

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Северный государственный медицинский университет

Проба пера

Материалы межрегиональной студенческой научной конференции с международным участием

**IV Малые Апрельские чтения
памяти профессора М.В.Пиккель**

3-4 апреля 2019 г., Архангельск

Под редакцией профессора В.И.Макаровой

Архангельск

2019

УДК 616-053.2

ББК 57.3

Редакционная коллегия:

доктор медицинских наук, профессор **Валерия Ивановна Макарова**
кандидат медицинских наук, доцент **Владимир Александрович Плаксин**
клинический ординатор кафедры ПДБ и ПП **Антон Викторович Шумов**

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

Проба пера: Материалы межрегиональной студенческой научной конференции «III Малые Апрельские чтения памяти профессора М.В.Пиккель», 3-4 апреля 2019 г. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2019. - 99 с.

В сборнике представлены материалы научных исследований российских и иностранных студентов, клинических интернов и ординаторов, посвященных различным значимым разделам педиатрии.

Материалы конференции будут интересны как молодым ученым, так и практикующим врачам.

Работы печатаются в авторской редакции.

УДК 616-053.2

ББК 57.3

© Северный государственный
медицинский университет, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр
Предисловие	5
Организация психолого-педагогической работы с «солнечными детьми» раннего возраста Абдуллахужаева Г.Х.	6
Модель «комплексный пациент» на различных этапах взросления ребенка Абрамова А.В.	7
Анемия у детей раннего возраста в архангельской области Алексеева К.А., Шумова А.А.	13
Внебольничные пневмонии: особенности течения у детей разного возраста Антонова Д.А., Грехова К.П.	17
Х-сцепленная аденолейкодистрофия и масло Лоренцо Владимирова Е.В.	21
Проблемы реабилитации детей (на примере клинического случая) с саркомой после эндопротезирования коленного сустава по месту жительства Вологодина П.С., Шумилова А.С.	25
Клиническое течение анемии Фанкони на фоне современного лечения Горошников А.Ю., Невиницына Д.А., Роткина Т.В.	29
Военный Архангельск – детям блокадного Ленинграда Девятая Я.Д., 1 курс, Скирденко В.И.	31
Характеристика морфофункционального статуса первокурсников ВУЗа Евдокимова К.А., 4 курс	37
Клинический случай болезни кленового сиропа Елбонова Ю.А., 4 курс	40
Направления скрининга химической аддикции подростков Елизарьева Т.А., Малыгина Т.Е.	45
Достоверность постановки диагноза «Врожденная пневмония» у новорожденных детей в течение 72 часов после рождения	48
Клинико-лабораторная характеристика обструктивного бронхита у детей раннего возраста и эффективность его лечения Касицкая Е.Н.	50
Способы прогнозирования синдрома внезапной детской смерти Князева Е.В.	54
Динамика физического развития школьников Кокоулина А.Ю.	57
ВУИ или не ВУИ: вот в чем вопрос Коцемба А.Н., Лукачева В.С.	60
Влияние просмотра мультфильмов на здоровье ребенка Москвина Е.Б., Петрова А.С.	62
Интерпретация электрокардиограмм у детей первого года жизни с ВПС, потребовавших хирургического лечения Никитина С.Ф.	66
Основы аускультации и метод цифровой кардиоспектрографии в оценке сердечной деятельности у здоровых детей Новицкая Т.В.	68

Информированность подростков о репродуктивном здоровье (предварительное сообщение) Пучкова О.В. Макарова А.И.	71
Оценка информированности старшеклассников Санкт-Петербурга о профилактике йододефицита Сарыглар В.Б.	73
Лекарственная терапия матери в период лактации Скачкова Т.Н., Владимирова Е.В.	77
Группы риска детей раннего возраста по нарушению психического развития Султаншина А.Ю., Ибатулина А.А.	79
Влияние самоповреждающего поведения на здоровье подростков Ткач М.О.	82
Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста Хлыстунова К.В.	84
Исследование отношения современной молодёжи к многодетности Шадрина А.А., Зарубина В.А.	89
Удлинение интервала QT на экг – что дальше? Вопросы диагностики СУИQT на примере клинического случая Шумов А.В.	94
Особенности вариабельности сердечного ритма у детей-спортсменов с признаками соединительнотканной дисплазии Шумов А.В., Алексина Д.Д.	97

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, 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*

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С «СОЛНЕЧНЫМИ ДЕТЬМИ» РАННЕГО ВОЗРАСТА

Абдуллахужаева Г.Х., 2 курс

(Научный руководитель: к.п.н., доцент Д.А. Уста-Азизова)

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность исследования: Проблема воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями на сегодняшний день является одной из актуальных тем. По показателям проведенных исследований, синдром Дауна – это генетическое заболевание, вызванное аномалией хромосом. Данное заболевание, к сожалению, распространено во всем мире. Также, в Узбекистане можно встретить детей с синдромом Дауна. Применяются различные методики, разработанные специалистами научно-исследовательских учреждений. Развитие каждого ребенка, как и ребенка с синдромом Дауна, зависит от особенностей самого ребенка, от того, в каком возрасте, когда и как организованы занятия с ним.

