам и молодым инвалидам» // Методическое пособие для родителей и специалистов в помощь детям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата - Минск, 2009 г.
7. Порядок обеспечения техническими и другими средствами реабилитации - индивидуальный подход к каждому инвалиду. <http://rada.cherkassy.ua>, 2014г.
8. Порядок обеспечения техническими и другими средствами реабилитации предусматривает индивидуальный подход к каждому инвалида. <http://rada.cherkassy.ua>, 2014г.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПОДРОСТКОВ

Колесникова И.А¹, Коржавина Л.Н¹, Игнатова О.А².

¹Северодвинская городская детская клиническая больница, Северодвинск,

²Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Актуальность изучения головной боли в детском возрасте обусловлена противоречивостью данных по ее распространенности в детской популяции, что связано с трудностями формулировки детьми жалоб. В связи с этим определилась цель исследования: с помощью скрининг-опроса выявить распространенность головной боли, в том числе специфические симптомы мигрени, среди старшеклассников.

С помощью скрининговой анкеты «ID-мигрень», разработанной компанией Pfiizer, проанкетировано 940 учащихся 10-11 классов школ г.Северодвинска. Статистическая обработка результатов проведена с использованием непараметрического критерия χ^2 , критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез – 0,05.

По полу учащиеся распределились следующим образом: 573 (60,9%) девочек, 367 (39%) мальчиков. Возрастной состав респондентов: 15-16 лет – 378 (40,2%), 16-17 лет - 501 (53,3%), 17-18 лет – 61 (6,5%) человек.

В ходе анкетирования получено 356 (37,9%) положительных ответов на вопросы анкеты, подтверждающие наличие головной боли, которые достоверно чаще встречались у девочек – 266 (46,4%), чем у мальчиков – 90 (24,5%) ($p < 0,001$). При этом 250 (26,6%) опрошенных дали один положительный ответ, из них 181 (31,6%) девочек и 69 (18,8%) мальчиков ($p < 0,001$). 106 (11,3%) старшеклассников отметили сочетание головной боли с тошнотой и рвотой, непереносимостью света и звука, нарушением общего самочувствия, такие состояния достоверно чаще встречались у девочек - 85 (14,8%) в сравнении с мальчиками - 21 (5,7%) ($p < 0,001$). Эта группа школьников также отметила, что головная боль нарушала их работоспособность, учебу или повседневные дела как минимум на 1 день. Таким образом, результаты анкетирования позволяют предположить наличие мигрени у 11,3% опрошенных старшеклассников. Достоверных отличий при сравнении результатов анкетирования в различных возрастных группах не выявлено.

Нами также не установлено существенных различий по частоте встречаемости головной боли, в том числе подозрительной на мигрень, у учащихся обычных школ и школ с повышенной учебной нагрузкой (гимназии, лицеи, школы с углубленным изучением предметов гуманитарного профиля).

Таким образом, скрининг-анкетирование позволяет установить распространенность головной боли в популяции детей и подростков, определить круг пациентов, нуждающихся в дополнительном обследовании и наблюдении.

Полученные результаты свидетельствуют о гендерных различиях в распространенности головной боли с преобладанием девочек. У 11,3% учащихся выявлены симптомы мигрени, что требует дополнительных методов обследования и динамического наблюдения.

Результаты проведенного анкетирования не установили влияния повышенных учебных нагрузок на формирование специфических симптомов мигрени у учащихся лицеев и гимназий, что, по нашему мнению, косвенно указывает на наследственную природу заболевания и подтверждает высокие адаптационные возможности детского организма.

Следует отметить, что проведенное исследование помогло обратить внимание подростков на проблему головной боли, что в дальнейшем может облегчить врачам-педиатрам диагностический процесс.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ КИФОЗАМИ

Коноплич О.Н.

Архангельская городская детская поликлиника,

Городской центр детской вертебродологии, Архангельск, Россия

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельская городская детская поликлиника» (ГБУЗ АО «АГДП») является самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением, которое оказывает помощь детям Октябрьского округа с 0 до 18 лет. Городской центр детской вертебродологии является структурным подразделением ГБУЗ АО «Архангельская городская детская поликлиника», осуществляет прием и реабилитацию детей с патологией позвоночника из районов города и Архангельской области.

Для лечения детей с заболеваниями позвоночника в отделении имеются следующие медицинские подразделения и кабинеты: кабинеты врачей-специалистов (врача-ортопеда, врача ЛФК, врача-физиотерапевта), кабинет массажа, кабинет физиотерапевтический, зал ЛФК. Лечение патологии позвоночника комплексное и проводится детям как в ГЦДВ, так и по месту жительства.

В ГЦДВ разработаны программы реабилитации детей с различной патологией позвоночника в зависимости от заболевания, тяжести патологии, возраста, включающей в себя лечебную физкультуру, лечебный массаж, физиотерапевтические процедуры. Каждому ребенку, посетившему приемы специалистов, выдается консультативный лист с

рекомендациями по индивидуальному лечению, как в Городском центре детской вертебрологии, так и в поликлиниках по месту жительства. На последующих приемах проводится оценка эффективности проведенного лечения, и планируются повторные курсы в зависимости от полученных результатов. В ГЦДВ разработана эффективная методика лечения детей с патологическими кифозами (в т.ч. с остеохондропатией апофизов тел позвонков).

Остеохондропатия апофизов тел позвонков (дорзальный юношеский кифоз) - это прогрессирующая деформирующая дорсопатия, возникающая в период роста организма. При этом заболевании патологический кифотический изгиб в грудном отделе позвоночника составляет 45-75 градусов. Деформация позвоночника обусловлена формированием клиновидной формы у 3 или более грудных позвонков и формированием гиперкифоза.

Несмотря на значительные успехи в разработке теоретических и практических аспектов применения ЛФК (Каптелин А.Ф., 1969; Коган О.Г., 1998; Ловейко И.Ф. и др., 1998; Епифанов В.А., 2009; Adler S., 2000), физиотерапии (Агаджанян В.Б. др., 1998), лазеротерапии (Кусельман А.И. и др., 2002, Корепанов В.И., 1996), мануальной терапии (Нордемар Р., 1991, Иваничев Г.А., 1998), средств ортопедической коррекции (Чаклин В.Д., Абельмасова Е.А., 1999; Хрущев Н.В., 1997) при остеохондропатических кифозах, в целом проблема медицинской реабилитации детей и подростков с болезнью Шойерманна-Мау в настоящее время остается актуальной.

Основные задачи комплексного лечения болезни Шойерманн – Мау, включающие в себя ЛФК, лечебный массаж, физиотерапевтическое лечение являются: купирование болевого синдрома; улучшение кровообращения, трофики, регенерации костной ткани; уменьшение кифотической деформации; восстановление физиологической подвижности позвоночника; профилактика осложнений.

Задачами ЛФК при остеохондропатии апофизов тел позвонков являются: уменьшение грудного гиперкифоза; развитие и постепенное увеличение силовой выносливости мышц туловища; стимуляция про-

цессов регенерации и активизация трофических процессов позвоночника; профилактика остеохондроза; восстановление нормальной подвижности позвоночника (профилактика фиксации кифоза); формирование навыка правильной осанки; повышение общей и физической работоспособности и нормализация функциональных возможностей кардиореспираторной системы.

В процессе практической деятельности мною проводилось исследование среди детей с остеохондропатией апофизов тел позвонков. Цель исследования: разработка и внедрение в практику новой методики проведения занятий ЛФК и целесообразность применения дополнительных предметов и снарядов для увеличения эффективности занятий ЛФК у детей с патологическими кифозами.

В исследовании принимали участие 2 группы детей по 8 человек, девочки и мальчики в возрасте с 13 до 17 лет: группа №1 (контрольная группа) и группа №2 (экспериментальная группа). Курс лечения составлял 3 месяца, 3 раза в неделю, всего- 36 занятий. Мною был разработан и опробован комплекс лечебной гимнастики с использованием дополнительных снарядов и предметов: утяжелители для рук и ног, резиновые бинты, тренажёр для брюшного пресса, массажные валики, гимнастические палки.

Стоит отметить, что занятия ЛФК в группе №1 (контрольная группа) проводились по обычной методике с использованием гимнастических палок и утяжелителей для рук и ног, а в группе №2 (экспериментальная группа) в ходе занятия дополнительно использовались утяжелители для рук и ног, резиновые бинты, тренажёр для брюшного пресса, гимнастические палки. Утяжелители применялись разного веса. Для всех детей с остеохондропатией апофизов тел позвонков были разработаны совместно с врачом ЛФК и врачом – ортопедом ГЦДВ позы коррекции: реклинация с помощью массажных валиков.

Для определения эффективности ЛФК в начале исследования, в процессе и при его завершении дети осматривались врачом – ортопедом ГЦДВ и врачом ЛФК для оценки объективных данных (степени кифоза, асимметрии осанки, состояния грудных мышц).

Суть предлагаемой мной методики состоит в том, чтобы убедиться в продуктивности применения дополнительных снарядов и предметов.

Так, в начале и в конце курса лечения, проводятся функциональные пробы: силовая выносливость мышц спины, силовая выносливость мышц живота, спирометрия, проба Стибора и проба Отто (врачом ЛФК) для оценки эффективности занятий ЛФК. Также отмечаются результаты антропометрии и динамометрии.

В группе № 1 силовая выносливость мышц спины и силовая выносливость мышц живота возросли у 5 человек (62,5%), остались без изменений у 3 человек (37,5%). Спирометрия возросла у 7 человек (87,5%), осталась без изменений у 1 человека (12,5%). Проба Стибора: в начале исследования ограничение подвижности позвоночника в грудном и поясничном отделах 1 степени - было у 6 человек, 2 степени - у 2 человек. В конце исследования ограничение подвижности позвоночника в грудном и поясничном отделах 1 степени - у 4 человек, 2 степени - у 1 человека. Проба Отто: в начале исследования ограничение подвижности позвоночника в грудном отделе 1 степени - было у 7 человек, 2 степени - у 1 человека. В конце исследования ограничение подвижности позвоночника в грудном отделе 1 степени - у 4 человек, 2 степени - у 1 человека (фиксация кифоза). В конце исследования проба Стибора и проба Отто соответствовали возрастной норме у 3 человек (37,5%).

В группе № 2 силовая выносливость мышц спины возросла у 7 человек (87,5%), что на 25% больше чем в контрольной группе №1. Без изменения силовая выносливость мышц спины осталась у 1 человека (12,5%). Силовая выносливость мышц живота возросла у 6 человек (75%), что на 12,5% больше, чем в группе № 1. Спирометрия возросла у 8 человек (100%), что на 12,5% больше, чем в группе № 1. Проба Стибора: в начале исследования ограничение подвижности позвоночника в грудном и поясничном отделах 1 степени - было у 7 человек, 2 степени - у 1 человека. В конце исследования ограничение подвижности позвоночника в грудном и поясничном отделах 1 степени - у 3 человек. Проба Отто: в начале исследования ограничение подвижности позвоночника в грудном отделе 1 степени - было у 7

человек , 2 степени - у 1человека. В конце исследования ограничение подвижности позвоночника в грудном отделе 1 степени - у 3человек. В конце исследования проба Стибора и проба Отто соответствовали возрастной норме у 5 человек (62,5%), что на 25% больше, чем в группе № 1.

Стоит отметить, что применение дополнительных предметов и снарядов в занятиях ЛФК у детей с патологическими кифозами повышает эффективность реабилитационных мероприятий на 25 %. На основании проведенного исследования составлена методика лечения детей с патологическими кифозами, которая успешно применяется в ГЦДВ в настоящее время.

Таким образом, в результате практического применения предлагаемой мной методики у детей заметно улучшается осанка, уменьшается грудной кифоз, возрастает силовая выносливость мышц спины и силовая выносливость мышц живота, спирометрия. Уменьшается ограничение подвижности позвоночника в грудном и поясничном отделах. В конце курса лечения ЛФК проба Стибора и проба Отто соответствуют возрастной норме в 62,5% случаев.

Комплексное лечение пациентов с остеохондропатией апофизов тел позвонков (болезнь Шойерманн – Мау), проводимое строго индивидуально, с учетом стадии заболевания, позволило получить у абсолютного числа детей и подростков положительную динамику, уменьшить сроки лечения, снизить количество осложнений (тяжелые остеохондрозы позвоночника) данного заболевания.

Литература

1. В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника/ М.:МЕДпресс-информ,2008г.-384с.
2. А.Ф. Каптелин. Восстановительное лечение при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата. – Из-во «Медицина» Москва 2013г.
3. М. Ингерлейб. Анатомия физических упражнений. Ростов-на-Дону «Феникс» 2009г.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Коробицына О.Н.

Архангельская городская детская поликлиника, Архангельск, Россия

По приказу Министерства здравоохранения РФ № 1346н от 21 декабря 2012 года проводятся профилактические осмотры детей в установленные возрастные периоды. Цель нового порядка прохождения профилактических осмотров несовершеннолетними – изменение подхода к профилактике и лечению заболеваний, своевременное выявление «патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития». А диагностика на ранней стадии болезни важна для эффективного лечения или оздоровления.

Объем проводимого исследования зависит от возраста:

Возраст	Специалисты	Исследования
4 года	Педиатр Детский хирург	Общий анализ крови Общий анализ мочи
5 лет	Педиатр Детский хирург	Общий анализ крови Общий анализ мочи
6 лет	Педиатр Невролог Офтальмолог Детский стоматолог	Общий анализ крови Общий анализ мочи Исследование уровня глюкозы в крови
7 лет	Педиатр Невролог Детский хирург Детский стоматолог Травматолог-ортопед Офтальмолог Оториноларинголог Психиатр детский Акушер-гинеколог Детский уролог-андролог	Общий анализ крови Общий анализ мочи Исследование уровня глюкозы в крови Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы и органов репродуктивной сферы Электрокардиография

Необходимым предварительным условием для профилактического осмотра является информированное добровольное письменное согласие родителей на основе ФЗ от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Предварительно средними

медицинскими работниками в дошкольных учреждениях проводится скрининговое обследование (антропометрия, плантография, динамометрия, определение остроты зрения), заполняется учетная форма №030-ПО/у-12, данные заносятся так же в форму 112/у.

В поликлинике в начале года составляется план-график для проведения лабораторных, инструментальных исследований и осмотра специалистами детей всех дошкольных учреждений и школ Октябрьского округа. Информация о датах проведения исследования доводится до администрации детских учреждений. Большая подготовительная работа ведется совместно с педагогами. Организуются родительские собрания, где до сведения родителей доводится информация об объеме и сроках исследования. Педагоги и медработники индивидуально приглашают по телефону детей, не посещающих детский комбинат (в отпуске, на домашнем режиме).

Для забора анализа крови у детей четырех и пяти лет организован выезд лаборанта в детские сады по утвержденному графику, по 30 человек в день. Мочу для проведения анализа родители относят сами в детскую поликлинику. Хирург осматривает детей в условиях детского учреждения. Детям в возрасте шести и семи лет в поликлинике проводятся лабораторное и УЗИ-обследования, ЭКГ, осмотры стоматологом и гинекологом согласно графика в сопровождении родителей. Остальные специалисты проводят осмотры в детских учреждениях по плану.

По результатам профилактического осмотра определяется уровень физического развития, группа здоровья и физкультурная группа, в которой может заниматься ребенок. При необходимости дополнительного исследования и консультации родителям выдаются направления к специалистам.

Заключение. Новый порядок проведения профилактического осмотра повышает ответственность родителей за здоровье ребенка. Благодаря совместным усилиям медработников, педагогов и родителей 100% детей в возрасте семи лет охвачены профилактическими осмотрами.

НОМА: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Корякова М.Е., Андреева А.В.

**Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия**

Окончив с отличием Архангельский медицинский институт по специальности «лечебное дело» в 1942 г., Мария Владимировна Пиккель 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. У многих детей, помещенных в изолятор, была нома - «водяной рак», что предвещало неминуемую гибель ребенка, истинной причиной чего был неуправляемый распад воспаленных тканей под влиянием гнилостных бактерий при полном отсутствии защиты организма больного. Болезнь начиналась с появления на коже или слизистой оболочке синевато-красного пузырька, превращающегося затем в пятно темно-синего цвета. Во время болезни рот больных представлял страшную гноющую зловонную рану на истощенном до крайности лице. Уже на 3—5-й день гангренозный процесс распространялся по протяжению и в глубину, в результате разрушались и отпадали значительные участки тканей лица, альвеолярных отростков челюстей. Больной находился в тяжелом состоянии, температура тела держалась в пределах 39—40° [3]. Профессор Ю.В. Макаров поручил лечить таких пациентов М.В. Пиккель. Она начала лечить их переливанием крови и, только что появившимся, сульфидином. Это лечение оказалось эффективным, но у многих детей челюстные кости были разрушены, требовались пластические операции. Для этого М.В. Пиккель связалась с военным госпиталем, где был квалифицированный стоматолог, который выполнил операции на челюстях и осуществил костную пластику[1].

Актуально ли сейчас говорить о таком редко встречающемся заболевании? Конечно, т.к. основными факторами риска являются социально-бытовые условия, а в условиях социально-экономического кризиса мы не можем с уверенностью говорить о том, что те страшные мо-

менты нашей истории не повторятся вновь. В н.вр. в мире насчитывается более 770 тысяч детей, имеющих последствия номы в виде дефектов и деформаций в челюстно-лицевой области. В н.вр. большинство авторов склоняются в пользу фузоспирохитозного симбиоза как основного возбудителя развития номы. Водяным раком болеют преимущественно дети в возрасте 2-3 лет, т.е. в период прорезывания временных зубов. Начальный период развития заболевания характеризуется ограниченным поражением тканей зубочелюстной системы: гибель пульпы, язвенно-некротический гингивит и остеомиелит. В клинически выраженный период развивается обширный гнилостно-некротический некроз мягких тканей челюстно-лицевой области и остеомиелит костей лицевого скелета. Поздний период характеризуется осложнениями номы.

Лечение больных номой проводится в три этапа. На первом этапе проводят комплекс мероприятий, включающий хирургическое лечение, антибиотикотерапии широкого спектра действия, пластические операции с целью закрытия и восстановления дефектов и психологическая реабилитация больного. Местная терапия со стороны полости рта позволяет приостановить распространение номы. У некоторых детей после удаления зубов из очага поражения врач обнаруживает зачатки постоянных зубов. В этом случае не рекомендуется их удаление. Одновременно необходимо проводить физиотерапию в области номатозного очага: кварцевое облучение, УВЧ-терапию, облучение эритемными дозами ультрафиолетовых лучей, диатермию, ионогальванизацию с калия йодидом и др[2].

Литература

1. 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.
2. Хирургическая стоматология : учебник / [Афанасьев В. В. и др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 880 с. : цв. ил.
3. <http://www.medical-enc.ru/13/noma.shtml>

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО ПОРОКА СЕРДЦА:
АНОМАЛЬНОЕ ОТХОЖДЕНИЕ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ОТ
СТВОЛА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

Крайнова И.Н.

**Архангельская областная детская клиническая больница им.П.Г.
Выжлецова,**

**Институт медико-биологических исследований Северного (Арктического)
федерального университета имени М.В. Ломоносова, Архангельск, Россия**

Данный ВПС составляет 0,22% среди всех ВПС. После рождения заболевание в большинстве случаев приводит к ранней ишемии и инфаркту миокарда, и заканчивается смертью 90% детей на 1 году жизни. Оперативное лечение показано в максимально ранние сроки.

Цель: демонстрация редкой формы врождённого порока сердца (ВПС): аномальное отхождение левой коронарной артерии от ствола легочной артерии.

Материалы: анализ формы 112/у, течения заболевания, клинических и инструментальных данных.

Результаты: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне внутриутробной гипоксии плода в 36 недель, маловодия, герпетической инфекции. Роды 1, срочные. Состояние при рождении: масса - 3660гр, рост - 56 см, окружность головы – 36 см, груди – 35 см, оценка по шкале Апгар 7\8 баллов. Выписан из роддома с диагнозом: период новорожденности. Согласно форме 112/у – развивался соответственно возрасту. Наследственность – у прабабушки (по линии матери) умерли 5 детей из 7 на первом году жизни.

