

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр
Предисловие	5
Андреева А.В., Самбуров Г.О., Мариева А.А. Вклад казанских ученых в становление и развитие педиатрической научной школы М.В. Пиккель	6
Абрамова А.В. Внедрение интернет-журнала в педиатрическую практику	13
Абрамян К.Д. Ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения детей с хроническим неспецифическим паренхиматозным паротитом	15
Артемьева Е.Н. Возможности метода биологической обратной связи в компенсации психоэмоциональных, поведенческих и речевых нарушений у детей младшего школьного возраста	17
Бирюкова А.А. Туляремия у детей в Архангельской области	20
Видякина А.В., Дурягина О.Н. Роль волонтерского движения «ЗдравОтряд» в формировании здорового образа жизни у детей, подростков и молодежи Архангельской области	22
Власова А.А. Особенности спектра сенсibilизации при бронхиальной астме у детей и подростков	27
Гончарова А.В., Чарная Д.И. Роль клинико-семантического анализа явлений психического автоматизма при шизотипическом расстройстве	31
Дудникова Е. В. Материнство и детство в русском плакате	32
Видякина А.В., Дурягина О.Н. Анализ кишечных инфекций у детей	37
Зубаева В.Э., Титова И.А. Клинические проявления артериальной гипертензии у детей и подростков с избыточной массой тела	39
Кальянго Ю.А., Вяткина В.А., Сорокина Н.А. Пиелозктазия у плода – исход у новорожденного	44
Коробицына А.А., Шумов А.В. Питание здорового ребенка на первом году жизни: национальные рекомендации и реальность	48
Коцемба А.Н., Левина Е.Ю., Поскотинова А.И. Вакцинация недоношенных детей в родильных домах г. Архангельска	50
Кульминская С.И. Вакцинация детей против вирусного гепатита в: причины отказов	53
Лочехина Е.Б. Особенности самооценки детей-спортсменов с патологией сердечно-сосудистой системы	55

Мамедов М. А. Современный взгляд на возникновение рецидивов кератокист челюстных костей у детей и подростков	57
Мусихина С.А., Беспалова Л.И., Минькина О.С. Анализ инфекций респираторного тракта у детей, госпитализированных в стационар	60
Непомнящих А.С. Диагностика внебольничной пневмонии у детей с использованием лейкоцитарного индекса эндогенной интоксикации	62
Низовцева Е.С., Захарова Ю.А., Ермолаева К.С., Кабалина Е.А., Кошлакова О.Т. Неиммунная форма диабета (MODY)	64
Полякова А.Р., Пальянова О.В. Лихорадка неясного генеза у детей	67
Поникаровская О.А., Семенова А.В. Желаемое и фактическое питание младенцев	69
Попова М.М., Шарыпова М.А. Коцемба А.Н. Особенности течения беременности у женщин с гипертонической болезнью	71
Поскотинова А.И., Левина Е.Ю. Вакцинация недоношенных детей	73
Семенова А.В., Поникаровская О.А. Продолжительность грудного вскармливания и здоровье младенцев	79
Спиридонова Л. В. Показатели общественного здоровья в оценке качества жизни детей и подростков в регионе	80
Ткач М.О. Влияние девиантного поведения на здоровье подростков	85
Тихонова Л.В., Пычина Я.Н. Нарушение слуха у преждевременно рожденных детей: частота и факторы риска	88
Ушаков С.А., Баландин Н.А. Оценка качества жизни студентов медицинской академии	90
Федоренко Е.Н. ЛФК при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела	93
Чекан А.В., Сизинцева И.С. Анализ причин формирования синдрома раздраженного кишечника у детей	95
Чиброва В.Ю. Клинический случай синдрома неонатальной волчанки	99
Шерстобитова О.С., Грудина В.В. Эпидемическая ситуация по коклюшу в Архангельской области за период 2005-2015 гг.	101
Шынай М.А, Юлдаш Н.Ю. Анатомо-антропометрические показатели детей школьного возраста г. Астана	103

ПРЕДИСЛОВИЕ

3 апреля – дата, известная всем педиатрам Архангельской области. Это день рождения удивительного человека - Марии Владимировны Пиккель, доктора медицинских наук, первой женщины – профессора на Севере. Всю свою жизнь она посвятила служению детям, созданию педиатрической школы на Европейском Севере России. Мария Владимировна воспитала не одно поколение специалистов. Можно бесконечно приводить её слова из обращения к педиатрам: «Что нужно, чтобы стать хорошим педиатром?.. Наблюдательность и терпение – два качества, без которых педиатра не получится. Ребенок не скажет – нужно увидеть самому: понять, как он кричит, как двигается, какое у него самочувствие. Терпение нужно постоянное и доброе, его нужно проявлять и к матери и к ребенку... Терпение должно сочетаться с большим багажом знаний. И, наконец, доброта. ...Доброта действенная, идущая на все для спасения ребенка, доброта и понимание матери, ее чувств, ее страхов, ее любви». Они - как гимн служения педиатрии, как наставление для нас, уже работающих, и напутствие для будущих врачей.

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

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

ВКЛАД КАЗАНСКИХ УЧЕНЫХ В СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ М.В. ПИККЕЛЬ

Андреева А.В., Самбуров Г.О., Мариева А.А., Музейный Комплекс

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

С момента организации в 1932 г. Архангельского государственного медицинского института (АГМИ, в н. вр. – Северный государственный медицинский университет, СГМУ) в вузе трудились несколько известных педиатров – представителей Казанского медицинского университета, внесших значимый вклад в развитие Северной педиатрической научной школы. Среди них основатель кафедры детских болезней АГМИ Ю. В. Макаров, его супруга педиатр Г. А. Хайн-Макарова, доцент А. Г. Суворов, которые были учителями Марии Владимировны Пиккель, ставшей первой женщиной-профессором среди выпускников АГМИ.

Организатор и первый заведующий кафедрой детских болезней АГМИ Юрий Васильевич Макаров родился в 1894 г. в Казани. Он отлично учился, поступил в Казанский университет на юридический факультет, но в 1914 г. перешёл на медицинский факультет. На 4-м курсе он был призван для работы в перевязочном отряде в связи с военными действиями в стране. Получив разрешение оставить службу, Ю.В. Макаров переехал в Томск, где продолжил обучение в медицинском университете. В сентябре 1920 г. он был переведён в Казанский университет для окончания медицинского образования. В 1921 г. направлен на стажировку в детскую клинику Казанского клинического института для усовершенствования врачей, где работал 14 лет. В 1935 г. профессор Ю.В. Макаров был избран по конкурсу заведующим кафедрой детских болезней АГМИ. Под его руководством кафедра приобрела в АГМИ весомый авторитет. Кроме научной и лечебной деятельности, профессор Макаров выполнял многие общественные поручения в вузе, городе и области [1;6].

В Архангельск профессор Ю.В. Макаров приехал вместе с супругой Гермой Адольфовной Хайн-Макаровой 1899 г.р., выпускницей медицинского фа-

культета Казанского университета, ассистентом кафедры педиатрии Казанского медицинского университета. Герма Адольфовна под руководством супруга защитила в 1936 г. диссертацию, посвященную вопросам роли фосфатов в патогенезе рахита, и получила степень кандидата медицинских наук [1].

Герма Адольфовна всегда принимала активное участие в общественной и научной деятельности института, как Казанского, так и Архангельского. В Казанском институте являлась председателем культкомитета детской клиники, членом местного комитета института для усовершенствования врачей, председателем производственной комиссии при отделении. В Архангельском институте состояла в местной комиссии. Она была очень доброй и гостеприимной, что в дальнейшем отмечала Мария Владимировна Пиккель, т.к. ей довелось побывать у Макаровых дома в Архангельске и в Казани.

Для устройства кафедральной клиники АГМИ получил старинный двухэтажный особняк на углу улицы Карла Маркса и Троицкого проспекта. Здание было плохо приспособлено для детской больницы, но педиатрам Макаровым удалось функционально обустроить его. На втором этаже разместились уютные палаты для детей раннего возраста, а на первом - палаты для детей старшего возраста, клиническая лаборатория, использовавшаяся для педагогических целей, и довольно большая лекционная аудитория, где Юрий Васильевич читал клинические лекции для студентов четвёртого-пятого курсов с демонстрацией больных.

Практические занятия на кафедре детских болезней проводила Герма Адольфовна Хайн-Макарова. Широко эрудированный клиницист и ученый, она играла большую роль в воспитании студентов и молодых врачей, обучении их клиническому мастерству и лабораторному делу, служила примером гуманного отношения к матери и ребенку. К работе на кафедре привлекались также практические врачи, ставшие членами областного отделения Общества детских врачей РСФСР, созданного профессором Макаровым практически сразу по приезде в Архангельск. Он и его сотрудники во время обходов, лекций и практических занятий не только щедро делились своим клиническим опытом, но и зна-

комили практических врачей с самыми передовыми методами диагностики, профилактики и лечения заболеваний детского возраста.

С 1941 г. Ю.В. Макаров назначен на должность заместителя директора АГМИ по научно-учебной части, оставаясь на заведовании кафедрой и работая в детской клинике. Широкий спектр его научных исследований был очень актуальным в военные годы, помогая снизить заболеваемость и смертность пациентов. В 1942 г. они несколько раз отдавали свои продуктовые карточки детям своих коллег, в том числе Пиккель-Ивановым (что особо значимо, учитывая тот факт, что Архангельск был на втором месте после блокадного Ленинграда по голодной смертности). В 1946 г. Макаровы вернулись в Казань, где многие годы работали затем в Казанском медицинском институте.

За 11 лет пребывания на Архангельской земле Макаровы внесли значимый вклад в развитие педиатрической научной школы на Европейском Севере. Практическая работа совмещалась с научной деятельностью. Достижения отражались в журнальных публикациях, сборниках, выходили отдельные издания, собранные материалы были оформлены в диссертационные исследования. Несколько статей Ю. В. Макарова и Г. А. Хайн-Макаровой были посвящены применению так называемой альгиновой кислоты и ее солей (альгинатов) при желудочно-кишечных заболеваниях у детей. Речь шла о средстве, которое получали из беломорской водоросли *Laminaria saccharina*, этот препарат является производным мануровой кислоты. Терапевтическое воздействие альгинатов объясняется их высокими адсорбционными свойствами, связыванием большого количества воды, их способностью образовывать стойкие эмульсии, которые обволакивающе действуют на поврежденную слизистую кишечника [5].

Не ограничиваясь благоприятными результатами, полученными при применении альгинатов, детская клиника заинтересовалась еще одним препаратом, который изготавливался заведующим кафедрой общей химии АГМИ профессором А. И. Ведринским из морской травы *Zostera nana* и был назван им зостератом. Оба препарата показали хороший эффект при всех формах желудочно-кишечных расстройств у детей как раннего, так и старшего возраста.

На заседании Архангельского общества детских врачей в феврале 1943 года Ю. В. Макаров выступил с сообщением о наблюдении над эффективностью сульфамидов при эпидемическом церебро-спинальном менингите у детей.

Для выяснения влияния витамина В1 на желудочную секрецию сотрудники детской клиники АГМИ в 1943–1944 гг. проводили исследование детей с дистрофиями. После применения инъекций витамина В1 более чем у половины детей восстановилась нормальная желудочная секреция. В рекомендациях авторы указали, что при невозможности обеспечить детей необходимым количеством витамина В1 с пищевыми продуктами следует шире использовать для этой цели пивные дрожжи и изготавливаемые промышленностью препараты витамина В1 [3].

На 2-й научной сессии Архангельского медицинского института доцент Г. А. Хайн-Макарова доложила, что причиной возникновения анемий раннего детского возраста является недостаток внешнего фактора – гемогена, а также витамина С, железа и прочих.

Результаты многолетних исследований острых форм желудочно-кишечных заболеваний у детей Юрий Васильевич Макаров обобщил в монографии «Острые желудочно-кишечные заболевания у детей» в 1945 г.

Развитие кафедры детских болезней и педиатрии в регионе в военные и послевоенные годы неразрывно связано с Марией Владимировной Пиккель. Она начала работу в детской клинике профессора Макарова еще студенткой, проявив большой интерес и способности к научно-исследовательской работе. После окончания мединститута с отличием в 1942 г. по предложению Юрия Васильевича она была направлена на работу врачом-ординатором детского отделения 1-й Архангельской клинической больницы и под его руководством за сравнительно небольшой срок выполнила на основе собственного опыта лечения номы у детей несколько работ, представленных на научных сессиях АГМИ военных лет. Под руководством Ю.В. Макарова в Казанском медицинском институте Мария Владимировна защитила кандидатскую диссертацию на тему «Рахит у детей-дистрофиков» [4].

Следующим заведующим кафедрой педиатрии АГМИ стал Андрей Григорьевич Суворов. Он родился 14 (27) октября 1894 года в деревне Суворовцы Белохолуницкого района Кировской области. В 1914 году окончил Вятскую фельдшерскую школу, работал фельдшером в Белохолуницкой и Слабодской больницах. Осенью 1919 года поступил на первый курс медицинского факультета Казанского университета, который окончил в 1924 г. Будучи студентом, работал при четвертой рабочей больнице города Казани на эпидемии сыпного тифа, затем – штатным ординатором детской клиники Казанского университета, состоял врачом лектором-инструктором при доме санитарного просвещения Татнаркомздрава по 1927 г. После ординатуры в 1928–1938 гг. служил педиатром на станции Юдино Казанской железной дороги, продолжая работу в детской клинике. По окончании аспирантуры Наркомздрава направлен ассистентом в Ижевский медицинский институт [6].

В 1943 г. А.Г. Суворов защитил диссертацию на степень Кандидата медицинских наук на тему: «Некоторые этиологические моменты острых расстройств пищеварения и питания у детей по материалам детской клиники Ижевского медицинского института и мероприятия по борьбе с ними».

Профессионал высокого уровня, выпускник медицинского факультета Казанского университета, имевший опыт работы земским фельдшером и военным врачом, доцент А.Г. Суворов в развитии кафедры продолжил традиции профессора Ю.В. Макарова. Он был всесторонне задействован в решении проблем заболеваемости на Севере, так как борьба с детскими инфекциями стала его основной деятельностью в Архангельской области и Ненецком национальном округе. Андрей Григорьевич успешно внедрил опыт борьбы с эпидемиями, полученный в годы работы ординатором детской клиники Казанского университета и в других местах, где он был по направлению Татнаркомздрава. За время работы в институте проявил себя как хороший лектор, ясно и вдумчиво излагающий материал. Педагогический процесс на кафедре был поставлен хорошо. Работал над докторской диссертацией в области изучения развития детского организма Ненецкого Национального Округа.

Несмотря на слабое здоровье, Андрей Григорьевич много времени отдавал работе на кафедре, принимал активное участие в общественной жизни института, очень заботливо относился к постановке лечебного дела в клинике, много помогал в работе органам здравоохранения, охотно оказывал помощь детским учреждениям города. Он был чутким к больным и товарищам по работе, пользовался уважением, как у студентов, так и у преподавателей. А.Г. Суворов подготовил докторскую диссертацию, но не защитил её, однако помог защититься другим педиатрам. Среди его известных архангельских учеников — В.Н. Королёва, Т.П. Левитина и другие, продолжившие работу на благо здоровья маленьких северян.

С 1947 года деятельной помощницей и последователем доцента Суворова на кафедре стала М.В. Пиккель, которой он впоследствии передал руководство кафедрой в 1965 г. Мария Владимировна сосредоточила на проблеме детей с дистрофиями, предупреждении и лечении детских инфекций, являющихся самой тяжелой детской патологией и основной причиной детской смертности в те годы. После защиты кандидатской диссертации М.В. Пиккель, будучи уже ассистентом кафедры детских болезней АГМИ, организовала курс детских инфекций на базе инфекционной больницы. С ее именем связаны поворотные события в истории архангельской педиатрии – открытие в 1972 году многопрофильной областной детской клинической больницы (ОДКБ) и в 1976 году – педиатрического факультета [2].

Благодаря сохранившимся архивам АГМИ, исследователям в СГМУ доступно изучение биографии профессорско- и выпускников, в том числе казанских ученых. Совместная деятельность архива и музейного комплекса СГМУ направлена на сохранение исторических традиций и развитие этнокультурного потенциала народов России и этнических общностей, проживающих на территории Архангельской области, в том числе, окончивших АГМИ и обучающихся в СГМУ. Развитию таких инициатив способствует тот факт, что на базе музея историю медицины изучают вместе студенты разных национальностей и стран. Теме толерантности и интернационализма уделяется много внимания в рамках

научных исследований и патриотического воспитания. Сотрудники и студенты СГМУ участвуют в общероссийской акции «Бессмертный полк», представляя 9 мая Отдельный медицинский батальон с портретами участников Великой Отечественной войны, а также в ежегодной акции «Свеча памяти», на которой вспоминают выпускников и сотрудников вуза всех национальностей. Среди фотостендеров – портрет Марии Владимировны Пиккель и фотографии учёных из Казани, оставивших яркий след в истории архангельской медицины.

В настоящее время сотрудники музея совместно со студентами СГМУ продолжают исследования о деятельности представителей Казанского университета и Казанского медицинского института, среди которых представители разных специальностей, внесшие значимый вклад в развитие Северной научной педиатрической школы [7].

Литература

1. Андреева А.В., Чирцова М.Г. Имена казанских ученых в истории медицины Архангельской области / Казанский медицинский журнал. – № 2. – 2015. – С. 264–267.
2. Иванова Т.Н. 100 лет со дня рождения Марии Владимировны Пиккель / Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2011 год. / Сост. А.В. Андреева, А.А. Боговая. — Архангельск; 2011. — С. 147–151.
3. Макаров Ю. В., Ведринский А. И., Хайн-Макарова Г. А. О терапевтическом действии альгиновой кислоты и альгинатов при желудочно-кишечных заболеваниях у детей // Вопросы педиатрии и охраны материнства и детства. 1941. Т. XIII, вып. 6. С. 326–332;
4. Мое святое ремесло (к 100-летию со дня рождения Марии Владимировны Пиккель) / авт. сост. Л.А.Зубов, А.В. Андреева; – Архангельск, 2011. – 154 с.
5. Чецкая Г. Б. Архангельский период в жизни казанских врачей Макаровых (1935–1946 годы) / Великая Отечественная война в жизни советского и российского народа : материалы Всерос. науч.–практ. конф. – Казань, 2011. – С. 214-218.
6. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2014 год. Сев. гос. мед. ун-т / Сост. А.В. Андреева, М.Г. Чирцова. — Архангельск, 2014. — 388 с.
7. <http://www.nsmu.ru/university/museum>

ВНЕДРЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЖУРНАЛА В ПЕДИАТРИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Абрамова А.В., 3 курс, лечебный факультет

(Научный руководитель: д.м.н., проф. Н.А.Мартынова)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Сегодня проблема здоровья детей перерастает в глобальную, поэтому родителям очень важно получать актуальную медицинскую информацию своевременно. Для решения этой проблемы необходимо задействовать медицинские учреждения, которые смогут предоставлять соответствующую информацию широкому кругу пользователей посредством интернет-журнала. Данная информация должна предоставляться бесплатно в любое время суток. Имея доступ к такой информации, родители смогут своевременно обратиться к врачу или провести необходимые доврачебные действия самостоятельно, а также расширить свои знания в области безопасности здоровья своего малыша.

Цель исследования: рассмотреть возможности интернет-журнала в области медицинских услуг, как наиболее доступного ресурса информатизации пациентов.

Методы: анализ изучения современных информационных технологий.

Результаты. Интернет-журналы являются более доступным проводником информации, чем печатная продукция. Это оперативное представление информации не имеет ограничительных рамок целевой аудитории. Интернет-ресурс в медицинской сфере может быть полезен молодым родителям, подросткам, бабушкам и дедушкам - всем кто заботиться о своем здоровье и здоровье своего ребенка. Такой вид представления информации позволяет добиться больших результатов в информировании потребителя. Интернет-журнал позволяет раскрыть важные проблемы с разных сторон, предоставить читателям как можно больше актуальной информации. К преимуществам интернет-изданий в медицинской сфере можно отнести: интерактивность (каждый пользователь имеет возможность самостоятельно решить, какую новость он желает прочитать);

персональный подход (учитываются индивидуальные особенности каждого посетителя, его географического или социального положения, используется специальное оформление для людей с ограниченными возможностями); удовлетворение потребностей аудитории (возможно получить информацию о посещении каждой публикации, таким образом, производить совершенствование своей деятельности и предоставлять наиболее актуальные новости); цена и скорость доступа (бесплатно); постоянная связь с аудиторией (электронная почта, рубрика «Вопросы и ответы», комментарии к статьям). Можно выделить основные требования для макета интернет-журнала: удобство расположения блоков, не перегруженность информацией, выполнение в едином стиле, сбалансированность цвета дизайна страницы, хорошее качество графики, наличие версии для слабовидящих, поиск по сайту, безошибочная работа всех компонент. Выделим 5 политических целей, которым должен соответствовать интернет-журнал: 1- безопасность пациентов (снижение риска причинения вреда состоянию здоровья пациентов); 2 - качество медицинской помощи (удовлетворенность пациентов, эффективность оказания медицинской помощи); 3 - доступность медицинской помощи (равный доступ к помощи для всех граждан, уменьшение времени ожидания медицинской помощи); 4 - вовлеченность пациентов (ориентация на пациента); 5 - непрерывность медицинской помощи (круглосуточный доступ).

Заключение. С внедрением интернет-журнала в педиатрическую практику, качество оказываемого медицинского обслуживания повысится, снизится заинтересованность родителей в самолечении детей, будет обращено большее внимания на консультации онлайн. Таким образом, медицинский сектор постепенно приходит к цивилизованному обращению с информацией, выложенной в сети.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ПАРЕНХИМАТОЗНЫМ ПАРОТИТОМ

Абраамян К.Д., 3 курс, стоматологический факультет

(Научный руководитель: к.м.н., доцент А.П. Гургенадзе)

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Воспалительные заболевания слюнных желез составляют 13-15% от всех воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей. И чаще всего среди них встречается хронический паренхиматозный паротит (ХПП), на долю которого приходится более 85%. Этиология и патогенез ХПП до сих пор полностью не изучены. В связи с этим отсутствует единый диагностический и лечебный подход [1,3]. Различные методы диагностики заболеваний слюнных желез не полностью удовлетворяют требованиям врачей для принятия окончательного решения по выбору метода лечения, вследствие чего больные получают несвоевременную или неадекватную помощь[2].

Цель исследования: Сравнительная оценка эффективности различных методов диагностики и лечения детей с хроническим неспецифическим паренхиматозным паротитом.

Материалы и методы. Были изучены истории болезни 40 (15 мальчиков и 25 девочек) пациентов, находившихся на лечении и диспансерном наблюдении на кафедре ДЧЛХ МГМСУ с 2014 по 2017гг. с первичным диагнозом «Хронический неспецифический паренхиматозный паротит». Всем пациентам были проведены клинико-лабораторные (опрос, осмотр, пальпация, общий анализ крови и мочи, анализ секрета слюной железы в стадии обострения, цитологическое исследование мазка секрета слюны в стадии ремиссии) и лучевые (ультразвуковое исследование с доплерографией; контрастная ортопантомосиалография с применением контрастного вещества «Омнипак») методы обследования. Нами были проанализированы две схемы лечения детей с ХПП. Первая группа получала лечение на базе кафедры ДЧЛХ МГМСУ. Всем пациентам в период обострения проводились внутривнутрипротоковые инстилляционные растворы антисеп-

тика, ферментов, антибиотиков, мазовые компрессы противовоспалительно-рассасывающего действия, в период ремиссии раствор KI в дозировке в зависимости от возраста пациента, массаж ОУСЖ, слюногонная диета. Во вторую группу, получавшую лечение в University of Colorado School of Medicine (по литературным данным) было включено 12 пациентов с диагнозом ХПП в возрасте от 3,5 до 16 лет. Всем детям была проведена сиалоэндоскопия протоков ОУСЖ с орошением протоков глюкокортикостероидами (гидрокортизоном 100 мг) под общей анестезией.