В возрасте 6 месяцев проведена плановая Эхо-КГ, на которой выявлено - выраженное увеличение левого желудочка – конечно-диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) 54мм, конечно-систолический размер ЛЖ 45мм, и снижение сократительной способности ЛЖ – фракция выброса 40% (Teichholz). Левую коронарную артерию визуализировать не удалось. Заключение - дилатационная кардиомиопатия (?), АОЛКА (?). При осмотре кардиологом – состояние тяжелое. Ребенок вялый, выраженная бледность кожных покровов. Обращает на

себя внимание деформация грудной клетки – сформировавшийся сердечный горб. Дыхание шумное, ЧД 62 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 160 в минуту, систолический шум на верхушке сердца. Печень (+2+2,5 см). ЭКГ – ритм синусовый с ЧСС 155 в мин. Признаки гипертрофии ЛЖ. Регистрируются Q V3-V6, aVL – нельзя исключить очаговые (фиброзные?) изменения.

Рентгенограмма органов грудной клетки: тень сердца расширена за счет правых камер. КТИ – 74%. Ребенок был направлен в ФГБУ для уточнения диагноза и решение вопроса об оперативном лечении. Через месяц после выявления данного ВПС ребенок был прооперирован, выписан с диагнозом - ВПС: аномальное отхождение левой коронарной артерии от ствола легочной артерии.

Заключение: несмотря на редкость данной патологии, врачи должны быть насторожены в отношении ВПС, поскольку данное заболевание возможно было выявить в более раннем возрасте (учитывая развитие сердечного горба), тем самым улучшить прогноз для данного пациента.

СЕВЕРОДВИНСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА – КЛИНИЧЕСКАЯ БАЗА СГМУ

Кузьмина Г.К.¹, Киселева О.А.¹, Поршнева Н.А.¹, Меньшикова Л.И.²,

Макарова В.И.²

*Северодвинская городская детская клиническая больница¹, Северодвинск
Северный государственный медицинский университет², Архангельск,
Россия*

История детской больницы г. Северодвинска берет свое начало с 1 июля 1948 г., когда решением горкома КПСС и исполкома городского Совета депутатов трудящихся были объединены детская консультация и детское отделение городской больницы. Первым главным врачом больницы стала выпускница Ленинградского педиатрического медицинского института Рубинштейн С. С. - врач высшей категории, первый заслуженный врач в больнице. Ее трудом и энергией в 1957 г. появилось детское инфекционное отделение, стационар больницы вырос до 75 коек в 1959 г. В следующую пятилетку появились: в 1961 г.

– детская поликлиника (далее – Д/п) №2, в 1962 г. - детская больница обосновалась в новом 3-х этажном здании, где расположились Д/п №1, стационар на 150 коек, лаборатория, рентгенологический и физиотерапевтический кабинеты, аптека и молочная кухня, в 1963 г. – Д/п № 3, в 1964 г. – Д/п № 4 на о. Ягры.

С 1967 г. больницей руководила Арасланова И.И., в последующем – заведующая горздравотделом г. Северодвинска. Мощность коечного фонда стационара увеличилась до 380 коек, организованы педиатрическое, кардиоревматологическое, пульмонологическое отделения. Стала развиваться специализированная помощь: появились хирург, невропатолог, окулист, отоларинголог, эндокринолог, физиотерапевт.

С 1975 г. по 1984г., у «руля» детского здравоохранения стояла Миронюк Л. И. Значительным событием для города в это период стала постройка нового 4-х этажного здания специализированной Д/п №1, возведенного на средства предприятий города. Появилась возможность расширить оказание специализированной помощи детям. В этом же году Д/п №4 на о. Ягры переехала в новое оборудованное помещение.

С 1984 г. по 2016 г. детскую больницу возглавляла Заслуженный врач России Кузьмина Г.К.. Под ее руководством в 1984г. открыта Д/п №5, в 1987г. – появилось отделение восстановительного лечения. В стационаре после капитального ремонта больницы созданы специализированные отделения: анестезиологии – реанимации и хирургическое отделение (1986г.), оториноларингологическое (1992г.), травматолого – ортопедическое отделение и отделение функциональной диагностики (1993г.). В 1993г. введен в эксплуатацию новый 3-х этажный корпус больницы, в котором расположились 1 - е педиатрическое, приемное и физиотерапевтическое отделения, кабинет гипербарической оксигенации, актовый зал.

Администрации больницы удалось сохранить коллектив и в трудные 90-е годы социально-экономического кризиса в стране, не растерять накопленный опыт, приумножить достижения лечебно-диагностической помощи детям города. Впервые в области открыт 2 этап вы-

хаживания новорожденных и недоношенных детей, организовано совместное пребывание матери и ребенка. С 1995г. под руководством главной медицинской сестры, Заслуженного работника здравоохранения РФ, Титовой А. Д. больница принимала активное участие в российско-норвежском проекте «Баренц - регион» по грудному вскармливанию, внедрению сестринского процесса, профилактике внутрибольничных инфекций. В 1997 г. открыт центр телемедицины.

В 2001 г. на базе детской поликлиники №1 создано отделение медико-социальной помощи подросткам. Открыт ринологический центр, в котором впервые в Архангельской области были выполнены эндоскопические операции в полости носа и околоносовых пазух. В 2002 г. создан консультативно-диагностический центр. В 2003г. детская больница г. Северодвинска стала дипломантом региональной премии «Достояние Севера» в номинации «Социальная сфера». В больнице ведется активное переоснащение медицинским оборудованием, улучшается материально-техническая база, внедряются новые организационные и лечебно-диагностические технологии. В 2007г. в результате перепрофилирования коек значительно увеличен коечный фонд стационара дневного пребывания. Отделения больницы стали многопрофильными, большинство врачей получили сертификаты по нескольким специальностям. В 2007-2009 гг. благодаря помощи Правительства Москвы, резервного фонда Президента РФ и ОАО ПО «Севмашпредприятие» по самым высоким материально-техническим и санитарно-эпидемиологическим стандартам безопасности проведена реконструкция отделения анестезиологии – реанимации и операционного блока, произведено оснащение их современной аппаратурой. В 2009 г. на базе 1 педиатрического отделения стационара при поддержке Детского Фонда ООН ЮНИСЕФ была открыта сенсорная комната для проведения реабилитационных мероприятий детям раннего возраста. В 2011 г. в отделении анестезиологии – реанимации открыты койки реанимации новорожденных и недоношенных детей. В городе открылся первый детский Центр здоровья. В 2013 г., в канун 65-летия со дня основания, в детской больнице открыли свой музей.

В настоящее время Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Северодвинская городская детская клиническая больница» представляет собой объединение медицинских подразделений, в состав которых входит стационар на 179 коек, 4 детские поликлиники (на 635 посещений в смену), 64 койки дневного пребывания, консультативно - диагностическое отделение, клинико-диагностическая лаборатория, отделение восстановительного лечения, физиотерапевтическое отделение, центр здоровья и единственная в Архангельской области молочная кухня. На базе детской поликлиники № 1 оказывают консультативную помощь школа «Диабет», «Астма-школа», школа «Артериальной гипертензии», функционирует «Клиника, дружественная к молодежи - «Альтернатива». С 2015г. в больнице оказывается высокотехнологичная медицинская помощь по профилям «неонатология» и «урология», открыты койки реабилитации. Каждое из подразделений больницы может гордиться своими достижениями в деле сохранения здоровья детей.

За годы существования больницы почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации» удостоены 17 врачей, 11 медицинским работникам присвоено звание «Заслуженный работник здравоохранения РФ», 12 врачей и медицинских сестер награждены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения». Сотрудники ГБУЗ АО «СГДКБ» неоднократно становились лауреатами областных и Российских конкурсов профессионального мастерства «Лучший врач», «Лучшая медицинская сестра», муниципальной премии им. М.В. Ломоносова. В 2014 – 2015 гг. за организацию системы реабилитации детей с патологией зрения и нарушениями слуха офтальмологическая и сурдологическая служба детской больницы стали лауреатами и были награждены знаками качества программы «Лучшее - детям» (г. Москва), организованной при поддержке Государственной Думы Федерального Собрания и Общественной палаты Российской Федерации.

На протяжении многих лет, с момента образования в 1979г. педиатрического факультета Архангельского государственного медицинского института (АГМИ), детская больница г. Северодвинска активно

сотрудничает с его научными кадрами. Большую помощь в становлении педиатрической и специализированной помощи детям города оказали главный педиатр Архангельского областного отдела здравоохранения В.Ф. Солодовникова, профессор М.В. Пиккель, В.А. Кудрявцев, В.И. Макарова, Г.Н. Чумакова, Л.В. Титова, Л.К. Анисимова, В.А. Терновская, А.И. Гуляева, Р.А. Клепикова. Только благодаря активной инициативе и настойчивости главного детского хирурга В. А. Кудрявцева в детской больнице г. Северодвинска удалось создать специализированные отделения: хирургическое, анестезиологии - реанимации и травматолого - ортопедическое. Это стало основой для оказания urgentной помощи юным северодвинцам. При непосредственном участии и поддержке В.А. Кудрявцева в г. Северодвинске появилась хирургия новорожденных, урология, торакальная хирургия, онкология, эндоскопическая служба. С 1993г. Северодвинская детская больница стала базой для прохождения последипломного обучения клинических интернов и ординаторов кафедры пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии АГМИ. Инициаторами этого стали заведующая кафедрой, профессор, д.м.н. В.И. Макарова и доцент кафедры, к.м.н. Л.И. Меньшикова, пришедшая работать в больницу практическим врачом по совместительству. За годы сотрудничества на базе детской больницы врачами практического здравоохранения и сотрудниками университета выполнены и успешно защищены 11 кандидатских и 1 докторская диссертация.

В январе 2007 г. детской больнице присвоен статус «клиническая» - больница стала официальной клинической базой кафедры поликлинической и социальной педиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Северного государственного медицинского университета. Возглавила кафедру профессор, доктор медицинских наук Л.И. Меньшикова. Благодаря объединению стационарных и амбулаторных подразделений, современному диагностическому и материально – техническому оснащению, Северодвинская детская больница стала хорошей базой для прохождения клинической интернатуры и ординатуры по специальностям «пе-

диатрия» и «детская кардиология», а также производственной практики студентов СГМУ и медицинского колледжа г. Северодвинска. Здесь проходят выездные курсы повышения квалификации практикующих врачей и среднего медицинского персонала. В коллектив пришло много молодых врачей и медицинских сестер, большинство из которых прошли обучение на базе детской больницы. В 2015г. кафедра поликлинической и социальной педиатрии, осуществляющая последипломное образование врачей, вошла в состав кафедры пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии.

ГБУЗ АО «СГДКБ» также активно сотрудничает с научными работниками кафедр СГМУ: неонатологии, пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии, педиатрии №2, детской хирургии, инфекционных болезней, анестезиологии и реаниматологии, оториноларингологии, микробиологии и др. Сотрудники кафедр осуществляют консультативную, организационно-методическую деятельность с проведением врачебно-сестринских конференций, на базе больницы проводится научно-исследовательская работа с участием врачей практического здравоохранения. Сложные клинические и диагностические случаи консультируются профессорами и доцентами кафедр для обеспечения детей качественной лечебно-диагностической помощью.

Интеграция научного, организационно-методического потенциала университета и прикладного творческого потенциала больницы позволяет проводить работу по совершенствованию кадровых ресурсов детского здравоохранения, что способствует повышению качества оказания медицинской помощи детям и подросткам

ПРЕНАТАЛЬНОЕ ВОСПИТАНИЕ, КАК СПОСОБ СТАНОВЛЕНИЯ МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

Макарова А.А.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

В настоящее время наблюдается кризис материнского поведения. Учитывая возможность совершенствования во многих социальных ролях, материнство для части женщин не является ведущим жизненным предпочтением. Большинство же женщин настроены на материнство. Но в процессе взаимодействия с ребенком возникает достаточно много проблем связанных с недостаточной компетентностью женщины, как матери.

Известно, что материнство не возникает внезапно с рождением ребенка, а имеет целый ряд этапов становления. Одним из сенситивных периодов является беременность. Важно, что бы беременная женщина была эмоционально положительно вовлечена в принятие будущего ребенка, научилась способам общаться с ним ещё до рождения.

Доказано, что отношение беременной женщины к плоду имеет прямую корреляционную связь с отношением к родившемуся ребенку. Поэтому так важно дать беременной женщине знания о важности принятия будущего ребенка и научить способам общения [2,3,4,6].

Пренатальная педагогика – это воспитание души, «взрачивание» души будущего ребенка. В процессе беременности между матерью и плодом устанавливается теснейшая многоуровневая связь. От качества этой связи во многом будет зависеть духовный и интеллектуальный потенциал будущего ребенка. С момента зачатия женщина и плод находятся в состоянии симбиотического единства. Мама - это первая земная вселенная для ребенка [4,5,6].

Пренатальная педагогика. Главным смыслом всех методик являются: 1. Осознание беременной женщиной ответственности за своё поведение: мысли, слова, образ жизни. 2. Осознание наличия психо - эмоциональной связи с внутриутробным ребенком. 3. Принятие и станов-

ление материнского поведения, материнской любви (материнская любовь – это любовь особенного качества, безоценочные отношения « я люблю тебя, не смотря ни на что, за то, что ты есть»)

Способы общения беременной женщины с будущим ребенком, методы пренатальной педагогики.

1. Мысленный контакт с будущим ребенком. Важно понимать, что мысль материальна, а материнская мысль имеет ещё и силу психологического воздействия на ребенка. Есть женщины, которым сложно разговаривать с ребенком, которого она не видит, а только ощущает, в силу разных причин затруднены другие приемы общения с будущим ребенком. Мысленное общение доступно всем. Можно представлять своего малыша, каким он будет, посылать ему, так называемые, мыслеобразы. Например, сюжеты будущего взаимодействия: прикосновений, взгляда, кормления, прогулок, совместного радостного общения и т.п.

2. «Мосты родительства» - это любовь, выраженная и запечатленная в слове. Важно отметить, что слово – это мощный фактор воздействия. Слова формируют образ, а эти образы воздействуют на нас. Можно проговаривать следующие фразы: «Я и твой папа любим и ждем тебя», «Ты для нас ясно - солнышко», «Какое счастье, что ты есть!», «Ты моя родная кровинушка, родная душа!» Для развития ребенка очень важны положительные эмоции беременной женщины. Можно проговаривать хорошие качества самой будущей мамы, близких людей, есть мнение, что малыш буде их наследовать [1,3,6].

3. Разговор с будущим ребенком. Этот метод общения будет полезен и для мамы и для малыша. Многие мамы, после рождения ребенка не знают о чем с ним можно говорить, что затрудняет взаимодействие с малышом. Во время беременности будущая мама может начать готовиться к встрече с малышом, начав с ним разговаривать. Можно сопровождать речью свои действия, режимные моменты, рассказать о себе, своей семье. Внутриутробно младенец слышит мамин голос, её интонации и привыкает к нему, что после рождения поможет малышу выделить свою маму из всего окружения. Важно говорить с малышом

спокойно и эмоционально тепло, именно такую интонацию выделяют дети с надежным типом привязанности к матери в дальнейшем.

4. Чтение вслух. Что читать? Особенно выделяют стихотворный слог А.С. Пушкина, как гармонизирующий пространство. Так же те стихи, произведения, которые обогащают духовно, любимы женщиной. Будет хорошо читать детскую литературу: стихи, потешки, сказки – это поможет женщине принять материнскую роль, кроме того будет знакомо родившемуся малышу.

5. Влияние музыки. Музыка в контексте пренатального воспитания выделяется особо. Достаточно много научно обоснованных работ по влиянию музыки на положительное развитие ребенка, это достигается в силу значительного интеллектуального воздействия музыки. В России известна система «Сонатал», которая включает в себя и слушание музыки беременной женщиной и собственное пение. Общие положительные моменты воздействия музыкальных произведений на ребенка заключаются в качестве памяти, особенно долгосрочной, развитии творческих способностей.

Музыка используется в двух вариантах.

Первое – пение колыбельных песен будущей мамой. Особенно полезны национальные колыбельные песни, которые передаются из поколение в поколение. Мелодия колыбельной песни носит успокаивающий характер, выравнивает ритм энцефалограммы. Такие колыбельные песни передают основные жизненные знания впрок (понятия любви, сильной семьи, радости труда, предостережения опасностей и др.) Кроме, того ребенок после рождения узнает колыбельную песни и быстрее успокаивается.

Второе – слушание музыкальных произведений. Какую же музыку предпочитает слушать внутриутробно малыш? Это древнерусские протяжные песнопения, церковная хоровая музыка. Такой выбор объясняется тем, что данная музыка находится в памяти наших предыдущих поколений. Далее это классическая музыка. Выделяют следующих композиторов: С.В. Рахманинов, Э. Григ, П.И. Чайковский, И. Брамс, Ж. Бизе, В. Моцарт, Л. Бетховен.

Будут хороши, для гармонизации пространства, умиротворения беременной прослушивание звуков природы. Важно предостеречь беременных женщин от использования датчиков, воспроизводящих музыку, закрепленных на животе. Прослушивание плодом таким (не естественным) способом музыки может привести к негативным последствиям, учитывая слишком высокую громкость [5,6].

6. Вязание, вышивание, шитье. Данные приемы использовались женщинами с давних времен, когда ожидалось рождение малыша. В настоящее время большинство мам покупают детям вещи, промышленного производства. Но, тем не менее, приемы рукоделия в период ожидания ребенка имеют большой психологический смысл по принятию роли матери, рождения ребенка. Уделяя время рукоделию (например, вязанию пинеток) беременная женщина может побыть наедине со своими мыслями о будущем ребенке, представлять его, пообщаться с малышом. Вышивка может стать в дальнейшем своеобразным оберегом для ребенка, в который будущая мама вложила свою добрую энергетику. Даже сам процесс выбора материалов изделия для будущего малыша уже является своеобразной психотерапией для беременной женщины. Подбирается цвет, фактура, фасон изделия, а это и есть процесс признания и любви к своему малышу.

7. Куклотерапия. Беременная женщина шьет куклу – оберег для будущего малыша. Положительные эффекты такие же, как перечислены выше.

8. Письма родителей, ожидающих малыша. Это, по сути, дневник, который ведет беременная женщина, записывая свои ощущения во время беременности или обращения к малышу, может сопровождаться различным оформлением.

Нужно сказать о важности влияния на будущего ребенка и образа жизни беременной женщины, таких его аспектов как питание (формирование у ребенка вкусовых предпочтений), режима дня (формирование циклов «сон-бодрствование»)

Подведем некоторые итоги по пренатальному воспитанию ребенка.

1. Беременность для женщины означает начало окончательных и бесповоротных взаимоотношений в системе «мать – дитя» Эта связь будет существовать в течение всей жизни. Качество этой связи зависит от чуткости, отзывчивости матери, сформированности материнского поведения.

2. Беременной женщине важно научиться выделиться от суеты, повседневных забот и найти время на общение с внутриутробным ребенком. В этом помогут приемы пренатального воспитания.

3. Важно стараться гармонизировать пространство вокруг себя (мысли, слова, обстановка, звуки), таким образом, происходит гармонизация развития ребенка внутриутробно.

Если мать сознательно вынашивает ребенка, чувствует симбиотическую связь с ним, посылает ему позитивные эмоции, образы, мысли и сама чувствует себя комфортно, то ребенок воспринимает такое поведение матери как поток любви, идущий из питающего окружающего пространства. В блоках памяти бессознательной сферы, на уровне чувственного интуитивного опыта, ребенок приобретает позитивный урок, приобретает интуитивное доверие к окружающему миру[6].

Литература

1. Гонсалес, К. Целуйте меня! Как воспитывать детей с любовью / Карлос Гонсалес ; пер. с англ. Б. Шапиро – М.: Ресурс, 2013. – 256 с.
2. Герхард, С. Как любовь формирует мозг ребенка / Сью Герхард ; пер. с англ. Ю.В. Рыковой. – М.: Этерна, 2012. - 320 с.
3. Дальто, Ф. Заповедный мир детства / Франсуаза Дальто ; пер. с фр. М. Брусовани, Е. Бавеской. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2015. – 640 с.
4. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М., 2005. – С. 28-38.
5. Морозова Т.Ю. Воспитание малыша, или чего хотят дети / Т.Ю. Морозова, С.В. Довбня, С. Бриттен, К. Пакеринг. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
6. Сидоров П.И. Основы перинатальной психологии и психотерапии: учеб. пособие / П.И. Сидоров, В.Г. Толстов, В.В. Толстов. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2006. – 507 с.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ: ВЗГЛЯД ВРАЧА-ПЕДИАТРА И ОРГАНИЗАТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А.

*Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия*

Введение. Рост инцидентности и превалентности болезней «рискованного поведения», качественная трансформация структуры заболеваемости и устойчивая негативная динамика ряда других показателей состояния здоровья подростков (мальчики: 12-17(18) лет; девочки: 10-17(18) лет) в начале XXI века являются вызовом для отечественной системы здравоохранения. В новых экономических условиях традиционные методы организации оказания педиатрической помощи не демонстрируют ожидаемой эффективности. В этой связи представляется актуальной оценка мнения специалистов (врачей-педиатров и врачей-организаторов здравоохранения) детских медицинских организаций о существующих проблемах и задачах отечественной педиатрической службы, и возможных способах их решения.

Цель исследования – оценить мнение врачей-педиатров и врачей-организаторов здравоохранения о целесообразности реформирования педиатрической службы и наиболее актуальных путях совершенствования работы с подростками, в т.ч. применения передового опыта «Клиник, дружественных молодежи» на базе отделений медико-социальной помощи подросткам.

Материалы и методы. В 2015 году проведено социологическое исследование методом анкетирования. В качестве инструмента была использована авторская анкета, 28 вопросов которой были объединены в 3 блока: блок А - Общие данные (паспортная часть); блок Б – Медико-социальные отношения в системе «врач-пациент»; блок В – Проблемы организации медицинской помощи подросткам. Объектом исследования явились врачи-педиатры (83 чел.) и врачи-организаторы здравоохранения (143 чел.) медицинских организаций педиатрического профиля Архангельской области. Специальность (по

диплому) опрошенных врачей: лечебное дело (42,0%); педиатрия (46,9%); стоматология (8,0%); медико-профилактическое дело (3,1%). Обработка статистических данных была произведена с помощью пакета прикладных программ STATA ver. 12. Количественные данные были представлены в виде медианы, 1 и 3 квартилей (Q1, Q3); качественные - в виде процентных долей. Для анализа качественных признаков использовался тест χ^2 Пирсона. Достоверными считались отличия при $p < 0,05$.

Результаты. Медиана стажа работы респондентов составила 18 (10, 26) лет. Врачи-педиатры и организаторы здравоохранения, в целом, редко испытывают трудности организационного характера при работе с подростками ($\chi^2 = 5,502$, $p = 0,019$), но подавляющее большинство из них ($\chi^2 = 0,932$, $p = 0,332$) согласилось с утверждением о необходимости реформирования отечественной педиатрической службы (табл. 1).

Таблица 1

Распределение респондентов в зависимости от оценки наличия организационных проблем в работе с подростками и необходимости реформирования педиатрической службы, в %

	Врачи-педиатры	Врачи-организаторы здравоохранения	p
ТРУДНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННОГО ХАРАКТЕРА ПРИ РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ			
есть трудности	25 (30,1)	24 (16,8)	0,019
нет трудностей	58 (69,9)	121 (83,2)	
НЕОБХОДИМОСТЬ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ			
есть необходимость реформировать службу	72 (86,7)	117 (81,8)	0,332
нет необходимости реформировать службу	11 (13,3)	26 (18,2)	

Врачи-педиатры и организаторы здравоохранения, в целом, оценивают положительно все возможные пути совершенствования организации медицинской помощи подросткам, но наиболее актуальными считают сокращение нагрузки на участкового врача-педиатра и реализацию программы информатизации педиатрической службы (табл. 2).

Таблица 2

Отношение врачей-педиатров и врачей-организаторов здравоохранения к наиболее актуальным путям совершенствования организации медицинской помощи подросткам, абс. (%)

	Врачи-педиатры	Врачи-организаторы здравоохранения	p
ВНЕДРЕНИЕ СТАНДАРТОВ			
положительно	52 (62,7)	112 (78,3)	0,011
отрицательно	31 (37,3)	31 (21,7)	
УМЕНЬШЕНИЕ НАГРУЗКИ НА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА			
положительно	80 (96,4)	131 (91,6)	0,164
отрицательно	3 (3,6)	12 (8,4)	
РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ИНФОРМАТИЗАЦИИ			
положительно	62 (74,7)	125 (87,4)	0,015
отрицательно	21 (25,3)	18 (12,6)	
УКОМПЛЕКТОВАНИЕ ШТАТА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ СОЦИАЛЬНЫМИ РАБОТНИКАМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ ПСИХОЛОГАМИ, ЮРИСТАМИ			
положительно	67 (80,7)	91 (63,6)	0,002
отрицательно	16 (19,3)	52 (36,4)	
УЛУЧШЕНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ВРАЧАМИ-НАРКОЛОГАМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА			
положительно	58 (69,9)	105 (73,4)	0,566
отрицательно	25 (30,1)	38 (26,6)	
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА			
положительно	36 (43,4)	78 (54,5)	0,105
отрицательно	47 (56,6)	65 (45,5)	

Помимо оценки актуальности мероприятий по совершенствованию организации текущей работы врачей-педиатров респондентам была предоставлена возможность выбрать наиболее эффективный, по их мнению, путь реформирования всей системы оказания медицинской помощи подросткам (табл. 3). Если врачи-организаторы здравоохранения не высказали однозначного мнения на этот счет, то педиатры считают необходимым создание самостоятельных подростковых отделений (или самостоятельных подростковых поликлиник) для пациентов в возрасте 15-21 года.

Таблица 3

Распределение мнения респондентов о наиболее эффективном пути реформирования системы оказания медицинской помощи подросткам, абс. (%)

	Врачи-педиатры	Врачи-организаторы здравоохранения	p
Раздельное обслуживание детей от 0-3 и 14-18 лет	7 (8,4)	42 (29,4)	
Отдельное подростковое отделение (поликлиника)	45 (54,2)	47 (32,9)	0,012
Смешанный принцип (в поликлинике, на дому, в учебном учреждении)	10 (12,1)	33 (23,1)	
Обслуживание детей 0-18 лет участковым педиатром	21 (25,3)	21 (14,6)	

Обсуждение результатов. В 1990-2000-е гг. на фоне глубоких социально-экономических преобразований российского общества появились качественно новые вызовы здоровью детей и подростков. Вместе с тем, педиатрическая служба продолжает использовать устаревшие технологии в работе с подростками и молодежью. Следствием является рост показателей инцидентности социально-значимых заболеваний, снижение показателей группового здоровья молодежи, что повышает вероятность потери трудового потенциала нации в будущем. Педиатрическая служба обязана ответить на эти угрозы, - построением качественно новой системы взаимоотношений с другими медицинскими организациями (в т.ч. «взрослой сетью»), образовательными учреждениями, родителями пациентов и самими подростками. Создание на базе отделений медико-социальной помощи подросткам «Клиник, дружественных молодежи», могло бы стать звеном такой системы. В Северодвинской городской детской клинической больнице на базе детской поликлиники №1 с 2004 функционирует Клиника для подростков «Альтернатива». Уникальность ее состоит в том, что она, функционирует в составе отделения медико-социальной помощи подросткам, в ней работают подростковые врачи, фельдшеры здравпунктов учреждений среднего профессионального образования, психологи с педагогическим образованием и медицинским образованием, специалист по социальной работе, социальный работник. Создана волонтерская команда из учащихся 10-11 классов школ города, которая внедряет новые формы и методы информирования ровесников о здоровом

образе жизни, ответственности за свое здоровье. Межсекторальное взаимодействие усиливает эффективность работы клиники.

Результаты нашего исследования подтверждают рабочую гипотезу о том, что специалисты педиатрической службы (врачи-педиатры, работающие с подростками и врачи-организаторы здравоохранения), в целом, осознают необходимость ее реформирования (табл. 1), но, вместе с тем, вектор и цели этого процесса ими не конкретизированы. Врачи-организаторы здравоохранения (заведующие отделениями, заместители главного врача и руководители детских поликлиник и больниц) не имеют однозначного мнения о целесообразности изменения форм работы с подростками. Данный факт свидетельствует о том, что и в этой группе специалистов вектор и цели реформирования службы трактуются неоднозначно.

Выводы:

1. Врачи-педиатры и организаторы здравоохранения, в целом, не отмечают наличие трудностей организационного характера в работе с подростками, но считают необходимым реформировать педиатрическую службу.
2. Врачи-организаторы здравоохранения не имеют общего мнения о целесообразности изменения форм работы с подростками, что свидетельствует о неоднозначной трактовке вектора и целей реформирования педиатрической службы этой группой специалистов.
3. Одним из возможных путей оптимизации оказания помощи подросткам является создание «Клиник, дружественных молодежи», на базе отделений медико-социальной помощи подросткам в детских городских поликлиниках.

Литература

1. Потехина Н.Н., Докучаева М.И., Борисова Т.А., Опарина Г.Н., Кузьмина Г.К., Меньшикова Л.И. Новые формы медико-профилактической работы с подростками и молодежью в г. Северодвинске // Экология человека. 2006. №3. С. 99-100.
2. Меньшикова Л.И., Потехина Н.Н., Борисова Т.А. Организация работы по укреплению и охране здоровья детей и подростков на основе межсекторального взаимодействия в условиях муниципального образования // Экология человека. 2007. № 3. С. 59-63.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Ольферт Е.П., Химаныч А.А., Зорина А.А., Меньшикова Л.И., Шельмина И.А.
Министерство здравоохранения Архангельской области,
Архангельская областная клиническая больница, Архангельск, Россия

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) относится к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ), при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток и эмбрионов. С учетом особенностей демографической ситуации Архангельской области - старение населения, ежегодное уменьшение количества женщин фертильного возраста, повышение среднего возраста первородящих женщин, ухудшение репродуктивное здоровье населения - потребность в методах ВРТ ежегодно увеличивается.

В настоящее время направление женщин на процедуру ЭКО в Архангельской области осуществляется за счет средств федерального бюджета и обязательного медицинского страхования.

В 2013 году процедуру ЭКО по квотам Архангельской области осуществляли 8 медицинских организаций, в том числе 1 в г. Архангельске. В 2014 году – 13 медицинских организаций, из них 1 в г. Архангельске, в 2015 году – 20, из них 2 в г. Архангельске.

В 2013 году проведено 246 процедур ЭКО жительницам Архангельской области, в том числе по ОМС – 51 (в г. Архангельске 21). По результатам ультразвукового исследования наступило 88 беременностей, эффективность 36 процентов. В 2014 году проведено 315 процедур ЭКО, в том числе по ОМС 234 (13 в г. Архангельске). Наступило 127 беременностей, эффективность 40,3 процента. В 2015 году было выполнено 580 процедур ЭКО. Из них однократно процедура ЭКО была выполнена 432 женщинам, 30 женщинам процедура была выполнена дважды. Всего в 2015 году из 270 женщин с положительным по данным УЗИ результатом ЭКО закончили беременность родами 108 человек, из них 24 беременности закончились преждевременными родами (родилось 36 детей, 1 ребенок умер на 14 сутки, 2 исхода родов – мертвым плодом). 84 беременностей закончились срочными родами,

родилось 94 ребенка. Всего в 2015 году после выполнения процедуры ЭКО было рождено 130 детей, в т.ч. 25 двоен и 1 тройня.

Можно констатировать, что в динамике за последние три года отмечается увеличение количества бесплатных квот, выделяемых для проведения процедуры ЭКО. Повышение доступности ЭКО для женщин достигается за счет приближения к месту жительства пациентов центров ЭКО и увеличения количества квот, выделяемых медицинским организациям, расположенным на территории Архангельской области. Пациенты могут получать лечение, не уезжая за пределы области, не нарушая свой обычный ритм жизни, не тратя дополнительных денежных средств на проезд и проживание в столичных городах. В перспективе необходимо выделение квот не только на процедуру ЭКО, но и на другие методы ВРТ (ИКСИ, донорство спермы и ооцитов и др.), которые в настоящее время проводятся только за счет личных средств граждан, что ограничивает их применение.

Таким образом, в современной демографической ситуации нельзя пренебрегать ни одним из ресурсов повышения рождаемости. Повышение эффективности ЭКО, развитие данного направления на территории Архангельской области является одной из приоритетных задач системы здравоохранения.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ О СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Павлова А.Н.

Архангельская городская клиническая больница №6,

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

С целью создания условий для обеспечения здоровья и психологического благополучия подростков, сохранения репродуктивного потенциала с марта 2015 года на базе ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница №6» функционирует «Школа благополучия подростка». Основное направление деятельности школы – сани-

тарно-просветительское, а именно, организация и проведение семинаров-тренингов, лекций, бесед, видеолекториев для 14-летних подростков округа.

В течение года с подростками занимался врач-педиатр, клинический психолог, социальный работник. Занятия были направлены на формирование здорового образа жизни, сохранение репродуктивного здоровья подростков, профилактику ИППП, вредных привычек. Особое внимание было уделено социально значимым заболеваниям – ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам. Каждое занятие включало в себя тест на входе, просмотр видеоматериалов, обсуждение основных моментов темы, решение ситуационных задач и тест на выходе.

По результатам входного тестирования слушателей «Школы благополучия подростка», стало ясно, что подростки недостаточно проинформировано о вирусных гепатитах. Подавляющее большинство (76%) имеют о нем лишь отдаленное представление, в то время как 28% не знают об этом заболевании вообще ничего.

Только 20% подростков осведомлены о способах заражения гепатитами. 70,6% опрошенных не знает, существует ли вакцина против гепатита В, а 68% ошибаются в том, что такой вакцины нет. 63,5% детей считают, что от гепатита В не существует лечения, 82% ошибаются в существовании вакцинации против гепатита С. А вот информация о том, что гепатитами можно заразиться при половом контакте, в медицинских учреждениях при использовании нестерильных инструментов, в тату-салоне, при пользовании общими бытовыми предметами с инфицированным для слушателей школы оказалась новой.

Мы получили данные об информированности 14-летних подростков о ВИЧ-инфекции, её путях передачи. 83,5% подростков не знают разницы состояний ВИЧ/СПИД. Выявлено, что большинство подростков (70,6%) имели правильную информацию о половом пути передачи, 65,9% - через кровь при использовании нестерильных игл и шприцев для введения наркотиков. 29% учащихся считают, что существуют другие пути передачи инфекции. Большая часть подростков информацию о ВИЧ-инфекции узнают из средств массовой информации (телевидение, интернет) – 82,3%, 28% - от родителей, 17,6% - от учителей.

76,4% утверждают, что в их учебных заведениях не проводятся мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции. 49,4% опрошенных считают, что недопустимо обучение ВИЧ-инфицированных детей в обычной школе.

В целом, результаты анкетирования позволяют утверждать, что подростки проявляют заинтересованность к данной проблеме. В дискуссии занимают активную позицию, задают вопросы, с интересом решают ситуационные задачи.

При целенаправленной и совместной организации работы между школой, медицинскими работниками и родителями: беседы, дискуссии, семинары-тренинги, могут быть получены успешные результаты в профилактике социально значимых заболеваний и формировании установок на безопасное поведение у подростков. Необходимо дополнительное информирование учащихся по повышению знаний о путях передачи ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, устранение ошибочных мнений учащихся, формирование чувства толерантности к людям с ВИЧ/СПИД. Необходимо проводить больше классных, информационных часов в учебных заведениях и организовать профилактическую работу в детских поликлиниках по данным вопросам.

ФОРМИРОВАНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСЛОВИЙ ВОСПИТАНИЯ

Плаксин В.А., Плаксина Н.Ю.

**Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия**

Изучение употребления алкоголя среди молодежи в России во многом опирается на опыт аналогичных исследований за границей, которые в конце XIX – начале XX в. проводились в странах Северной Америки и Западной Европы. Существенное место среди исследований этого периода занимали работы, иллюстрирующие распространенность и характер питейных обычаев, когда дети получали алкогольсодержащие напитки для "укрепления здоровья", "улучшения роста", "аппетита", "облегчения прорезывания зубов", "утоления голода", "согревания", "успокоения" (Якубович, 1894, 1900; Горячкин, 1896).

Бытовавшая твердая уверенность в укрепляющем действии алкоголя часто имела последствием прямую алкоголизацию ребенка. Roesch (1838) возмущался тем, что многие дети Франции рано получают доступ к спиртосодержащим напиткам. В области Нижней Сены, например, именно в семье дети приобщаются к пьянству, ибо они, как бы молоды ни были, получали по праздникам свою порцию водки. Lyon (1888), описав подробно три случая хронического алкоголизма у подростков, указывает на многочисленность подобных примеров, особенно среди занятых в виноторговле. Legrain (1889) писал, что во Франции широко распространено потребление алкоголя среди учеников и студентов.

В Бургундии, например, длительное время существовал обычай давать ребенку на пробу вино последнего сбора винограда. В рабочих кварталах Парижа дети 4-10 лет по праздникам посещали вместе с родителями харчевни и рестораны. Baraties (1896) рисует картину широкого употребления спиртных напитков детьми как городского, так и сельского населения Франции.

Demme (1885, 1886) указывал на бытовавший в Германии обычай давать спиртные напитки детям. Так, при обследовании одной из школ в Бонне оказалось, что из 247 детей (мальчиков и девочек) в возрасте 7–8 лет только один еще не потреблял никаких алкогольных напитков. Около 75% из них уже пили водку, констатировалось, что уже в первый год жизни дети зачастую регулярно получают пиво. В Германии, например, было чрезвычайно глубоко убеждение матерей в благотворном влиянии коньяка на грудных детей, поэтому многие матери часто давали им по несколько капель этого напитка для "возбуждения аппетита" и "улучшения пищеварения", дозировка обычно регулировалась собственным усмотрением или советом знакомых.

Обследование детей в пяти штатах США, позволило сделать выводы, что из коренных американских детей "спаиваются любящими родителями" 14%, а из детей эмигрантов, выходцев из Европы, – 65%. В Шотландии в ряде мест детям давали соску, смоченную в виски, или поили их водой с примесью алкоголя. В Бельгии был распространен обычай угощать детей водкой-можжевельной, а пивом там часто заменяли молоко. В Австрии в зимнее время дети бедняков перед уходом в школу обычно получали стакан водки для "согревания и утоления голода".

В России также были широко распространены питейные обычаи, способствующие привыканию к алкоголю с детства. По заявлению В.

Ф. Якубовича (1894, 1900) среди населения "низшего сословия" было принято приучать детей к водке с грудного возраста с постепенным повышением дозы спиртного до нескольких рюмок. В народе существовало весьма устойчивое мнение, что если давать детям водку, то они не будут пить, когда станут взрослыми. По наблюдениям Г. П. Горячкина (1896), спиртные напитки обычно дают слабым, истощенным, рахитичным детям для "укрепления организма", "улучшения" аппетита и сна. Портвейн считается прекрасным народным средством повышения аппетита, малиновая настойка – при простудных заболеваниях, кагор и черемуховую наливку обычно применяют при поносе, "рябиновку" – при глистных инвазиях и т. д. В бедных слоях населения порой и по сей день универсальным лечебным средством считается водка.

Среди исследований влияния алкоголя на детский организм, прежде всего, выделяется работа И. В. Сажина "Влияние алкоголя на нервную систему и особенности развивающегося организма" (1902). В ней содержатся многочисленные опыты влияния алкоголя на нервную систему ребенка; убедительными примерами доказывалось, что даже небольшие дозы алкоголя губительно влияют на формирующийся мозг и общую физиологию ребенка.

Таким образом, экономические условия, питейные обычаи, неправильное воспитание, стремление подражать старшим, дурные примеры, анатомо-физиологические особенности детского и юношеского организма – все это являлось условиями, определяющими развитие алкоголизма в молодом возрасте. Главная роль в этом, по убеждению большинства авторов, принадлежала глубоко внедрившемуся в обществе ложному мнению об "успокаивающем", "питательном" воздействии спиртосодержащих продуктов.