Результаты и обсуждение. После проведения дополнительных методов обследования 10 (25%) детям были поставлены другие диагнозы (эмбриональная рабдомиосаркома, аденокарцинома ОУСЖ, лимфаденит, поликистоз слюнных желез, инородное тело ОУСЖ, первично-хронический остеомиелит тела, угла и ветви нижней челюсти). В ходе исследования было установлено, что преимуществами контрастной ортопантомосиалографии являлись: 1) создание искусственного механического расширения протока ОУСЖ во время проведения процедуры 2) антисептическое воздействие за счет свойств контрастного вещества «Омнипак» 3) визуализация одновременно обеих слюнных желез 4) выявление стадии протекания болезни. Преимуществами же ультразвукового исследования с доплерографией являлись: 1) неинвазивность 2) отсутствие лучевой нагрузки 3) возможность проведения УЗ-исследования при обострении хронического воспалительного процесса, тогда как проведения контрастной ортопантомосиалографии противопоказано 4) возможность дифференциальной диагностики ХПП с другими патологиями слюнных желез 6) возможность получить представление о характере васкуляризации железы. В результате лечения первой группы из 30 пациентов рецидив наблюдался у 5 детей (16,7%) через 6 месяцев после проведенного лечения. В среднем ремиссия составила 1 год. Во второй группе - у 5 детей (41,7%) через 4 месяца. В среднем ремиссия составила 8 месяцев.

Заключение. В результате проведенного ретроспективного анализа было установлено, что наиболее эффективным, малоинвазивным и информативным

методом диагностики ХПП у детей является УЗ-исследование. Схема лечения пациентов первой группы более предпочтительна, так как дает более стойкую ремиссию данного заболевания, а также является менее токсичной.

Литература:

1. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. //Атлас заболеваний и повреждений слюнных желёз// Москва, ВУНМЦ Росздрава, 2008. - 191 с.
2. Обиня Н.П. /Современные лучевые методы в диагностике и планировании лечения заболеваний слюнных желёз// Дис. канд. мед. наук. М., 2012. - 154 с.
3. Ромачева И.Ф. /Воспалительные заболевания слюнных желез// Дис.докт. мед. наук. М., 1973. - 533 с.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЕНСАЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ, ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Артемяева Е.Н., 2 курс, лечебный факультет

(Научный руководитель: д.м.н., проф. А.Г.Соловьев)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. С началом школьного обучения в связи с увеличением психоэмоциональных и физических нагрузок, введением новых правил и необходимостью следования этим требованиям у младших школьников выявляется большое количество психопатологических состояний, среди которых, прежде всего, оказывается синдром дефицита внимания, расстройства поведения, состояние гиперактивности, а также нарастает социально-психологическая значимость различных речевых дисфункций[2].

Без учета влияния перинатальных факторов риска [1], адаптационного потенциала ребенка и особенностей его развития [7] медикаментозное лечение при данных психоэмоциональных, поведенческих и речевых нарушениях дает лишь временный эффект. Поэтому значительный интерес представляет использование современных высокотехнологичных немедикаментозных методов коррекции этих состояний. Одной из таких перспективных и эффективных технологий является психофизиологический метод биологической обратной связи

(БОС), применение которого у младших школьников может дать большой клинический и социальный эффект.

Целью исследования явилось обоснование использования метода БОС в компенсации психоэмоциональных, поведенческих и речевых нарушений у детей младшего школьного возраста.

Результаты и обсуждение. Основной задачей метода БОС является выработка навыков саморегуляции, а также психоэмоциональной релаксации [8]. При этом важно отметить необходимость привлечения личности больного к процессу своего лечения, что делает его активным участником процесса реабилитации собственного состояния [3]. В ходе тренингов с БОС у детей на персональном компьютере идет регистрация показателей работы какой-либо функциональной системы организма, при этом полученная информация отображается на мониторе. Таким образом, ребенок в доступной форме получает обратную связь и тем самым с помощью собственных прилагаемых усилий может произвольно контролировать свое психофизиологическое состояние.

Основной задачей БОС-тренинга является не просто обучение осознанному управлению той или иной физиологической функцией, а перевод ее на другой уровень функционирования без постоянного или эпизодического волевого усилия пациента [6]. Метод БОС может быть эффективен при различных психоэмоциональных и поведенческих нарушениях, включая, в первую очередь, синдром дефицита внимания и состояние гиперактивности, а также может применяться при неврозах, помогает преодолеть негативный эмоциональный фон, тревожность и депрессию [5]. Технологии БОС могут использоваться при таких речевых нарушениях, как заикание, алалия, дисграфия, дислексия, нарушение темпа речи, речевая тревога, задержка речевого развития, логоневроз и других [4].

Для активации внимания, повышения интереса, стимулирования ребенка к выполнению поставленных перед ним задач БОС-технологии позволяют использовать в ходе тренингов различный аудио-визуальный материал. Метод БОС может быть реализован в своем практическом применении в форме раз-

личных мультимедийных упражнений, компьютерных игр, задач игрового характера, что будет мотивировать ребенка к выполнению реабилитационных заданий. Применение в работе данного материала будет выполнять также познавательные функции.

Заключение. Таким образом, БОС, являясь немедикаментозным методом, может применяться при коррекции ряда детских психоэмоциональных, поведенческих и речевых нарушений, что имеет особую значимость в младшем школьном возрасте. Являясь методом саморегуляции, данная технология позволяет сделать ребенка активным участником процесса собственной реабилитации. Эффективность занятий с БОС также может быть обоснована эмоциональной заинтересованностью участника в ходе выполнения заданий, на основе которых построены сеансы.

Литература:

1. Бессолова Н.А., Киселева Л.Г., Чумакова Г.Н., Соловьев А.Г. Влияние никотиновой зависимости беременных на развитие плода и адаптацию новорожденных // Наркология. – 2008. – Т. 7. – № 11. – С. 49-52.
2. Бочарова Е.А., Корицова Н.Г., Труфанова Л.В., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Проблемы ранней диагностики и профилактики отдаленных последствий перинатального поражения центральной нервной системы // Российский педиатрический журнал. – 2003. – № 3. – С. 52-54.
3. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г., Боев И.В. Применение биологической обратной связи в медико-психологической реабилитации жен военнослужащих // Экология человека. – 2015. – № 9. – С. 3-6.
4. Копылова В.Н. Опыт применения БОС-технологий в практике психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья // Педагогический опыт: теория, методика, практика. – 2015. – Т. 2. – № 3. – С. 205-209.
5. Львова Н.В., Субботкина А.Н., Дымочка М.А., Успенский А.Л. Применение современных высокотехнологичных методов психологической реабилитации в процессе восстановительного лечения детей // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2011, – № 2. – С. 61-64.
6. Панков М.М., Рудакова Е.В. Изменения церебрального энергетического метаболизма у детей с синдромом дефицита внимания в процессе тренинга с биологической обратной связью // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. – 2011. – № 4. – С. 71-76.
7. Поляшова Н.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Адаптационный потенциал младших школьников и его взаимосвязь с параметрами физического развития // Экология человека. – 2008. – № 2. – С. 34-38.
8. Смирнова Т.А., Закаблуква А.А. Использование ФБУ БОС с детьми с СДВГ // Научный альманах. – 2016. – № 7. – С. 248-251.

ТУЛЯРЕМИЯ У ДЕТЕЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Бирюкова А.А., 5 курс, педиатрический факультет

(Научный руководитель: к.м.н., Е.А.Кригер.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Ежегодно в РФ диагностируется от нескольких десятков до сотен случаев заболевания людей туляремией, при этом 75% приходится на Северный, Центральный и Западно-Сибирский регионы России. В 2015 г. заболеваемость туляремией по сравнению с 2014 г. уменьшилась на 13,1%: зарегистрировано 67 случаев [1]. В 2015 г. в Архангельской области был зарегистрирован 1 случай туляремии (в 2014 г. – 18 случаев) [2]. Особенностью заболеваемости туляремией в настоящее время является то, что болеют преимущественно взрослые, среди заболевших более 70% составляют городские жители, не привитые против этой инфекции. Показатели заболеваемости детей РФ за 2015 год составили 4 случая среди детей до 17 лет.

Цель: оценить и представить клинико-эпидемиологическую характеристику туляремии у детей Архангельской области, госпитализированных в инфекционный стационар, проанализировать течение инфекционного процесса.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование, с включением всех детей, госпитализированных в инфекционное отделение центра инфекционных болезней с диагнозом туляремия в период с 2010 по 2015 годы.

Результаты: всего было госпитализировано 19 детей, не привитых против туляремии, среди заболевших преобладали дети в возрасте 9-10 лет (47,4%), преимущественно мужского пола (57,9%). Большинство заболели, находясь в черте города – 73,7% и связывали заболевание с купанием в открытых водоёмах – 68,4%. Чаще всего инфекция регистрировалась в августе (57,9%).

Все случаи заболевания имели острое начало и среднюю степень тяжести. В среднем обращение за медицинской помощью происходило на 2 сутки заболевания. При направлении на госпитализацию диагноз «туляремия» был поставлен в 42,1% случаев. В структуре клинических форм 84,2% занимали

бубонная и язвенно-бубонная формы с локализацией бубонов в паховой и бедренной областях (68,4%). Первичный аффект наблюдался в 68,4% случаев. Длительность лихорадочного синдрома за весь период болезни в среднем составила 5 дней. У 26,3% заболевших на второй-третьей неделе болезни наблюдался второй подъем температуры тела вследствие нагноения бубона, что потребовало хирургического лечения. В 31,6% случаев наблюдалось увеличение размеров печени, в среднем до +2см ниже края правой рёберной дуги. Все случаи заболевания были подтверждены серологически. Средний титр антител в реакции агглютинации составил – 1:800 (36,8% случаев). Антибактериальная терапия назначалась 100% больных. В 52,6% случаев потребовалось два и более курса антибактериальных препаратов.

Заключение: туляремией болели дети младшего школьного возраста, преимущественно мальчики, наиболее манифестными симптомами болезни были лихорадка и лимфаденит. В связи с трудностью дифференциального диагноза при направлении на госпитализацию заболевание было диагностировано менее чем в половине случаев. Для своевременной диагностики необходимо совершенствовать знания врачей первичного звена по данной нозологии.

Литература:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году» - М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2016
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2015 году» под ред. Р.В. Бузинова – Архангельск, 2016.

РОЛЬ ВОЛОНТЕРСКОГО ДВИЖЕНИЯ «ЗДРАВОТРЯД» В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

**Видякина А.В., Дурягина О.Н., 5 курс, факультет медицинской
профилактики и медицинской биохимии**

(Научный руководитель: д.м.н., проф. Меньшикова Л.И.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность проблемы обусловлена негативными тенденциями в состоянии здоровья детей, подростков и молодежи и существенным влиянием, которое может оказать волонтерское движение на формирование здорового образа жизни населения [3,4]. В Указе Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» особое внимание уделяется развитию подростковой медицины, создание молодежных консультаций, формированию мотивации к здоровому образу жизни у подрастающего поколения [1]. Волонтерское движение в нашей стране приобретает значимость в решении глубинных социальных проблем, что невозможно без взаимодействия государства и общества. Содействие в развитии добровольческой деятельности утверждено распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р и внесено в Концепцию долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. Практически в каждом городе России имеются добровольческие организации, объединяющие самые различные социальные группы. Так, например, общероссийская молодёжная общественная организация Российские студенческие отряды (РСО), созданная в 2004 году, при поддержке Министерства образования России, объединяет студентов высших и средне-профессиональных учебных заведений, формируют временные трудовые коллективы для добровольной работы в свободное от учебной деятельности время [2,5]. У студентов медицинских ВУЗов разновидностью стройотряда является движение «Здравотряд» под слоганом «Мы строим здоровье!».

Цель исследования: представить опыт работы волонтерского движения «ЗдравОтряд», в котором участвуют студенты СГМУ, по формированию здорового образа жизни населения Архангельской области, в т.ч. детей, подростков и молодежи

Результаты и обсуждение. В Архангельской области 1 февраля 2015 года образовано волонтерское движение «ЗдравОтряд». Организаторы движения – Министерство здравоохранения Архангельской области, АРОО «Союз медицинских профессионалов», Архангельский центр медицинской профилактики. Основная цель деятельности центра медицинской профилактики — сохранение и укрепление здоровья населения Архангельской области путем профилактики неинфекционных заболеваний и создания системы формирования здорового образа жизни. В структуре Центра 5 отделов: организационно-методический, консультационно-оздоровительный, межведомственных связей и профилактических программ, мониторинга здоровья населения и редакционно-издательский. Стратегия работы Центра сосредоточена на реализации трех основных направлений: профилактика основных неинфекционных заболеваний и коррекция факторов риска, пропаганда здорового образа жизни; здоровые дети – здоровое общество [6].

Весной 2016 года волонтеры – студенты СГМУ - проходили обучение по программе «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и формирование здорового образа жизни». Занятия для них проводили ведущие специалисты Архангельской областной клинической больницы, центра медицинской профилактики, станции скорой помощи. Добровольцы сдали экзамен, получили сертификаты (в соответствии с постановлением Правительства РФ № 715), после чего отправились на практику в районы области, чтобы передавать полученные знания людям. В числе волонтеров были студенты СГМУ, состоящие и в студенческих отрядах.

Студенты лечебного, педиатрического и факультета медицинской профилактики и биохимии состоят в студенческом объединении под названием «ЗдравОтряд». Ведется тесное сотрудничество членов студенческого кружка

кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы со ЗдравОтрядом. В 2016 году участниками ЗдравОтряда СГМУ были 43 студента, но с каждым годом численность желающих присоединиться к волонтерскому движению растет.

Главной целью волонтерского профилактического движения «ЗдравОтряд» является формирование здорового образа жизни среди населения, в том числе детей, подростков и молодежи, а также создание профессионального сообщества в России, которое окажет положительное влияние на здоровье нации; развитие медицинского добровольчества; содействие формированию личности и образа будущего врача.

Основными направлениями деятельности являются санитарно-просветительская работа и организация и проведение образовательных программ.

В рамках санитарно-просветительской работы волонтеры проводят акции и мероприятия, направленные на популяризацию здорового образа жизни среди населения. В частности, «ЗдравОтряд» принимает участие в многочисленных акциях, проводимых Архангельским центром медицинской профилактики. Одним из самых крупных мероприятий является «Городок здоровья». «Городок здоровья» – особая выездная форма профилактической работы во время массовых мероприятий для населения. «Городок здоровья» пользуется большой популярностью среди посетителей всех возрастных категорий, которые приходят измерить артериальное давление, узнать содержание жира в организме, определить силу кисти, зрительно-двигательную реакцию, пройти спирометрию и получить индивидуальные консультации по различным аспектам здорового образа жизни.

Также акции проводятся совместно «Центром профилактики инфекционных заболеваний и СПИД». Особое внимание проблеме ВИЧ/СПИД уделяется 1 декабря, во Всемирный день борьбы со СПИДом. Он был установлен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1988 году с целью привлечения внимания мировой общественности к распространению ВИЧ-инфекции, кото-

рая приняла масштабы глобальной пандемии, для активизации усилий общества в борьбе с заболеванием. 1-2 декабря 2016 года в Доме молодежи прошла интерактивная акция «СПИД: касается каждого», посвященная Международному дню борьбы со СПИДом, с целью привлечения внимания молодых архангелогородцев к проблеме ВИЧ/СПИДа, профилактики социально-значимых заболеваний и пропаганды здорового образа жизни. В мероприятии приняли участие около 180 школьников и студентов шести средних школ и шести колледжей Архангельска. В организации данного мероприятия принимали участие волонтеры ЗдравОтряда.

В рамках реализации образовательного направления деятельности волонтеры-медики проводят лекции и уроки здоровья для учащихся школ. Разработаны и проведены лекции на темы: «Вред кока-колы» с учениками школы №10, «Гимнастика для глаз» с учащимися 1-4 классов школы №4, «Вред фаст-фуда» для учащихся школы одаренных детей, "Игротека тюленя Здоровейки" в школе №52. За период с 2015 по 2016гг. более 1000 школьников прослушали лекционный материал и 1079 человек приняли участие в областном детском конкурсе рисунков «Символ ЗОЖ», таким символом, по мнению жюри, стал тюлень-здоровейка. На конкурс было прислано 1079 рисунков с названием символа и девизом ЗОЖ из 22 муниципальных образований Архангельской области, 122 работы получили призовые места.

Весной 2016 года была проведена профессиональная акция «Чистые ручки» в форме беседы-игры для детей детских садов г. Архангельска. Восемь волонтеров на протяжении недели обучали воспитанников МБДОУ «Детский сад №147» правилам личной гигиены в разных видах деятельности, расширяли кругозор детей о полезных свойствах мыла, прививали культурно-гигиенические навыки. Дети знакомились с правилами личной гигиены, разгадывали загадки, раскрашивали картинки и смотрели мультфильмы.

Участники Волонтерского движения «ЗдравОтряд» также активно участвуют в культурно-массовых мероприятиях. Ежегодно участвуют в интеллектуальной игре «Что? Где? Когда?» и игре «Мафия» среди молодежных трудовых

и студенческих отрядов, посещают слеты студенческих отрядов и встречи с ветеранами движения студенческих отрядов СГМУ, церемонию присуждения региональных общественных наград «Достояние Севера – 2016».

Все желающие волонтеры прошли «Школу молодого бойца», на которой узнали об истории и структуре отрядного движения, символике, атрибутике и традициях молодежного движения. Помимо теоретических знаний участвовали в творческих и спортивных мероприятиях.

Выпускники «ЗдравОтряда» проводят работу и в районах Архангельской области. В 2015 году ребята побывали в Пинежском, Коношском, Вельском и других районах, где обучали жителей профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и ведению здорового образа жизни. Студенты провели занятия для 1500 человек в возрасте от 6 до 80 лет. «Здравотрядовцы» читали лекции о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, артериальной гипертензии, профилактике мозгового инсульта, вреде курения, основах правильного питания, проводили обследование населения, мастер-классы, раздавали памятки, брошюры, откуда люди могли почерпнуть ценные советы по здоровому образу жизни.

Заключение. Таким образом, волонтерское движение «Здравотряд» следует рассматривать как составляющую часть государственной молодежной политики, студенческого самоуправления и воспитательной среды ВУЗов, оказывающую значительное влияние на формирование качеств личности и компетенций у студентов -волонтеров. Мероприятия, проводимые движением «здравотрядовцами» способствуют формированию здорового образа жизни у детей, подростков и молодежи Архангельской области.

Литература

1. Игнатова О.А., Дьячкова М.Г. Здоровье подростков как интегральная медико-социальная категория (обзор литературы) // В сб. науч. трудов «Общественное здравоохранение: традиции, инновации, перспективы». Архангельск, 2016. С. 52-64
2. Лобанова Е. Ю., Тумакова Н. А. Студенческий отряд как способ становления и формирования личности будущего выпускника вуза // Молодой ученый. 2015. №10. С. 1203-1205.
3. Макарова В.И., Меньшикова Л.И., Игнатова О.А. и др. Перспективы междисциплинарного подхода в решении вопросов охраны здоровья детей // Международный журнал экспериментального образования. 2012. № 12-1. С. 83-84.

4. Макарова В.И. Меньшикова Л.И. Основные проблемы здоровья детей на Севере России // Экология человека. 2003. № 1. С. 39–41.
5. Яковлев А.М. Потенциал движения студенческих отрядов в подготовке конкурентоспособного специалиста: дис. магистра по работе с молодежью, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н.Ельцина. Екатеринбург, 2014.
6. URL: <http://zdorovie29.ru/o-nas/nashi-proekty/> (Дата обращения 06.02.17)

ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Власова А.А., клинический ординатор, ФПК и ППС

(Научный руководитель: к.м.н., доц. Горенькова А.В.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) в настоящее время рассматривается как гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей и проявляется повторными эпизодами свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди и кашля, варьируемыми по продолжительности и интенсивности и проявляются вместе с варьирующей обструкцией дыхательных путей. БА является одним из самых распространенных хронических заболеваний органов дыхания у детей и подростков. За последние годы в мире отмечается тенденция к росту заболеваемости БА. По результатам эпидемиологических исследований, представленных Российским респираторным обществом, распространенность БА среди детей составляет 5,6-12,1%.

Современная классификация бронхиальной астмы выделяет несколько фенотипов заболевания, но атопическая астма, связанная с высокой продукцией специфических Ig E антител к респираторным аллергенам, остается доминирующей у детей (более 80%). С возрастом значимость разных групп аллергенов меняется, но наиболее важными остаются бытовые, эпидермальные и пыльцевые аллергены.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ спектра сенсibilизации у двух групп детей разного возраста.

Материалы и методы. В исследование было включено 70 детей с установленным диагнозом бронхиальная астма в возрасте от 3 до 16 лет. Дети были разделены на 2 группы: группа «дети дошкольного возраста» и группа «подростки». К первой группе относились дети от 3 до 7 лет (N=36), ко второй – от 10 до 16 лет (N=34). Медиана возраста в группе детей дошкольного возраста составила 5,0 лет (ДИ 4-6), в группе подростков 11,0 лет (ДИ 10-13). Группы детей были сопоставимы по полу: в группе дошкольников – 10 девочек и 26 мальчиков (28 и 72% соответственно), в группе подростков – 8 девочек и 26 мальчиков (23,5 и 76,5% соответственно) и месту проживания: в группе дошкольников – 9 область и 27 город (25 и 75% соответственно), в группе подростков – 13 область и 21 город (38 и 62% соответственно). Всем детям проводилось общее клиническое обследование и аллергологическое исследование для выявления специфических IgE в сыворотке крови методом иммунохемилюминесценции технология ImmunoCap. Доминирующим фенотипом как у дошкольников, так и у школьников, была атопическая бронхиальная астма (75% и 94% соответственно), при этом неиммунная (вирус-индуцированная астма) встречалась чаще у дошкольников (25%), чем в группе подростков (6%). В группе дошкольников преобладала астма средней тяжести (56%), а среди подростков астма легкого течения (53%), но при этом тяжелая астма встречалась только в группе подростков (9%). Математическая обработка данных проведена с использованием статистической программы STATA 13.0. В данном исследовании представленные количественные данные имели неправильное распределение (p для теста Колмогорова – Смирнова $< 0,05$), поэтому для описания распределения переменных использовались медианы (Me) и перцентильное ранжирование (25-й и 75-й перцентиль). Сравнительный анализ проводился с помощью методов непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни) Номинальные переменные анализировались с помощью χ^2 -теста.

Результаты и обсуждение. Большинство детей обеих групп имели отягощенную наследственность по аллергическим заболеваниям (бронхиальная астма, аллергический ринит, аллергодерматиты, лекарственная аллергия). Наибо-

лее часто эти заболевания отмечались у родителей (52% дошкольники и 44% подростки), реже (27% дошкольники и 38% подростки) у братьев и сестер. При сравнении частоты наследственной отягощенности у детей 2 групп достоверных различий не получено.

При анализе частоты сочетанных форм аллергических заболеваний показано, что сочетание бронхиальной астмы и аллергического ринита достоверно чаще встречалось у подростков ($p = 0,032$). Ассоциации БА с другими аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, лекарственная аллергия, острые аллергические реакции) встречались с одинаковой частотой в обеих группах.

Анализ лабораторных данных в группах сравнения не выявил достоверных различий по абсолютной эозинофилии (медиана в группе дошкольников составила 461,45 (ДИ 239,93 – 753,98), в группе подростков – 432,00 (ДИ 259,90 – 650,65) и уровню общего иммуноглобулина Е сыворотки крови (медиана в группе дошкольников – 527,00 МЕ/мл (ДИ 145,30 – 1355,0), в группе подростков – 366,70 МЕ/мл (ДИ 181,75 – 1221,70)).