Путем сопоставления групп пьющих и непьющих школьников М. Коровин показал значительное отрицательное влияние алкоголя на физическое и умственное развитие детей, на их поведение. Автор приходит к выводам: главными пропагандистами употребления спиртных напитков среди детей в подавляющем большинстве случаев являются их родители; мальчики предпочитают крепкие спиртные напитки, девочки – более слабые; сельские школьники пьют в тех же случаях, что и взрослое население – в праздники, торжества и т. п.; у "пьющих" школьников чаще, чем у "трезвых", отмечаются слабое телосложение, отставание в умственном развитии и дурное поведение.

На алкоголизации учащихся прежде всего отражался и социальный статус их семей. По доле детей, знакомых со спиртными напитками, все семьи отчетливо разделялись на три группы: служащих – 51,8% детей употребляли алкоголь; кустарей – 41,6; крестьян – 41,8; рабочих – 41,9; торговцев – 26,2; духовенства – 20,8%.

Легко убедиться, что характер алкоголизации родителей во многом прямо копируется детьми. Принято считать, что алкоголизм родителей не менее чем в половине случаев сопровождается алкоголизмом их детей. Хотя существуют и менее категоричные воззрения: "Потребляющие спиртные напитки семьи встречаются несколько чаще среди пьющих подростков – 73,4%, чем среди непьющих – 67,3%. Разница, однако, настолько невелика, что отнести воздержание от алкоголя непьющих целиком за счет семейного влияния нельзя".

Таким образом, уже в исследованиях 20-30-х гг. дана картина существовавшей в то время алкоголизации детей и подростков с особым акцентом на влияние родителей в приобщении детей к спиртному. Современный период изучения ранней алкоголизации отмечен многочисленными попытками более глубоко раскрыть и понять причины злоупотребления спиртными напитками.

Сравнивая влияние сверстников, алкогольных обычаев, семьи и пола подростков на потребление ими спиртных напитков, Forslung (1970) выяснил, что алкогольное поведение подростков, подростковый алкоголизм, преимущественно определяется следующими факторами: алкогольное поведение матери оказывает определяющее воздействие на алкоголизацию прежде всего дочерей, в свою очередь поведение отцов имеет определяющее влияние на алкоголизацию сыновей. Влияние сверстников определяется тем будет или не будет пить подросток в отсутствие родительского контроля.

Характер влияния алкоголя на организм человека давно и подробно изучен физиологами и медиками. Что касается подростков, то острое алкогольное отравление приводит, например, по данным В. И. Демченко (1980), к значительным изменениям деятельности сердечно-сосудистой системы. Появляется побледнение кожных покровов, акроцианоз, тахикардия и приглушенность сердечных тонов.

Характерным проявлением алкогольного отравления является многократная рвота. Даже единичное употребление небольших доз спиртных напитков сопровождается у подростков выраженными проявлениями интоксикации, особенно нервной системы. Наиболее тяжелые отравления наблюдаются у лиц с отягощенным анамнезом, на

фоне органической церебральной недостаточности или сопутствующей соматической патологии. Значительно менее однозначно можно описать характер влияния алкоголя на психику подростка. В целом клиническая картина выраженного опьянения подростка выглядит как кратковременное возбуждение сменяющееся общим угнетением, оглушенностью, нарастающей сонливостью, вялостью, замедленной бессвязной речью, потерей ориентации.

Если же обратиться к субъективным данным, к данным опросов можно констатировать, что в субъективных переживаниях, особенно в самом начале знакомства с алкоголем, преобладающую роль играют отрицательные или безразличные ощущения. Из опрошенных Т. М. Богомоловой (1928) 605 школьников 6-16 лет во время употребления спиртных напитков у 41,1% отмечались неприятные и тяжелые соматопсихические ощущения, у 35,6 – безразличное состояние, у 23% – приятное состояние. По данным Михайлова (1930), после выпивки головная боль отмечалась у 61,2%, тошнота – у 8,4, рвота – у 14,8, подавленное состояние у 3,6, слабость у 12,4% опрошенных. На вопрос о самочувствии в опьянении И. Канкаровичем (1930) были получены у школьников следующие ответы: подъем настроения – 47,8%, безразличное настроение – 18,4, упадок настроения – 6,1, физическое недомогание – 27,6%.

По данным В. Ф. Матвеева с соавторами (1979), при первых употреблении алкоголя 53% подростков испытывали отвращение. Со временем, с увеличением "стажа" употребления алкоголя, объективная картина, однако, разительно меняется. Более 90% опрошенных подростков с двухгодичным и большим "стажем" употребления считали, что опьянение сопровождается у них ощущением прилива сил, чувством довольства, комфорта, повышением настроения, т. е. в высказываниях начинают появляться те атрибуты психического состояния, которые обыденное сознание часто приписывает действию алкоголя.

Начало злоупотребления теснейшим образом связано с психологическими особенностями подросткового кризиса. Неблагополучный подросток, находящийся, как и его благополучные сверстники, в переходном потребностном состоянии, выбирает при этом не сам по себе алкоголь, а "свою" компанию, группу, в которой уже (т. е. вторично) неизменным атрибутом является регулярная выпивка со всеми вытекающими из нее последствиями. Неблагополучный подросток, как и

подросток благополучный, в формировании своей смысловой, ценностной сферы тяготеет к группоцентрической ориентации, формируя и реализуя в ее рамках потребности в общении, дружбе, совместной деятельности и т. п.

Однако затем внутренние психологические пути развития смысловой сферы благополучного и неблагополучного подростка начинают резко расходиться. В первом случае, по выходе из подросткового кризиса следует ориентация на профессиональные интересы, происходит дифференцирование нравственных оценок, выравнивается их полярность, вырабатываются обобщенные идеалы, но, что самое главное для смысловой сферы, апробируется, формируется, осваивается качественно новая ступень, уровень смыслового поля – уровень отношения к другим, незнакомым людям, миру вообще. Если в подростковом возрасте на какое-то время главным смыслообразующим отношением становится отношение "я и группа", то юношеский возраст характеризуется снижением значимости группы, подъемом интереса и субъективной смысловой значимости отношений "я и мир" (О. В. Лишин). Это не означает, конечно, что юноша вообще выпадает из тесного общения, из той или иной взаимосвязи людей. Это означает обычно лишь то, что групповая взаимосвязь, как основной источник и форма выражения смысловых отношений, изживает себя, а нарождающийся новый смысловой уровень требует новых, адекватных себе форм человеческих взаимосвязей, а именно коллективистских, направленных на создание общественно значимого, на пользу другим (пусть незнакомым, чужим, дальним) людям, предназначенного результата деятельности.

Всего этого с нашими пациентами не происходит. "Компания" замыкает, ограничивает развитие смысловой сферы группоцентрической ориентацией и в своей деятельности, существовании идет не к коллективу, а к группе-корпорации, не соединяющейся, а, напротив, все более разъединяющейся, разобщающейся с "большим миром". В результате и возникающие в рамках этой ориентации личностные ценности оказываются все более отграниченными от общечеловеческой нравственности.

Наше исследование проведено среди учащихся общеобразовательной гимназии (первая группа, n=37 чел.) и воспитанников общеобразовательного детского дома (вторая группа n=16 чел.). Дети второй группы постоянно проживают в детском доме, им приходится придер-

живаться режима дня и питания этого учреждения, их воспитанием занимаются педагоги, которые в течение дня находятся с детьми. Подростки посещают обычные общеобразовательные школы города.

Средний возраст школьников составил $15,5 \pm 0,1$ лет, воспитанников детского дома – $14,2 \pm 0,4$ года. Юноши в первой группе составили 41%, девушки – 59%, во второй группе их количество было одинаковым (по 50%).

В первой группе учатся хорошо или отлично 29 человек (80%), в тоже время во второй группе отличников нет, на «хорошо» учатся 31,3% опрошенных ($p < 0,01$). 50% подростков 2 группы признались, что учатся только на «удовлетворительно», что в два раза больше, чем в первой группе ($p < 0,01$).

Практически ежедневно конфликтуют с учителями или друзьями 25% подростков второй группы ($p < 0,05$). Опрошенные первой группы отметили наличие конфликтных ситуаций реже – примерно один раз в неделю ($p < 0,05$).

Несмотря на разные условия воспитания и проживания, достоверных различий в зарождении алкогольной привязанности мы не выявили. Большинство детей (практически 50%) попробовали алкогольные напитки в возрасте 12-14 лет, причем домашние дети в 8% случаев впервые употребили алкоголь в возрасте менее 8 лет. Продолжают употреблять алкогольные напитки 20-25% детей без достоверной разницы. До настоящего времени не пробовали алкогольные напитки 10 опрошенных первой группы и только 1 во второй (27 и 6,3% соответственно). Если домашние дети начинают употребление спиртных напитков в кругу семьи, то дети закрытых учреждений впервые пробуют алкоголь с друзьями-ровесниками или старшими товарищами ($p < 0,05$). В половине случаев об этом знают взрослые (без достоверной разницы между группами), из которых отрицательно к этому относятся 25-30%. Дети первой группы (27%) обычно употребляют алкоголь реже одного раза в неделю, в то же время дети второй группы (32%) делают это один раз в неделю или чаще (без достоверной разницы). Наиболее популярными спиртными напитками у всех подростков являются пиво, джин, водка, вино. В обеих группах 90% опрошенных знают о вреде алкоголя. В качестве борьбы с чрезмерным употреблением алкоголя большинство детей выступают за запрет или ограничение продажи спиртных напитков подросткам. На втором месте по эффективности детьми первой группы предложена профилактика и информирование школьников о вреде алкоголя, подростки второй

группы считают, что любые мероприятия будут неэффективными. 54% детей первой группы признают пивной алкоголизм как заболевание, 63% подростков второй группы не знают об этом явлении.

Имеют представление о здоровом образе жизни и знают его основные компоненты 73% респондентов первой группы, что в 2 раза превышает аналогичный показатель во второй группе ($p < 0,05$).

Наиболее опасными болезнями для себя респонденты и первой, и второй группы считают СПИД (46,7%). На втором месте для детей первой группы – гепатит, для опрошенных второй группы – грипп. Все подростки обеих групп (93-97%) согласны с тем, что здоровье нужно беречь и укреплять. Ответственными за свое здоровье подростки назначили (по значимости): самого себя, медицинских работников, родителей/воспитателей и общество. Хотят приложить собственные усилия для того чтобы быть здоровым 78,4% опрошенных первой группы и 100% - второй ($p < 0,05$). Еще не задумывались над этой проблемой 18,9% детей первой группы. Из внешкольной деятельности примерно половина детей имеют хобби, посещают различные кружки и секции, причем эта тенденция более выражена у воспитанников интернатного учреждения (вероятно под влиянием педагогов). К наиболее актуальным проблемам подростки первой группы отнесли (по мере убывания): выбор профессии, состояние своего здоровья, недостатки внешности, отношения со сверстниками. Для подростков второй группы наиболее важными явились: отношения со сверстниками ($p < 0,05$), состояние здоровья, выбор профессии ($p < 0,01$) и недостатки внешности.

Таким образом, настоящее время распространенность алкоголизации среди школьников составила 21,6%, среди воспитанников детского дома – 25%. Зная о пагубности пристрастия к вредным привычкам, взрослые относятся к ней негативно в 40,7-54,1% случаев. Причем это более выражено в группе домашних детей. В группе воспитанников детского дома окружающие относятся в большинстве случаев нейтрально (50%). Треть респондентов отметили, что они не знают и не интересуются реакцией взрослых на эти проблемы. Процесс подростковой алкоголизации в интернатных учреждениях идет неуклонно, что требует дальнейшего изучения.

Литература:

1. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков: Пути преодоления: учеб. пособие для студентов вузов : пер. с англ. / под ред. Э. Ф. Вагнера, Х. Б. Уолдрон. - Москва : AcademiA, 2006. – 414 с.
2. Винникова М.А. Школа здоровья. Алкогольная зависимость. Руководство для врачей. – М, 2013.

3. Личко А.Е. Подростковая наркология: рук. для врачей / А. Е. Личко, В. С. Битенский. - Ленинград : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1991. - 301 с.
4. Погосов А.В., Аносова Е.В. Пивной алкоголизм у подростков. Клиника, трансформация в другие формы зависимости, профилактика. – М., 2014

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ПОДРОСТКОВ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Попова Е.С., Изумнова Е.Г., Сорокина Т.А., Соловьева Т.И., Вертецкая Л.Ю.

**Архангельский клинический центр СПИД и инфекционных заболеваний,
Архангельск, Россия**

Актуальность: отличительной чертой эпидемии ВИЧ/СПИДа в России является возраст заразившихся, более 80% из которых – люди моложе 30 лет. По статистике ВИЧ-инфекция наиболее быстро распространяется именно среди молодых людей, то есть среди тех, кому еще нет 25 лет. Каждый четвертый из больных ВИЧ-инфекцией моложе 21 года. Подростковый период жизни - уникальный. Взрослеющий человек переживает множество физических и эмоциональных изменений. Это время постоянного поиска и экспериментов, которые включают в себя начало сексуальных отношений. Незащищенные половые контакты приводят к распространению инфекций, передаваемых половым путем, в том числе – ВИЧ-инфекции. Не обладая жизненными навыками, не умея выбирать эффективные способы снятия напряжения, которые давали бы возможность сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный образ жизни, подростки не справляются с многочисленными проблемами. Это приводит к дезадаптивному и саморазрушающему поведению, в том числе, к употреблению психоактивных веществ и, как следствие, к заражению ВИЧ-инфекцией.

Цель: обратить внимание педиатров, подростковых врачей на изменяющуюся эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Архангельской области.

Метод: клинический анализ амбулаторных карт больных ВИЧ-инфекцией в возрасте от 15 до 18 лет, у которых заболевание было выявлено в 2013-2015 годах, карты эпидемиологического расследования, формы статистической отчетности.

Результаты: на 31.12.2015 года в Архангельской области ВИЧ-инфекция зарегистрирована у 1034 жителей Архангельской области. В том числе в 2013-2015 годах выявлены 415 новых случаев заболевания (в 2013 году - 109, в 2014 году - 109, в 2015 году - 197). С 1992 года (начало регистрации ВИЧ-инфекции в Архангельской области) по 2012 год включительно восемь подростков пострадали от данного заболевания. В 2013 году ВИЧ-инфекция была выявлена у четверых молодых людей в возрасте 15-20 лет, в 2014 году – у шести, в 2015 году – у десяти человек. Из 20 заболевших 7 – подростки в возрасте 16-17 лет. Распределение по полу: девушки - 6, юноши - 1. Распределение по путям заражения: парентеральный в 6 случаях (все - девушки), половой – у 1 юноши. Самое раннее начало употребления психоактивных веществ констатировано врачом-наркологом у одной девочки с 9 лет. Средний возраст, в котором у них начались половые контакты, подростки называли 14 лет. На момент выявления ВИЧ-инфекции 2 девушки были беременны, беременности завершились родами, дети здоровы. Шесть подростков воспитывались в неполных семьях, один - воспитанник детского дома. Все заболевшие подростки – городские жители, их социальный статус на момент выявления заболевания: школьники - 3, учащиеся средних специальных учебных заведений – 2, имели среднее образование, но не работали и не учились - 2. Во всех случаях заболевание было диагностировано на субклинической (III) стадии. У шести подростков, заразившихся при парентеральном употреблении психоактивных веществ, выявлен хронический вирусный гепатит С.

Заключение: Полученные статистические данные доказывают негативную тенденцию эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди подростков в Архангельской области. Задача всех медицинских специалистов, работающих с подростками, помнить, что подозрение на употребление психоактивных веществ, а также установленный диагноз психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ – клинические показания для

обследования на ВИЧ-инфекцию. Следует мотивировать юношей и девушек определить свой ВИЧ-статус, что можно считать необходимой нормой современного молодого человека

Литература

1. Инфекционные болезни у детей под редакцией профессора В.Н.Тимченко. С-Пб.: СпецЛит. 2008. С.607
2. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство под редакцией академика РАМН В.В.Покровского. М.: Гэотар-Медиа. 2013. С.606
3. Джон Бартлет, Роберт Редфилд, Пол Фам, Мазус А.И. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М.: Гранат. 2013. С.589
4. Санитарные Правила 3.1.5.2826-10 Профилактика ВИЧ-инфекции. С.16

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Поромова М.Э, Ковалева Е.Н, Михайлова Л.Н.

Северодвинский дом ребенка, Северодвинск, Россия

Реабилитация детей раннего возраста – задача приоритетная и определяющая дальнейший ход психофизического развития ребенка. Ранний возраст (дети до 3-х лет) — это особый и очень важный период в жизни малыша. Это период развития фундаментальных жизненных функций. Ребёнок учится ходить, говорить, обращаться и взаимодействовать с окружающей средой.

В нашем учреждении воспитываются дети с рождения до 4-х летнего возраста. В возрастной структуре преобладают дети до года -42%, и дети с 1 до 2 лет -37%. 2/3 детей имеют хроническую патологию. В 2015 году среди патологии преобладают болезни нервной системы 28% и врожденные аномалии развития 20%. Прослеживается уменьшение доли ВАР. Остальная патология на уровне прошлых лет (колебания составляют 0-1-2%). Забота и ответственность за здоровье, правильное физическое и нервно-психическое развитие детей полностью ложится на персонал дома ребенка. В этом возрасте дети требуют особого внимания со стороны персонала, как в период адаптации к учреждению, так и в ходе дальнейшего пребывания в группе. Это связано с их биологическими особенностями, ежемесячными изменениями организма, предрасположенностью и высоким риском возникновения острой патологии.

При разработке системы реабилитационных мероприятий у детей раннего возраста обязательно учитываем следующие особенности:

✓ Дети раннего возраста, находящиеся в условиях социальной депривации, имеют признаки нарушения противо-инфекционной защиты, что выражается в частых острых респираторно-вирусных инфекциях.

✓ большое внимание уделяем режиму дня, стараемся разумно организовать жизненную среду группы, исходя из возрастных и индивидуальных особенностей детей, что позволяет формировать навыки гигиенических процедур, приема пищи, сна, игры, самообслуживания, культурные, эстетические навыки, навыки общения взрослого и ребенка.

✓ При организации режима пользуемся определенными правилами: создаем у детей положительное отношение к режимным моментам, создаём у детей определенную настрой, сопровождаем свои действия ласковой, неторопливой речью, успокаиваем малыша, предлагаем ему провести процедуру, объясняем о необходимости этой процедуры, поощряем.

✓ С целью более четкой координации, контроля режимных процессов и реабилитационных мероприятий для детей с нарушениями ЦНС разрабатываются схемы индивидуального режима «Часы». Эти «часы» очень информативны, в них зафиксированы основные назначенные режимы: гигиенический, ортопедический, проведение массажа, физиопроцедур, кормления и др. Они удобны и для контроля за выполнением назначений.

✓ Пребывание на свежем воздухе укрепляет здоровье и закаливает организм, всесторонне развивает детей, активизирует их двигательную деятельность, познавательные возможности. Сбор детей на прогулку (как и возвращение) представляет собой самый трудоемкий и время-затратный процесс, важна рациональность организации этого процесса. Самым удобным считается последовательность и постепенность одевания детей, когда они одновременно надевают сначала рейтузы, обувь, кофты и в последнюю очередь верхнюю одежду.

- ✓ Кормление малышей требует индивидуально подобранного врачом режима и питания, индивидуальных приемов пищи.
- ✓ Правильно организованное питание, полноценное и сбалансированное по содержанию основных пищевых веществ, обеспечивает нормальный рост и развитие детей, способствует его оптимальному нервно-психическому развитию. Во время еды мы сообщаем детям названия блюд, их качество и состояние: сладкая, вкусная, горячая, соленая и др. Не кормим детей насильно. Воспитываем правильное поведение во время еды: есть молча, не мешать другим, быть аккуратными и др.
- ✓ Пока ребенок не способен сидеть самостоятельно, не зависимо от возраста, его кормят на руках из бутылочки с соской, учитывая скорость приема пищи, выдерживают на руках в вертикальном положении после кормления. Постепенно вводят прием пищи с ложечки. При нарушении ребёнком глотания врач-педиатр назначает кормление через зонд. Конечно, при этом никакой речи о комфорте и чувствах ребёнка вообще не идёт. На первый план выходит адекватная доставка пищи в организм маленького пациента.

Если режим назначен правильно, то: ребенок активен и спокоен во время бодрствования; к концу бодрствования наступает утомление (но не возбуждение); ребенок сохраняет аппетит; спокойно и быстро засыпает; крепко спит; просыпается бодрим.

Уделяется внимание физическому развитию и здоровью детей, соблюдается индивидуальный подход к каждому ребенку, внедряются методы инновационных технологий в комплексную реабилитацию воспитанников. Примером одного из методов реабилитации, который используется только у детей раннего возраста является «Сухая иммерсия», моделирующая частичную невесомость, к которой ребенок привыкает, находясь в утробе матери, но исключает непосредственный контакт с водой. При этом снимается основная часть нагрузки с костно-мышечной системы, уменьшается гидростатическое давление крови, изменяется артериальное давление и частота сердечных сокращений. Своё название сухая иммерсия получила за счёт использования

водоизолирующей эластической плёнки, которая обеспечивает «сухое» погружение малыша в водную среду, препятствуя соприкосновению её с кожей. При этом ребёнок оказывается свободно «подвешенным» в толще воды и давление, оказываемое на различные части тела малыша, уравновешено, что создаёт условия, близкие к невесомости. Метод удобен, прост, не требующий больших затрат и знаний: требуется обычная детская ванна, мягкая медицинская полиэтиленовая клеёнка, эластичная резинка для закрепления краёв клеёнки, водный термометр.

Ванночку устанавливаем на прочную поверхность, наполняем тёплой водой (+36 - +37°C) на 2/3 объёма. Температура воздуха в помещении не менее +26°C. Поверх воды стелим мягкую медицинскую клеёнку с припуском на свободное погружение ребёнка. Края клеёнки закрепляем эластичной резинкой вокруг ванночки. Раздетого ребёнка помещаем на клеёнку не касаясь дна ванны. Под собственной тяжестью тело ребёнка постепенно погружается в воду, но не полностью. При этом ребёнок принимает свободную позу, успокаивается, лежит спокойно или засыпает, с ребёнком можно разговаривать, петь песенки, включать спокойную музыку. Как при любой процедуре, при сухой иммерсии соблюдаем меры безопасности: контролируем температуры воды, не допускаем опрокидывания ванночки, не оставляем малыша одного.

Курс сухой иммерсии назначают врачи-педиатры и врач-невролог. Показаниями к применению метода сухой иммерсии у наших детей: перинатальное поражение ЦНС (синдром гипервозбудимости, синдром угнетения, синдром мышечного гипертонуса, кефалогематомы, псевдокисты головного и спинного мозга), ДЦП, реабилитация и развивающе-оздоравливающее воздействие на нервную, мышечную и кровеносную системы недоношенных и незрелых малышей, стимуляция гармоничного развития здоровых детей.

Процедуру проводим ежедневно за 1 час до или после кормления. Продолжительность процедур: 1 сеанс – 10 минут, 2 сеанс – 20 минут, 3 сеанс – 30 минут, 4 и последующие сеансы – 40 минут. Длительность

курса – 5-10 сеансов. Помимо соблюдения постепенности в увеличении нагрузки, систематичности занятий, необходимо помнить об одном важном условии: постараться не испугать малыша при первых занятиях. В динамике 3-х лет уровень назначений метода увеличился на 30%. Практически каждый ребенок с перинатальным поражением ЦНС получил данную процедуру, что свидетельствует о хорошей эффективности данного метода в комплексной реабилитации детей.

Противопоказаниями к применению метода являются: острые периоды заболеваний, травмы, инфекционные и кожные заболевания. Если малыш после процедуры спокоен и даже улыбается, нет признаков перегрева или переохлаждения, цвет кожи ровный, то оценка состояния положительная. Польза от применения метода возрастает многократно в сочетании с медикаментозной терапией, массажем, физиотерапией, лечебной физкультурой.

От систематического, последовательного, скрупулезного выполнения всех средств реабилитационного процесса и индивидуального учета особенностей каждого ребенка увеличивается возможность устранения патологических состояний, предотвращение неустраняемых последствий заболеваний в дальнейшем периоде развития.

Литература

1. Воронянская Л.К, Евсютина В.Б. Особенности физической реабилитации детей-инвалидов с патологией опорно-двигательного аппарата//Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. Выпуск №8, 2009г.
2. Ребенчук О.В. Особенности социальной реабилитации детей, 2014г.
3. Камсюк ЛГ. Проблемы медико-социальной реабилитации детей-инвалидов. //Педиатрия. 1990. № 2.
4. Лисовский В. А., Евсеев С. П., Голофеевский В. Ю. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов.// Учебн. пособие, 2001г.
5. Савин Г.И. Опыт социально-реабилитационного центра "Наставник" г. Рыбинска. // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы.2004.- № 1.
6. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. – М., 2004. – 288с.
7. Е.Козлова Сухая иммерсия, как вид реабилитации детей,2014г
8. Т.В. Чаша «Сухая иммерсия» - невесомость по рецепту //По данным НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий,2008г.
9. Инструкция по использованию метода сухой иммерсии в ГБУЗ Архангельской области «Северодвинский дом ребенка».

ТЕЧЕНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ПЕРИОДА И ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ СХЕМ ИММУНИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ

Рогошина Н.Л., Панасюк В.В., Пономарева И.А.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Инфекционные заболевания остаются ведущей патологией детского возраста и занимают лидирующую позицию в работе практикующего врача. Основная роль в предупреждении инфекционных болезней принадлежит специфической профилактике. Помимо медицинских противопоказаний имеют место отказы от профилактических прививок. Основным мотивом это страх, что вакцинация приносит вред здоровью, который поддерживается антипрививочным лобби. Целью этого движения является создание антипрививочной паники, следствием которой будут отказы от вакцинации среди населения и медицинских работников. По мнению ученых успехи антипрививочного движения связаны с тем, что в связи с сокращением заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями, представления об их истинной опасности изменяются и на первый план выходит озабоченность неблагоприятными событиями в поствакцинальном периоде [1,2].

Цель: провести анализ поствакцинальных реакций и причин отсутствия вакцинации у детей до трех лет.

Материалы и методы: методом случай выборки в исследование были включены 250 человек в возрасте от 1 до 3 лет, наблюдавшихся в ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника №2» в 2014 году. Средний возраст детей, включенных в исследование, составил $28,0 \pm 1,25$ месяцев. Статистический анализ данных: описательная статистика. Тип исследования – поперечное.

Результаты: при анализе медицинской документации было установлено, что полный курс вакцинации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок получили 70% включенных в исследование детей.

Охват вакцинацией против туберкулеза был самым высоким и составил 99%. В декретированные сроки, согласно календарю профилактических прививок, были вакцинированы 73% новорожденных и 26%

получили прививку на первом году жизни. Причинами поздних сроков вакцинации против туберкулеза были медицинские отводы (83%) и отказы родителей от ранее предложенной вакцинации (17%). В 1% случаев к моменту исследования дети не получили прививки против туберкулеза в связи с отказом родителей. Осложнений вакцинации зафиксировано не было.

Схема вакцинации против вирусного гепатита В состоит из трех введений вакцины по схеме 0-1-6 мес. Было установлено, что доля не привитых возрастала с порядковым номером ведения вакцины. Так при первой вакцинации удельный вес не иммунизированных составил 5%, при второй – 6%. В целом не закончен полный курс вакцинации против ВГВ у 9% детей. В большинстве случаев причинами отсутствия прививки против ВГВ были отказы родителей (75%), реже медотводы - 25% (из них в 8% инфекционные заболевания и в 17% соматическая патология). Анализ поствакцинального периода показал, что нормальные вакцинальные реакции имели место у 8% привитых (в виде повышения температуры или местных реакции). Осложнений зарегистрировано не было.

Вакцинация против коклюша, столбняка и дифтерии состоит из трехкратного введения вакцины и одной ревакцинации. Анализ медицинской документации показал, что первая вакцинация от дифтерии, коклюша и столбняка была проведена у 97%, вторая у 94%, третья у 91% детей, подлежащих иммунизации. В большинстве случаев причиной отсутствия первой второй и третьей вакцинации были отказы родителей в 72%, 62% и 61% соответственно. Каждый четвертый ребенок 24% не был ревакцинирован, из них в 62% случаев причиной явилось желание законного представителя пациента отказаться от предлагаемой прививки. В остальном имели место медицинские отводы: инфекционные заболевания или соматическая патология по 19% соответственно. Для вакцинации пациентов использовались цельноклеточные вакцины (92%) и ацеллюлярные (8%). Удельный вес нормальных вакцинальных реакций при применении цельноклеточных вакцин составил 13,7%, тогда как при использовании ацеллюлярных 7,9%. Анализ течения поствакцинального периода показал, что в целом на введение

первой дозы вакцины отмечались нормальные вакцинальные реакции в 17% случаев, из них преобладали общие (87%) и реже местные (13%). При проведении второй, третьей прививки и ревакцинации доля нормальных реакций составила 13%, 12% и 6% соответственно. Общие реакции встречались с частотой 96% при введении второй и третьей дозы вакцины и в 89% случаев при ревакцинации. Осложнений на проведенную иммунизацию в медицинской документации зафиксировано не было.

Вакцинация и первая ревакцинация против полиомиелита проводится параллельно с вакцинацией против коклюша, столбняка и дифтерии, вторая ревакцинация в 20 месяцев. Изучение медицинских карт показало, что в декретированные сроки не был закончен курс вакцинации, а так же первой и второй ревакцинации у 6%, 12% и 24% детей соответственно. Доля отказов родителей от вакцинации варьировала от 70% до 76%, возрастая с порядковым номером проведения иммунизации.

Согласно национальному календарю профилактических прививок в декретированные сроки иммунизацию против кори, краснухи и паротита получили 52% детей. Причинами поздней иммунизации были в 28% случаев неявки родителей на прием, а так же медицинские отводы, доля которых составила 72%. В целом иммунизированы против кори, краснухи и эпидемического паротита были 86% детей. Доля не привитых на момент исследования составила 14%. Из них в большинстве случаев (70%) причиной отсутствия вакцинации у ребенка были отказы родителей от проведения профилактических прививок. В трети случаев (30%) медицинские отводы (в 13% случаев – инфекционные заболевания и в 17% соматическая патология). Дети, вакцинированные против кори, краснухи и эпидемического паротита хорошо перенесли вакцинацию, у 97% детей отсутствовали поствакцинальные реакции и у 3% были зарегистрированы общие реакции в виде повышения температуры тела. Осложнений диагностировано не было.

Выводы: каждый третий ребенок не был вакцинирован в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Доля

не вакцинированных детей варьировала от вида инфекции, против которой проводилась иммунизация и возрастала в зависимости от кратности введения вакцины. Не зависимо от инфекции, против которой проводилась вакцинация, в большинстве случаев причиной отсутствия иммунизации у детей были отказы родителей. После проведенной вакцинации и ревакцинации поствакцинальных осложнений диагностировано не было. Нормальные реакции на введение вакцин национального календаря профилактических прививок были зафиксированы на вакцины против вирусного гепатита В (8%), кори, краснухи и паротита (3%) и АКДС. При использовании ацеллюлярных вакцин АКДС в два раза реже имели место реакции на введение вакцины. Удельный вес нормальных реакций после вакцинации снижался в зависимости от увеличения кратности введения вакцины АКДС 17% при первой до 6% при введении четвертой дозы вакцины.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования просветительской работы с родителями по вопросам иммунопрофилактики.

Литература

1. Вакцинопрофилактика: лекции для практических врачей / С.М.Харит и др.; под ред. Ю.В.Лобзина. - СПб.: НИИДИ, 2012. – 286 с.
2. Харит С.М. Нежелательные явления после вакцинации (диагностика, лечение, профилактика): пособие для практического врача / С.М. Харит, Е.А. Лакотина, О.В. Иозефович – СПб.: НИИДИ, 2013. – 110 с.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Ромашина Е.А., Шниткова Е.В.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

В Российской Федерации болезни органов дыхания у детей в возрасте 0 – 17 лет занимают третье место в структуре причин смерти после внешних причин и пороков развития [1]. В последние годы получены данные об особенностях течения бронхолегочных заболеваний, ассоциированных с соединительнотканной дисплазией [2].

Целью исследования было выявление особенностей течения острых пневмоний у детей на фоне дисплазии соединительной ткани.

Под наблюдением находился 121 ребенок, находящийся на лечении в ОБУЗ ДГКБ №1 г. Иваново: дети в возрасте от 1 месяца до 3 года (93 ребенка – 76,8%); вторую – дети от 5 до 16 лет (28 детей -23,2%). У всех детей диагностирована очаговая внебольничная пневмония. У большинства детей раннего возраста пневмония правосторонняя, с локализацией патологического процесса в S 9,10. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями дыхательной системы детей раннего возраста. У 35% детей старшего возраста была диагностирована левосторонняя очаговая пневмония.

Клинические проявления пневмонии в обеих группах следующие: сухой (55%; 23%) и продуктивный кашель (38%; 82%); фебрильная температура у детей раннего возраста регистрировалась в 39,5% и в 78% у детей старшего возраста. Нормальная температура отмечалась у половины детей первой (51%) и 10% детей второй группы, в остальных случаях наблюдалась субфебрильная температура. Одышка экспираторного характера регистрировалась у пятой части детей раннего возраста. Симптомы интоксикации отмечались у всех наблюдаемых детей.

У 13% детей раннего возраста пневмония протекала на фоне тимомегалии, рахита, атопического дерматита. Открытое овальное окно диагностировано у трети детей первой группы. Дисбактериоз

кишечника чаще развивается также у детей раннего возраста (24 %). Также необходимо отметить, что развитие пневмонии у грудных детей, страдающих последствиями гипоксически-ишемического поражения ЦНС, имеющих синдром гипервозбудимости, который сопровождается срыгиваниями, по-видимому, связано с микроаспирацией. У 11,5% детей старшего возраста пневмония протекала на фоне аллергического ринита. Респираторно-вирусная инфекция была обязательным фоном для развития бактериального воспаления у всех детей в обеих группах.

Легкая степень стигматизации (0-9 баллов по С.К. Евтушенко 2002г.) отмечена у 79,1% детей обеих групп, средней тяжести (10-16 баллов) и тяжелая (>16 баллов) у 20,9% детей обеих групп. Достоверных различий в наличии фенов в обеих группах выявлено не было. У детей исследуемых групп выявлены следующие фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани: со стороны глаз (58,1%), ротовой полости (39,5%), ушей (39,5%), кожи (86,0%), грудной клетки (58,1%), черепа (16,3%), деформации), конечностей (118,6). Чаще встречались следующие внешние фенотипические признаки: искривление мизинца (41,9%), гипертелоризм сосков (30,2%), голубые склеры (27,9%), крыловидные лопатки (25,6%).

Осложненное течение пневмоний (длительная лихорадка, длительно сохраняющийся кашель и выраженный интоксикационный синдром, в 1 случае синпневмонический плеврит) чаще диагностировалось у детей, имевших средний и высокий уровень стигматизации.

У детей раннего возраста не выявлено прямой зависимости степени тяжести рентгенологических изменений от степени тяжести дисплазии соединительной ткани, тогда как у детей старшего возраста степень рентгенологических изменений, таких как более выраженное усиление бронхо-сосудистого рисунка, уплотнение корней легких, снижение пневмотизации пораженного сегмента - имеет прямую зависимость от степени тяжести дисплазии соединительной ткани. У

73% детей старшего возраста на рентгенограмме, выполненной через 10-14 дней сохранялись вышеперечисленные признаки.

Таким образом, отмечено более тяжелое течение пневмонии и длительное проявление патологических проявлений со стороны легочной ткани у детей со средним и высоким уровнем стигматизации. Данное обстоятельство необходимо учитывать при лечении детей и при диспансерном наблюдении после перенесенной пневмонии. Работа поддержана грантом РГНФ 15-16-37001.

Литература

1. Чучалин А.Г. Белая книга пульмонологии / Пульмонология. 2004;1:7-27
2. Гавалов С.М. Особенности клинических проявлений и течения различных форм бронхолегочной патологии у детей с малыми формами дисплазий соединительной ткани / С.М. Гавалов, В.В. Зеленская// Педиатрия. 1999. -№1. - С. 49-52.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПУТЕМ ОЦЕНКИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПОДРОСТКОВ

Светлова Л.В., Ледяев М.Я.

***Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград, Россия***

Актуальность. В структуре заболеваемости и смертности населения экономически развитых стран лидирующее место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы. По данным ВОЗ, одним из основных заболеваний сердечно-сосудистой системы является артериальная гипертензия. Россия имеет один из самых высоких показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди развитых стран Европы [2]. Актуальность проблемы артериальной гипертензии в педиатрии обусловлена тем, что заболевание существенно «помолодело» за последние десятилетия и не является казуистической редкостью, а относится к распространенным заболеваниям, возникающим в период формирования нейрогенных и гуморальных механизмов регуляции сердечно-сосудистой системы и артериального давления [3].

Ряд крупных исследований последнего десятилетия доказал, что увеличение жесткости артерий – это независимый предиктор развития

ССЗ и сердечно-сосудистой смертности. Установлено, что ее прогностическая значимость высока на доклинических стадиях развития заболевания [4].

С учетом накопленной информации в рекомендациях по проблеме артериальной гипертензии от Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологии (ESC) (2007) (2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension) и их пересмотра в 2009 году [6] параметры жесткости сосудистой стенки (ЖСС) включены в число тестируемых при поиске субклинического поражения органов-мишеней при артериальной гипертензии (АГ), а также в число факторов, серьезно влияющих на прогноз у пациентов с АГ [1]. По сути, эти изменения Рекомендаций ESH-ESC отражают общемировой уровень признания важной роли сосудов, являющихся одним из главных органов-мишеней при артериальной гипертензии.

Цель исследования: повышение эффективности ранней диагностики артериальной гипертензии у детей подросткового возраста путем оценки суточного профиля АД и жесткости сосудистой стенки.

Пациенты и методы. В нашем исследовании суточное мониторирование артериального давления и пульса проводилось прибором МнСДП-3 (ООО «Петр Телегин», Н.Новгород, Россия), зарегистрированный в МЗ РФ за №29/02050901/3450-02. Оценивались следующие параметры ригидности сосудистой стенки: времена распространения пульсовой волны (РТТ), максимальная скорость нарастания давления (dp/dt) и артериальный тонус (АТ).

Нами проанализированы результаты суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у 116 подростков. Пациенты были разделены на четыре группы. В первую, контрольную группу, были включены 30 подростков I-II групп здоровья с уровнем АД в пределах от 5 до 89 перцентилей. Во вторую группу были включены 60 подростков с верифицированной эссенциальной АГ. В третью группу – подростки с лабильной артериальной гипертензией (прегипертензией). В данную группу мы включили 34 подростка. В четвертую группу мы

включили 26 подростков с верифицированной артериальной гипертензией и с нормальными параметрами СМАД после проведенной терапии.

Результаты. Нами были определены показатели жесткости артерий (время распространения пульсовой волны – РТТ, максимальная скорость нарастания артериального давления – dp/dt и артериальный тонус – АТ) у мальчиков и девочек из группы здоровых подростков. Установлено, что среднесуточные показатели АТ и РТТ у девочек из группы здоровых подростков достоверно выше, чем мальчиков этой же группы, на 13,8% и 7,7%, соответственно. Достоверных различий в среднесуточных параметрах dp/dt у мальчиков и девочек не обнаружено.

Нами были проанализированы показатели ригидности артерий у подростков с АГ в сравнении со здоровыми детьми. У всех подростков с АГ средний суточный, дневной и ночной АТ достоверно превышал аналогичные показатели группы здоровых подростков у мальчиков соответственно на 36,8%, 35,3% и 43,2% ($p<0,01$), а у девочек на 45,2%, 50,8% и 39,9% соответственно ($p<0,01$). Также у подростков обоего пола с артериальной гипертензией средняя суточная, дневная и ночная dp/dt достоверно выше этих же показателей группы здоровых подростков у мальчиков на 32,8%, 35,7% и 28,9% соответственно ($p<0,01$), а у девочек на 19,2%, 18,0% и 21,9% соответственно. В то же время у мальчиков с АГ среднее суточное, дневное и ночное РТТ достоверно не отличалось от аналогичных показателей группы здоровых подростков, тогда как у девочек с артериальной гипертензией среднее суточное и ночное РТТ достоверно ниже, чем в группе здоровых девочек на 5,4% и 8,0% соответственно ($p<0,01$), а средние дневные значения достоверно не отличались.