Анализ спектра сенсibilизации позволяет отметить высокую частоту поливалентной сенсibilизации. Сенсibilизация к пищевым аллергенам (яичный белок, овомукоид, молоко, казеин, пшеница) отмечалась только в группе дошкольников. Наиболее значимыми респираторными аллергенами в обеих группах были бытовые аллергены клещей домашней пыли, животных, пыльцы березы и луговых трав, при этом достоверно чаще в группе дошкольников выявлялась сенсibilизация к аллергенам кошки ($p = 0,050$), а в группе подростков сенсibilизация к пыльце березы ($p = 0,012$). Сочетание сенсibilизации к пыльце березы и перекрестным пищевым аллергенам яблока и косточковым фруктам выявлялось только у подростков.

Анализ триггерных факторов приступов бронхиальной астмы позволяет отметить значение вирусных инфекций, физической нагрузки, холодного воздуха в обеих группах детей, но провоцирующая роль резких запахов отмечена только у подростков.

Заключение. Атопический фенотип бронхиальной астмы является доминирующим у детей разных возрастных групп, однако отмечаются возрастные особенности течения бронхиальной астмы у дошкольников и подростков. В группе дошкольников бронхиальная астма имела более благоприятное нетяжелое течение, сохранялось влияние пищевой сенсibilизации и появлялось значимое влияние эпидермальных аллергенов, особенно аллергенов кошки. В группе подростков появлялись тяжелые формы бронхиальной астмы, сочетание бронхиальной астмы с аллергическим ринитом, повышалась значимость сенсibilизации к пыльце березы с развитием перекрестной пищевой аллергии, чувствительность к запахам.

Литература:

1. Архипов В.В., Григорьева Е.В., Гавришина Е.В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА. Пульмонология, 2011. 6: 87-93.
2. Балаболкин И.И., Булгакова В.А. Бронхиальная астма у детей. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агенство», 2015. 144 с.
3. Баранов А.А., Хаитов Р.М. Аллергология и иммунология. М. : Союз педиатров России, 2011. 240 с.
4. Намазова-Баранова Л.С. Бронхиальная астма. Руководство для врачей. М., 2015. 64 с.
5. Намазова-Баранова Л.С. Аллергия у детей: от теории – к практике. М., 2010-2011. 668 с.
6. Ненашева Н.М. Возможности контроля пыльцевой бронхиальной астмы с помощью режима единого ингалятора. Медицинский совет. 2015. №11. С. 3-6.
7. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики». 4-е изд. М., 2012. 184 с.
8. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с бронхиальной астмой, 2016 г. Союз педиатров России
9. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания. Практическое руководство. М: Издательство «ПедиатрЪ», 2015. 396 с.
10. Федеральные клинические рекомендации по лечению атопической бронхиальной астмы, 2015 г. РААКИ
11. Федеральные клинические рекомендации по диагностике аллергических заболеваний, 2015 г. РААКИ
12. Глобальная стратегия по диагностике и лечению бронхиальной астмы (GINA), 2014, 2015, 2016 гг.

РОЛЬ КЛИНИКО-СЕМАНТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

Гончарова А.В. , Чарная Д.И. , клинические ординаторы, ФПК

(Научный руководитель: к.м.н. , доц. Ильичев А.Б.)

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Актуальность исследования обусловлена затруднениями дифференциальной диагностики прогрессивной шизофрении, и шизотипического расстройства, а также нечеткостью типологии и границ нарушений, сопровождающихся психическим автоматизмом.

Цель исследования: изучение патогенеза психического автоматизма при шизотипическом расстройстве с помощью изучения процессов патологического смыслообразования.

Материалы и методы исследования: высказывания 30-и пациентов с переживаниями «внутренних диалогов», находившихся на лечении в ДС №3 ГПНДС-7. По МКБ-10 установлены диагнозы: F 21.3 – 20 случаев; F 21.4 – 6 случаев; F 21.8 – 4 случая. 1) Клинико-психопатологический метод; 2) Клинико-семантический анализ лексики; 3) Шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS).

Результаты и обсуждение. По шкале PANSS показатели выраженности продуктивной симптоматики варьировали от 10 до 21 балла , негативной симптоматики – от 12 до 24 баллов , общей симптоматики – от 34 до 50 , общий балл – от 61 до 85 баллов . 2. В лексико-семантической структуре высказываний выделены три общих семантических признака (ОСП) и три тематических ряда (ТР). 1) ТР: «Отчуждение» включил в себя лексические единицы, объединенные ОСП «Потеря целостности». Лексика данного ТР выражает субъективное переживание утраты собственного единства, самоидентичности, согласованности психических процессов. ТР: «Присутствие» составляют лексические единицы объединенные ОСП «Иная активность»: появление ощущения о наличии новой психической активности «субличности». ТР: «Наблюдатель», на основа-

нии ОСП «Пассивность» своё «Я» переживается в виде пассивного наблюдателя появлений иной психической активности. Вся лексика указанных ТР объединяется ОСП «Расщепление» в общий ТР «Диалог».

Заключение. Лексика ТР «Диалог» определяет специфическое речевое выражение психического автоматизма при шизотипическом расстройстве. Симптомы психического автоматизма при шизотипическом расстройстве достигают своего клинического завершения в рамках переживания «внутренних диалогов». 3. При шизотипическом расстройстве психический автоматизм выступает, не сочетаясь с бредом воздействия и преследования, в отличие от синдрома Кандинского-Клерамбо при параноидной форме шизофрении. При шизотипическом расстройстве расщепление переживается внутри собственного «Я» (ТР «Диалог»), при параноидной форме проецируется вовне, с развитием бреда воздействия (насильственное овладение, ТР «Захват»).

Литература

1. Ануфриев А. К. Психический автоматизм и синдром Кандинского-Клерамбо // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1979. – № 9. – С. 1397-1405.
2. Ильичев А. Б. Синдром психического автоматизма: клиничко-семантический анализ высказываний при шизофрении и экзогенно-органических психозах // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – Воронеж, 2010. – С. 94-100.
3. Микиртурмов Б. Е., Ильичев А. Б. Клиническая семантика психопатологии. 2е изд., перераб. и доп. – СПб.: Издание СПбГПМА. 2007. – 216 с.

МАТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО В РУССКОМ ПЛАКАТЕ

Дудникова Е. В., 2 курс, факультет сестринского образования

(Научный руководитель: преп. Шелыгина Е.А.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Проблемам семьи, материнства и детства посвящено немало теоретического и прикладного характера в социально-гуманитарных науках (демография, педагогика, социология), а в качестве дополнительного (прикладного) материала характер семейных отношений в различные исторические эпохи широко представлен в художественной литературе, искусстве. Произведения

изобразительного искусства содержат в своих сюжетах разнообразную брачно-семейную тематику, которая включает в себя изображения брака, семьи и элементов пропаганды материнства и физического здоровья детей в русском плакате [4].

Цель исследования: рассмотреть плакаты, посвященные материнству и детству и определить их роль в пропаганде материнства и физического здоровья детей; показать роль русских плакатов в пропаганде материнства и физического здоровья детей.

Объект и методы исследования: отражение элементов пропаганды материнства и детства в плакате; анализ литературы по изучаемой проблеме, метод хронологии, систематизации, обобщения. Хронологические рамки работы охватывают период с 1900 по 1985 гг.

Результаты и обсуждение. Под плакатом принято понимать «броское, как правило, крупноформатное, изображение, сопровождаемое кратким текстом, сделанное в агитационных, рекламных, информационных или учебных целях». Русский художественный плакат, сформировавшийся в последней четверти XIX века как плакат по преимуществу торгово-рекламный - коммерческий, преследующий цель продать товар, непосредственно не ставил перед собой задачи социального и нравственного воспитания. Первыми кто стал использовать, рекламный плакат в качестве средства просвещения были художники объединения «Мир искусства» - авторы многочисленных иллюстрированных изданий для детей, создававшие печатную рекламу своих книг и журналов. Эффект воздействия плакатов был очевиден: на долгие годы свидетели тех дней сохранили в памяти свои детские воспоминания об этих ярких занимательных изображениях.

Окончательное осознание рекламным плакатом своего места в социальной политике пришло на рубеже XIX и XX веков. Российские города в условиях интенсивного промышленного роста давали стране тысячи брошенных новорождённых детей и детей-сирот, лишившихся попечения родителей. По-прежнему среди сельского населения сохранялась высокая детская смертность.

Новые крупные потери крестьян-кормильцев принесла русско-японская война 1904–1905 годов. А затем и Первая Мировая война. Рост этих проблем привел к формированию в стране новых социально-общественных институтов и к появлению социальной рекламы. В среде имущих классов всячески поддерживались попечительство и благотворительность, а красочные плакаты информировали зрителей о проводимых в городах базарах и концертах, сборы от которых шли на благотворительные цели. Это графические работы Л. Бакста, С.Виноградова, Л. Браиловского [5]. Впервые месяцы после победы Октября 1917 года охрана материнства и младенчества была провозглашена приоритетным направлением государственной политики. «Дети- наше будущее!» -этот лозунг большевиков выражал умонастроение миллионов людей, уставших от голода и сиротства военного четырехлетия(Первая Мировая война). Координацию вопросов поддержки материнства осуществлял отдел Охраны материнства и младенчества Наркомздрава республики, который возглавила В. П. Лебедева (1881–1968). Для широкой пропаганды гражданских идей Отделом ежегодно весной проводилась в стране «Неделя ребенка».

Плакаты новой России утверждали: «Дети- цветы жизни!» Но Гражданская война принесла еще большие беды, чем предыдущая - «Империалистическая». Всё перемешалось: по бескрайним просторам страны покатались эшелоны с беженцами, голод и болезни косили десятки тысяч людей, в деревнях росло число сирот, заявили о себе беспризорники, пополнявшие растущую группу «деклассированных элементов» общества. Выполняя указания руководителей государства, ведущие педагоги и врачи, предложили программу, в основу которой легли прогрессивные по тому времени методы медицинского и педагогического просвещения населения. Отделом охраны материнства и младенчества Наркомздрава были созданы методический центр и издательство, организован музей и сформированы регулярные передвижные выставки. Огромную роль в реализации этой программы в 1921–1927 годах сыграли плакаты и открытки[3]. Плакат «Митинг детей» А. Комарова 1923г. неоднократно переиздававшийся в серии листов выставки по охране материнства и младенчества, до сих пор явля-

ется удивительным образом сочетания наглядности и доступности со своеобразным юмором медицинских указаний родителям и воспитателям. Стиль плаката точно соответствует «демократическому» характеру митингов тех лет против «старых порядков», хотя изображение детей и носит несколько карикатурный характер. Для многомиллионного крестьянства издавались реалистичные по рисунку плакаты с лаконичными лозунгами, например: «Соски и жвачки (тряпки для сосания с жеваным хлебом) убили крестьянских детей больше, чем пули солдат», «Матери, не подкидывайте детей! Идите в Советы социальной помощи — там вам помогут», «Матери, кормите детей грудным молоком. Рахит — английская болезнь!» и другие [3]. Борьба с детской смертностью, особенно среди крестьянства, где по отношению к очередному новорождённому традиционно существовали понятия «жилец» и «не жилец», велась всеми возможными пропагандистскими способами. В годы Первой пятилетки, когда была окончательно ликвидирована женская безработица и женщины стали постоянным источником притока рабочей силы (в годы Второй пятилетки численность рабочих в стране росла ежегодно только за счет приема на работу женщин), государство практически целиком взяло на себя функцию воспитания детей[5].

Социальная сфера была также напрямую связана и с производством. Считалось, что организация быта в городе и на селе полностью освободит женщину от семейных забот и позволит ей целиком отдать себя строительству социализма [2]. В год принятия новой Конституции СССР (1936) художник В. Говорков выполнил серию графических работ на тему семьи и детей. Эти листы, несколько неровные по художественному уровню, бесспорно, принадлежат к классике советского плаката. В плакате «Счастливые родятся под советской звездой!» образ красной звезды над младенцем - будущим защитником Родины - впервые напрямую ассоциировался с христианским «божественным знаменем». Плакат «За радостное цветущее детство!..» символизировал счастье семьи с двумя детьми (напомним, что семья с одним ребенком не считалась полноценной). В годы Великой Отечественной войны принимается постановление

«Об устройстве детей, оставшихся без родителей» (январь 1942). В 1944 году в стране было принято новое законодательство о семье, учреждены правительственные награды для многодетных матерей [4]. Много плакатов на детскую тему создала замечательная художница Г. Шубина. Высокое качество рисунка в сочетании с умением передать живость и непосредственность ребенка отличало все ее работы, включая медицинские плакаты, которые играли важную роль в санитарном просвещении молодых матерей [3].

Тема материнства и детства украсила галерею советского плаката замечательными произведениями. Своеобразным ее завершением стали работы М. Громько «Нам нужен мир» (1973) и О. Савостюка и Б. Успенского «Международный год ребенка» (1979), символизирующие гармонию человеческих отношений и любовь к детям, которую всегда утверждал отечественный плакат. Широкий диапазон социальных тем в русском плакате (материнство, детство, образование и воспитание) позволил руководству страны вести обширную агитационную работу среди сельского и городского населения страны в области социальной политики. В современной России место агитационного плаката занимает социальная реклама, которая позволяет не только привлечь внимание к проблемам социума, но и сообщить о социальных инициативах властей в области материнства и детства.

Заключение. Сегодня социальная реклама решает следующие задачи 1- формирует общественное мнение по рассматриваемой проблеме; 2 - привлекает внимание общества к материнству и детству; 3 - стимулирует активную деятельность по решению проблем связанных с материнством и детством; 4 - укрепляет социальные институты занимающиеся проблемами, связанными с материнством и физическим здоровьем детей.

Литература:

1. Антипова, В. Образ женщины в русской живописи / В. Антипова // Искусство в школе. - 2006. - № 1. - С. 15-19.
2. Кошелева, В. Материнство. Что может быть прекраснее! / В. Кошелева // Юный художник. - 2013. - № 3. - С. 3-7 : ил.
3. Материнство и детство / Сост. Снопков А.Е., Снопков П.А., Шклярчук А.Ф. Автор текста Шклярчук А.Ф. – М.: Контакт-Культура, 2006. 160с.

4. Самсонова, И. В. Трансформация образов материнства в русском изобразительном искусстве [Электронный ресурс] / И. В. Самсонова, И. А. Зайцева. - Научный поиск. - Электрон. дан. - 2014. - № 2.6. - С. 36-38. - Режим доступа: <http://elibrary.ru/>
5. Соловьёва, Л. А. Материнство и детство в произведениях русского и советского искусства [Электронный ресурс] / Л. А. Соловьёва // Сборники конференций НИЦ Социосфера. - Электрон. дан. - 2011. - № 19. - С. 20-23. - Режим доступа: <http://elibrary.ru/>

АНАЛИЗ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Видякина А.В., Дурягина О.Н., 5 курс, факультет медико-профилактического дела и медицинской биохимии

(Научный руководитель: к.м.н. Н.Л. Рогушина)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. По данным ВОЗ острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают второе место в структуре инфекционной заболеваемости и смертности в мире. По данным экспертов ежегодно регистрируется более 1 млрд. случаев ОКИ, из них до 70% зарегистрировано у детей первых пяти лет жизни и около 5 млн. летальных исходов [1]. Однако по мнению ученых, реальная заболеваемость ОКИ превышает официально регистрируемую, что может быть обусловлено высокой долей стертых и легких форм заболевания и их лечения без обращения за медицинской помощью [3]. В настоящее время ОКИ продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения, поскольку наносят большой ущерб здоровью детей и экономики страны [2].

Цель исследования: анализ ОКИ у детей, госпитализированных в стационар.

Материалы и методы: методом сплошной выборки в исследование были включены 100 историй болезни пациентов, поступивших в стационар Архангельской детской клинической больницы с кишечной инфекцией. Обработка данных – описательная статистика. Тип исследования – поперечное.

Результаты и обсуждение: по данным трехлетнего анализа работы инфекционного отделения Архангельской детской клинической больницы им. П.Г. Выжлецова удельный вес детей, пролеченных с диагнозом ОКИ, составил

в 2014 г. – 26%, в 2015 г. – 29%, в 2016 г. – 38% от всех госпитализированных в отделение.

Анализ историй болезни пациентов с ОКИ показал, что в возрастной структуре преобладали дети 1-2 лет (54%). На втором месте были пациенты старше трех лет (34%), а больные первого года жизни составили 12%. Мальчики и девочки поступали с одинаковой частотой, составив 52% и 48% соответственно. В среднем пациенты поступали на 2 (1; 3) сутки от начала клинических проявлений. Изучение эпидемиологического анамнеза показало, что у 34% детей не удалось установить вероятный источник кишечной инфекции. В 15% случаев были названы два и более возможных фактора передачи ОКИ. Контакт с больным кишечной инфекцией зафиксирован у 26 % пациентов, который чаще регистрировался в семейных очагах. Заболевание связывали с употреблением некипяченой воды (21%), продуктов питания (18%), нарушением гигиены (7%).

В состоянии средней степени тяжести были госпитализированы 75% детей, у каждого четвертого ребенка состояние было расценено, как тяжелое. Ведущим синдромом при поступлении был эксикоз с токсикозом (78%), в равных долях первой и второй степени, третьей степени - у одного пациента. Изучение анамнеза показало, что рвота была зафиксирована у всех поступивших в стационар, тогда как диарея в 95% случаев. Повышение температуры имело место у 91% детей с ОКИ, в среднем составив 39 С (38,6-39,3 С). Сопутствующую патологию в виде острых респираторных инфекций имели 13%, бактериальных инфекций - 10% и соматических заболеваний 10% пациентов с ОКИ.

Всем детям было проведено бактериологическое исследование кала на патогены кишечной группы и определение ротавирусного антигена. Верификация возбудителей ОКИ составила 83%, ОКИ неустановленной этиологии были диагностированы в 17% случаев. В структуре ОКИ установленной этиологии в 99% случаев выделен ротавирус и в 1% инфекция была вызвана условно-патогенной флорой. Воспалительные изменения в ОАК и копрограмме были зафиксированы у 21% и 2% детей соответственно. Анализ терапии ОКИ пока-

зал, что инфузионная терапия проводилась в 99% случаев. Все дети получали этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Антибактериальная терапия была назначена в 8% случаев, из них в 88% по сопутствующей патологии, которая была вызвана бактериальным инфекционным агентом.

Заключение. Таким образом, у каждого четвертого ребенка в анамнезе накануне заболевания был контакт по кишечной инфекции. Чаще болели дети с года до двух лет, реже дети первого года жизни. Ведущим синдромом ОКИ, определяющим тяжесть состояния у госпитализированных пациентов, был токсикоз с эксикозом. В 23% случаев дети с ОКИ при поступлении в стационар имели другие сопутствующие заболевания, в том числе инфекционной этиологии. В стационаре при использовании бактериологического метода исследования и экспресс-диагностики на распространенных возбудителей ОКИ, расшифровать этиологию инфекции удалось в 83% случаев. Значимая роль принадлежала вирусным кишечным инфекциям.

Литература

1. Мировая статистика здравоохранения 2010 г. – 117 с.
2. Буторова Л.И. Значение лактулозы в регуляции кишечной микрофлоры / Л.И. Буторова, А.В. Калинин // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2002. - №6. - С. 21-26.
3. Усенко Д.В. Острые кишечные инфекции у детей в практике педиатра: возможности диагностики и терапии / Д.В. Усенко, А.А. Плоскирева, А.В. Горелов // Вопросы современной педиатрии. - 2014. – Т.13. - № 3. - С. 12-20.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Зубаева В.Э., Титова И.А., 5 курс, лечебный факультет

(Научный руководитель: д.м.н., проф. Ледяев М.Я.)

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Актуальность обусловлена тем, что в последние десятилетия отмечается рост распространенности артериальной гипертензии в детской популяции [1]. По мнению ряда авторов, артериальная гипертензия манифестирует преимуще-

ственно в подростковом возрасте. Одним из ведущих факторов риска артериальной гипертензии является избыточная масса тела [2].

Цель исследования: изучение клинических особенностей артериальной гипертензии у детей с факторами риска в форме избыточной массы тела и ожирения.

Материал и методы. На базе ГУЗ "Детская клиническая больница № 8" г. Волгограда в отделении кардиологии был проведен сплошной ретроспективный анализ 144 историй болезни, главным критерием включения в который является наличие артериальной гипертензии в диагнозе. Среди пациентов были дети в возрасте от 2 до 17 лет включительно. Протокол клинического исследования включал информацию об анамнестических и стационарных данных измерения артериального давления, индексе массы тела на основании антропометрического обследования, анализ показателей суточного мониторирования артериального давления и кардиоинтервалографии по Р. М. Баевскому. Статистическая обработка данных проводилась с помощью однофакторного дисперсионного анализа в Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждение. Среди обследуемых детей и подростков были следующие возрастные группы: от 2 до 7 лет – 3 пациента (2,1%) девочки, от 8 до 11 лет – 13 человек: 8 мальчиков (5,6%) и 5 девочек (3,4%), от 12 до 15 лет – 80 пациентов: 47 мальчиков (32,6%) и 33 девочки (22,9%), старше 16 лет – 48 пациентов: 36 мальчиков (25%) и 12 девочек (8,3%). Гендерный состав исследуемой группы: мальчиков – 91 (63,2%), а девочек – 53 (36,8%).

Среди всех обследованных преобладали пациенты с клиническим диагнозом эссенциальная артериальная гипертензия 1 степени, средний риск – 80 человек (55,6%). Вторую группу по численности составляли больные с лабильной артериальной гипертензией – 53 пациента (36,8%).

Согласно анамнеза при измерении АД в амбулаторных условиях (поликлиника, школа, дом) АГ была выявлена у 91 пациента (63,2%), среди которой преобладала АГ 2 степени – 73 детей (50,7%), нормальное и высокое нормальное АД имели 15 человек (10,4%), не удалось выявить данных о степени повы-

шения АД в анамнезе у 38 больных (26,4%). В условиях стационара получены следующие данные: в пределах 90 процентиля значения АД имели 117 детей (81,3%), АГ была зарегистрирована в 25 случаях (17,4%), при этом пациентов с АГ 2 степени было 13 человек (9%), и 1 степени 12 больных (8,4%).

Среди всех пациентов нормальные показатели массы тела имели 97 человек (67,4%), недостаточная масса тела была выявлена в 15 случаях (10,4%), избыточная масса тела отмечалась у 15 пациентов (10,4%), а ожирение было выявлено у 17 детей (11,8%). На основании этого были выделены следующие обследованные группы: контрольная, включающая детей с низкими и нормальными показателями индекса массы тела, и группа сравнения, в которую входили дети с избыточной массой тела и ожирением.

В контрольной группе по анамнестическим данным при измерении АД была выявлена АГ у 67 человек (59,8%): АГ 1 степени – у 13 больных (11,6%), а АГ 2 степени встречалась у 54 пациентов (48,2%), значения АД в пределах 90 процентиля имели 14 детей (12,5%). В этой же группе при осмотре в условиях стационара получены следующие результаты АД: нормальное и высокое нормальное АД было выявлено в 96 случаях (85,7%), АГ была зарегистрирована у 14 детей (12,5%): АГ 1 степени имели 8 пациентов (7,1%) и АГ 2 степени – 6 человек (5,4%).

В группе сравнения по анамнестическим данным при измерении АД была выявлена АГ у 24 пациентов (75%), среди которой преобладала АГ 2 степени у 19 детей (59,4%), тогда как АГ 1 степени встречались у 5 больных (15,6%), лишь один ребенок имел значения АД в пределах 90 процентиля (3,1%). В этой же группе при осмотре в условиях стационара получены следующие результаты АД: в пределах 90 процентиля – у 21 больного (65,6%), АГ была зарегистрирована у 11 человек (34,4%), среди которой преобладала АГ 2 степени у 7 пациентов (21,9%). Анализ полученных данных показывает, что сама госпитализация в стационар приводит к нормализации АД, в связи с отменой симпатического влияния вегетативной нервной системы в результате изменений влияния условий окружающей среды. Обнаружена достоверная разница встречаемости арте-

риальной гипертензии в группе детей с избытком массой тела и ожирением в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$).

При оценке СМАД в дневные и ночные часы у детей с ожирением и избыточной массой тела отмечается достоверное увеличение значений среднего САД в сравнении с показателями среднего САД контрольной группы (табл.1).

Таблица 1

Показатели СМАД у обследованных групп детей

Показатели	Контрольная группа (n=112)	Группа сравнения (n= 32)
Дневные часы		
Сред. САД, мм.рт. ст.	129,01±13,05*	134,73±12,86*
Сред. ДАД, мм.рт. ст.	75,5±8,37	76,79±7,39
Ночные часы		
Сред. САД, мм.рт. ст.	111,54±11,35**	120±12,65**
Сред. ДАД, мм.рт. ст.	62,08±14,56	65,64±6,57

Примечание: * $p < 0,03$, ** $p < 0,08$ – достоверность различий между обследованными группами детей (однофакторный дисперсионный анализ в Microsoft Office Excel).

По данным заключения СМАД и анализа индекса времени, оценивающего время повышения АД за сутки, стабильная АГ встречается чаще в группе сравнения – у 28 пациентов (87,5 %), а в группе контроля – у 48 больных (42,9%); лабильная АГ преобладала в группе с недостаточной и нормальной массой тела – у 33 детей (29,5%), а в группе с избыточной массой тела и ожирением встречается лишь в 3 случаях (9,4%). В контрольной группе суточный профиль АД в норме встречается в 6 раз чаще.

Оценка суточного профиля в сравниваемых группах по показателям суточного индекса СМАД выявила, что нормальное снижение САД (тип dipper) отмечалось в контрольной группе у 50 человек (44,7%), а в группе сравнения встречалось лишь у 7 пациентов (21,9%) (табл.2). Недостаточное снижение САД (тип non-dipper) чаще зарегистрировано у 14 больных (43,8%) с избыточной массой тела и ожирением в сопоставлении с контролем – 32 пациента (28,6%). В обеих группах отмечалось повышение САД в ночное время (тип night-peaker), так – у 4 детей (12,5%) в группе сравнения, а в контрольной – 10 пациентов (8,93%) (табл.2).

Показатели суточного индекса СМАД

Типы изменения АД	Показатели степени ночного снижения САД		Показатели степени ночного снижения ДАД	
	Группа сравнения детей (n= 32)	Контрольная группа детей (n=112)	Группа сравнения детей (n= 32)	Контрольная группа детей (n=112)
Dipper	7 (21,9%)*	50 (44,6%)*	8 (25%)	55 (49,1%)
Over-dipper	0 (0%)	0 (0%)	3 (9,4%)	11 (9,8%)
Non-dipper	14 (43,8%)*	32 (28,6%)*	13 (40,6%)	15 (13,4%)
Night-peaker	4 (12,5%)	10 (8,9%)	1 (3,1%)	11 (9,8%)

Примечание: * $p < 0,05$ – достоверность различий между обследованными группами детей (однофакторный дисперсионный анализ в Microsoft Office Excel).

Показатели вегетативной регуляции, по заключению кардиоинтервалографии по Р.М. Баевскому, проведенной 33 пациентам (22,9%), выявили симпатикотоническую реактивность у всех детей с избыточной массой тела и ожирением, при этом в заключениях СМАД – стабильная систолическая АГ.

Среди детей с недостаточной и нормальной массой тела, состоящей из 26 человек (78,8%), в половине случаев была зарегистрирована симпатотоническая реактивность, в этих же случаях в заключениях СМАД была стабильная систолическая АГ.

Таким образом, существует тенденция повышения АД в обеих группах при состоянии напряжения механизмов адаптации в регуляции вегетативной нервной системы с преобладанием симпатического влияния последней.

Заключение. По результатам нашего исследования чаще госпитализируются дети и подростки с диагнозом стабильная артериальная гипертензия у детей и подростков. Эссенциальная артериальная гипертензия наиболее часто встречается в возрасте от 12 до 15 лет, преимущественно, у мальчиков. При сравнении значений артериального давления как по данным анамнеза, так и при измерениях в условиях стационара выявлены достоверные различия с преобладанием артериальной гипертензии у детей с избыточной массой тела и ожирением. Показатели суточного мониторирования артериального давления обнаружили достоверное увеличение среднего систолического артериального дав-

ления в дневное и ночное время, а также нарушения профиля суточного индекса с недостаточным ночным снижением систолического артериального давления у детей с избыточной массой тела и ожирением. Напряжение механизмов вегетативной регуляции в форме выраженной симпатикотонии у детей с артериальной гипертензией наиболее выражена в группе с избыточной массой тела и ожирением. Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют заключить, что у детей и подростков избыточная масса тела и ожирение являются ведущим фактором риска артериальной гипертензии.

Литература

1. Brady T. M., Feld L. G. Pediatric approach to hypertension // Semin. Nephrol. 2009, Vol. 29, № 4, p. 379–388.
2. Ледяев М. Я., Сафанеева Т. А. Артериальная гипертензия у детей и подростков // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета, 2007, № 3, с. 3–7.
3. Ледяев М. Я., Черненко Ю. В., Черкасов Н. С., Степанова О.В, Светлова Л. В. Оценка факторов риска и профилактика развития артериальной гипертензии у подростков // Лечащий врач № 6 2012, с. 6-12.
4. Ледяев М.Я., Мозолева С.С., Гавриков Л.К. Ранняя диагностика скрытой артериальной гипертензии у детей подросткового возраста. // Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (4): 574–578.

ПИЕЛОЭКТАЗИЯ У ПЛОДА – ИСХОД У НОВОРОЖДЕННОГО

**Кальянго Ю.А., Вяткина В.А., Сорокина Н.А., клинические ординаторы,
кафедра неонатологии и перинатологии**

(Научный руководитель: д.м.н., проф. Чумакова Г.Н.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Каждый год число людей, страдающих болезнями почек, неуклонно растёт, и на данный момент болезни почек и мочевыводящей системы занимают третье место в структуре заболеваемости населения РФ [1]. Профилактика и ранняя диагностика заболеваний почек являются определяющими факторами благоприятного исхода для пациента. Ультразвуковая диагностика позволяет выявить заболевание на доклинической стадии. До внедрения ультразвуковой диагностики, патологию почек у детей обнаруживали зачастую то-

гда, когда заболевание приобретало хроническое течение или функция почек снижалась.

Использование программы пренатального скрининга позволяет диагностировать патологию органов мочевой системы еще внутриутробно и назначить необходимую терапию на доклинической стадии развития заболевания до появления осложнений. В структуре причин развития хронической почечной недостаточности среди детского населения России, врожденные пороки почек и МВС занимают ведущее место (65%) [2]. До использования пренатального скрининга клиническая диагностика позволяла выявить меньше 25% патологии мочевыводящего тракта у детей до 1 года. Эффективность пренатальной ультразвуковой диагностики превышает эти значения до 78-91% и дает большие надежды на максимально раннее выявление порока. [3]

В настоящее время детская урология и пренатальная диагностика объединяют свои усилия в изучении антенатального периода развития аномалий МВС, дав начало новому направлению – антенатальной урологии. Первым признаком патологии мочевыводящей системы при ультразвуковом скрининге плода, как правило, является пиелюктазия или расширение лоханки. Однако до настоящего времени отсутствуют единые эхографические критерии пиелюктазии у плода. По данным Р. Chudleigh и соавт., которые провели анализ литературы, посвященной пиелюктазии за последние 10 лет, все исследователи использовали в качестве критерия пиелюктазии переднезадний размер почечной лоханки, однако граница нормы варьировала от 4 до 10 мм, а сроки обследования от 15 до 40 недель. Согласно этому обзору литературы, при проведении ультразвукового исследования в 16-26 недель и величине почечных лоханок от 5 до 10 мм частота пиелюктазий составляет 0,73% (0,13-2,13%).

По данным различных авторов, спонтанное саморазрешение пиелюктазии в течение беременности, в первые дни после рождения и к 3 годам жизни составили от 43 до 71-73%. Большая вариабельность результатов анализа исходов пиелюктазий, отсутствие четких эхографических критериев диагноза и единой тактики ведения новорожденных с антенатально выявленными пиелюктазиями.

Все вышеуказанное послужило основанием для постановки цели настоящего исследования.

Цель исследования: проследить постнатальные исходы пиелоектазий, выявленных антенатально.

Материалы и методы. Проведён анализ медицинской документации акушерского отделения АО «АОКБ» за 2015г. Исследована 31 история развития новорожденных с диагностированными случаями пиелоектазий, выявленными антенатально. Критериями для включения в исследование явились следующие цифры передне-заднего размера почечной лоханки плодов: для 15-20 недель гестации – 4 мм и более, 20-30 недель - 5 мм и более, от 30 недель – более 7 мм. Почки ультрасонографически могут быть отображены в 11-13 недель гестации, однако более объективно и достоверно аномалии органов МВС могут быть заподозрены, начиная с 15-17 недель гестации, когда сформировалось не менее 300 тысяч нефронов и выделяемая ими моча скапливается выше сегмента функциональной или органической обструкции

Результаты и обсуждение. Средний возраст матерей, вошедших в исследование, 25-29 лет (45%). У большинства женщин (67%) беременность протекала на фоне хронического заболевания почек и мочеполовой системы (цистит, хронический пиелонефрит, МКБ, пиелонефрит единственной почки, удвоение правой почки, киста правой почки); среди хронических заболеваний у женщин так же отмечены патология щитовидной железы (16%), артериальная гипертензия (16%), нарушение жирового обмена (6%), пороки сердца и нарушения сердечного ритма (9.3%). Чаще всего беременность осложнялась анемией (43,7%), гипоксией плода (40%), угрозой преждевременных родов (21.8%), ОРЗ без уточнения срока беременности (31%). 5 матерей (16%) злоупотребляли курением во время беременности.

При проведении УЗ-исследования у большинства плодов (67%) пиелоектазия впервые выявлена на сроке гестации 30 недель и более, у 19% плодов на сроке 23-29 недель и лишь у 4% в 18-22 недели гестации. Большинство родов были срочными (93%), 2 новорожденных были поздними недоношенными (34,

35 недель гестации). Оценка по шкале Апгар - 7.29 +/-1,465 (min 3, max 9) на 1 минуте, - 8.16 +/-0.688 (min 7, max 9) на 5 минуте.

По данным УЗИ, проведенном в отделении новорожденных, у 7 детей (22.6%) из группы исследования пиелоектазия спонтанно разрешилась. У 17 новорожденных (54,8%) диагноз пиелоектазия подтвердился постнатально. У 7 детей (22.6%) были обнаружены другие ВПР мочевыделительной системы, не диагностированные антенатально (удвоение левой почки, мегауретер, мегацистис, кистозная дисплазия почки, уретрогидронефроз). У 3 детей обнаружены ВПС. В общем анализе мочи 61% детей не имели воспалительных изменений, у 22,5% обнаружены лейкоцитурия и бактериурия, а 16% новорожденным ОАМ не был назначен. 68% (21) новорожденных были выписаны домой, 32% переведены в стационары для дальнейшего обследования и лечения.

Заключение. У 22,6% плодов с пиелоектазией постнатально в раннем неонатальном периоде происходит спонтанная нормализация размеров лоханок почек. У 22,6% плодов пиелоектазия явилась маркером ВПР мочевой системы, выявленной постнатально. 32% детей с пиелоектазией, диагностированной антенатально, нуждаются в углубленном обследовании и лечении в периоде новорожденности

Литература

1. Федеральная служба государственной статистики, заболеваемость населения по основным классам болезней в 2000 - 2015 гг.
2. Вишневецкий Е.Л., Гельдт В.Г., Николаев Н.С. Диагностика и лечение дисфункций мочевого пузыря у детей раннего возраста / Детская хирургия. - 2003. № 3. - С. 48 - 53.
3. Дерюгина Л.А. Расстройства уродинамики нижних мочевых путей у плодов в фетальном периоде / Детская хирургия. - 2007. - №3. - С. 26-29
4. О.Б. Адаменко, З.А. Халепа, Л.Ю. Котова «Ультразвуковой мониторинг в пренатальной диагностике аномалий мочевой системы и определении тактики ведения детей»/ Педиатрия 2008.-N 3.-С.13-17.

ПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ: НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И РЕАЛЬНОСТЬ

Коробицына А.А., Шумов А.В., 4 и 6 курс, педиатрический факультет

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Проблемы диететики здоровых детей раннего возраста стали причиной научной дискуссии в последние годы, в которой приняли участие не только педиатры и диетологи, но и представители пищевой промышленности. Результатом такой дискуссии явилась разработка Национальных рекомендаций по питанию детей раннего возраста [1,2,3].

Цель исследования: выявить знания родителей и пути получения информации о здоровом питании детей первого года жизни.

Материалы и методы. Проведен опрос родителей по вскармливанию детей грудного возраста в соответствии со специально разработанной анкетой. Анкета содержала вопросы о характере вскармливания, времени и порядке введения прикормов, фруктовых пюре и соков; об источнике рекомендаций по питанию. Всего было проанкетировано 252 родителя детей раннего возраста. Анализу подвергнуты анкеты возраста детей первого года жизни.

Результаты и обсуждение. Большинство семей имели одного (43%) или двух детей (39%). Известно, что раннее прикладывание ребенка к груди играет важную роль в жизни ребенка (снижается стрессорный гормональный фон, быстро включаются механизмы секреции молока и защитный эффект молозива, усиливается чувство материнства). Фактически только 84% детей были приложены к груди сразу после рождения, 15% новорожденных - в 1-10 сутки, 1% детей переведены на искусственное вскармливание. На исключительно грудном вскармливании в первые 16 недель находились 87% детей. Помимо грудного молока родители допаивали ребенка водой в 86% случаев, руководствуясь, рекомендациями педиатра (38%), участковой медсестры (12%) и советом знакомых (10%). Введение в рацион питания соков, согласно Национальным реко-

мендациям, приходится на второе полугодие жизни и не является обязательным. По нашим данным большинство родителей начинают давать соки с 4-5 мес. (35%) и лишь 1% родителей не используют их в питании своих детей. 69% родителей отдают предпочтение фруктовым сокам. После введения второго прикорма, для разнообразия меню, рекомендуют фруктовые пюре. Мы установили, что фактически родители вводят фруктовые пюре в более ранние сроки: 12 % родителей - в 3,5 месяца и 25% родителей – в 4 месяца.

Оптимальным сроком введения прикорма является «окно толерантности» - возраст 4-6 месяцев (79%). В качестве первого прикорма немного чаще родители вводили овощное пюре (27%), нежели кашу (24%), также были случаи введения первым фруктового пюре, которое родители тоже считали прикормом (1%). 65% родителей предпочитали самостоятельно приготовленные каши, нежели каши промышленного производства (30%). Чаще всего в качестве первыми вводили безглютеновые каши (гречневая – 44%, рисовая – 33%). Известно, что не рекомендуется давать ребенку в одно кормление сразу два разных прикорма, но оказалось, что 10% родителей это практикуют. Мясной прикорм должен быть введен после 6 мес.; исследование показало, что 26% детей получили его раньше 6 месяцев; 32% детей - в 7-7,5 мес., 20% - в 7,5-8 мес., 16% - в 8-8,5 мес. В качестве мясных продуктов родители чаще использовали мясо говядины (50%), индейки (30%) и кролика (21%). Рекомендации по использованию в питании грудных детей рыбу 1-2 раза в неделю также не соблюдаются (46%). В некоторых семьях рыбу используют в питании детей 1 года больше 2 раз в неделю (30,5%) или совсем не применяют – 32%. В 76% случаев дети получали суп. Рекомендуется вводить в рацион грудного ребенка мясной прикорм в виде фрикаделек с 8-9 месяцев и паровых котлет с 11-12 месяцев. В подобном виде дети получали мясо только 1-2 раза в неделю - 15%, 2-7 раз в неделю - 65%, не получали - 10%. С введением первого прикорма в полном объеме число кормлений должно быть сокращено до 5 раз в сутки, тогда как только 21% детей принимали пищу 5 раз в сутки, 14% детей питались менее 5 раз в сутки, 27% - более 5 раз в сутки и 30% - не соблюдали режим питания совсем.

Здоровые дети не нуждаются во введении творога до 12 месяцев. Однако, 46% родителей дают творог 1-2 раза в неделю, 30,5% - 3-7 раз в неделю, не получали творог на первом году жизни лишь 19% детей. 62% матерей не использовали в питании детей 1 года молочные смеси, 38% детей употребляли молочные смеси, чаще всего смесь Нестожен (11%), НАН (9,5%) и Нутрилон (8%).

Кроме соков 58 % детей грудного возраста дополнительно получали фрукты 3-7 раз в неделю, 31% - 1-3 раза в неделю, 5% - не использовали в своем рационе фрукты. 12% детей родители давали шоколад, конфеты, кондитерские изделия от 1 до 5 раз в неделю и 0,5% - еду из сети быстрого питания.

Заключение. Организация питания детей 1 года жизни не соответствует положениям Национальных рекомендаций по питанию детей раннего возраста. Только половина родителей руководствуется советами участковой педиатрической службы, что диктует необходимость в лечебных учреждениях амбулаторного звена активизировать просветительную работу с родителями по вскармливанию здорового ребенка.

Литература

1. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Москва, 2009.
2. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Москва, 2013.
3. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Москва, 2016.

ВАКЦИНАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ

Г.АРХАНГЕЛЬСКА (предварительное сообщение)

Коцемба А.Н., 3 курс педиатрический факультет, Левина Е.Ю., клинический интерн, Поскотинова А.И., клинический ординатор

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Морфофункциональная незрелость недоношенного ребенка, с точки зрения педиатров, препятствует их своевременной вакцинации. дан-

ные зарубежной и отечественной литературы показали, что недоношенные дети в целом полноценно отвечают на большинство вакцин, введенных в обычные календарные сроки.

Цель исследования: дать клиническую характеристику детям, родившимся от 22 недели гестации и более, и установить своевременность вакцинации недоношенных детей в родильных домах г. Архангельска.

Материалы и методы. Проведена выкопировка данных из истории развития ребенка (ф112/у) на основании специально разработанной анкеты, учитывающей срок гестации при рождении, степень недоношенности, оценку по шкале Апгар при рождении, состояние здоровья, наличие вакцинации против гепатита В и туберкулеза согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. №252н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Результаты и обсуждение. Под наблюдением находились 75 детей, родившихся недоношенными в 2014-2016 годах. Из них 42 мальчика (56%) и 33 девочки (44%). Распределение детей по степени недоношенности с учетом массы тела при рождении представлено следующим образом: низкая масса тела – 51 реб. (68%), из них 30 мальчиков и 21 девочка; очень низкая масса тела – 14 детей (17%), из них 8 мальчиков и 6 девочек; экстремально низкая масса тела – 10 детей (15%), распределение между мальчиками и девочками равномерное. В родильном доме в первые 24 часа жизни новорожденным вводится вакцина против вирусного гепатита В. Анализ полученных данных показал, что только 4% детей исследуемой группы были вакцинированы в указанные сроки. Это дети с низкой массой тела при рождении; они составили 12% от общего числа детей своей группы. У половины из них медицинским отводом от вакцинации послужили гемолитическая болезнь новорожденных по системе АВО и неонатальная желтуха неуточненного генеза, у 1/3 детей - внутриутробная инфекция, у каждого четвертого ребенка – анемия, ВПС. 90% недоношенных с низкой массой тела были вакцинированы в возрасте с 3 до 7 месяцев. Дети с очень

низкой массой тела вакцинированы в еще более поздние сроки. 21% недоношенных с очень низкой массой тела (против 12% недоношенных с низкой массой тела) были вакцинированы в возрасте 5-6 месяцев, такое же количество - в возрасте от 1 года до 1 года 3 месяцев. Причины медотводов: анемия различных степеней тяжести, неонатальная желтуха неуточненного генеза, врожденные пороки развития и кардиопатия новорожденных, перинатальное поражение ЦНС. Все новорожденные с экстремально низкой массой тела были вакцинированы в возрасте от 1 года до двух с половиной лет. Поздняя вакцинация была обусловлена патологией системы кроветворения (анемия, нейтропения), инфекционными воспалительными заболеваниями мочевой системы, внутриутробной инфекцией. В 60% случаев это была сочетанная патология. Анализ вакцинации против туберкулеза показал, что только 5 % недоношенных были привиты вакциной БЦЖ-М на этапе родильного дома. Все вакцинированные – это дети с низкой массой тела при рождении и массой более 2000 г (в соответствии с нормативными документами). Причинами отклонения от национальной вакцинации для этой группы недоношенных явились заболевания системы крови в 60% случаев и внутриутробная инфекция у 40% детей данной группы.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что вакцинация детей на этапе родильного дома (против гепатита В и туберкулеза) не может быть признана удовлетворительной. Охват прививками недоношенных детей низкий. Несмотря на то, что имеются объективные причины для медотводов, необходимо продолжить исследование для уточнения характера показаний и противопоказаний к вакцинации недоношенных детей.

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В: ПРИЧИНЫ ОТКАЗОВ

Кульминская С.И., 5 курс, лечебный факультет

(Научный руководитель: к.м.н. Кригер Е. А.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Вакцинация против вирусного гепатита В включена в национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации в 1998 года. В 1999 году заболеваемость острым вирусным гепатитом В (ВГВ) составляла 43,8 на 100 тыс. населения. Спустя 17 лет показатель кардинально изменился и в 2015 году составил 1,1 на 100 тыс. населения, что говорит о снижении заболеваемости в 39 раз [1]. Аналогичная положительная тенденция наблюдалась в Архангельской области, где заболеваемость острым ВГВ за десятилетний период активного проведения вакцинопрофилактики снизилась более, чем в 20 раз [2]. Снижение заболеваемости хроническим ВГВ является отдалённым эффектом вакцинации. В настоящее время больные хроническим ВГВ являются основным источником инфекции для взрослых и детей. Особое внимание обращает на себя риск вертикальной передачи инфекции от матери больной хроническим ВГВ новорождённому. Понимание населением опасности заболевания, важности своевременного проведения профилактических прививок – основа успешной профилактики ВГВ.

Цель исследования: выяснить причины отказа родителей от вакцинации детей против вирусного гепатита В.

Материалы и методы. Проведено анкетирование жителей Архангельской области с целью выяснения отношения к вакцинопрофилактике. Затем была отобрана группа из 53 родителей (1,8% от числа участников исследования), отказавшихся от вакцинации детей против ВГВ, для детального изучения причин отказов.

Результаты и обсуждение. Среди респондентов, отказавшихся от проведения вакцинации против ВГВ своим детям, преобладали лица женского пола (87%), 66% из них были старше 30 лет, 49% участников имело высшее образо-

вание. Более половины респондентов, выказавших негативное отношение к вакцинации против ВГВ (75%), воспитывают двоих и более детей. Среди участников исследования, отказавшихся от вакцинации против ВГВ, 75% не вакцинируют детей и против других инфекций, 25% отказались только от прививки против ВГВ. Более 60% респондентов сомневались по поводу своего решения в отношении вакцинации против ВГВ. Ведущими причинами полного отказа от вакцинации были: боязнь осложнений - 58%, мнение, что используются некачественные вакцины - 33%, мнение, что вакцинация недостаточно защищает – 33%. Также в структуру причин отказов вошли религиозные убеждения - 18%, мнение, что лучше переболеть – 8%, убеждение, что отсутствует риск заражения ВГВ - 3%. Только 8% респондентов сообщили, что и сами не привиты от ВГВ.