Затем нами были проанализированы показатели ригидности артерий у подростков с ЛАГ в сравнении со здоровыми детьми. Установлено, что среднесуточные показатели АТ, dp/dt и РТТ у мальчиков с лабильной артериальной гипертензией достоверно выше, чем у здоровых подростков мужского пола на 28,4%, 19,2% и 7,7% соответственно ($p<0,01$). Среднедневные показатели dp/dt у мальчиков с

ЛАГ были достоверно выше, аналогичных показателей здоровых мальчиков, на 17,5% ($p < 0,01$). У подростков мужского пола с лабильной артериальной гипертензией средненочные показатели АТ и dp/dt были достоверно выше, чем у мальчиков из группы здоровых подростков на 39,1% и 23,4% соответственно ($p < 0,01$). Достоверных отличий средненочных показателей АТ, РТТ и средненочных показателей РТТ у мальчиков с ЛАГ обнаружено не было.

Таким образом, уже при лабильной артериальной гипертензии отмечается повышение ригидности сосудистой стенки у подростков. Кроме того, мы можем сделать вывод, что время распространения пульсовой волны показатель непостоянный и, вероятно, у детей изменяется в более поздние сроки.

В результате анализа параметров ригидности артерий у подростков с ранее верифицированной АГ и нормальными параметрами СМАД после проведенной терапии мы получили следующие данные.

Установлено, что среднесуточные показатели АТ, dp/dt и РТТ у мальчиков с ранее верифицированной артериальной гипертензией и нормальными параметрами СМАД после проведенной терапии достоверно выше, чем у здоровых подростков мужского пола на 24,4%, 13,7% и 6,1% соответственно ($p < 0,01$). Среднедневные показатели АТ и dp/dt у мальчиков с нормальными параметрами СМАД и ранее верифицированной артериальной гипертензией были достоверно выше, аналогичных показателей здоровых мальчиков, на 20,7% ($p < 0,05$) и 14,0% ($p < 0,01$), соответственно. У подростков мужского пола этой группы средненочные показатели АТ и dp/dt были достоверно выше, чем у мальчиков из группы здоровых подростков на 37,4% и 16,9% соответственно ($p < 0,01$). Достоверных отличий средненочных и средненочных показателей РТТ у мальчиков с ранее верифицированной АГ и нормальными параметрами СМАД после проведенной терапии от здоровых мальчиков обнаружено не было.

Выявлено, что средние суточные, дневные и ночные параметры ригидности артерий (АТ, dp/dt и РТТ) у девочек с ранее верифицированной артериальной гипертензией и нормальными параметрами

СМАД после проведенной терапии достоверно не отличались от аналогичных параметров у девочек из группы здоровых подростков.

Заключение. Полученные нами результаты показывают, что для раннего выявления жесткости артерий наиболее информативно использовать, такие показатели как артериальный тонус и максимальная скорость нарастания АД, которые остаются измененными даже после нормализации артериального давления.

Литература

1. Адзериho И.Э. Артериальная гипертензия: упруго-эластические свойства крупных артериальных сосудов и эффективность антигипертензивной терапии. //Медицинские новости.- 2010.- №10.-С. 24-30.
2. Гомелля М.В. Система гомеостаза и артериальная гипертензия у детей /М.В.Гомелля, В.В.Долгих, Е.С.Филиппов //Бюллетень СО РАМН.-2010.-№6.-С.20-28.
3. Ледяев М.Я. Артериальная гипертензия у детей и подростков (литературный обзор) /М.Я.Ледяев, Е.С.Дергачев, Л.В.Светлова// Волгоградский научно-медицинский журнал.- 2009.- №4(24).- С.15-19.
4. Ледяев М.Я. Методические подходы к оценке параметров центральной гемодинамики и жесткости артерий у подростков/М.Я.Ледяев, Л.В.Светлова// Волгоград: ДЕКОМ.- 2013.- 24с.
5. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology (ESC) //J. Hypertension.-2007.-Vol.25.-P.1105–1187.
6. Mancia G. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document /G. Mancia, S. Laurent, E. Agabiti-Rosei et al. //J. Hypertension.-2009. -Vol. 27.-P. 2121–2158.

СОМАТОФОРМНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА

Сибилева Е.Н., Zubov Л.А., Торпыгина Т.А., Горенькова А.В., Триль В.Е.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

В практике педиатра постоянно встречаются пациенты школьного возраста с соматическими проблемами, не имеющими под собой никакой органической основы. Чаще всего этому предшествуют или сопутствуют: плохая успеваемость, снижение социального уровня семьи, изменение обстановки в семье.

Противоречия, с которыми сталкивается врач: с одной стороны - масса жалоб в виде субъективных ощущений, с другой стороны - отсутствие объективных признаков заболевания у пациента. Врач стал-

квивается с сильной озабоченностью родителей о здоровье их детей. Более того, родители ребёнка или подростка настаивают на обследовании. Но по сути дела здесь нет повода для проведения диагностических исследований. Отношения с врачом портятся. Безусловно, это порождает у родителей чувство беспомощности и возникновения недоверия к врачу. Начинается поиск нового специалиста. Возникает проблема конфликта врач- пациент.

В поликлинике эти симптомы встречаются примерно у трети пациентов, возможны такие больные и в стационаре. Это создаёт большую нагрузку на здравоохранение. Как поступают с пациентом? Пациент «перебрасывается» вначале в поликлинике от специалиста к специалисту - для исключения причины: диспепсий – гастроэнтерологу, цефалгий – неврологу, субфебрилитета к эндокринологу, кардиалгий - кардиологу, фибромиалгий – ортопеду, диспное – аллергологу, пульмонологу. Далее все возвращается на круги своя уже в стационаре.

Соматоформные нарушения достаточно распространены, ассоциированы с дистрессами, имеют тенденцию к длительному хроническому течению. Выраженное несоответствие между субъективными ощущениями пациента и отсутствием клинических данных. Это может сопровождаться массой ненужных исследований и манипуляций. Увеличиваются ненужные траты на диагностику, в том числе повторную, и лечение. В ряде случаев возможна «инвалидизация».

Соматоформные нарушения редки в дошкольном возрасте. В начальной школе в основе лежат обычно большие школьные нагрузки. У детей обычно преобладает моносимптомность доминируют головная боль, боли в животе, тошнота, рвота. Родители оставляют детей дома и всё проходит.

Для детского возраста характерно преобладание эмоционально-поведенческих расстройств со стороны той системы, которая наиболее интенсивно развивается в определенный возрастной интервал. Сочетание симптомов разных уровней в процессе развития ребенка, так, например, роль соматовегетативных нарушений велика не только в возрасте от 0 до 3х лет, когда идет интенсивное формирование данной системы, но и в подростковом периоде, когда эта система претерпевает

массивные изменения. Нахождение в кризисном возрастном периоде (кризисы 1, 3, 7, 13, 17 лет). Кризисы длятся при благоприятном стечении обстоятельств сравнительно недолго (несколько месяцев) и представляют стадии, в ходе которых происходят значительные сдвиги в развитии и резко меняются психологические черты ребенка.

Дети, также как и взрослые могут страдать тревожными и депрессивными расстройствами! Принято выделять так называемые «возрастные» формы или уровни реагирования детей на стресс или заболевание, специфические для определенного возрастного этапа, потому как они напрямую связаны с онтогенетическим уровнем развития. Выделяют следующие возрастные симптомы патологической формы реагирования детей. В возрасте от 0 до 3-х лет происходит формирование вегетативной нервной системы, поэтому главной реакцией ребенка на раздражители будет нарушения сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства. В возрасте 4-10 лет происходит интенсивное развитие моторной зоны коры головного мозга, поэтому проявлениями патологического воздействия будут гиперактивность, тики, заикание, повышенная возбудимость. В 7-12 лет особое место занимает развитие самосознания, формируются элементы социальных чувств, страхи, негативизм, агрессия, эти дети очень легко возбудимы. В 12-16 лет заканчивается созревание всех сенсорных систем и вместе с тем большая эмоциональность, слабость самоконтроля, неумение сдерживать себя, резкость в поведении могут проявляться ипохондрией, дисморфофобией, нервной анорексией, реакциями протеста.

Нарушения у детей, связанные со страхами школы, включают: страх разлуки, трудности с обучением, трудности контакта, общения учитель/ученик. При синдроме страха школы самые частые нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Дети жалуются на диффузные боли в животе. Второй по частоте жалобой является головная боль. Среди вегетативных симптомов можно отметить головокружение, дрожь, потливость, сердцебиение, ожирение.

Психиатрические симптомы: самым частым страхом является страх разлуки, он значимо чаще чем социальный отход. Имеют место расстройства сна, утрата чувства радости, возникает чувство пустоты.

Последующие симптомы невротического неприятия школы возникают с переходом в среднюю школу и продолжаются не менее 100 дней.

Соматоформные нарушения у подростков чаще встречаются у девочек, у которых имеются нарушения в эмоциональной сфере. Возможны депрессии, нередко нарушения сна. Спектр симптоматики расширяется, появляется полисимптомность, как у взрослых. Среди этих подростков есть дети, испытавшие синдром жестокого обращения, дети из неполных семей.

По жалобам пациенты имеют одновременно диагностические критерии ряда синдромов: функциональной диспепсии, хронической усталости, кардиалгий, диспноэ, головной боли, фибромиалгий, субфебрилитета. В ряде случаев пациенты нетрудоспособны и имеют изменения психики.

В ранней диагностике соматоформных нарушений исключительную роль играет врач-педиатр. Решающим является исключение органических нарушений, коморбидности для правильного выбора целевой терапии. Поэтому дифференциальный диагноз с другими нарушениями и распознавание коморбидных состояний может затруднить выбор правильной целевой и полной терапевтической стратегии. Необходима междисциплинарная кооперация между педиатрами и психиатрами (анализ ситуации с пациентом и его семьёй, идентификация психосоциального напряжения).

Дифференциальный диагноз включает большой спектр заболеваний: детские функциональные боли в животе, детский синдром функциональны, функциональная диспепсия, синдром раздражённого кишечника, ГЭР, грыжа пищеводного отверстия, гастрит, язвенная болезнь, дисахаридазная непереносимость, целиакия, непереносимость продуктов питания, анатомические причины (незавершённые поворот, удвоения), инфекции (иерсиниоз, лямблии, гельминты), хронические болезни толстого кишечника, запоры, инвагинации, хронический аппендицит, холецистолитиаз, нефролитиаз, панкреатит и панкреатическая недостаточность, инфекция мочевых путей, овариальные кисты, дисменорея.

У пациентов с соматоформными нарушениями наряду с дифференциальным диагнозом по соматическим заболеваниям необходима диагностика психических нарушений особенно: страхов, депрессивных состояний, ситуационных реакций (перегрузок в школе, семейных конфликтов).

Очень важен дифференциальный диагноз аффективных состояний от нарушений социальных взаимоотношений. Важна нетяжесть психической травмы, а страдания которые испытывает ребёнок. Необходима модификация, чтобы использовать подходы психиатрии у детей. Помнить о психических заболеваниях у родителей!!!! У детей нередки депрессии в виде депрессивных эпизодов и дистимии, эти симптомы могут перемежаться. У детей с депрессией как правило имеется крайне длительная бессимптомная фаза.

Основные терапевтические методы: создание комфортной окружающей обстановки, анксиолитики, симптоматическая терапия, плацебо, психотерапия.

Что нужно для решения этой проблемы? – Безусловно, врач педиатр, профессионал, имеющий жизненный опыт и большой авторитет, помощь психиатра и психотерапевта, время.

ВЛИЯНИЕ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ МОСКВЫ

Сидельникова Н.Ю.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

В процессе жизненного пути индивида существуют периоды, когда чувствительность организма к воздействию факторов окружающей среды является очень высокой [1]. Поступление в начальную школу является одним из таких периодов, когда растущий организм ребенка в силу морфофункционального развития и недостаточной зрелости функциональных систем чувствителен к действию антропогенных факторов большого города [2].

Таким образом, адаптация функциональных систем ребенка к изменяющимся условиям окружающей среды представляет собой один

из важнейших вопросов эколого-физиологического направления научного познания [3]. В настоящее время особую значимость, в рамках экологии человека, приобретают исследования, позволяющие изучать влияние комплекса факторов среды на психосоматическое здоровье детской популяции, так как проживание в различных средовых условиях оказывает влияние на адаптивные процессы детского организма [4-6].

Организация и методы исследования. Комплексные исследования по изучению психоэмоциональной сферы, умственной работоспособности и интеллекта младших школьников, а также состояния адаптационных процессов проводились с участием 162 практически здоровых младших школьников, из них 86 мальчиков и 76 девочек в возрасте от 8,5 до 9,5 лет (второклассники). Тестирование испытуемых проводилось в период с 2012 по 2013 гг. на базе лабораторий экологической психологии и медицинской экологии кафедры экологии человека экологического факультета Российского университета дружбы народов г. Москвы. Были сформированы две группы: экспериментальная и контрольная группы.

Экспериментальная группа. Общий количественный состав экспериментальной группы составили 113 детей младшего возраста – 51 мальчик и 62 девочки, возраста от 8,5 лет до 9,5 лет (второклассники). Экспериментальная группа была разделена на 3 подгруппы. В первую подгруппу (Э1, n=62) вошли дети, проживающие в ЮВАО и имеющие неблагоприятное влияние социальной среды. Вторая подгруппа (Э2, n=23) имела высокий социально-экономический статус при неблагоприятном влиянии экологической среды ЮВАО. В третью подгруппу экспериментальной группы вошла часть младших школьников (Э3, n=28) из ЮЗАО, которая имела низкий социально-экономический статус и благоприятные экологические условия.

Контрольная группа проживала на территории ЮЗАО в благоприятной экологической и социальной среде. В нее вошли 49 детей – 35 мальчиков и 14 девочек, возраста от 8,5 лет до 9,5 лет (второклассники).

Исследование психоэмоциональной сферы проводили с помощью теста Р. Томмла, М.Дорки, В. Амен, который выявлял уровень детской тревожности. Исследование было добровольным, анонимным и не ущемляло права родителей и детей.

Полученные результаты. Важное значение в жизни человека играют условия окружающей среды. ЮВАО — исторически был рабочей окраиной. Здесь расположена большая промышленная зона: 14 тыс. предприятий, в том числе Московский нефтеперерабатывающий завод, автозавод «Автофрамос» (бывший АЗЛК) и многие другие. Сегодня ЮВАО – самый крупный промышленный округ Москвы. Общая площадь его промзон составляет более 40 км², или 35% от всей территории. Преобладающими отраслями в ЮВАО являются нефтеперерабатывающая и химическая промышленность, здесь не только самые низкие экологические показатели, но и наибольший уровень опасности техногенных катастроф.

Основными загрязнителями атмосферы являются автомобильный транспорт и промышленность. По каждому из этих параметров ЮВАО занимает лидирующие позиции. Транспортная обстановка в округе оценивается как критическая. В связи с этим, а также с традиционной для Москвы западной розой ветров, расположением в равнинной низменности, Юго-Восточный округ официально относят к экологически неблагоприятным территориям, несмотря на расположение зелёных зон, крупных парков и скверов: Кузьминки — Люблино, Лефортово, Парк имени 850-летия Москвы и др.

ЮЗАО занимает территорию Теплостанской возвышенности, доля природных территорий в общей площади составляет 33%. В округе расположен природный парк «Битцевский лес» (2130 га), памятники садово-паркового искусства «Узкое», «Ясенево», «Знаменские садки», Бутовский лесопарк, «Сосенки», Коробковский сад (общая площадь 310га). С 1998 г. статус особо охраняемой природной территории получил ландшафтный заказник «Теплый Стан». Традиционная роза ветров с преобладанием западных ветров способствует быстрому очищению атмосферного воздуха. К промышленным объектам повышенной экологической опасности можно отнести: промзона «Южное Бутово»,

№35 «Воронцово», №3 «Донские улицы», асфальтно-бетонное производство ОАО «ДРСУ», Южнобутовские очистные сооружения, снегосплавные пункты «Лобачевский-1», «Лобачевский-2». Их количество незначительно для загрязнения окружающей среды округа. Экологическая ситуация, таким образом, в ЮЗАО более благоприятная, что подтверждают исследования Департамента природопользования и охраны окружающей среды (Доклад. Экология Москвы <http://protown.ru/russia/city/articles/2856.html>, дата обращения 20.10.2011).

Тест тревожности (Р. Томмл, М.Дорки, В.Амен). Сравнительный анализ уровней тревожности детей младшего школьного возраста, проживающих на территориях с разными средовыми условиями, показал следующую картину.

Сравнивая экспериментальную Э1 (Э-;С-) и контрольную К (Э+;С+) группы, можно отметить, что сочетание средовых факторов (неблагоприятная экологическая и социальная среда, и наоборот) по-разному влияло на тревожность младших школьников. В экспериментальной (Э1) группе отмечается рост и большой процент встречаемости младших школьников по уровню тревожности. Так, на уровнях «средний», «повышенная тревожность», «высокая», были зафиксированы следующие данные: 28,8%, 39,7% и 18,2% соответственно. В контрольной группе младших школьников отмечается обратная тенденция – снижение процента встречаемости детей по уровню тревожности: 43,1%, 17,4% и 8,8% соответственно. Различия между показателями групп Э1 (Э-;С-) и К (Э+;С+) по уровню тревожности были значимы ($p=0,0000$). Также статистический анализ по непараметрическому критерию Крускала - Уоллиса (Kruskal-Wallis) показал значимые различия между группами: К (Э+;С+) и Э2 (Э-;С+); К (Э+;С+) и Э3 (Э+;С) $p=0,0002$ и $p=0,0003$ соответственно.

Сравнивая в экспериментальной группе подгруппы Э2 и Э3 при разнонаправленном действии средовых факторов (неблагоприятная экологическая и благоприятная социальная среда и наоборот), можно отметить, что показатели уровня тревожности младших школьников были примерно одинаковыми (21,1% и 20,6% - «пониженный уровень

тревожности»; 40,3% и 40,5% - «средний уровень»; 29,5% и 28,7% - «повышенный уровень»; 9,1% и 10,2% «высокий уровень»).

Выводы. Изучение состояния окружающей среды исследуемых районов Москвы (Юго-Западного и Юго-Восточного административных округов) показало разный уровень антропогенного воздействия. Так, по экологическому состоянию Юго-Западный административный округ относится к «экологически благоприятной» территории Москвы. Юго-Восточный административный округ по антропогенному воздействию был отнесен к «сильно загрязненным» территориям столицы.

Исследование сочетанного и разнонаправленного воздействия средовых факторов мегаполиса выявило четыре группы младших школьников по психофункциональным параметрам. Результаты данного исследования показали, что при сочетании неблагоприятного и благоприятного воздействия экологической и социальной среды, и наоборот, действия факторов среды частично нивелировались, что отражалось на адаптационных процессах младших школьников. При благоприятном воздействии средовых факторов (экологической и социальной сред) адаптационные процессы младших школьников протекали без перенапряжения функциональных систем.

Литература

1. Глебов, В.В. Оптимизация режима труда и отдыха в психофизиологической адаптации учащихся школ // Известия СГУ. Филос. Психол. Педагогика. 2014. №1. С. 87-90
2. Глебов, В.В. Профилактическая и коррекционная работа по повышению адаптации детей и подростков // Вестник РУДН, 2014, № 1 –С.83-91
3. Лавер Б.И., Глебов В.В. Уровень здоровья и физического здоровья учащихся школ в условиях разного экологического состояния территории Москвы. // Вестник РУДН, серия «Экология и безопасность жизнедеятельности» 2013, № 5 –С.68-73
4. Назаров В.А., Глебов В.В., Марьяновский А.А. Динамика информационных нагрузок в школе и психофункциональное развитие детей столичного мегаполиса / В.А. Назаров, В.В. Глебов, А.А. Марьяновский // Вестник РУДН, серия «Экология и безопасность жизнедеятельности» № 5, 2012-С.24-27
5. Сидельникова Н.Ю., Глебов В.В., Радыш И.В. Сравнительный анализ умственной работоспособности и интеллекта детей младшего школьного возраста, проживающих в разных средовых условиях столичного мегаполиса. // Технология живых систем 2015 № 3-С13-17
6. Glebov V.V., Arakelov G.G. Level of Schoolboys' Psychophysiological Adaptation Process in Metropolis Megapolis // Procedia - Social and Behavioral Sciences Volume 146, 25 August 2014, P. 226–232

ШКОЛЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ АРХАНГЕЛЬСКА – 10 ЛЕТ

Сухарева Т.Г., Куковерова Н.Н., Ивановская В.В., Кондакова Е.Г., Хомутова Н.В., Журавлева Л. Н.