Структура причин отказов от вакцинации детей против ВГВ несколько отличалась и выглядела следующим образом: боязнь осложнений - 39%, мнение, что нет риска заражения – 39%, мнение, что используются некачественные вакцины – 15%, по религиозным убеждениям – 8%. Следует обратить внимание, что отказаться от вакцинации против ВГВ 8% респондентов посоветовал медицинский работник при отсутствии медицинских противопоказаний. Среди множества источников информации по вопросам вакцинации приоритетное положение занимали медицинские работники, 55% опрошенных доверяли врачам. С увеличением возраста респондентов увеличивалась доля участников, доверяющих врачам. Информация, предоставленная в открытом доступе в сети Интернет, на плакатах, брошюрах, телевидении, вызывала у респондентов серьезные сомнения в плане ее достоверности. Лишь 27% участников доверяли информации, представленной в сети Интернет, 14% - телевидению, 13% - плакатам и брошюрам.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения медицинскими работниками информационно-просветительной работы с родителями для повышения мотивации к проведению вакцинопрофилактики

против ВГВ. Особое внимание следует уделить вопросам, которые вводят родителей в заблуждение и заставляют их пренебрегать вакцинопрофилактикой.

Литература

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году: Государственный доклад.— М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2016.—200 с.
2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2015 году: Государственный доклад / под ред. Р.В. Бузинова – Архангельск, 2016. – 125 с.

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ ДЕТЕЙ-СПОРТСМЕНОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (пилотный проект)

Лочехина Е.Б., 5 курс, педиатрический факультет

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность проблемы обусловлена тем, что ребенок, готовясь к занятиям в большом спорте подвергает себя повышенным нагрузкам. Это приводит к дисбалансу морфологии и функции формирующегося организма. Современный спорт – это спорт высших достижений. Добиться высоких результатов можно только благодаря упорным тренировкам, сопряженными с физической и психической нагрузкой, победам на соревнованиях различных уровней. Все это ведет к напряжению и перенапряжению регуляторных систем организма, у детей это может привести к более раннему истощению еще не успевших окрепнуть и сформироваться систем. Наиболее чувствительной к воздействию избыточных нагрузок является сердечно-сосудистая система. Высокая психическая напряженность – то, что сопровождает начинающего спортсмена. Ухудшение психологических показателей является следствием неадекватной самооценки юного спортсмена. Дети школьного возраста не всегда могут оценить себя и свои возможности объективно. Эта возрастная особенность становится проблемой, если ребенок имеет высокий уровень мотивации к какому-либо виду спортивной де-

тельности. Его самооценка становится неоправданно высокой. «Отмечено, что у юных спортсменов наблюдается повышенная тревожность, эмоциональная неустойчивость, возрастает неуверенность в себе, происходит снижение самоконтроля, которые могут не только приводить к различным психологическим срывам, сдерживающим развитие личности, но и снижать успешность выступлений в соревнованиях» [1].

Цель исследования: выявить особенности самооценки детей-спортсменов, имеющих патологию сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы исследования: исследование проводили на базе ФГБУЗ «Северный медицинский клинический центр имени Н.А. Семашко» ФМБА РФ с помощью эмпирических методов исследования: опрос пациентов и анкетирование – методика самооценки по Дембо-Рубинштейну для подростков и юношей. Оценивали такие параметры как: «здоровье», «характер», «ум», «способности», «авторитет у сверстников», «красота», «уверенность в себе». По каждой из шкал оценивали уровень притязаний в отношении данного качества, высоту самооценки, величину расхождение между уровнем притязаний и самооценкой. Под наблюдением находились 25 детей 11-16 лет, занимающихся разными видами спорта в течение нескольких лет, шести из них проведено психологическое тестирование. Исследование предварительное.

Результаты и обсуждение. Патология сердечно-сосудистой системы у обследованных детей представлена, в основном, различными вариантами нарушений ритма сердечной деятельности (феномен короткого PQ, эктопический ритм, брадикардия, наджелудочковая экстрасистолия) и синдромом артериальной гипертензии. По критерию «здоровье» только у одного школьника самооценка находится на среднем уровне, у остальных - на очень высоком и высоком уровне, при этом, уровень притязаний отмечается как очень высокий или высокий. В оценке «характер» равномерно распределились показатели низкий, средний, высокий (уровень притязаний в 5 случаях оценен как очень высокий и в одном – как высокий). В оценке умственных способностей преобладали категории «высокий» (с уровнем притязаний – «высокий» и «очень высокий»).

«Способности» дети в большинстве случаев оценивают как высокие. По критерию «авторитет» у сверстников так же преобладает высокая и очень высокая самооценка. При оценке «красоты» выявили, что низкий результат характерен в единственном случае (девочка), по «уверенности в себе» все опрошенные школьники ставят себе высокий и очень высокий уровень самооценки (с уровнем притязательности «очень высоко»).

Заключение. Таким образом, предварительное изучение психоэмоционального состояния детей, занимающихся спортом, убеждает в необходимости продолжить работу; сопоставить показатели самооценки спортсменов с аналогичными параметрами у детей, не занимающихся спортом; выявить зависимость уровня самооценки от клинического варианта патологии сердечно-сосудистой системы.

Литература

1. Галкина И.В. <http://www.scienceforum.ru/2015/1151/14484>

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЦИДИВОВ КЕРАТОКИСТ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мамедов М. А., 3 курс, стоматологический факультет

(Научный руководитель: к.м.н., доцент Федотов Р. Н.)

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность проблемы обусловлена тем, что кератокисты челюстных костей являются одним из самых распространенных заболеваний у детей и подростков. По данным некоторых авторов число кератокист челюстных костей составляют от 5,4% до 17,4% от всех одонтогенных кист [4]. В то время, как одонтогенные кисты челюстей составляют 8-10% от всех заболеваний челюстно-лицевой области [1]. В определенных случаях кератокисты включаются в симптомокомплекс при врожденных патологиях, таких как синдром Горлина-Гольца, синдром Марфана, синдром Нунан [4]. Особенность клинического про-

явления кератокист заключается в том, что до оперативного вмешательства невозможно с точностью диагностировать эти образования, так как они не имеют четких характерных симптомов, таких как деформация челюсти, нарушение прорезывания зубов или их смещение. Данная симптоматика проявляется только в случаях, когда киста достигает больших размеров [2]. Кератокисты челюстей имеют тенденцию к рецидивированию даже через несколько лет после проведения хирургического вмешательства [3]. Многие авторы относят кератокисты к новообразованиям, обладающих агрессивным ростом, за счет способности к рецидивированию, а также за счет схожести рентгенологического проявления кератокисты больших размеров с амелобластомой, фолликулярными кистами, одонтогенными воспалительными кистами, одонтоамелобластомой, остеокластомой.

Цель исследования: выявление частоты возникновения рецидивов у пациентов с кератокистами в зависимости от синдромального диагноза (Горлина-Гольца, Нунан, Марфана), локализации, типа и методов полученного лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов, оперированных на базе кафедры ДЧЛХ МГМСУ им. А.И.Евдокимова с диагнозом кератокиста. Было проанализировано 48 историй болезней в период с 2000 по 2017 годы. Проведен анализ данных этиологии и патогенеза кератокист, рентгенологического обследования пациентов: мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), ортопантомограмма (ОПТГ), а также методик хирургического лечения данных пациентов. Были изучены результаты гистологических заключений. Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы по данному вопросу.

Результаты и обсуждение. Из 48 пациентов в возрасте от 6 до 18 лет 26 составили мальчики (54,2%) и 22 девочки (45,8%). Из данных пациентов 22 после консультации медицинского генетика был поставлен синдромальный диагноз: Горлина-Гольца – 20 пациентов (41,7%), Марфана – 1 пациент (2%), Нунан – 1 пациент (2%), где кератокисты (поликератокистоз) являются одним из симптомов синдрома. Методики хирургического лечения распределились

следующим образом: цистэктомия с удалением зачатков постоянных зубов – 43 пациента (89,5%), цистотомия с последующей цистэктомией – 3 пациента (6,3%), цистотомия без удаления зачатков зубов – 2 пациента (4,2%). Из 48 пациентов рецидив кератокисты выявлен у 7 (14,5%) в возрасте от 9 до 16 лет. Из них 4 пациентам поставлен диагноз синдром Горлина-Гольца, 3 пациентам с рецидивом синдромальный диагноз установлен не был. При анализе рентгенограмм у 5 пациентов выявлена поликистозная форма и у 2 пациентов монокистозная форма. В 100% случаев заключение гистологического исследования у пациентов с рецидивом это паракератозный тип кератокисты с хроническим воспалением. В 61,3% случаях рецидивы встречались на нижней челюсти, в 38,7% на верхней челюсти. Рецидивы наблюдаются у детей как после проведения цистотомии без удаления зачатков зубов, так и после радикальных операций.

Заключение. В ходе проведенного исследования было установлено: 1. Отсутствие статистически значимой зависимости частоты рецидивов от синдромального диагноза и методов хирургического лечения, так как из 20 пациентов с синдромами Горлина-Гольца только у 4 отмечены рецидивы вне зависимости от типа проведенного оперативного вмешательства. У пациентов с синдромами Нунан и Марфана рецидивы не отмечались. 2. Наиболее часто рецидивы отмечаются при локализации кератокисты на нижней челюсти (61,3%). 3. Абсолютно все рецидивы происходят при паракератозном гистологическом типе кератокисты.

Литература

1. Мирсаева Ф.З. Хирургическое лечение одонтогенных кератокист с применением трансплантатов // Новое в стоматологии. – 1999. - №1. – С. 11-12.
2. Рогинский В.В., Лапшин С.Д., Рабухина Н.А., Кератокисты челюстей у детей и подростков с синдромом Горлина. //Стоматология. 1997. №3. С. 21-25.
3. Федотов С.Н., Минин Е.А., В Л. Леонтьев В .Я. Опыт лечения кератокист челюстей // Стоматология. 1999. - №4. - С. 33-35.
4. Черниговская Н.В. Кератокисты челюстных костей у детей (особенности проявления, диагностика и лечение): дис... канд. мед. наук. – М., 2009. – 5-176 с.

АНАЛИЗ ИНФЕКЦИЙ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР

**Мусихина С.А., Беспалова Л.И., клинические ординаторы;
Минькина О.С., 5 курс, педиатрический факультет**

(Научный руководитель: к.м.н. Н.Л. Рогушина)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность: инфекции респираторного тракта являются самыми распространенными заболеваниями и занимают первое место в структуре инфекционной заболеваемости и первое место по ущербу, наносимому здоровью населения и экономике страны [2]. По данным Роспотребнадзора по Архангельской области (АО) показатели заболеваемости ОРВИ, гриппом и внебольничными пневмониями, превышают показатели заболеваемости по РФ. В 2015 году в АО за медицинской помощью с заболеваниями дыхательных путей обратились более 400000 человек [1]. Что свидетельствует о значимости инфекций респираторного тракта в работе практикующего врача.

Цель исследования: анализ инфекций дыхательных путей у детей, госпитализированных в стационар.

Материалы и методы: методом сплошной выборки в исследование были включены 240 историй болезни пациентов с инфекциями дыхательных путей, находившихся на стационарном лечении в Архангельской детской клинической больнице, с декабря 2015 г. по февраль 2016 г. Обработка данных проведена с использованием пакета статистических программ SPSS for Windows версия 17.0.

Результаты и обсуждения: в возрастной структуре преобладали дети с года до двух лет (33%), до года (22%), с двух до трех лет (25%), три года и старше (20%). Средний возраст госпитализированных был 2,2 (1; 2) года. Мальчики (54%) и девочки (46%) поступали с одинаковой частотой, с незначительным преобладанием мальчиков. В состоянии средней степени тяжести были госпитализированы 93% детей и у 7% состояние расценено, как тяжелое. В первые сутки от начала заболевания госпитализированы 12% детей, на 2-3

сутки 44%, на 4-6 сутки (31%) и на 7 день и более (13%) больных. В среднем пациенты поступали на 2 (1; 3) сутки от начала клинических проявлений и более чем в половине случаев (56%) в первые три дня от начала заболевания.

В клинической картине у всех детей были проявления катарального синдрома, в 97% случаев синдром интоксикации. В большинстве случаев у детей температура была фебрильная (90%), реже субфебрильная (7%) или не повышалась (3%). Максимальные значения температуры составили 41 С, в среднем 38,9 (38,5; 39,6) градусов. Признаки дыхательной недостаточности были отмечены у каждого третьего ребенка (30%). Заболевание сопровождалось судорожным синдромом у 8% пациентов.

При поступлении в стационар инфекции нижних дыхательных путей были диагностированы у 73% госпитализированных. В структуре, которых преобладали простые бронхиты или обструктивные бронхиты (47%) и пневмонии (39%), реже имели место ларингиты, трахеиты или ларинготрахеиты (14%). Поражения верхних дыхательных путей чаще протекали в виде гриппа (70%) или ринита, фарингита, ринофарингита (30%).

Осложнения инфекций респираторного тракта были зафиксированы у 6 человек, что составило 3% от общего числа пролеченных. В структуре осложнений имели место инфекции ЛОР органов (83%) и на фоне острой респираторной инфекции в динамике была диагностирована пневмония в 17% случаев. Удельный вес осложнений в структуре инфекций нижних и верхних дыхательных путей не различался, составив 3% и 2% соответственно.

У детей с инфекциями дыхательных путей специфические методы лабораторной диагностики были использованы в 8% случаев. Этиологию удалось установить у половины обследованных. В структуре вирусных патогенов преобладали инфекции, вызванные респираторно-синцитиальным вирусом (56%). В 22% был выделен грипп А (H1N1) и по 11% парагрипп и коронавирус.

Все дети, поступившие в стационар, получали патогенетическую и симптоматическую терапию. В зависимости от нозологической формы заболевания назначалась антибактериальная или противовирусная терапия. Удельный вес

антибактериальной терапии варьировал от 40% при инфекциях нижних дыхательных путей до 100% при лечении пневмонии. В целом пролечены антибиотиками были 71% поступивших в отделение.

Заключение. Таким образом, 80% госпитализированных детей были в возрасте до трех лет. В большинстве случаев дети поступали в состоянии средней степени тяжести и в первые три дня от начала заболевания. У всех детей при поступлении был катаральный синдром, который сопровождался фебрильной лихорадкой и синдромом интоксикации. Реже имели место признаки дыхательной недостаточности и судорожный синдром. Преобладали дети с патологией нижних дыхательных путей. Удельный вес осложнений составил 3%. В структуре инфекций установленной этиологии преобладала респираторно-синцитиальная инфекция. Антибактериальную терапию получили 71% детей с инфекциями респираторного тракта.

Литература

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2015 году: Государственный доклад / под ред. Р.В. Бузинова – Архангельск, 2016. – 125 с.
2. Исаков В.А. Перспективы терапии респираторных инфекций у часто болеющих пациентов / В.А. Исаков, Д.В. Исаков // Пульмонология. - №4. – 2014. – с. 118-124.

ДИАГНОСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Непомнящих А.С., 3 курс, лечебный факультет

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

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой, тяжестью и трудностью диагностики внебольничной пневмонии у детей грудного и раннего возраста. При диагностике внебольничной пневмонии до проведения рентгенологического исследования принято ориентироваться на следующие клинические критерии: выраженность интоксикационного синдрома, физикальные

признаки пневмонии (данные аускультации и перкуссии) и кашель (его характер и продолжительность). Основными клиническими проявлениями интоксикационного синдрома являются лихорадка или субфебрильная температура тела, общая слабость, снижение или отсутствие аппетита, плохое самочувствие. Кроме того, существуют общепризнанные изменения в клиническом анализе периферической крови. Это лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.

Ученые издавна обратили внимание на определённые взаимоотношения клеток в лейкоцитарной формуле при интоксикационном синдроме. Эти взаимоотношения названы лейкоцитарным индексом эндогенной интоксикации (ЛИЭИ). Известны различные методы расчета ЛИЭИ, но их можно использовать только у детей до 5 дня жизни и старше 5 лет. Это связано с тем, что дети старше 5-го дня жизни и до 5 лет имеют физиологические особенности лейкоцитарной формулы по показателям нейтрофилов и лимфоцитов.

Цель исследования: провести анализ взаимоотношений показателей нейтрофилов и лимфоцитов в лейкоцитарной формуле у детей с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы. Анализ показателей ЛИЭИ был проведен у 216 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет с внебольничной пневмонией. Для оценки выраженности интоксикационного синдрома нами использована модификация способа определения лейкоцитарного индекса эндогенной интоксикации с учетом физиологических особенностей лейкоцитарной формулы у детей (Мельникова Е.А. и соавт., 2016). У здоровых детей до 5 лет ЛИЭИ равен от 0,8 до 1,2, старше 5 лет от 1,2 до 2,8. Сравнения проводили с помощью непараметрических методов: критерия Вилкоксона и критерия знаков.

Результаты и обсуждение. Сравнение массивов ЛИЭИ при поступлении в стационар больницы (первый показатель) и при выписке (второй показатель) у детей от 6 месяцев до 5 лет. Описание первого массива (первый показатель): 1,13 (0,76; 2,45), это Med (Нкв, Вкв), где Med – медиана, Нкв – нижний квартиль, Вкв – верхний квартиль. Описание второго массива (второй показатель):

0,98 (0,70; 1,69), это Med (Нкв, Вкв), где Med – медиана, Нкв – нижний квартиль, Вкв – верхний квартиль. По критерию Вилкоксона и по критерию знаков различия статистически значимы ($p=0,0036$, $p<0,01$) и ($p=0,006$, $p<0,01$) соответственно.

В группе детей от 5 лет и выше в начале болезни показатели ЛИЭИ были: 1,34 (0,86; 3,05), при выписке стали: 0,91 (0,70; 1,35). По обоим критериям (Вилкоксона и знаков) получили статистически значимые различия сравниваемых массивов ($p<0,001$).

Заключение. Таким образом, лейкоцитарный индекс эндогенной интоксикации может быть одним из дополнительных лабораторных диагностических критериев внебольничной пневмонии и эффективности её лечения.

Литература

1. Методы клинических лабораторных исследований / под ред. проф. В.С. Камышникова. 5-е изд. М.: МЕДпресс-информ. 2011. С.359.

НЕИММУННАЯ ФОРМА ДИАБЕТА (MODY)

**Низовцева Е.С., Захарова Ю.А., Ермолаева К.С., Кабалина Е.А.,
Кошлакова О.Т., клинические ординаторы**

(Научный руководитель: д.м.н., проф. Сибилева Е.Н.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Первое клиническое описание варианта неиммунного диабета в 1960г сделал Fajans S.S. et al. Термин **MODY** введен в 1965 г также Fajans S.S. Подробное описание MODY в 1974г сделал Tattersall R. B. et al. Раннее описание MODY понималось как моногенная форма диабета с простой генной мутацией. Наше представление о MODY трансформировалось постепенно по мере определения генов. В 2005г. субклассификация MODY базировалась на описании 6 генов, в которых были описаны мутации. MODY , «первая область диабета», в которой важную клиническую, и научную роль играет молекулярная генетика, благодаря ей стало возможным определить клиническое течение, прогноз, лучшие терапевтические подходы.

Сейчас ADA и WHO классифицируют MODY как дискретные субтипы диабета возникающие в результате мутаций специфических генов β -клеток

Важная особенность MODY в том, что пациенты могут оставаться бессимптомными много лет, а клинически явными они становятся или после перенесенных заболеваний, или во время беременности. Отдельные критерии этого типа диабета: доминантное наследование с анамнезом в 2-3 поколениях, возраст дебюта до 25-30 лет, наличие остаточной секреции инсулина и C – пептида. Таким образом, MODY это результат дисфункции β - клеток. В настоящее время известно 13 генов кандидатов MODY и соответственно 13 подтипов. Наиболее часто встречающиеся подтипы MODY в России: MODY2 и MODY3.

Субтип MODY2. Патофизиология: β -клеточная дисфункция - нарушение сенсора глюкозы – глюкокиназы, катализатора превращения глюкозы в Г6-Ф в β -клетках и гепатоцитах, при этом происходит снижение скорости секреции инсулина до 60%. Ген локализован на коротком плече 7-ой хромосомы. Расположение гена: β -клетки поджелудочной железы, гепатоциты, костная ткань. Дебют гипергликемии - раннее детство, иногда с рождения. Снижена скорость секреции инсулина из-за снижения чувствительности к глюкозе, нарушен метаболизм глюкозы в печени, нарушены процессы накопления гликогена в печени. У детей повышена скорость неоглюконеогенеза. Из-за нарушения подавления продукции глюкозы печенью при физиологических концентрациях инсулина усугубляется гипергликемия натощак. Тяжесть гипергликемии умеренная, 5,5 - 8,0, мало меняющаяся с возрастом. HbA1c около нормы или чуть выше. Инсулин для лечения требуется менее чем у 2 % детей. Вне периода медового месяца диабета потребность в инсулине менее 0,5ЕД/кг, без тенденции к кетозу. Микроваскулярные осложнения редки. Недиабетические признаки: низкий вес при рождении.

Субтип MODY3. Патофизиология: β -клеточная дисфункция. Транскрипционный печёночный фактор HNF1 α , регулирует транскрипцию гена инсулина. Ген локализован на 12- ой хромосоме. Пенетрация мутаций к возрасту 40

лет > 95%. Дебют гипергликемии: подростки, молодые взрослые. Гипергликемия прогрессирующая, может быть тяжёлой. Микроваскулярные осложнения часты. Недиабетические признаки: низкий почечный порог для глюкозы.

Клинические примеры.

Случай 1. Подросток Ф.И. 17 лет. Повод для проведения исследования: нарушение толерантности к глюкозе. Важная особенность анамнеза жизни: низкий вес при рождении, 2400г. Методом секвенирования нового поколения (NGS) на аппарате «Hi Seq 2500» («Illumina», USA) проведено исследование кодирующих регионов генов. Наличие функционально значимой нуклеотидной замены с.683C >T в гене GSK в гетерозиготном состоянии является молекулярно-генетическим маркером, ассоциированным с MODY 2 типа (OMIM 125851).

Случай 2. Подросток Т.А. 16 лет. Повод для проведения исследования: сахарный диабет, неуточнённый. Важная особенность по данным анамнеза заболевания, низкая потребность в инсулине. Методом секвенирования нового поколения (NGS) на аппарате «Hi Seq 2500» («Illumina», USA) проведено исследование кодирующих регионов генов. Наличие вероятно патогенного варианта аминокислотной замены p.Leu162Arg в гене HNF1A в гетерозиготном состоянии является молекулярно-генетическим маркером, ассоциированным с MODY 3 типа (OMIM: 600496). Анализ проведен в лаборатории пренатальной диагностики наследственных и врождённых болезней человека г. Санкт-Петербург. Зав лабораторией, член – корр. РАН з.д.н. РФ, профессор, д.м.н. Баранов В.С.

Необходимо понимать, отбор пациентов для проведения МГИ является очень трудным и ответственным делом, ошибки при отборе нежелательны, так как полное секвенирование генов очень дорого. Но и назначение патогенетически обоснованной терапии при сахарном диабете является чрезвычайно важным! С учётом выше изложенного, обсуждение и отбор пациентов проводились коллегиально и очень тщательно.

Заключение. Таким образом, впервые в Архангельске среди детей и подростков с сахарным диабетом, у двух пациентов успешно установлен диагноз

MODY 2 и 3 типа. Исследования выполнены при поддержке Фонда развития и поддержки филантропии «КАФ» по программе помощи детям с эндокринными заболеваниями. Конфликт интересов отсутствует.

ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

Полякова А.Р., Пальянова О.В., 5 курс, лечебный факультет

(Научный руководитель: к.м.н. Кригер Е.А.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Лихорадка неясного генеза (ЛНГ)– это диагноз исключения. Спектр причин, лежащих в основе лихорадки неясного генеза, достаточно широк и включает различные заболевания инфекционной природы, злокачественные опухоли, системные заболевания, а также другие разнообразные по своей этиологии заболевания. У небольшой части больных причина лихорадки остается неустановленной. Лихорадка неясного генеза – повышение температуры более 38,0°С в течение более чем трех недель, при этом диагноз остается неясен после проведения обследования с помощью общепринятых методов.

Цель исследования: установить этиологическую структуру ЛНГ у детей и оптимизировать диагностический алгоритм её в педиатрической практике.

Материалы и методы. Проведено исследование с изучением 117 медицинских карт (60 девочек и 57 мальчиков), госпитализированных в ГБУЗ АО "Архангельская детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова" с диагнозом направившего учреждения «Лихорадка неясного генеза» за 2014-2015 года.

Результаты и обсуждение. Длительность лихорадки до госпитализации у 69% не превышала 14 дней. Средние показатели максимальной температуры до госпитализации 38,8°С (Min: 37,2°С, max: 40,8°С). Длительность температуры в стационаре в среднем составила 5 дней (Min: 1 день, max: 77 дней). Средние показатели максимальной температуры в стационаре 38,1°С (Min: 36,6°С, max: 41°С). При определении причин лихорадки неясного генеза, 88% пришлось на

инфекционную патологию, 8% – на соматическую патологию и 3% - на онкологическую патологию.

В структуре инфекционных причин лихорадки неясного генеза инфекции мочевыделительной системы – 23%, острые респираторные заболевания – 19%, острый средний отит (8%), иерсиниоз (8%), пневмония (7%). Среди других причин (35%) такие заболевания как гайморит, малярия, гнойный менингоэнцефалит, ангина, шигеллез, энтеровирусная инфекция, респираторный хламидиоз, листериоз и др.

В структуре соматической патологии встречались такие заболевания как: вегето- сосудистая дисфункция, артрит, ревматизм, недифференцированный коллагеноз, сарколеит. В структуре онкологической патологии лихорадка неясного генеза наблюдалась у 3 детей со следующими заболеваниями: диссеминированная нейробластома; лимфогранулематоз, саркома Ходжкина; киста селезенки. Не удалось установить причину лихорадки у 17 пациентов (15% от общего числа пациентов поступивших с лихорадкой неясного генеза). Во время лечения в стационаре антибиотикотерапия проводилась у 86% пациентов.

Диагноз «Лихорадка неясного генеза» может быть поставлен только после обследования пациента в стационаре, согласно критериям постановки диагноза. Для оптимизации диагностического поиска при лихорадках неясного генеза следует использовать примерный алгоритм обследования пациента, который состоит из 4 условных этапов: 1 - На первом этапе должен быть произведён как можно более полный сбор анамнестической информации о пациенте, включая подробный эпидемиологический анамнез. 2 - На втором этапе происходит анализ полученных данных лечащим врачом и выдвижение «рабочей» гипотезы, обуславливающую причину лихорадки у данного пациента. Дальнейшее развитие событий зависит именно от этого этапа. 3 - Когда «рабочая» гипотеза сформирована, можно перейти к 3 этапу диагностического поиска – подключение лабораторных и инструментальных методов обследования пациента. 4 - Четвертый этап – проведение дифференцированного диагноза.

Заключение. Среди причин ЛНГ ведущее место принадлежит инфекционной патологии – 88%. В структуре инфекционной патологии на первом месте – инфекция мочевыделительной системы. Небольшой удельный вес занимают редкие инфекции (лиштериоз, малярия и другие). В основе ЛНГ лежат «обычные» заболевания с «необычным» течением. Среди соматической патологии – чаще вегетативная дисфункция (как причина длительной, но невысокой температуры). Диагноз «бактериальная инфекция неуточненной локализации» свидетельствует о том, что у 15% причину лихорадки уточнить не удалось, но получен эффект от назначения антибиотиков.

Литература

1. Педиатрия. Клинические рекомендации / Под ред. А.А.Баранова. – М., 2005. – С. 96–107.
2. Основы перинатологии / Под ред. Н.П. Шабалова, Ю.В. Цвелева. – М: МЕДпресс–информ, 2002. – С. 393–532
3. Алгоритм: лихорадка неясного генеза – 2001.– Т. 2. – С. 291–302.
4. Воробьев П.А. Лихорадка без диагноза. – М.: Ньюдиамед, 2008.– 80 с.
5. Коровина Н.А., Захарова И.Н., А.Л. Заплатников, Т.М. Творогова. Лихорадка у детей: дифференциальная диагностика и терапевтическая тактика: Пособие для врачей. – М., 2006.– 54 с.
6. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Гаврюшова Л.П. и др. Вегетативная дистония у детей и подростков: Руководство для врачей. – М., 2009. – 52 с.

ЖЕЛАЕМОЕ И ФАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ МЛАДЕНЦЕВ

Поникаровская О.А., Семенова А.В., 2 курс, педиатрический факультет

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Несмотря на проводимую работу по поддержке и пропаганде грудного вскармливания, многие младенцы первого года жизни не получают грудного молока или кормятся им ограниченное время. Представляется важным формирование положительного мнения о грудном вскармливании у матерей.

Целью настоящей работы явилось изучение мнения матерей в отношении выбора питания для ребенка, а также фактической продолжительности грудного вскармливания.

Материалы и методы. Исследование проводилось в июле 2016 г. на базе детской поликлиники бюджетного учреждения здравоохранения Вологодской области «Великоустюгская ЦРБ». Матерям детей разного возраста, обратившимся а амбулаторный прием, было предложено заполнить деперсонифицированную анкету. Всего в анализ включено 160 анкет, 20 женщин отказались от участия.

Результаты и обсуждение. Все респонденты отметили, что грудное молоко является лучшим питанием для ребенка. Из общего количества опрошенных 9,5% матерей кормили своих детей грудью до трех месяцев, еще по 14% отметили продолжительность грудного вскармливания до 6 и 6-9 мес. Две трети детей получали грудное молоко в разном объеме до года и даже более. Основной причиной перевода ребенка на смешанное/искусственное вскармливание у 60% матерей явилась гипогалактия, у 20% - состояние здоровья матери, у 12% - ранний выход на работу. На боль при кормлении из-за возникших трещин жаловалась каждая третья мать, в 13,8% случаев был отмечен отказ ребенка от груди. Лактостаз испытали 10,6% матерей, избыток молока, требовавший сцеживания - 9,4% женщин.

Заключение. Таким образом, опрошенные женщины положительно оценивали практику грудного вскармливания. Большинство детей получали грудное молоко в течение всего первого года жизни. В консультировании кормящих матерей особое внимание следует уделять вопросам поддержки/увеличения лактации и состояния молочных желез.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Попова М.М., Шарыпова М.А. клинические ординаторы

Коцемба А.Н., 3 курс, педиатрический факультет

(Научный руководитель: к.м.н., доц. Киселева Л.Г.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. По данным эпидемиологических исследований распространенность ГБ среди беременных женщин составляет от 1% до 6% [5] и сопряжена с преждевременными родами (10-12%), нарушением мозгового кровообращения, отслойкой сетчатки, эклампсией, массивными коагулопатическими кровотечениями, фетоплацентарной недостаточностью, антенатальной гибелью плода [1].

Артериальная гипертензия (АГ) при беременности - повышение абсолютной величины артериального давления (АД) до 140/90 мм рт.ст. и выше [2]. Хроническая АГ (син.: гипертоническая болезнь (ГБ), вторичная гипертензия) — это АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20-й недели гравидарного периода. АГ, возникшая после 20-й недели гестации, но не исчезнувшая после родов в течение 12 недель, также ретроспективно классифицируется как хроническая АГ [3]. По классификации ВОЗ принято различать следующие стадии артериальной гипертензии: I стадия - повышение АД от 140/90 до 159/99 мм рт.ст.; II стадия - повышение АД от 160/100 до 179/109 мм рт.ст.; III стадия - повышение АД от 180/110 мм рт.ст. и выше.

Цель исследования: определить особенности течения беременности у женщин с гипертонической болезнью и проанализировать отечественную и зарубежную литературу по данной теме.

Материалы и методы. С 2013 по 2016гг. в акушерском отделении ГБУЗ АО АОКБ (г.Архангельск) общее количество беременных с диагнозом ГБ составило 581 человек (в 2013г. – 142 женщин (6,8% от общего количества беременных); в 2014г. - 177 (7,9%); в 2015г. – 128 (5,7%); в 2016г. - 134 (6,4%)).

Проведен анализ медицинской документации 55 родильниц с ГБ, родоразрешившихся при сроке гестации 37-41 неделя в 2016г. Средний возраст женщин составил 32,8±4,9 лет. На учете в женской консультации состояли 53 (96,4%) обследованных; первая явка в среднем отмечена в 9,4±3,2 недели (min 5; max 19). Согласно записям обменной карты (ф 111/у), алкоголь употребляли во время беременности 3,6% женщин, курили - 18,2% обследованных. Среди экстрагенитальной патологии, кроме ГБ, отмечены нарушение жирового обмена 27(49.1%), гипотиреоз 11 (20%), миопия 10 (18.2%), хронический пиелонефрит 9 (16.4%), ангиопатия сетчатки 7 (12.7%), сахарный диабет – 3 (5,5 %). В период беременности госпитализировались для лечения 38(69,1%) женщин. Основными показаниями к госпитализации беременных с АГ являются тяжелая АГ (АД \geq 160/110 мм рт. ст.), впервые выявленная в период беременности АГ, клинические и/или лабораторные признаки преэклампсии [4].

Во время беременности 87% женщин получали антигипертензивные препараты: метилдопа (степень токсичности по FDA-B), метопролол, бисопролол (FDA-C), амлодипин, нифедипин (FDA-C). Основными ЛС, которые используются в настоящее время в мире для лечения АГ в период беременности, являются метилдопа, антагонисты кальция (нифедипин) и β -адреноблокаторы. Метопролол препарат выбора в настоящее время среди β -адреноблокаторов. При применении метопролола не получено данных, указывающих на отрицательное влияние препарата на развитие плода, в т. ч. задержку внутриутробного развития. Метилдопа - единственный антигипертензивный препарат, использующийся во время беременности, при применении которого изучались отдаленные последствия в отношении развития детей, неблагоприятного влияния препарата на постнатальное физическое и интеллектуальное развитие выявлено не было [4].

Необходимость лекарственной терапии при тяжелой АГ не вызывает сомнений [4]. Антигипертензивная терапия уменьшает риск развития тяжелых форм АГ, однако существенно не влияет на частоту преэклампсии, преждевременных родов, перинатальные исходы [6]. При анализе медицинской документации отмечено, что в третьем триместре гравидарного периода не получали

лекарственные препараты для снижения артериального давления 20% беременных, что в 2 раза меньше чем во втором и в 3 раза меньше чем в первом триместрах.

Заключение. Течение беременности у женщин с гипертонической болезнью определяется генезом и степенью тяжести АГ, развитием поражений органов-мишеней и фетоплацентарной системы, эффективностью антигипертензивной терапии. Планируется провести анализ влияния антигипертензивных препаратов на течение раннего неонатального периода.

Литература

1. Занина Е.В. [и др.]. Влияние антигипертензивной терапии, применяемой во время беременности, на особенности течения адаптационного периода у новорожденных // Уральский медицинский журнал. - 2012. - №11(103). - С.121-124
2. Российское кардиологическое общество. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Российские рекомендации, Москва, 2013 г. – 40 с.
3. Стрюк Р.И., Бакалов С.А., Бунин Ю.А. и др. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Российские рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2010. № 9(6). Прил. 2.
4. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К. и др. Спорные вопросы артериальной гипертензии в период беременности // «ФАРМАТЕКА», 2012, № 4, с. 1-7
5. Чухарева Н.А., Рунихина Н.К., Есаян Р.М., Беременность и три основные проблемы современных женщин: ожирение, диабет и артериальная гипертензия (в помощь практикующему врачу). Consilium Medicum. 2014; 06: 5-8
6. Abalos E, Duley L, Steyn DW, et al. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007;(1):CD002252.

ВАКЦИНАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ (обзор литературы)

Поскотинова А.И., клинический ординатор;

Левина Е.Ю., клинический интерн

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Ежегодно во всем мире от инфекционных болезней погибает 4 миллиона детей грудного возраста, хотя многие из этих инфекций являются вакциноуправляемыми. Инфекционные процессы у новорожденных и детей младшего возраста протекают тяжелее, чем у более старших детей и взрослых, и это свя-

зано прежде всего с функциональной незрелостью иммунной системы в начале жизни.

Именно морфофункциональная незрелость является основным доводом для педиатров, когда они принимают решение отложить вакцинацию недоношенного ребенка. Однако исследования показали, что недоношенные дети в целом полноценно отвечают на большинство вакцин, введенных в обычные календарные сроки. Слабость врожденной системы иммунитета проявляется у них снижением способности дендритных клеток и макрофагов представлять антигены, проходящую с возрастом. Снижены и активные иммунные реакции, связанные с функциями Т- и В-лимфоцитов, в основном за счет «ограниченного репертуара» рецепторов на этих клетках, но в течение 1-го мес. жизни происходит, особенно у детей с ГВ 28-30 нед, нормализация экспрессии основных рецепторов (CD3+, CD4+ < CD8+). Трансплацентарный перенос материнских антител (IgG), защищающий от ряда инфекций, снижен у недоношенных детей, особенно < 32 нед ГВ, что ещё раз указывает на важность их своевременной прививки [2,6].

Проблема вакцинации недоношенных детей в нашей стране стала особенно актуальной в последние несколько лет в связи с выходом Приказа Минздрава России N 1687н от 27.12.2011г., где указаны новые медицинские критерии рождения ребёнка. Теперь, когда выхаживание детей с гестационным возрастом 22 недели и более стало не только возможным с точки зрения современных перинатальных технологий, но и обязательным на законодательном уровне, российские педиатры столкнулись с множеством вопросов относительно вакцинации таких младенцев. В России до сих пор нет официальных рекомендаций, за исключением небольшого количества статей, что порождает множество необоснованных медицинских отводов и в результате недоношенные и маловесные дети составляют значительную долю не- или несвоевременно привитых детей. Так, в Центре иммунопрофилактики НЦЗД средний возраст впервые обратившихся недоношенных детей составляет 9 месяцев [6].

Для анализа были взяты национальные руководства по иммунизации недоношенных детей пяти стран мира, различающихся по уровню развития экономики, здравоохранения, социальной сферы – Америки, Канады, Новой Зеландии, Австралии, Израиля.

Стоит отметить, что полностью идентичных руководств обнаружить не удалось. Некоторые аспекты вакцинации различаются даже с исторической точки зрения. Известно, что Кальметт и Герен, проводя первые испытания вакцины БЦЖ, потерпели неудачу – все привитые дети оказались зараженными туберкулёзом и вскоре скончались. Впоследствии вакцина была переработана и доказала свою эффективность и безопасность, однако многие страны мира тем не менее отказались от её применения. В их числе оказались, например, Соединенные Штаты Америки. В странах, которые проводят иммунизацию данной вакциной, рекомендуют прививать недоношенных детей по достижении ими 31 - 34 недель постконцептуального возраста, но обязательно – к моменту выписки из стационара [4,6].

Больше всего отдельных указаний содержится относительно вакцинации против вирусного гепатита В. Дети, родившиеся с весом ≥ 2000 г, прививаются при рождении и далее по схеме, принятой в данной стране. Дети с весом при рождении < 2000 г, матери которых не являются носителями HBsAg, прививаются с возраста 1 мес. Если мать – носитель HBsAg, то детей с любым весом следует привить при рождении, при этом детям с весом < 2000 г одновременно вводят 100 МЕ ГВИГ. Если HBsAg-статус матери не известен, дети любого веса прививаются после родов, при весе < 2000 г – с введением ГВИГ. При выявлении после родов HBsAg у матери ребенку весом ≥ 2000 ГВИГ вводят как можно раньше, не позднее 7-го дня жизни [4].

Иностранные авторы подчёркивают необходимость иммунизации недоношенных детей против ротавирусной и RS – вирусной инфекции, которые наиболее опасны для такого контингента пациентов с учётом их морфологических особенностей. В частности, канадские специалисты рекомендуют начинать прививать недоношенных детей от ротавирусной инфекции в промежутке

от 6 до 15 недель хронологического возраста, заканчивая серию после 8 месяцев, а против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции - вакциной «Паливизумаб» в хронологическом возрасте 6 месяцев, или раньше, при условии, что начался сезонный подъём заболеваемости данной инфекцией [2].

Лейтмотив всех проанализированных национальных руководств – необходимость прививать недоношенных детей, используя тот же график иммунизации для данной конкретной страны и те же дозы вакцин, что разработаны для доношенных детей, за исключением вакцин БЦЖ и против вирусного гепатита В. Ни в коем случае не допускается отсрочка вакцинации против пневмококковой инфекции, учитывая тяжесть ассоциированных с ней состояний. Предпочтение при вакцинации недоношенных детей рекомендуют отдавать комбинированным вакцинам, использование которых снижает травматичность при сохранении высокой иммуногенности. При этом гестационный возраст и масса тела при рождении не должны являться лимитирующими факторами, поводом для отсрочки иммунизации является лишь нестабильное состояние ребенка. Единственный момент, который подчёркивается всеми зарубежными педиатрами – необходимость кардио – респираторного мониторинга недоношенных детей в течение 24 – 48 часов из-за опасности развития жизнеугрожающих состояний.

Следует отметить, что далеко не во всех странах мира имеются официальные национальные руководства по иммунизации недоношенных детей. Однако, как правило, в каждом государстве есть педиатры, занимающиеся данной проблемой и публикующие подробные статьи, которые тоже могут расцениваться как руководства.

В проанализированных статьях французских, бразильских, британских авторов так же подробно рассматриваются аспекты применения отдельно взятых вакцин. Например, французские исследователи отдельно отмечают в отношении ацеллюлярной вакцины против коклюша, что первичная серия инициировала иммунный ответ у недоношенных детей, и достаточные концентрации антител были достигнуты, однако действует эта защита на менее длительный

срок, чем у доношенных детей. Та же особенность указана и для вакцины против гемофильной палочки типа b. Интересные данные получены в отношении вакцины против гриппа. Французские педиатры считают её эффективность недостаточно доказанной для группы недоношенных детей, чем отличаются от своих зарубежных коллег. Гуморальный и клеточно – опосредованный иммунный ответ у них значительно ниже, чем у доношенных младенцев. Однако здесь можно надеяться на так называемую защитную «стратегию кокона», когда всё ближайшее окружение ребенка привито против гриппа [3].

В целом зарубежные педиатры в своих статьях подчёркивают необходимость следования национальным календарям своих государств и иммунизации недоношенных детей в те же сроки и в тех же дозах, что и доношенных детей. Отдельные указания даются относительно вакцин против вирусного гепатита В и БЦЖ, но они согласуются с материалами вышеописанных национальных руководств.

Авторы российских статей, посвященных вакцинации недоношенных детей, соглашаются с иностранными коллегами относительно необходимости прививания согласно Национального календаря прививок. Более того, в Методических указаниях, разработанных Федеральным центром госсанэпиднадзора России в 2002 году, где регламентируется перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок, недоношенность указана в таковых лишь для вакцины БЦЖ. Эта вакцина не вводится при рождении детям с весом < 2000 г (или ГВ < 34 нед), хотя обоснований этого положения, кроме тонкости кожи у недоношенных детей и сложности внутрикожного введения, в литературе найти не удалось. Российские педиатры рекомендуют прививать таких детей при выписке со 2-го этапа выхаживания. Кроме того, отдельные указания, которые идентичны рекомендациям зарубежных педиатров, удалось найти относительно вакцины против вирусного гепатита В. Подчеркивается необходимость прививания недоношенных детей против инфекции, вызванной RS – вирусом, используя схему, предложенную канадскими коллегами [5, 6].

Таким образом, на основании многочисленных исследований, проведенных иностранными и отечественными специалистами, можно сделать вывод о необходимости вакцинации недоношенных детей по тому же графику, что и доношенных младенцев, с использованием эквивалентных доз вакцин. Иммунологические тесты свидетельствуют, что после проведения первичной серии иммунизации клеточно – опосредованный и гуморальный иммунные ответы у недоношенных детей достаточны для обеспечения адекватной защиты от вакциноуправляемых инфекций. Гестационный возраст и масса тела при рождении во всем мире не считаются лимитирующими факторами для проведения иммунизации, определяет возможность вакцинации лишь стабильность состояния ребёнка.

Литература

1. Bonhoeffer J., Siegrist C-A, Heath P.T. Immunisation of premature infants // Arch Dis Child, 2006. - № 11. – p. 929 – 935. [электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082954/> (дата обращения 11.11.2016).
2. Canadian Immunization Guide: Part 3 – Vaccination of specific populations. [электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-3-vaccination-specific-populations/page-5-immunization-infants-born-prematurely.html> (дата обращения 11.11.2016).
3. Gagneur A., Pinguier D, Quach C. Immunization of preterm infants // Hum Vaccine Immunother, 2015. - № 11. – p. 2556 – 2563. [электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4685684/> (дата обращения 12.11.2016).
4. Saari, Thomas N. Immunization of preterm and low birth weight infants // Pediatrics, 2003. - № 1. [электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pediatrics.aappublications.org/content/112/1/193> (дата обращения 13.11.2016).
5. Избранные клинические рекомендации по неонатологии/ под ред. Е.Н.Байбариной, Д.Н.Дегтярева . - М.: ГЭОТАР-медиа, 2016. - с. 230-231
6. Иммунопрофилактика – 2014. Справочник / Под ред. Таточенко В.К., Озерецковского Н.А., Федорова А.М.. – М. – 2014. – 280 с.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ЗДОРОВЬЕ МЛАДЕНЦЕВ

Семенова А.В., Поникаровская О.А., 2 курс, педиатрический факультет

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. К настоящему времени накоплены многочисленные данные о преимуществе грудного вскармливания для здоровья детей. Известны положительные отсроченные эффекты грудного молока на здоровье человека. Эффект естественного вскармливания может быть более выражен при большей его продолжительности.

Цель работы – изучить частоту заболеваний различными нозологическими формами у детей первого года жизни в зависимости от продолжительности грудного вскармливания. Проведена выкопировка данных из 160 амбулаторных карт (ф. 112у) детей 2015 г.р., находящихся под наблюдением детской поликлиники «Великоустюгской ЦРБ». Оценивали частоту эпизодов острой респираторно-вирусной инфекции (ОРВИ), анемии, кожных аллергических проявлений, дисфункции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей, находящихся на грудном вскармливании максимально до 3, 6 и 12 месячного возраста.

Результаты и обсуждение. Две трети младенцев, наиболее рано переведенных на искусственное вскармливание, имели 3 и более эпизодов ОРВИ за год. Половина из них требовала стационарного лечения ввиду тяжести состояния или возникших осложнений. Анемия, кожные проявления аллергии и дисфункции ЖКТ в этой группе встречались у 60%, 51,4% и 42,9% детей, соответственно. Напротив, дети, длительно (до 1 года) получающие грудное молоко, отличались меньшей частотой анемии (34,6%), дисфункций ЖКТ (10,4%), аллергических проявлений (8,7%). В два раза меньше детей этой группы (26%) имели частые ОРВИ на первом году жизни. У занимающих промежуточное положение по продолжительности грудного вскармливания младенцев анемия

отмечена в 47,6% случаев, кожные проявления аллергии – в 38% случаев, патология ЖКТ - у 42,9% детей.

Заключение. Более продолжительное грудное вскармливание способствует меньшей частоте ОРВИ, дисфункций ЖКТ, анемии и кожных аллергических проявлений. Вместе с тем, частота анемии даже среди длительно получающих грудное молоко детей остается высокой.

ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕГИОНЕ

Спиридонова Л. В., 5 курс, лечебный факультет

(Научный руководитель: д.м.н., проф. Меньшикова Л.И.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Изучение качества жизни населения играет важную роль в популяционных исследованиях и мониторинге здоровья населения, в оценке комплексного влияния болезни на жизнь пациентов, в сравнении эффективности различных медицинских, реабилитационных и профилактических программ [4]. Качество жизни можно считать конечным критерием эффективности оказания медицинской помощи [5]. Актуальность данного исследования обусловлена необходимостью анализа качества жизни населения, в т.ч. детского, в Архангельской области.