Архангельская городская детская поликлиника, Архангельск, Россия

Архангельск – город на севере Европейской части России. Его площадь – 294,42 кв.км. Состоит из 9 округов. На территории проживает 350982 человека. В 1994 году был открыт областной учебно-консультативный центр для пациентов с сахарным диабетом, который начал работать в рамках Международной программы «Диабет». В 1995 году была организована ассоциация взрослых больных с сахарным диабетом.

Стало очевидно, что необходимо создание региональной программы по управлению сахарным диабетом, возникла необходимость в создании школ по обучению для пациентов с сахарным диабетом. Во время встречи в г. Веймаре (Германия), состоявшейся 7-10 декабря 1995 г. при участии представителя ВОЗ профессора И. Кало и при партнерской поддержке фирм «Elli Lilli» и «Beringer Mannheim» врачами-эндокринологами Заросликовой Л.П., Зыковой Т.Л., Цыгановой О.Л., Сибилевой Е.Н.; была разработана региональная программа, целью которой являлось улучшение качества помощи больным с сахарным диабетом и снижение затрат общества на их лечение.

Программа была написана в соответствии с положениями Сент-Винсентской декларации от 1989 года. Проведен экономический расчет затрат на лечение и контроль с обоснованием экономической эффективности профилактических мероприятий по сахарному диабету. Среди пунктов программы был раздел, посвященный детям, который включал создание регистра сахарного диабета у детей, и самое главное – создание обучающих школ. Целью этих мер являлось обеспечение оптимизации наблюдения за детьми, обеспечение их независимости в вопросах контроля и управления сахарным диабетом, снижение частоты осложнений сахарного диабета. Сахарный диабет в детском возрасте – одно из наиболее тяжелых хронических заболеваний, которое

меняет жизнь не только ребенка, но и всей семьи в целом: обязательные ежедневные инъекции инсулина, проведение самоконтроля, частое определение сахара в крови, постоянный контроль над питанием и физической активностью.

Для родителей это огромная ответственность за состояние здоровья ребенка и от их грамотности в вопросах диабета зависит весь жизненный прогноз. Залогом хорошего успеха в лечении является обучение детей и их родителей.

В рамках реализации федеральной и региональной программы «Сахарный диабет» в марте 2006 года, в Архангельске на базе городской детской поликлиники №1 была организована школа «По управлению сахарным диабетом», где обучаются дети, подростки и члены их семей не только Октябрьского округа, но и всех районов города. Фактически школа является городским центром по обучению детей с сахарным диабетом.

Обучение проводит медицинская сестра, специалист высшей квалификационной категории Сухарева Татьяна Григорьевна. В 1996 году прошла теоретическую и практическую подготовку по обучению больных с сахарным диабетом по международной программе «Диабет», имеет 20 лет стажа работы по специальности.

За 10 лет работы школы сахарного диабета прошли первичное обучение 527 человек (детей – 166, взрослых – 361). Ежегодно проходят повторное обучение 260-280 человек, включая детей и взрослых.

С каждым годом первичная заболеваемость сахарного диабета 1 типа у детей растет. Число детей, обучаемых в школе диабета, ежегодно увеличивается. В 2015 году их количество составило 141 человек, сравнительно с 2005 годом – 89 человек. Увеличилась посещаемость детьми школы диабета более чем в 2 раза, число посещений составило 3262 посещения.

Эффективность программы обучения может быть обеспечена только при ее правильной организации. Оснащение и оформление кабинета для школы по управлению сахарным диабетом для детей и подростков проходило при партнерской поддержке фирм «Novo Nordisk» и «Life-Scan».

Обучение построено в основном на индивидуальных и групповых занятиях. Индивидуальное обучение проводится для больных с впервые выявленным сахарным диабетом. Групповое обучение – для детей с определенным стажем диабета. Обучение на дому – еще одна форма обучения для детей младшего дошкольного возраста.

Широко используется система «горячая линия» – это консультативная помощь, которая особенно необходима семьям, имеющим ребенка с впервые выявленным диабетом (период медового месяца). Им оказывается экстренная помощь при декомпенсации диабета и других заболеваниях у детей. С первого посещения школы диабета, каждая семья имеет контактный телефон и возможность круглосуточно получить нужную для них информацию, консультацию, а также психологическую поддержку, в которой нуждается каждая семья.

Процесс обучения проходит по специальной структурированной программе и состоит из 8 занятий. Длительность занятия не более 1,5 часов. Обучение строится на определенных принципах: открытой и доверительной атмосферы, доступного изложения материала, принципа обратной связи, формирования мотивации, перераспределения ответственности в определенных аспектах лечения сахарного диабета, которое является конечной целью обучения. Существуют определенные трудности при обучении детей различных возрастов: для детей младшего дошкольного возраста характерно лабильное течение, неустойчивый аппетит и привязанность к сладостям, повышенная двигательная активность и полная зависимость от родителей; для детей допубертатного возраста необходимо оказание помощи развития у детей самостоятельности и ответственности, адаптации к школе и физическим нагрузкам; для детей подросткового возраста характерно несоблюдение режима питания, снижение мотивации на самоконтроль, частые депрессии, приобщение к алкоголю и курению, конфликты в семье и школе, все это ухудшает контроль по диабету, ускоряется процесс формирования поздних осложнений СД.

При обучении основной задачей является проведение самоконтроля детьми, ведение дневника самоконтроля. Научить работать с

дневником самоконтроля и подобрать адекватную дозу инсулина – самая сложная, ответственная часть работы в школе диабета.

За 10 лет работы школы «По обучению управлению сахарного диабета» число семей, ведущих адекватный самоконтроль по сахарному диабету, увеличилось с 57,5 % до 95,7%; отмечается положительная динамика гликированного гемоглобина: оптимальный показатель (<8%) с 47,1% до 73,0%; уменьшилось количество госпитализации детей в связи с декомпенсацией сахарного диабета: кетоацидоз с 10,9% до 4,2%; тяжелая гипогликемия – с 2,2% до 0,7%; снизилась частота поздних осложнений сахарного диабета у детей: нейропатия с 22,4% до 7,0%; нефропатия с 11,2 до 0,7%; ретинопатия с 3,3% до 0%; диабетическая катаракта с 3,3% до 0,7%.

Эффективность работы школы сахарного диабета отражает улучшение показателей здоровья детей с диабетом и их качество жизни. Кроме основной работы обучения детей с диабетом и их родителей проводится большая организационно-методическая работа: родительские собрания, тематические конференции, лекции для родителей, круглые столы, совместная работа с дошкольными учреждениями, школами, органами социальной защиты населения, выходы на дом в социально неблагополучные семьи.

Существует ошибочное мнение, что дети с диабетом не могут заниматься физкультурой, посещать спортивные секции. В настоящее время все дети с диабетом посещают уроки физкультуры в школе, многие дети регулярно занимаются в спортивных секциях и тренажерных залах, бассейне. В 2012 г. была подготовлена группа из 6 подростков, которые участвовали в диаспартакиаде Сочи-2012, где заняли 2-е место из 9-ти команд регионов России.

Огромный пласт работы – это психологическая реабилитация детей и членов их семей. Эта работа предполагает совместные праздники, встречи, выезды. Каждый год мы собираем детей и их семьи, чтобы отметить Международный день диабета, Новый год, Всемирный день защиты детей. Отдельная наша гордость – это диабетические лагеря. Прошло уже 7 лагерей, сейчас готовится 8-й. Дети, их роди-

тели, собираются вместе, общаются друг с другом, находят новых друзей, тех, кто их понимает, тех, кому не нужно ничего объяснять. В диабетических лагерях дети учатся самоконтролю, здоровому образу жизни, формируют оптимистический взгляд на будущее.

Переходя во взрослую жизнь, наши дети чувствуют себя полностью социализированными. За последние 10 лет из 107 подростков-выпускников, являющихся нашими пациентами: 58% поступили в высшие учебные заведения, 32% получают среднее специальное образование.

Эффективность работы школы «Диабет» достигается путем комплекса мер: качественным обучением по специальной программе, созданием профессиональной диабетологической команды, взаимодействием со специалистами структурных подразделений, психологической реабилитацией детей (детские праздничные мероприятия, конкурсы, выезды в диабетические лагеря), организационно-методической работой (конференции и родительские собрания), постоянно действующей системой «Горячая линия» – круглосуточная помощь семьям по проблемам сахарного диабета, социально-правовой защиты и психологической помощи.

Залог успешной ежедневной жизни при сахарном диабете – это активное участие ребенка и членов его семьи в лечении, четкое выполнение назначений врача, понимание сущности заболевания, учет требований организма, частый самоконтроль, самостоятельность в подборе адекватной дозы инсулина, соблюдение диеты, умение оказать неотложную помощь. Сахарный диабет – хроническое заболевание, при котором многое зависит не только от врача, лекарств, а от поведения пациента, его отношения к заболеванию. Обучение и самоконтроль – основные условия профилактики осложнений диабета, залог медико-социальной реабилитации. Функционирующая в настоящее время в ЛПУ школа «Диабет» является той нишей, где может быть выражена автономная деятельность медицинской сестры.

РЕТИНОПАТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Тропина Н.Н., Протопопова Л.А., Кирпиченкова С.Н.

Архангельская детская клиническая больница им. П. Г. Выжлецова, Архангельск, Россия

С 2007 по 2011 г. Россия постепенно переходила на новые критерии жизнеспособности плода, принятые ВОЗ: вес недоношенного ребенка от 500г. Уже в 2012 г. резко увеличилось количество недоношенных малышей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ). Поэтому выхаживание таких детей на сегодняшний день является самым актуальным в неонатологии.

ОПННД было образовано в январе 2011г в результате реорганизации 1 соматического отделения и отделения патологии новорожденных, и рассчитано на 60 коек. Основной задачей работы отделения является оказание квалифицированной и специализированной диагностической помощи новорожденным и недоношенным детям. Отделение находится в корпусе раннего возраста и располагается на двух этажах. В структуру отделения входят 3 интенсивные палаты, 18 палат совместного пребывания “мать и дитя”.

Ретинопатия недоношенных (РН) - тяжёлое заболевание глаз, развивающееся преимущественно у глубоконедоношенных детей, вследствие нарушения развития сетчатки (светочувствительной области глаза), сопровождающееся изменениями в сетчатке и стекловидном теле. Заболевание может привести к полной потере зрения. Недоношенные дети не рождаются с ретинопатией. Они рождаются с недоразвитой сетчаткой, т.е. с незаконченным развитием ее кровоснабжения, которое уже ведет к развитию заболевания. Развитие кровоснабжения сетчатки начинается с 16-й недели беременности и заканчивается к моменту рождения, поэтому, чем раньше родился ребенок, тем меньше площадь сетчатки, покрытая сосудами, т.е. при офтальмологическом осмотре выявляются более обширные безсосудистые, или аваскулярные зоны.

Основные факторы риска возникновения ретинопатии: малый срок гестации до 34 недель, низкая масса тела при рождении, интенсивное и длительное ИВЛ более 3 дней, кислородотерапии более 1 месяца, сопутствующие патологии (гипоксия плода, внутриутробные инфекции, сепсис, синдром дыхательных расстройств и др.), световое воздействие на незрелую сетчатку, так как в естественных условиях образование сосудов сетчатки завершается внутриутробно, при отсутствии света.

Основным проявлением ретинопатии недоношенных является остановка нормального образования сосудов, прораствание их непосредственно внутрь глаза в стекловидное тело. Рост сосудистой и вслед за ней молодой соединительной ткани вызывает натяжение и отслойку сетчатки. Ретинопатия недоношенных подразделяется на 5 стадий в зависимости от тяжести заболевания. Прогрессирование заболевания к последним стадиям может привести к образованию рубцовой ткани в сетчатке и стекловидном теле, что ведет к развитию отслойки сетчатки: 1 стадия: появление разделительной беловатой линии на границе сосудистой и аваскулярной сетчатки— демаркационная линия; 2 стадия: появление вала на месте линии - демаркационная линия разрастается, становится выше и шире, получает название демаркационного вала; 3 стадия: характеризуется появлением в области вала серой ткани, уплотнения стекловидного тела над валом с втягиванием сосудов сетчатки в стекловидное тело и развитием натяжения сетчатки с тенденцией к её отслойке (эта стадия ретинопатии считается пороговой); 4 стадия: частичная отслойка сетчатки; 5 стадия: полная отслойка сетчатки. Отдельно выделяют "плюс" форму и "заднюю агрессивную" форму болезни, при которых болезнь развивается особо быстро (примерно в 2 раза быстрее) и имеет худшие результаты лечения.

Профилактика РН. Организм даже здорового доношенного новорожденного ребёнка проходит период адаптации к условиям внеутробной жизни. Что же происходит с недоношенным ребёнком с ЭНМТ? Прекратилось естественное внутриутробное развитие и формирование его систем жизнеобеспечения, глубоко незрелый организм не готов пережить этот кризис, т.е. не готов к адаптации в условиях внеутробной

жизни. Наша задача создать оптимальные условия, максимально приближенные к внутриутробным.

Все недоношенные дети с ЭНМТ и ОНМТ выхаживаются в инкубаторах интенсивного класса с Servo-контролем. Для ограничения световых воздействий широко применяются защитные средства от света - чехлы для инкубаторов. Данный способ затемнения обеспечивает потребность ребёнка в привычном для него в утробе матери пребывании в темноте. Прочный материал блокирует попадание света, позволяет имитировать смену дня и ночи, тем самым постепенно приучая ребёнка жить во внешнем мире по закону биологических часов.

Для проведения манипуляций используются индивидуальные источники направленного света. Большое внимание в отделении уделяется лечебно-охранительному режиму. Методика соблюдения «трёх Т» («темно – тепло – тихо») позволяет нашим пациентам гораздо быстрее адаптироваться к условиям внешней среды, с минимальным стрессом для организма и максимальным комфортом. Начиная с 34 недели развития (или с 3 недели жизни) ребенку необходим, осмотр офтальмолога на специальном оборудовании для осмотра сетчатки глаза у маленьких детей (ретиная камера). Такой контроль необходим всем детям, рожденным до 35 недель и с массой тела при рождении менее 2000 г. При выявлении признаков ретинопатии недоношенных осмотры проводят каждую неделю до момента развития пороговой стадии или полного регресса заболевания.

В случаях, когда заболевание достигло порогового уровня, необходимо начать лечение: консервативное (закапывание капель -дексаметазон, назначаемых врачом офтальмологом и введение в/м или в височную мышцу ретиноламина); хирургическое (как правило, проводят лазерную коагуляцию сетчатки прижигание периферии сетчатки лазером. На месте ожогов образуются рубцы. Зрение на этом участке сетчатки теряется, однако с помощью лазерного лечения ретинопатии удаётся сохранить центральное зрение и предотвратить отслоение сетчатки).

Своевременно проведённое лечение позволяет значительно уменьшить число неблагоприятных исходов заболевания. После стихания активности процесса все дети, перенёвшие лазеркоагуляцию, должны осматриваться офтальмологом в специализированной офтальмологической клинике города, области или в поликлинике по месту жительства (в возрасте 6 мес., 1 года, далее ежегодно в течение всей жизни).

СОЧЕТАНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ

Чуйко А.В., Кузнецова Н.А., Киселева О.А., Меньшикова Л.И.

Северодвинская городская детская клиническая больница,

Северный государственный медицинский университет, Россия

Интра – и перинатальная гипоксия и усугубляемая ею морфофункциональная незрелость являются ключевым этиопатогенетическим фактором развития целого ряда патологических состояний, затрагивающих центральную нервную систему (ЦНС) и сердечно-сосудистую систему, влияющим на последующее качество жизни ребенка и реализацию его возможностей [1,2,3].

Материалы и методы: нами проанализировано 295 эхокардиограмм детей первого года жизни с патологией сердечно-сосудистой системы и 35 эхокардиограмм детей, не имеющих патологию сердечно-сосудистой системы (контрольная группа). Всем детям была проведена нейросонография (НСГ). В катамнезе, через 1 год проведена оценка 169 эхокардиограмм и 121 нейросонограммы детей с патологией сердечно-сосудистой системы.

Результаты и обсуждение: При проведении эхокардиографии у всех 295 детей было выявлено открытое овальное окно (ООО), 65 пациентов имели врожденные пороки сердца (ВПС). Среди ВПС были верифицированы перимембранозные и мышечные дефекты межжелудочковой перегородки, дефекты межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток, стеноз легочной артерии, па-

тология аортального клапана, сочетанные пороки. Анализ нейросонограмм выявил признаки церебральной ишемии 1-2 степени, кисты сосудистых сплетений, эхопризнаки внутрижелудочковых кровоизлияний 1-2 степени, эхопризнаки наружной гидроцефалии, субэпидимальные гематомы, внутреннюю гидроцефалию, перивентрикулярные кисты, расширение подбололочечных пространств, признаки перивентрикулярной лейкомаляции, кальцинат таламуса. Причем церебральная патология встречалась у 100% детей с ООО и ВПС, что значительно чаще ($p < 0,001$), чем у детей контрольной группы 37% (13 чел.). В структуре церебральных нарушений у детей с ВПС и ООО преобладали легкие ишемические изменения ЦНС. Они составили 61% (40чел.) и 76% (175чел.) соответственно. В контрольной группе легкая церебральная ишемия выявлена у 14% (5чел.) обследованных детей, что значительно реже чем у детей с ВПС и ООО ($p < 0,001$). Органическая патология ЦНС значительно чаще встречалась в группе детей с ВПС по сравнению с пациентами с ООО и контрольной группой ($p < 0,05$), она составила 38,4% (25 чел.). Значимых различий по наличию органических изменений ЦНС у детей с ООО и детей контрольной группы нами не установлено. В катамнезе проведена оценка 130 эхокардиограмм и 91 нейросонграммы у детей с ранее выявленными открытыми овальными окнами и 39 эхокардиограмм и 30 нейросонограмм у детей с ВПС. Все дети на протяжении первого года жизни получали курсы средств с антигипоксическим и антиоксидантными свойствами. Закрывание ООО произошло у 77% (100чел.) детей, это является более высоким показателем, чем естественное закрытие овальных окон по литературным данным [3]. Нормализация состояния головного мозга по данным нейросонографии произошла у 64,8% (59чел.) детей с функционирующими овальными окнами в раннем неонатальном периоде. Диагноз ВПС был снят у 15,2% (6чел.) детей. Полное восстановление показателей состояния головного мозга по данным НСГ у детей с ВПС составило 46,6% (14 чел.).

Заключение: Все дети первого года жизни с ООО и ВПС имеют патологические отклонения в состоянии ЦНС. Органические изменения значительно преобладают у детей с ВПС. Оптимизация терапии

постгипоксических повреждений сердечно-сосудистой и нервной систем на первом году жизни сопровождается положительным эффектом, подтвержденным ультразвуковыми методами диагностики.

Литература

1. Дегтярева Е.А. Цитофлавин первый опыт применения в детской практике // Е.А. Дегтярева Лекция для врачей педиатров. Москва 2010. 39с.
2. Физиология и патология сердечно-сосудистой системы у детей первого года жизни // под. ред. М.А. Школьниковой Москва 2002. 160с.
3. Школьниковая М.А. Неонатальный скрининг с целью раннего выявления критических врожденных пороков сердца // М.А. Школьниковая Методические рекомендации (№12). Москва 2012. 36с.

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕГО РЕЖИМА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ МИЛОСЕРДИЯ ДЕТСКОГО ДОМА-ИНТЕРНАТА

Шалаурова Е.В., Соловьев А.Г., Лукашов А.Г., Парамонова М.В.

Архангельская областная детская клиническая больница им.