Целью работы является обоснование необходимости использования критериев общественного здоровья для оценки качества жизни детей и подростков Архангельской области.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ ряда показателей общественного здоровья по данным Государственных докладов о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2013, 2014, 2015 гг. [1,3].

Результаты и обсуждение. По определению ВОЗ качество жизни — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами[4]. Качество жизни - это многоаспектное, многогранное понятие, более широкое, чем уровень жизни, с которым его нередко отождествляют. С медицинской точки зрения понятие «качество жизни» включает показатели, связанные с состоянием здоровья. Качество жизни — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Понятие «качество жизни» включает в себя как объективную, так и субъективную составляющие.

Исходя из субъективного подхода, качество жизни — это восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и системы ценностей. Для анализа субъективных индикаторов качества жизни населения проводятся социологические исследования, позволяющие определить составляющие качества жизни и степень удовлетворенности людей качеством жизни. Основу исследования составляют опросы респондентов, которые проводятся методом анкетирования (удовлетворенность здоровьем, работой, профессией, жильем, ситуацией в стране и т.д). Инструментами для оценки качества жизни являются стандартизированные опросники, которые обеспечивают современный уровень изложения научной информации и обмена ею, так как подразумевают использование некоего общего, доступного всем языка.

В качестве объективных показателей качества жизни выделяют следующие критерии: уровень здоровья и долголетия населения, улучшение системы действующей медицинской помощи населению, расширение перечня бесплатной помощи, обеспечение ее эффективности и качества, увеличение доступности и массовости санаторно-курортных и оздоровительных услуг населению; экологическая обстановка; безопасность жизнедеятельности; политическая и экономическая свобода; трудовая жизнь и возможности карьерного роста; сфера развития способностей людей и повышение профессионального и интеллектуального уровня; семейная жизнь и обеспечение демографического роста общества,

решение жилищных проблем; обеспечение продовольствием населения в соответствии с международными стандартами и нормативами, установленными ООН; реализация стратегии безопасного развития личности [2].

Согласно мнению ООН, социальная категория качества жизни включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Европейская экономическая комиссия систематизировала восемь групп социальных индикаторов качества жизни, при этом здоровье также поставлено на первое место. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии[6].

Такие показатели здоровья, как заболеваемость, смертность, средняя продолжительность жизни - показатели объективные. Они не дают возможность оценить субъективное состояние здоровья человека, которое часто бывает не полное и приближенное к жизни, чем объективная оценка. Показатели общественного (популяционного) здоровья используются в качестве одного из критериев при оценке качества жизни населения [6]. При этом, чаще всего анализируются такие показатели, как ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, рождаемость, смертность. Вместе с тем, известно, что к показателям общественного здоровья также относятся заболеваемость, инвалидность, физическое развитие. Необходимо подчеркнуть, что показатели заболеваемости детского населения являются одним из самых чутких индикаторов, свидетельствующих о благополучии общества.

В Архангельской области проживает 224 тыс. детей в возрасте от 0 до 18 лет, что составляет 19,8 % от общей численности населения. В течение последних трех лет отмечается снижение показателя рождаемости, который составлял в 2013 году – 12,7, в 2014 году – 12,5, 2015 году - 12,2 на 1000 населения. Показатель общей смертности населения составлял в 2013 году – 13,4, в 2014 году – 13,4, 2015 году - 13,6 на 1000 населения.

Основными причинами смертности населения области являются болезни системы кровообращения. Отмечается рост показателя смертности от болезней системы кровообращения с 756,0 в 2013 году, 759,3 – в 2014 году, до 781,9 - в 2015 году на 100 тыс. населения. На втором месте в структуре смертности населения – новообразования, в т.ч. злокачественные. Показатель смертности от новообразований, в т.ч. злокачественных, составил 242,3 в 2013 году, 226,6 – в 2014 году, 229,5 - в 2015 году на 100 тыс. населения. Смертность от дорожно-транспортных происшествий, занимающая третье место в структуре смертности, снизилась с 17,8 в 2013 году, 19,4– в 2014 году, 12,6 - в 2015 году на 100 тыс. населения.

Показатель младенческой смертности имеет устойчивую тенденцию к снижению: 7,7 в 2013 году, 6,8 – в 2014 году, 6,1 - в 2015 году на 1000 родившихся живыми. Показатель смертности детей 0 – 17 лет также снижался с 8,1 в 2013 году, 7,9 – в 2014 году, до 6,15 - в 2015 году на 1000 населения соответствующего возраста.

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни жителей области с 2005 года имеет тенденцию к росту и составляла в 2014 г. для населения в целом 70,20 лет, при этом продолжительность жизни женщин на 12 лет больше, чем у мужчин (у мужчин – 64,16 года, у женщин – 76,32 лет).

Показатели общей заболеваемости всего населения Архангельской области составляли в 2013 году- 1869,5, в 2014 году- 1939,2, в 2015 году- 1996,5 на 1000 населения, что значительно превышало общероссийские (показатель общей заболеваемости населения в РФ в 2014 году составил 1606,7 на 1000 населения). Первичная заболеваемость населения составляла в 2013 году - 1003,9, в 2014 году- 987,5, в 2015 году- 1011,6 на 1000 населения. За последние 5 лет отмечается рост практически по всем классам болезней, за исключением инфекционных и паразитарных болезней, психических расстройств и врожденных аномалий. Наиболее выраженный рост отмечался по классам болезней органов пищеварения, эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена веществ, новообразованиям, нервной системы. В структуре общей заболеваемости всего

населения на 1-м месте болезни органов дыхания, на 2-м – болезни системы кровообращения, на 3-м – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани [1].

Общая заболеваемость детей от 0 до 14 лет в Архангельской области стабилизировалась и составляла в 2013-2015 гг. от 3255,2 до 3298,6 на 1000 соответствующего населения. Общая заболеваемость подростков (15 – 17 лет) имела негативные тенденции и составляла в 2013-2015 гг. от 2885,4 до 3027,5 на 1000 соответствующего населения. Стабилизация заболеваемости среди детей и рост заболеваемости среди подросткового населения соответствует общероссийским тенденциям. В структуре общей заболеваемости детей и подростков лидирующие позиции занимают болезни органов дыхания, органов пищеварения, болезни глаза и его придаточного аппарата.

Первичная заболеваемость детей (0 – 14 лет) снизилась по сравнению с 2013 годом с 2683,5 до 2670,9 в 2015 году на 1000 соответствующего населения. Первичная заболеваемость подростков (15-17 лет) увеличилась с 1928,3 в 2013 году до 1956,3 в 2015 году на 1000 соответствующего населения. В структуре первичной заболеваемости детей и подростков первое ранговое место занимали болезни органов дыхания (более 50%). В лидирующую тройку входили также внешние причины и болезни органов пищеварения.

Первичная инвалидность детского населения имеет благоприятные тенденции, т.к. снизилась с 24,4 в 2013 году, 23,7 – в 2014 году, до 18,5 - в 2015 году на 10000 детского населения.

Заключение. По результатам анализа статистических данных можно констатировать, что показатели общественного (популяционного) здоровья населения Архангельской области характеризуются как позитивными, так и негативными тенденциями. В качестве позитивных можно отметить снижение показателя младенческой смертности, снижения показателя первичной инвалидности детского населения, рост ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, стабилизация показателей заболеваемости среди детей в возрасте от 0 до 14 лет. В качестве неблагоприятных тенденций необходимо указать на снижение рож-

даемости, рост общей смертности, рост заболеваемости населения в целом и подросткового населения в частности. При этом, медико-демографические показатели состояния здоровья детского населения имеют более положительную направленность, чем взрослого населения. Учитывая разнонаправленность изменений, необходимо провести более тщательный анализ показателей общественного здоровья для оценки качества жизни детского населения.

Литература

1. Государственные доклады о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2013, 2014, 2015 гг. // Интернет ресурс: www.minzdrav29.ru. [дата обращения 05.03.2017].
2. Кузминов В.А. Повышение качества жизни // В сб. научных трудов межвузовской конференции. Вып. № 2. Москва: МГУ, 2005.
3. Концепция развития здравоохранения Архангельской области до 2020 года // Интернет ресурс: www.minzdrav29.ru. [дата обращения 05.03.2017].
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине // А.А. Новик, Т.И. Ионова. -СПб.: Нева, М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002.- 321с.
5. Проценко А.С., Абишев Р.Э. Современные тенденции оценки эффективности медицинской помощи через критерии качества жизни // В сб. ст. по матер. V междунар. науч.-практ. конф. «Современная медицина: актуальные вопросы». Новосибирск: СибАК, 2012.
6. Совместное совещание экспертов по целевым ориентирам и индикаторам здоровья и благополучия для политики «Здоровье-2020» // ВОЗ. Копенгаген, 2013. 44 с.

ВЛИЯНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ

Ткач М.О., 3 курс, факультет клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры, отделение социальной работы

(Научный руководитель: к.б.н., доц. Шалаурова Е.В.)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. Сегодня остается главной темой для обсуждения нашего общества проблема девиантного поведения в подростковом возрасте. Все социальные сферы заинтересованы в поисках преодоления преступности, которая начинает формироваться еще в дошкольном и полностью развиваться в школьном возрасте. Алкоголь, психотропные и наркотические вещества оказывают крайне негативное влияние на подростков. В молодом возрасте лечение от за-

висимости остается наиболее тяжелой, чем у людей сформировавшихся, так как подросток не осознает это как болезнь.

Цель исследования: найти пути решения проблемы девиантного поведения подростков, которое оказывает крайне негативное влияние на подростковое поколение.

За последние годы правоохранительными органами было зафиксировано рост административных правонарушений связанных с подростками, нарко- и алко- зависимости, суицидальности и другие проявления отклоняющегося от нормы поведения. [3]. Существуют различные предпосылки, которые впоследствии способствуют появлению у подростков склонности к девиантного поведения. Недостаток внимания со стороны родителей и учителей вынуждает ребенка выделяться и не каждый сможет выделиться «правильно». Прогулы, побег из дома, алкоголь, табак и наркотики, подростковый промискуитет – такой способ обратить на себя внимание выбирают большинство подростков имеющих склонность к девиантному поведению. На сегодняшний момент трудно назвать чистое количество подросткового алкоголизма в России, так как это считается неактуальным исследованием. Согласно анонимным опросам, проводимых в школах, дети в среднем пробуют алкоголь в возрасте 12 лет. Систематически потребляют алкоголь в России каждый третий юноша и каждая пятая девушка [1]. Стоит также обратить внимание на результаты статистики по наркотической зависимости. Согласно официальным источникам, выявлено более 60 % наркоманов составляет молодое население в возрасте от 16 до 30 лет и почти 20 % — школьники. Подростковая зависимость в России имеет стихийный характер.

Влияние алкоголя и психотропных и наркотических веществ являются крайне опасными как для психики ребенка, так и на его физиологических функциях. Появляются проблемы с печенью, сбои и не поправимые изменения эндокринной системы, сбои в работе сердечнососудистой системе, эмоциональные и психические расстройства. Падение нравственности, честолюбия, трудоспособности. Пропадают любые желания и стремления, ребенок начинает

замыкаться в себе и не найдя пути решения делает вывод, что он никому не нужен и решает свести счеты с жизнью. Согласно статистике, в 2014-м году количество подростковых суицидов в Москве увеличилось в 2,3 раза — с 19 до 45. В 2015 году в Москве покончили с собой 43 несовершеннолетних. С января по август 2016-го в столице зарегистрировано 23 случая самоубийств подростков, а в прошлом году за это же время — 19 [3]. Таким образом, ссылаясь на официальную статистику, можно говорить о явном увеличении девиантного поведения среди подростков, которое является крайне опасным для их здоровья и его ближайшего окружения.

Официального пути решения проблемы девиантного поведения на сегодняшний момент до сих пор не найдено. Уже давно психологи, социологи, медицинские работники, правоохранительные органы пытаются понять и решить проблему девиации среди молодежи [2]. Социальный проект «Открой мне другой мир» может улучшить ситуацию среди подростков, имеющих склонность к девиантному поведению. Суть проекта состоит в поиске новых путей решения проблем у подростков, причем это касается в первую очередь семьи. Смысл заключается в организации занимательных экскурсий в музеи, социальные организации, профилактическая и реабилитационная деятельность направленная на выявление и возвращение подростков в естественную среду. Проведение досуговых мероприятий, смогут помочь подросткам понять и попробовать решить их проблему вместе с ближайшим окружением. В настоящее время, несмотря на развитие сферы профилактики, увеличение способов и методов работы по профилактике с несовершеннолетними, кризисные ситуации во всех сферах жизнедеятельности ведут к росту девиации среди подростков [3].

Заключение. Таким образом, проблема девиантного поведения детей и подростков становится все наиболее важной для формирования собственно самого будущего России. С учетом того, что масштабы распространения отклоняющегося поведения детей и подростков слишком велики и продолжают прогрессировать, уже давно возникла необходимость принятия органами государственной власти на федеральном и региональном уровнях соответствующих

превентивных мероприятий по предупреждению и профилактической работе, а также раннему выявлению и коррекции девиаций у детей в наиболее раннем возрасте.

Литература

1. Хагуров Т.А., Позднякова. М.Е. «Девиантное поведение в современной России», —2014 года—С.12-36.
2. Теория и практика психологической помощи, Меновщиков В.Ю., — 2014 года —С. 14-26.
3. Свинцицкая Т. А. Профилактика девиантного поведения подростков в социальной работе // Молодой ученый. — 2015года — №11. — С. 1224-1226.

НАРУШЕНИЕ СЛУХА У ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ: ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА

Тихонова Л.В., Пычина Я.Н., клинические ординаторы

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. С увеличением выживаемости детей, имеющих очень низкую и экстремально низкую массу тела при рождении, очевидной становится проблема диагностики и лечения специфической патологии, обусловленной преждевременным рождением. Для выявления детей, имеющих нарушения слуха, проводится аудиологический скрининг новорожденных методом отоакустической эмиссии. К факторам, увеличивающим риск тугоухости у детей наряду с маловесностью и недоношенностью, относят манифестную внутриутробную инфекцию, перинатальное поражение центральной нервной системы, длительную вентиляционную поддержку, применение ототоксических препаратов в лечении новорожденного, патологическое повышение уровня неконъюгированного билирубина в крови, а также нарушение слуха у родственников.

Цель исследования: изучить распространенность и факторы риска нарушения слуха у преждевременно родившихся детей.

Материалы и методы: проведен анализ данных историй болезни 100 пациентов, выписанных в 2016 г. из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ АО «Архангельская детская клиническая больница им.

П.Г. Выжлецова». Критериями включения в исследование были масса тела при рождении менее 1500 г. и/или срок гестации менее 32 недель. Исключение составили 22 пациента, истории болезни которых были не доступны для анализа. Основную группу составили 11 детей, не прошедших аудиологический скрининг на одно или оба уха (в том числе при многократных попытках) в период госпитализации. Группу сравнения составили 83 ребенка, прошедших скрининг. У 6 детей данные об аудиологическом скрининге отсутствовали. Изучали следующие факторы риска: срок гестации менее 28 недель, масса тела при рождении менее 1000 г., курение и употребление алкоголя матерью, острые инфекционные заболевания во время беременности, длительность пребывания ребенка в отделении интенсивной терапии, продолжительность ИВЛ/СРАР, патологическая гипербилирубинемия, требовавшая фототерапии, поражение центральной нервной системы инфекционного и гипоксического генеза, наличие подтвержденной цитомегаловирусной инфекции у ребенка, длительность терапии гентамицином и ванкомицином. Для определения различий в распространенности факторов риска между основной и группой сравнения применяли χ^2 -тест.

Результаты и обсуждение. Распространенность нарушения слуха в нашем исследовании составила 11.5%. Экстремально низкая масса тела чаще выявлялась среди детей с отсутствием отоакустической эмиссии (63.6% детей против 24% в группе, прошедших скрининг, $p=0.01$). Средняя продолжительность госпитализации в отделение интенсивной терапии в основной группе в два раза превышала таковую в группе сравнения (35.2 и 19.9 суток, $p<0.01$). Продолжительность ИВЛ/СРАР оценена у 88 детей. В группе с нарушением слуха (10 человек) средняя продолжительность ИВЛ/СРАР составила 725 часов, что было достоверно больше продолжительности ИВЛ/СРАР (278 часов) в группе без нарушения слуха (78 человек) ($p<0.05$). Нами не было выявлено достоверных различий между группами по распространенности таких факторов как острые инфекции во время беременности, срок гестации <28 недель, патологическая гипербилирубинемия, курение и употребление алкоголя матерью,

длительность терапии детей гентамицином и ванкомицином, поражение центральной нервной системы (менингоэнцефалит, внутрижелудочковое кровоизлияние 2 и более степени), подтвержденная врожденная или постнатальная цитомегалия. Малочисленность выборки может частично объяснить отсутствие достоверных различий между группами. Следует отметить необходимость в период госпитализации ребенка по возможности более тщательного сбора данных по семейному анамнезу, инфекционной патологии и приему ототоксичных препаратов женщиной во время беременности. Ретроспективный характер исследования ограничивает возможность учета потенциально значимых факторов риска.

Заключение. По результатам исследования 11.5% преждевременно родившихся детей не прошли аудиологический скрининг в период госпитализации. По сравнению с группой детей без нарушения слуха у младенцев с отсутствием отоакустической эмиссии достоверно чаще отмечались экстремально низкая масса тела, более длительная госпитализация в отделение интенсивной терапии, длительное проведение ИВЛ/СРАР. Необходимо по возможности более тщательно собирать анамнез преждевременно родившихся детей и следить за своевременностью проведения аудиологического скрининга новорожденного.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Ушаков С.А., 5 курс, Баландин Н.А., 6 курс, лечебный факультет

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

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Актуальность проблемы обусловлена тем, что современные студенты в процессе обучения испытывают значительную умственную и психоэмоциональную нагрузку, с нарушением режима дня, отдыха и питания, а так же смена места жительства и ряд других факторов. Все это требует от организма мобилизации сил для адаптации к новым условиям жизни, формирования межлич-

ностных отношений и преодоления сложных жизненных ситуаций. Поэтому уровень здоровья студентов является важным условием успешного обучения в вузе [2].

Цель исследования: изучение качества жизни и оценка условий обучения, физических и эмоциональных нагрузок у студентов ИвГМА на основании показателей качества жизни.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 1166 студентов Ивановской медицинской академии I-VI курсов. В базу данных, после обработки анкет вошли 1083 человек, средний возраст – 21 год (стандартное отклонение – 2,3 года), диапазон 17-24 года. В исследовании использовали общий опросник оценки качества жизни MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form), позволяющий сравнить полученные нами результаты с данными литературы. Все ответы респондентов были шкалированы относительно качества жизни: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), жизнеспособность (Ж), психическое здоровье (ПЗ), социальное функционирование (СФ)[1]. На основании данных шкал опросника вычисляли два суммарных показателя качества жизни – физический компонент здоровья (ФФ, РФФ, Б, ОЗ) и психический компонент здоровья (РЭФ, Ж, ПЗ, СФ). Данные обрабатывались с помощью программы Excel 2010 рассчитали средние показатели, стандартное отклонение, стандартную ошибку, коэффициент корреляции между данными шкал. Различия между средними значениями определяли по критерию Фишера и принимали достоверно значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Показатели качества жизни у студентов I-VI курсов по результатам анкетирования показали, что все студенты Академии имеют высокий показатель физического функционирования, который составил $94,32 \pm 6,12$. Показатели социального функционирования вместе с показателем ролевого эмоционального функционирования стоят на втором месте и составляют – $77,2 \pm 1,4$ и $76,05 \pm 2,41$. Оба показателя выше всего у студентов IV и V

курсов и самые низкие – у студентов I, III и VI курсов. На третьем месте показатели ролевого физического функционирования и боль – $75,79 \pm 2,15$ и $74,92 \pm 1,83$. Показатель ролевого физического функционирования наивысший у студентов IV и V курсов, наименьший – у студентов I курса. Показатель по шкале «боль» между курсами различается незначительно. На четвертом месте – общее здоровье, которое оценивается на $67,12 \pm 1,62$ балла. На пятом месте – показатель психического здоровья, который составил $62,5 \pm 2,36$ балла. На последнем месте стоит показатель жизнеспособность – $56,85 \pm 1,23$, который выше на IV и V курсах.

Средний показатель физического компонента здоровья составил $53,4 \pm 0,93$, средняя величина психологического компонента здоровья ниже ($p < 0,05$), чем показатель физического компонента, на 21,5 % и составила $41,93 \pm 0,93$. Более низкие показатели шкал социального функционирования и ролевого эмоционального функционирования закономерно обусловлены эмоциональным состоянием студентов I, III и VI курсов. Это обусловлено тем, что студенты I курса проходят сложный процесс адаптации к новым условиям жизни, которые включают в себя режим обучения, новое социальное окружение, непривычные бытовые условия. III курс сложен для обучающихся тем, что они начинают изучать новые фундаментальные дисциплины такие как: патологическую физиологию, патологическую анатомию, фармакологию, а так же клинические дисциплины терапевтического и хирургического профиля, из-за возросших объемов информации у многих остается проблема с успеваемостью, так как не могут усваивать и запоминать большие объемы материала. Обучение на VI курсе более интенсивное, идет подготовка к государственной аттестации и аккредитации, решение вопроса в последующем трудоустройстве[2].

Учитывая вышесказанное, необходимо усилить роль кураторов, работающих с первокурсниками, привлечь старшекурсников для работы с первокурсниками в качестве тьютеров, а также вести психо-педагогическое сопровождение студентов.

По-видимому, необходимо видоизменить формат изложения учебного материала, пересмотреть содержательную его составляющую, возможно путем включения интерактивных методов обучения, которые более приемлемы современной молодежи взамен классическому изложению материала.

Заключение. Показатели качества жизни у студентов Ивановской медицинской академии отражают состояние их физического и психического здоровья на протяжении всего процесса обучения в вузе. Эти данные могут быть использованы для анализа и оценки образовательного процесса вуза, при разработке мер, направленных на адаптацию к физическим и психическим нагрузкам.

Авторы выражают благодарность за помощь д.б.н., доценту Н.А. Куликовой.

Литература

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине/Под ред. Ю.Л.Шевченко. М.:РАЕН, 12. С.528.
2. Ходжаян А.Б., Гевандова М.Г., Маяцкая Н.К., Савченко В.В. Проблемы адаптации первокурсников к обучению в медицинском университете//Современные наукоемкие технол. 2016; 2-2: 389 – 392.

ЛФК ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА

Федоренко Е.Н. 3 курс, медико-профилактический факультет

(Научный руководитель: к.п.н., доц. Ермакова М.А.)

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Актуальность. Ежедневно каждый человек в повседневной жизни совершает множество двигательных движений, не обращая внимания на свое здоровье и усталость. Но, как известно людям, имеющему какую-либо патологию в опорно-двигательном аппарате сложно вести активный образ жизни. Физическая активность и спорт приносят только негативные эмоции, боль, и совсем не ассоциируются с мыслями о пользе для здоровья. Ведь крепкий мышечный каркас, выносливость и тонус организма были бы эффективны при реабилитации пациентов с данной патологией. Данную проблему можно считать акту-

альной, для современного общества страдающего гиподинамией, и особенно для пациентов имеющих определенные патологии в опорно-двигательной системе.

Цель работы: изучить эффективность занятий лечебно-физической культурой при заболеваниях пояснично-крестцового отдела, составить курс упражнений.

Материалы и методы. Изучена литература, проведен статистический анализ эффективности упражнений, динамики состояния организма.

Результаты. При адекватных физических нагрузках в соответствии программе лечебно-физических упражнений, состоящей из набора упражнений ориентированных для каждого периода заболевания, при данной патологии и комплекса базовых упражнений, наблюдается повышение уровня активности пациентов, уменьшаются болевые ощущения, укрепляется мышечный корсет, увеличиваются регуляторно-адаптивные возможности организма. Правильное применение ЛФК ускорило выздоровление, дало возможность осуществления трудовой деятельности. Используя разнообразные методы применения физупражнений; гимнастические, игровые, и спортивные можно достигнуть значительных результатов в реабилитации пациентов с данной патологией.

Заключение. Таким образом использование программ лечебно-физических упражнений доказали свою эффективность. Физическая активность позволила улучшить регуляторно-адаптивный статус людей с данной патологией. Так же необходимо отметить, что благодаря ЛФК увеличился тонус и сила мышц.

Литература

1. Епифанов В.А. Лечебная физкультура и спортивная медицина: учебник для вузов - 2007. - 568 с.
2. Авдеева Т.Г., Л.В. Виноградова. Введение в детскую спортивную медицину - 2009. - 176 с. - (Серия Библиотека врача-специалиста).
3. Шпакова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры : пособие для студентов вузов -2003 г.-464 с.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Чекан А.В., Сизинцева И.С., 5 курс, лечебный факультет

(Научный руководитель: к.м.н. Иноземцева М.А.)

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Актуальность. Согласно современным представлениям, синдром раздраженного кишечника (СРК) - это биопсихосоциальное функциональное расстройство кишечника, в основе которого лежит взаимодействие двух основных механизмов: нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника [1].

Частота выявления СРК у детей на амбулаторном приеме у педиатров составляет 0,2%. По статистическим данным встречаемость данной патологии в странах Западной Европы в специализированных отделениях отмечается в 22-45% случаев [3,5,6]. В США около 14% учащихся старших классов и около 6% учащихся средних классов имеют симптомы синдрома раздраженного кишечника [4]. В отечественной литературе сообщения о СРК у детей носят, в основном, общеобразовательный характер, и базируются на небольшом количестве наблюдений, что не позволяет судить о реальной частоте его встречаемости, хотя, данная патология способна влиять на эмоциональное и психическое состояние больного, его социальную активность, обучение [2]. Это повышает необходимость своевременной диагностики и осуществления коррекции данного заболевания.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости СРК у детей в зависимости от возраста и пола в специализированном отделении, определить связь с патологическим течением беременности и родов, отягощенным наследственным анамнезом, выяснить влияние естественного вскармливания на риск возникновения СРК и зависимость частоты стула от характера и длительности питания на первом году жизни.

Материалы и методы: Проводился анализ историй болезни детей, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении "Детской клинической больницы №8" г.Волгограда за 2016г. Оценивались следующие критерии: пол, возраст, анамнестические данные, такие как течение беременности и родов у матери, наличие заболеваний ЖКТ у родителей, продолжительность грудного вскармливания, перенесенные энтеральные инфекции, частота стула и его характер. На стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом СРК в 2016 году находилось 107 пациентов от 1 месяца до 14 лет включительно. До 1 года диагноз СРК был поставлен всего 1 ребенку, в связи с чем, было решено анализировать группы, начиная с 1года жизни. Дети были разделены на 4 группы по возрасту: в I группу (1-3 года) вошли 37 детей, II группа (4-6 лет) включает 32 ребенка, III группу (7-10лет) составляют 23 ребенка, а IV группу (11-14 лет) - 14 детей.

Результаты и обсуждение. Нами проанализирована частота встречаемости СРК в зависимости от возраста детей в процентном соотношении. В I возрастной группе (1-3 года) частота встречаемости СРК составила 34,9%. Во II возрастной группе (4-6 лет) данная патология наблюдается в 30,2%. В III возрастной группе (7-10лет) встречаемость 21,7%. В IV возрастной группе (11-14 лет) - 13,2%. По результатам полученных данных можно сделать вывод, что наибольшая встречаемость СРК у детей наблюдается в возрасте от 1 года до 3 лет. С возрастом заболеваемость данной патологией уменьшается и уже в 11-14 лет составляет 13,2%. По половому признаку пациенты разделились следующим образом. Первую возрастную группу (1-3 года) составили 37 детей, из них 21 мальчик и 16 девочек. Вторую возрастную группу (4-6 лет) из 32 детей составили 18 мальчиков и 14 девочек. Третья возрастная группа (7-10лет) включает 23 ребенка, среди них 16 мальчиков и 7 девочек. В четвертой возрастной группе (11-14 лет) 14 детей, из них 9 мальчиков и 5 девочек. По результатам видно, что встречаемость СРК у мальчиков выше, чем у девочек. Можно сделать вывод, что данная нозология чаще отмечается у мальчиков, и с

возрастом количество девочек постепенно уменьшается, если в возрасте от 1 года до 3 лет девочек было 43,2%, то в 11-14 лет - 35,7%.

В нашей работе мы проанализировали влияние патологического течения беременности (угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов, ранние токсикозы, преэклампсия) и родов на частоту встречаемости синдрома раздраженного кишечника. В разных возрастных группах пренатальные факторы, в процентном соотношении, выявлены в I группе в 40,5% случаев, в II - 40,6%, в III- 39,1%, в IV - 7,1%. Причем доля кесарева сечения из общего числа исследованных анамнестических данных составляет 59,4%. Можно сказать, что неблагоприятное течение беременности и родов негативно отражается на частоте встречаемости данного синдрома. Нами проведен анализ наследственного анамнеза по гастроэнтерологической патологии у детей данных групп. В I возрастной группе из 37 исследуемых 15 имеют отягощенный анамнез по заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта. Во II возрастной группе - 16 из 32 детей. В III возрастной группе встречаемость составляет 9 случаев из 23, в IV возрастной группе - 6 из 14. Во всех группах в процентном соотношении частота встречаемости отягощенного наследственного анамнеза одинаково высока и составляет от 39,1% до 50%.

Мы проанализировали частоту встречаемости СРК в зависимости от вида и длительности вскармливания. В I группе грудное вскармливание до 6 месяцев было у 40,5% детей, до 1 года – у 13,6%, более 1 года – у 35,1%. На искусственном вскармливании находилось только 10,8%. Во II группе — 53,1%, 28,1%, 9,4% и 9,4%, соответственно. В III группе до 6 месяцев вскармливалося 39,1% детей, до 1 года - 30,5%, более 1 года - 13%, а на искусственном вскармливании было 17,4% детей. В IV группе 35,7% детей вскармливались до 6 месяцев, 28,6% до 1 года, 35,7% более 1 года, искусственно вскармленных детей в этой группе нет. Проанализировав полученные данные, можно отметить, что в большем проценте случаев дети находились на грудном вскармливании только до 6 месяцев, и значительно меньший процент детей получал грудное молоко более 6 месяцев. Можно сделать вывод, что более длительное естественное

вскармливание способствует снижению риска возникновения данного заболевания

Клиническая картина синдрома раздраженного кишечника характеризуется изменением частоты и характера стула. Мы проанализировали встречаемость частоты стула у детей в нашем исследовании. В I группе стул через день был только у 13,5% детей, через 2-3 дня - у 32,5%, более чем через три дня у 32,4%. Самостоятельный стул отсутствовал у 21,6%. В II группе дети разделились по частоте стула следующим образом: 15,6%, 53,2%, 18,7%, 12,5%, соответственно. В III группе стул через день был у 17,4% детей, через 2-3 дня - у 47,9%, более чем через три дня - у 30,4%, самостоятельного стула нет у 4,3%. IV группа - 35,7%, 57,1%, 7,2% , соответственно. Самостоятельный стул был у всех детей. Во всех группах частота стула чаще отмечается 1 раз в 2-3 дня. С возрастом видна значительная положительная динамика, которая выражается в том, что чаще наблюдается наличие самостоятельного акта дефекации и возрастает частота стула. Если в I группе самостоятельный стул отсутствовал у 21,6% детей, то в II группе у 12,5%, в III группе у 4,3%, а в IV группе таких детей не было. На этом фоне большой процент детей имел оформленный колбасовидный кал. «Овечий» кал отмечался в 32,4% случаев в I группе, в 28,1% во II группе, в 21,7% в III и 14,3% в IV группах. Мы рассмотрели зависимость частоты стула от характера и длительности грудного вскармливания. Была замечена такая закономерность, что у тех, кто находился на искусственном вскармливании, частота стула была раз в 2—3 дня, в то время как у детей, находившихся на естественном вскармливании до 6 месяцев стул наблюдался через день.

Заключение. Наибольшая частота встречаемости синдрома раздраженного кишечника у детей наблюдается в возрасте от 1 года до 3 лет, у мальчиков чаще, чем у девочек. Неблагоприятное течение беременности и родов негативно отражается на частоте встречаемости синдрома раздраженного кишечника. Отягощенный наследственный анамнез по заболеваниям ЖКТ у детей с СРК прослеживается во всех группах с одинаково высокой частотой и составляет от 39,1% до 50%.

Более длительное естественное вскармливание способствует снижению риска возникновения данного заболевания. Во всех группах частота стула в большем проценте случаев - это 1 раз в 2-3 дня, а с возрастом чаще наблюдается наличие самостоятельного акта дефекации и нормализация его частоты. Длительное грудное вскармливание ребенка способствует снижению тяжести симптомов СРК.

Литература

1. Цветкова Л.Н., Бельмер С.В. Синдром раздраженного кишечника у детей, Кафедра пропедевтики детских болезней, кафедра детских болезней №2, РГМУ, 2005.
2. Турко Т.В., Махов В.М. Синдром раздраженного кишечника // Болезни органов пищеварения. РМЖ. 2006 г. 11 марта. № 1. С. 52-61.
3. Caplan A., Walker L., Rasquin A. Validation of the pediatric Rome || criteria for functional gastrointestinal disorders using the questionnaire on pediatric gastrointestinal symptoms. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2005; 41 (3): 305-316.
4. Lether J.K., Lichtenstein G.R., Irritable bowel syndrome. 1988
5. Miele E., Simeone D., Marino A. et al. Functional gastrointestinal disorders in children: an Italian prospective survey. Pediatrics. 2004; 114 (1): 73-78.5
6. Rasquin A., Di Lorenzo C., Forbes D. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology. 2006; 130 (5): 1527- 1537.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА НЕОНАТАЛЬНОЙ ВОЛЧАНКИ

Чиброва В.Ю., клинический интерн кафедры педиатрии с курсом поликлинической педиатрии

(Научный руководитель – д.м.н., проф. Садыкова Д.И.)

Казанская государственная медицинская академия, Казань

Актуальность. Синдром неонатальной волчанки - симптомокомплекс, диагностируемый у новорожденных, матери которых часто страдают аутоиммунными ревматическими заболеваниями, и проявляющийся двумя основными признаками: поражением кожи и сердца. Данная патология достаточно редкая, но серьезна и непроста в диагностике.

Цель: изучить течение данной патологии на клиническом примере пациентки 2-х мес.

Материалы и методы: была проанализирована история болезни девочки, находящейся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении ГАУЗ ДРКБ г.Казани.

В периоде новорожденности выявлена полная атриовентрикулярная блокада, находилась в ОПН ДРКБ. В августе 2016 года впервые госпитализирована в ДРКБ с жалобами на: кожные высыпания в течение недели, периодическое беспокойство (колики). При обследовании: в области волосистой части головы и на лице – эритемы бледно-розового цвета, округлой формы, размерами 0,3-1,5 см. Отмечается эпигастральная пульсация. Аускультативно – тоны сердца ритмичные, выраженная брадикардия с ЧСС 64/мин.

Анализ крови на NT- proBNP - 14030 пг/мл (N=125 пг/мл). ЭКГ: АВ блокада 3 степени, замещающий ритм из АВ соединения. ЧСС 53 уд/мин. Отклонение ЭОС вправо нерезкое. ЧС предсердий 166/мин. Удлинение QT-интервала. ХМ ЭКГ: за время мониторирования 22 часа 38 мин., полная АВ блокада (3 степени) с замещающим ритмом из АВ соединения. Средняя ЧСС = 52. Min ЧСС = 48 в 10.59 (сон). Max ЧСС = 71 в 9.44 (плачь). Желудочковые эктопии 17. Ручное измерение QT интервала: при min ЧСС 48. QT 620 мс., QTс. 560 мс. (норма 440 мс). Удлинение QT интервала. ЭХО – КС: Открытый артериальный проток. Дилатация левых отделов сердца и ПЖ. Открытое овальное окно - 3,0 мм. НМК 1 степени. "Ложные" хорды левого желудочка.

Антинуклеарные антитела (ANA- скрининг) на 19.08.16=23 Ед. (ANA- скрининг) на 27.08.16=30 Ед. (ANA- скрининг) кровь матери на 29.08.16 – обнаружены. Консультация кардиохирурга – т.к. в настоящее время есть признаки аутоиммунного процесса, начать курс Преднизолонa per os в дозе 1 мг/кг/сут с последующим обследованием и консультацией. С 19.08.2016: преднизолон per os в дозе 1мг/кг/сут. 7.00 -2,5 мг , 11.00 - 1,25 мг. С 3.09.2016 снижение дозы:7.00 - 2,5 мг. Наблюдалась положительная динамика после лечения преднизолоном.

Заключение. Несмотря на то, что синдром неонатальной волчанки является достаточно редкой патологией, важна своевременная его диагностика

и соответствующее лечение, которые являются ключевым моментом в благоприятном исходе этого заболевания. Данные клинико-лабораторных и инструментальных обследований позволили установить окончательный диагноз, определить риски, ведение и лечение этой патологии.

Автор выражает благодарность за помощь к.м.н., асс. Сабировой Д.Р.

Литература

1. Кошелева Н.М., Алекберова З.С. Неонатальная волчанка // Современная ревматология. - №4'15. С. 92–97.
2. Marisa S. Klein-Gitelman. Neonatal Lupus: What We Have Learned and Current Approaches to Care // PEDIATRIC RHEUMATOLOGY (S OZEN, SECTION EDITOR) Springer 30 July 2016. 6 с.
3. Francesco Savino, Serena Viola, Valentina Tarasco, Emanuela Locatelli, Alberto Ricagni and Paola Coppo. Neonatal lupus erythematosus: a cutaneous cases based update. // Italian Journal of Pediatrics (2016). 5с.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОКЛЮШУ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2005-2015 ГГ.

Шерстобитова О.С., Грудина В.В., 5 курс, факультет медико-профилактического дела и медицинской биохимии

(Научный руководитель: к.м.н. Н.Л. Рогушина)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность. На современном этапе коклюш является одной из основных причин детской заболеваемости и смертности. По данным ВОЗ около 50 миллионов новых случаев заболевания и 300 000 летальных исходов регистрируются ежегодно. Особенно актуальна проблема коклюша в развивающихся странах, где имеют место летальные исходы у младенцев [4]. Коклюш остается распространенным заболеванием в группе детей раннего, дошкольного возраста и подростков [2]. В последние годы был так же отмечен рост числа заболевших среди взрослых [3]. Основной проблемой, препятствующей ликвидации коклюша, является заболеваемость привитых детей, снижение охвата иммунизацией и генетическая вариабельность возбудителя [1,3]. По мнению ученых, с

учетом сложившейся ситуации требуется пересмотр схемы иммунизации населения против коклюша [3].

Цель исследования: эпидемиологический анализ заболеваемости коклюшем в Архангельской области за период 2005-2015 гг.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ заболеваемости коклюшем в Архангельской области (АО) за 2005-2015 гг. Были использованы государственные статистические отчетные формы «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» за период с 2005 по 2015 г. Данные о заболеваемости населения коклюшем на территории РФ получены из опубликованных статистических сборников.

Результаты и обсуждение. Показатели суммарной заболеваемости коклюшем на территории Архангельской области с 2005 по 2009 гг. превышали общероссийские в среднем в 1,4 раза с минимальными значениями в 2005 г. (в 1,1 раз) и максимальными в 2007 г. (в 1,8 раза). Начиная с 2010 года, на территории Архангельской области заболеваемость снизилась и не превышала заболеваемость по РФ на протяжении последних шести лет. Самые высокие уровни заболеваемости в АО за анализируемый период были зарегистрированы в 2006 и 2007 гг., составив 9,27 и 10,25 на 100 000 населения соответственно, а низкие 1,15 и 1,47 на 100 000 населения в 2011 и 2013 гг.

Анализ структуры заболевших показал, что вовлечение в эпидемический процесс подростков и взрослых было зафиксировано с 2005 до 2010 года. В целом их удельный вес был невысоким: у лиц старше 18 лет варьировал от 2% в 2008 г. до 10% в 2005 и 2007 гг. Случаи коклюшной инфекции у подростков регистрировались с 2006 по 2009 гг. и составили от 3% до 8% среди заболевших. В целом преобладали дети в возрасте до 14 лет, удельный вес которых варьировал от 83% в 2007 году до 100 % с 2011 по 2015 гг. Среди детского населения наибольший удельный вес заболевших коклюшем был отмечен в группе от 7 до 14 лет с максимальным значением 72% в 2011 году и минимальным 26% в 2015 г. Среди детей первого года жизни доля заболевших составляла минимум 2% в 2009 г. и максимум 14% в 2011 г. Однако отмечен значи-

тельный рост этой возрастной группы до 52% в 2012 г., который сохранялся высоким до 44% в 2015 г.

У детей с трех до шести лет доля заболевших была относительно стабильной за исключением 2011 и 2012 гг., когда их удельный вес был самым низким и составил 14% и 13%. Преимущественно болеют организованные дети, посещающие детские дошкольные учреждения.

Заключение. Таким образом, показатели заболеваемости коклюшем в Архангельской области с 2010 года остаются ниже общероссийских. За анализируемый период произошли изменения в структуре заболевших. Удельный вес взрослых и подростков был незначительным и составлял от 2% до 17%. Начиная с 2011 года, в эпидемическом процессе участвовали дети до 14 лет, с ростом доли заболевших среди детей первого года жизни.

Литература

1. Бабаченко И.В. Клинико-эпидемиологическая и микробиологическая эволюция коклюша // Журнал инфектологии. - Том I. - № 2/3. – 2009. – С. 52-57.
2. Каплина Т. А. с соавт. Проблемы клинико-лабораторной диагностики коклюша у детей // Педиатр. – Том. I. - №2. - 2010. – С. 5
3. Николаева И.В., Шайхиева Г.С. Коклюш на современном этапе // Вестник современной клинической медицины. – Том. 9. - вып. 2. – 2016. – С. 25-29.
4. WHO-recommended surveillance standard of pertussis (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/passive/pertussis_standards/en/)

АНАТОМО-АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ

ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г.АСТАНА

Шынай М.А, Юлдаш Н.Ю , 3 курс, факультет общей медицины

(Научный руководитель: д.м.н., проф. С.Ф.Машимовна)

АО « Медицинский университет Астана», Астана

Актуальность. Исходным пунктом Указа Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева « О государственной программе «Здоровье народа» является – «... здоровый народ - главное богатство страны, определяющее ее безопасность, степень ее развития и цивилизованности». Физическое развитие

является интегральным показателем здоровья. В последующем уровень их здоровья сформирует здоровье нации в целом. Учитывая возраст детей младшего школьного возраста, от 7 до 11 лет, необходимо заметить, что именно в это время происходит переход от личностного «я», к коллективному «мы». В свою очередь это также накладывает определенный отпечаток на физическое и психоэмоциональное развитие детей. Если совокупность этих факторов, не соответствует возрастным особенностям, это определяет очень высокую ранимость детей, что однозначно сказывается на их физическое развитие и на способности адаптироваться в условиях урбанизированного г. Астана.

Учитывая все вышесказанное исследование анатомо-антропометрических и соматотипических показателей развития детей младшего школьного возраста представляется нам весьма актуальным. К сожалению в нашей стране этой проблеме посвящены лишь единичные работы (Кисманова Г.Н., Кульниязова Г.М., 1999; Мусагалиева Г.М., Дюсембаева А.Т., 1999 г.). В результате основательного литературного поиска нам удалось обнаружить лишь единичные научно-исследовательские работы посвященные физическому развитию детей проживающих в г. Астана (Томашова С.Н., Хасин В., Соблин, 1974, Центр. Вост. область).

Проанализировав большое количество отечественных, российских и зарубежных источников, мы пришли к однозначному мнению. В Республике Казахстан этому вопросу уделяется весьма скудное внимание. В Российской Федерации подобные исследования проводились в Чувашии, Тюменской области, на Крайнем Севере, в Новосибирске, В Якутске, в Омске, в Нижнем Новгороде, ит.д..

Цель исследования. Провести комплексное исследование анатомо-антропометрических параметров физического развития у детей казахов младшего школьного возраста проживающих г. Астана.

Материалы и методы. С целью исследования анатомо-соматических параметров у детей казахов младшего школьного возраста проживающих в столице Республики Казахстан в городе Астане были обследованы дети(от 7

до 11 лет). Для выполнения поставленной задачи исследования и для адекватной оценки полученных результатов нами было использовано несколько методов исследования: Антропометрический, Плантографический, Динамометрический, Метод статистического анализа.

Результаты и обсуждение. Минимальный показатель абсолютного прироста и темпов прироста и у мальчиков и у девочек приходится на десятилетний возраст, что является существенным подтверждением резкого увеличения акцелеративных процессов у детей младшего школьного возраста именно в девятилетнем возрасте. Следует отметить, что максимальный весовой показатель у девочек – казашек младшего школьного возраста приходится на 9 лет, затем отмечается его снижение в 10-летнем возрасте, с очередным подъемом в 11 лет. У мальчиков – казахов младшего школьного возраста мы наблюдали равномерное увеличение весовых показателей без каких-либо резких подъемов и спадов. Особое внимание мы хотели бы уделить проблеме уплощения стопы и плоскостопию. Дело в том, что минимальный процент встречаемости данной патологии отмечается в семилетнем возрасте. Но к одиннадцатилетнему возрасту у мальчиков уплощение стопы увеличивается на 6,3 %, а плоскостопия на 3,7 %. У девочек процент встречаемости уплощения стопы значительно ниже чем у мальчиков к 11 годам. Другими словами в течении пяти лет изучаемого возраста значительно увеличивается процент уплощения стопы и процент плоскостопия.

Заключение. Закончив изучение тотальных параметров физического развития у детей-казахов младшего школьного возраста проживающих в г. Астана мы обнаружили, что девочки девятилетнего возраста превосходят мальчиков в практически по всем показателям тотальных размеров тела. Максимальный показатель отставания в биологическом развитии обнаруживается и у мальчиков и у девочек в одиннадцать лет, причем у девочек только в этом возрасте. В результате сравнительного анализа нами установлено, что дети младшего школьного возраста проживающие в г. Астана имеют больший рост и меньший вес чем дети г. Алматы и г. Актобе. В течение

пяти лет изучаемого возраста значительно увеличивается процент уплощения стопы и процент плоскостопия.

Литература

- 1.Абрамов М.С., Рыбалко А.И. Современные подходы к оценке уровня физического развития – важного показателя общественного здоровья. //Гигиена и санитария. – 1983. №6.-С.69-70
- 2.Ананьев Н.А. Ямпольская Ю.А. Здоровья, и развития современных школьников // Школа здоровья: – 1994.-Т.1.№ 1.-С.13-1?
- 3.Корнев М.А., Комисарова Е.Н. Сомато-типологические особенности развития девочек в возрасте 4-7 лет. В кн.: Мат. IV Межд. конгресса по интегративной антропологии СПб., СПбГМУ, 2002, с189-190.
- 4.Stolarczyk H., Malinowski A. Seculare changes in body height and mass in the children and adolescents of Lodz // Z. Morph. Anthropol. — 1996. — Vol. 81, No.2.— P. 167- 177.
- 5.Wang Y., Monteiro C., Popkin B.M Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia.// Am.J. Clin Nutr.—2002—Vol75,№.6.— P971-977.