П.Г.Выжлецова,

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Инвалидность у детей – более тяжелое явление, чем инвалидность у взрослых, так как она накладывается на процесс развития психики, приобретения навыков, усвоения знаний, психосоциальной адаптации и, в целом, качества жизни [1], в связи с чем возрастает необходимость проведения адекватных реабилитационных мероприятий для достижения главной цели – интеграции детей-инвалидов в социум [2].

В связи с возрастающим вниманием к проблеме множественной патологии развития требуется разработка новых направлений детей данной группы, определение критериев образовательных потребностей, создание системы их абилитации и социальной адаптации в условиях семьи и детских учреждений. По данным ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России за 2014 г. в структуре первичной инвалидности детского населения по классам болезней в РФ первое место занимают психические расстройства и расстройства поведения (22,8%), на второе (20,6%) - вышли врожденные аномалии развития [3].

Отделение милосердия детского дома – интерната для детей с серьезными нарушениями в интеллектуальном развитии организуется для обслуживания принятых на стационарное социальное обслуживание детей с тяжелыми формами инвалидности, находящихся на постельном режиме или передвигающихся в пределах палаты с посторонней помощью, нуждающихся в постоянном медико-социальном наблюдении уходе и обслуживании [4].

В соответствии с функциональными задачами отделение милосердия осуществляет: прием и размещение детей с инвалидностью с учетом их заболевания, тяжести состояния, интеллектуального дефекта, возраста и проведение мероприятий по их адаптации в новой обстановке; квалифицированное медицинское обслуживание, реабилитацию, своевременную диагностику осложнений и обострений хронических заболеваний инвалидов; организацию совместно с лечебно-профилактическими учреждениями консультативной, профилактической и медицинской помощи; организацию рационального, в том числе диетического, питания детей с учетом состояния их здоровья; социально-бытовое обслуживание детей-инвалидов; проведение санитарно-гигиенических, противоэпидемических ритуальных мероприятий; организацию учебно-воспитательного процесса с применением средств технической реабилитации, организация досуга, нормализация режима дня; проведение совместно с учреждениями культуры культурно-массовой работы.

Группа детей с тяжелым нарушением интеллектуального развития и сопутствующими соматическими и нервно-психическими заболеваниями была обозначена нами как «дети с множественной психомоторной патологией развития» (МПП) [5]. Этот термин подразумевает наличие у ребенка множественных нарушений, (три и более), выраженных в разной степени и приводящих к значительным отклонениям в развитии.

Среди основных признаков психопатологической структуры недоразвития у детей [6] выделены ряд признаков, соответствующих описаниям нарушений, отмеченных при глубоком нарушении интеллекта при МПП: резкое снижение анализаторных реакций на окружающее;

определение эмоций инстинктивной жизнью, физиологическими потребностями; несформированность экспрессивной и импрессивной речи; наличие атипичных форм поведения: безучастности, аутизма, немотивированной агрессии, аутоагрессии, нарушения пищевого поведения, извращения влечений, фобий; наличие нарушений двигательной сферы в виде изменений мышечного тонуса по типу пирамидных и экстрапирамидных проявлений, выраженных парезов и параличей различной степени тяжести, приводящих к ограничению жизнедеятельности, передвижению и навыков самообслуживания; отсутствие навыков опрятности и самообслуживания.

В ходе организации реабилитационного режима нами выявлено, что у детей отделения милосердия имеет место дисгармоничное развитие по типу отставания роста и физических показателей от возрастной нормы со значительным процентом детей, имеющих дисгармоничное нарушение по типу кахексии.

При изучении структуры сочетанной соматической патологии, наличия хронических заболеваний и аномалий развития органов и систем по два нарушения в состоянии здоровья обнаружено у 25,5 % детей с МППП, три – у 58,2%, четыре и более – у 26,3%.

Нами предложена модель медико-социального сопровождения ребенка с МППП в условиях отделения милосердия. Данная модель предполагает: работу мультидисциплинарной команды специалистов, предоставление услуг в полустационарной и стационарной (для проживающих в отдаленных районах), временной (до 6 мес.) формами обслуживания; определение приоритетом состояние здоровья и качества жизни ребенка в ходе образовательной деятельности; тесное взаимодействие с семьей с включением родителей в качестве активных участников процесса реабилитации, обучения, оздоровления, мониторинга состояния здоровья, а не пассивного заказчика услуги; создание развивающего режима дня и образовательного пространства в жилых помещениях групп.

Работу по внедрению данной модели проводит ГБУ Архангельской области «Новодвинский детский дом-интернат для детей с серъ-

езными нарушениями в интеллектуальном развитии» в тесном взаимодействии с ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет».

В доме-интернате получены лицензии на медицинскую и образовательную деятельности по дошкольному, основному школьному по адаптированным программам для детей с умственной отсталостью и дополнительному образованию, что позволяет создать особую образовательную среду и строить процесс обучения в тесном взаимодействии с врачом педиатром, психиатром и неврологом. Работа мультидисциплинарной команды позволяет проводить качественное динамическое наблюдение за состоянием здоровья и познавательным развитием ребенка, обсуждать вопросы взаимодействия специалистами напрямую и в рабочем режиме корректировать мероприятия по развитию ребенка. В случае ухудшения состояния здоровья педагога и родители получают квалифицированную медицинскую консультацию о выборе или пересмотре методов педагогического сопровождения и изменении режима обучения.

Лечебно-профилактическая помощь в отделении милосердия дома-интерната направлена на обеспечение единства профилактических, лечебных, психологических и других воздействий, предупреждение обострений хронических заболеваний, организации сопровождения, ухода и наблюдения детей в терминальных стадиях, рационального питания, в том числе диетического, в соответствии с врачебными рекомендациями.

Предполагается, что в рамках сетевого взаимодействия при необходимости должны быть организованы консультации специалистов медицинских и других организаций, которые не включены в штатное расписание организации (педиатр, психиатр, невролог, офтальмолог, ортопед и др.) для проведения дополнительного обследования детей отделения милосердия. Организация развивающего пространства в жилых помещениях позволяет получать новые сенсорные стимулы и реализовывать потребности в освоении нового пространства детям в условиях щадящего режима обучения, исходя из реальных возможностей и

потребностей ребенка. Наиболее широко применяется прием «зонирования» - создание развивающих зон с наличием игрушек, сенсорных стендов, вертикализаторов, сухих бассейнов, для максимального внедрения индивидуального подхода в работе с детьми, имеющими тяжелую патологию развития.

Таким образом, соблюдение реабилитационно-развивающего режима пребывания для детей с тяжелой МППП в условиях отделения милосердия детского дома-интерната способствует формированию адаптивных форм поведения и развития коммуникативных навыков, повышает качество жизни и социального обслуживания детей, что возможно при организации специфичной работы мультидисциплинарной высокопрофессиональной команды специалистов.

Литература

1. Сидоров П.И., Бочарова Е.А., Соловьев А.Г. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни. - Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2005. – 217 с.
2. Мурзина Т.Ф. Об опыте работы детского дома интерната с отклонениями в умственном развитии по социокультурной реабилитации/ Т.Ф. Мурзина, З.М. Шадрина// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. - № 3. – С.52
3. О положении детей и семей, имеющих детей в Архангельской области в 2014г. Информационно-аналитические материалы / Сост. Ушакова Р.И.- Архангельск, 2015.- 144 с.
4. Национальный стандарт Российской Федерации. Социальное обслуживание населения. Классификация учреждений социального обслуживания. ГОСТ 52498-2005.
5. Шалаурова Е.В., Соловьев А.Г., Бочарова Е.А. Познавательная деятельность в процессе абилитации детей с множественной психомоторной патологией развития // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки». – 2015. - № 3. – С. 87-94
6. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство / Д.Н.Исаев.- СПб.: Речь, 2003.- 391 с.

РАЗЛИЧИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ С ЛАБИЛЬНОЙ И СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Штыкова О.В., Ефимова Н.В., Киселева О.А.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Роль эмоциональных факторов в развитии сердечно-сосудистых расстройств, в частности – артериальной гипертензии (АГ), отмечалась еще на ранних этапах становления медицинской науки. Развитие

психосоматического направления медицины позволило сделать предположение о влиянии блокирования агрессивных импульсов с последующей активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы на развитие эссенциальной АГ [1]. Ряд масштабных исследований во взрослой популяции подтвердили данное предположение, однако до настоящего момента отсутствуют детальные рекомендации относительно коррекции психоэмоционального статуса у больных АГ. Дебют АГ приходится на подростковый возраст. Именно в этом возрасте изменения в эмоциональной и вегетативной сфере имеют наиболее обратимый характер и могут быть скорректированы при правильной и своевременной терапевтической тактике.

Цель нашего исследования – выявить особенности эмоциональной сферы подростков 16-17 лет с лабильной и стабильной формами синдрома повышенного артериального давления.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 подростков в возрасте 15-17 лет (10 (10,0%) девушек и 90 (90,0%) юношей) с синдромом повышенного артериального давления (АД) (систолическое АД (САД) и/или диастолическое АД (ДАД) выше P_{90} , но не превышали P_{99} более чем на 5 мм рт.ст при трех и более офисных измерениях). Стаж повышенного АД составил от 1 до 84 месяцев (средняя продолжительность $20,2 \pm 17,93$ мес.). Всем подростками было проведено комплексное клинично-инструментальное и психологическое обследование. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось осциллометрическим методом (комплекс суточного мониторирования АД «Валента», ООО «Компания Нео») с оценкой следующих параметров: максимальное, минимальное, среднее, пульсовое систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление, частота сердечных сокращений (ЧСС) а также их вариабельность; индекс времени (ИВ), индекс измерений (ИИ) и индекс площади (ИП) повышенного САД и ДАД в течение суток, в дневное и ночное время. Индекс времени (ИВ) рассчитывался по проценту измерений, превышающих нормальные показатели АД за 24 ч или отдельно для каждого времени суток. В качестве критерия АГ у детей и подростков в дневной период времени принимают значения 95-го перцентиля для соответствующего

пола и роста, а в ночной период – величину АД на 10% меньшую, чем в дневное время. При лабильной АГ ИВ АГ составляет 25-50%, стабильная АГ диагностируется при ИВ АГ не менее 50% в дневное и/или ночное время. При ИВ АГ 10-24,9% устанавливался диагноз Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу (НЦД) [3].

Психологическое обследование включало тестирование в письменной форме: опросник Басса-Дарки (диагностика агрессивных и враждебных реакций) [4] и патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко [2].

Обработка результатов проводилась с помощью пакета статистических программ Stata/SE 12.1. Описательные статистические данные получены при помощи непараметрического метода вариационной статистики с вычислением средней величины (M), ошибки средней (m), среднеквадратичного отклонения (σ). Различия между группами определялись с использованием критерия Манна-Уитни (U). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

По данным СМАД у 24 подростков (24,0%) была диагностирована НЦД по гипертоническому типу, лабильная АГ – у 23 (23,0%) и стабильная АГ у 53 (53,0%). Показатели СМАД у обследованных подростков представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели СМАД в подгруппах с лабильной и стабильной формами артериальной гипертензии

	НЦД по гипертоническому типу (N=24)		Лабильная АГ (N=23)		Стабильная АГ (N=53)	
	M $\pm\sigma$	m	M $\pm\sigma$	m	M $\pm\sigma$	m
ИВ САД день	14,85 \pm 7,049	1,662	32,89 \pm 20,502	4,832	73,28 \pm 14,001	2,187
ИВ ДАД день	12,47 \pm 10,252	2,416	14,12 \pm 16,768	3,952	34,97 \pm 26,008	4,062
ИВ САД ночь	14,86 \pm 13,101	3,088	42,16 \pm 22,460	5,294	75,28 \pm 22,090	3,450
ИВ ДАД ночь	12,66 \pm 13,132	3,095	24,80 \pm 24,170	5,697	50,71 \pm 37,864	5,913
ИВ САД сутки	12,70 \pm 5,568	1,312	37,33 \pm 7,580	1,787	76,85 \pm 13,755	2,148
ИВ ДАД сутки	10,72 \pm 7,416	1,748	19,16 \pm 14,941	3,522	49,66 \pm 29,112	4,546

САД среднее	121,39±7,014	1,653	127,50±4,07 6	0,96 1	132,07±6,50 9	1,01 7
ДАД среднее	68,72±6,057	1,428	70,72±3,691	0,87 0	71,27±6,352	0,99 2

На основании показателей СМАД все подростки были разделены нами на 2 подгруппы: в первую подгруппу вошли пациенты с ИВ САД <50%, во вторую те, у кого ИВ САД составил >50%. Подростки в указанных подгруппах прошли психологическое тестирование, результаты которого представлены в таблице 2.

Таблица 2

Различия психологических показателей у пациентов с различным индексом времени САД в дневное и ночное время

Показатель	День			Ночь		
	ИВ САД < 50% (N=57)	ИВ САД > 50% (N=43)	p	ИВ САД < 50% (N=84)	ИВ САД >50% (N=16)	p
Обида (тест Басса-Дарки)	3,0+1,68 m=0,284	4,6+1,33 m=0,261	0,001	3,7±1,8 m=0,3	4,5±1,1 m=0,3	0,042
Индекс враждебно- сти (тест Басса- Дарки)	6,6+2,90 m=0,490	9,1+2,90 m=0,568	0,005	7,8±3,3 m=0,5	8,5±2,4 m=0,7	н/д
Индекс агрессии (тест Басса- Дарки)	16,4+5,45 m=0,922	16,8+5,90 m=1,157	0,027	16,1±5,3 m=0,8	17,2±6,5 m=1,8	н/д
Риск де- прессии (тест Личко)	0,7+1,01 m=0,171	1,3+1,27 m=0,226	0,044	0,8±1,0 m=0,2	1,8±1,2 m=0,3	0,004

При анализе показателей психологического тестирования подростков были получены следующие результаты: в дневное время у подростков с ИВ САД >50% определены более высокие показатели риска депрессии по тесту А.Е. Личко (p=0,004), высокие показатели «враждебности» (p=0,005), «агрессии» (p=0,027) и «обиды» (p=0,001) теста Басса-Дарки. В ночное время различия в подгруппах были определены в отношении показателя «обида» (p=0,042) и показателя «риск депрессии» по тесту А.Е. Личко.

В результате полученных данных мы полагаем, что длительно сохраняющееся чувство обиды и наличие риска депрессии приводит к

напряжению в центрах регуляции с последующей длительной активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы, поддерживающего стабильно высокий уровень артериального давления.

Полученные результаты позволяют определить направление психокоррекционных мероприятий для реализации скрытых агрессивных импульсов, депрессивных расстройств.

Заключение. На формирование стабильной систолической артериальной гипертензии влияют такие психологические факторы, как высокий риск депрессии по тесту А.Е. Личко ($p=0,004$), высокие показатели «враждебности» ($p=0,005$), «агрессии» ($p=0,027$) и «обиды» ($p=0,001$) теста Басса-Дарки.

В план обследования подростков с синдромом повышенного артериального давления целесообразно включать тесты на определение агрессивных и враждебных реакций (опросник Басса-Дарки) и патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко. Результаты диагностических тестов будут определять направление и объем психокорректирующих мероприятий (коррекция скрытых агрессивных импульсов и депрессивных расстройств).

Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. – М.: ГЕРПУС, 2009. – 320 с.
2. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков: Методическое. – М.: «Фолиум», 1995. – 64 с.
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. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. – 672 с.

WAYS TO REDUCE INFANT MORTALITY IN SOUTH KAZAKHSTAN

Sarsenbaeva G.Zh., Tilek G.M.

**South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Simkent,
Kazakhstan**

The relevance. In his Address to the people of Kazakhstan "New decade - new economic growth – new opportunities for Kazakhstan" President

N.A.Nazarbayev, emphasized that one of the major challenges of the coming decade is to improve the medical and demographic situation in Kazakhstan, strengthen social stability and security. The key to resolving this issue is to protect the health of mother and child, as this group is the most vulnerable population, and is directly dependent on government support and any socio - economic reforms. And the state will create all necessary conditions for increasing the country's population in 2020 to 10% [1]. To assess the public health status, quality of life, degree of development and organization of health care in different countries, the who recommends that, along with traditional criteria (General, maternal, perinatal and infant mortality) using the mortality rate of children under the age of 5 years. One of the main indicators of the health of the population, including children, is the death rate [2.3.4]. The mortality rate of children 1 year of life is one of the main indicators of the health of the population [5].

The purpose. Consider the historical estimates of infant mortality and mortality of children under five years in the Republic of Kazakhstan to submit estimates for the rural areas on the basis of current data on the populations and to discuss methodological problems that lead to a decrease in the quality of data and hindering the development of retrospective mortality estimates.

Research methods. Used indirect techniques for estimating infant mortality and mortality of children under five years based on data from household surveys conducted in 2014. Addressed variations in gender categories in the underreporting of births and deaths, and conducted a sensitivity analysis to assess the impact of underreporting of infant mortality and mortality of children under five years.

Results. South Kazakhstan region is one of the major regions of the country, the total area - 117,249 km². The distance between the northern and southern portions of more than 600 km. The average population density - 23.3 people per 1 km². The population of the region as of 01.01.2014 year, according to data of the regional department of statistics is 2,730,900 people (2013 g.- 2,678,900 people). The population in comparison with 2013 year increased by 52,000 -1.9%.

The birth rate per 1,000 population in 2014 was - 29.2 (29.5-2013y). Natural increase - 24.1 (2013y - 24.1). Total mortality rate -5.1 (2013y.-5.4). Life expectancy for 2013 -70.69 (2012y. - 69.8).

The index of total mortality in 2014 in relation to the values of the same period last year tends to decrease -5.1 per 1,000 population compared to 5.4 in 2013.

During 12 months of 2014 South Kazakhstan region 79 133 born alive (2013, 78233), representing 19.8% of all births in the Republic of Kazakhstan (400,570), of whom 882 have died infants under 1 year (2013 - 1026), infant mortality South Kazakhstan region was 11.1 per 1,000 births (2013 - 13.1), Kazakhstan - 10.0 (2013 - 11.5). Above the regional index infant mortality in the city of Shymkent - 15.3; in Turkestan - 13.6 in Arys district - 13.2 per 1,000 births. Low rate noted in the Sairam district - 3.1 and Tyulkubas area - 3.5.

The main cause of death in children under 1 year are conditions originating in the perinatal period - 509 cases. On average, their weight is distributed on the body weight of newborns from 500 to 999g - 185 cases, accounting for (36.3%), in children with a body weight of 1000-1499g - 95 cases (18.7%), weighing 1500 -2499g - 114 cases (22.4%). Children weighing 2500g or more - 115 cases (22.6%).

In second place the respiratory and cardiovascular disorders specific to the perinatal period - 321 cases, weighing 500-999g - 153 cases (47.7%), from 1000-1499g - 71 cases (22.1%), 1500 -2499g - 57 cases (17.8%). Children weighing more than 2500g - 40 cases (12.5%). In third place in the newborn respiratory distress (distress) - 233 cases, of which body weight of 500-999g - 119 cases (51.1%), from 1000-1499g - 63 cases (27.0%), from 1500 2499g - 41 cases (17.6%). Children weighing more than 2500g - 10 cases (4.3%). 145 cases account for congenital malformations incompatible with life. Infectious and parasitic diseases account for 47 cases: of children weighing from 500-999g - 4 cases (8.5%), from 1000-1499g - 1 case (2.1%), from 1500-2499g - 5 cases (10 6%) and in children with a body weight of 2500 and more - 37 cases, accounting for 78.7%.

Conclusion. Infant mortality recently in connection with new treatment standards, innovative technologies, development of management in health

began to decline. Also implemented in recent intensive investments in the development of health services, such as the introduction of "enabling component capitated" health services.

The References

1. О Концепции государственной молодежной политики Республики Казахстан до 2020 года "Казахстан 2020: путь в будущее" Постановление Правительства Республики Казахстан от 27 февраля 2013 года № 191. (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1300000191>)
2. Байсеркина Ф. Д. Основные тенденции младенческой смертности в Казахстане // Клиническая медицина Казахстана . 2014. №2.
3. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - 2010. Изд: Гэотар-Медиа. 512 с.
4. Здоровье детей. (http://www.who.int/topics/child_health/ru/)
5. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Младенческая смертность: уроки истории и перспективы снижения // Казанский мед.ж. . 2011. №5.