Цель исследования: изучить психолого-педагогическую работу с «солнечными детьми» раннего возраста.

Методы и материалы: беседы с «солнечными детьми»; развивающая игра шарики и кубики «Gummy», которая была разработана в Узбекистане; применение методики «Маленькие ступеньки»; анализ научной литературы.

Результаты: Данные методы проводились в доме Милосердия №2 «Мурувват», с 10 детьми с ограниченными возможностями, в возрасте 3-7 лет. При применении методики «Маленькие ступеньки», охватывающая определенные области развития - общую моторику, речь, двигательную активность, навыки тонкой моторики и т.д., у 5 детей наблюдалось улучшение музыкального слуха и развитие творческих способностей. С помощью игры шарики и кубики «Gummy», у 7 детей увеличился словарный запас на 15 слов, за месяц. А также были замечены успехи в рисовании и активное развитие интеллекта, мышления, мелкой моторики.

Выводы. Таким образом, при правильной организации психолого-педагогической работы с «солнечными детьми» можно добиться хороших результатов.

Нужно проводить достаточного времени для развития данных детей. В странах Европы давно введена практика обучения «солнечных детей» в обычных школах и программа для них индивидуальная. Некоторым из них удалось стать известными и добиться успеха, доказав, что синдром Дауна — это не приговор. Известные во всём мире художник Реймонд Ху, актриса, спортсменка и адвокат Паула Саж, актер, преподаватель и общественный деятель Пабло Пинета и многие другие, своим упорством доказали, что можно вести полноценную жизнь если есть надежда, вера и любовь.

МОДЕЛЬ «КОМПЛЕКСНЫЙ ПАЦИЕНТ» НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ВЗРОСЛЕНИЯ РЕБЕНКА

Абрамова А.В., 5 курс, лечебный ф-т

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Актуальность. В педиатрии пациентом принято считать ребенка, однако когда речь заходит о коммуникациях с пациентом, его согласии, выполнении назначений, то стороной взаимодействия предполагается взрослый. В этой связи пациент в педиатрии представлен альянсом ребенка и взрослого, что позволяет говорить о «комплексном пациенте». При этом его субъектность (способность самостоятельно формулировать жалобу, воспринимать назначения и достигать комплаенса) меняется с возрастом ребенка, переходя к нему от взрослого. Это определяет эффективность скрининга, а также основные тактики взаимодействия врача и пациента, разъяснения, комплаенса.

Цель исследования: Выявить основные тактики взаимодействия врача и пациента при использовании модели «комплексный пациент» в педиатрии.

Материалы и методы. Сбор информации о состоянии вопроса, обзор литературы, сравнение информации из разных источников.

Результаты и обсуждение. Проблема эффективности лечения в педиатрии тесно связана с особенностями пациента, который представляет собой альянс ребенка

и сопровождающего его родителя, а именно с субъектностью ребенка в этом альянсе. Под субъектностью в системе отношений «врач-пациент» понимается способность пациента на каждом этапе консультации самостоятельно:

- формулировать жалобы (запрос на консультацию);
- описывать и сообщать врачу внутреннюю картину болезни;
- понимать и принимать разъяснения врача в отношении заболевания и лечения;
- формировать комплаенс (приверженность пациента лечению, выполнению назначений врача и приему препаратов [2]).

Как справедливо отмечают Е. Конева и В. Солондаев, обычная для медицины схема взаимодействия «врач-пациент» невозможна в педиатрии, ведь субъектом обращения за медицинской помощью является родитель, хотя помощь оказывается ребенку [3], и чаще всего врачи идентифицируют родителя как пациента, как бы игнорируя ребенка. Вместе с тем пациент в педиатрии как бы «распределяется» между двумя субъектами, и очевидно, что взаимодействие врача с педиатрическим пациентом - есть общение в триаде «врач-родитель-ребенок» (модель «комплексный пациент»), где роли ребенка и родителя с возрастом ребенка меняются - увеличивается роль одного и уменьшается роль другого [4].

Однако остается открытым вопрос, как происходит этот переход. Способности, характеризующие субъектность пациента (формулировать жалобу, описывать внутреннюю картину болезни, понимать разъяснения, выполнять указания), вызревают не синхронно, а каждая из них появляется в определенном возрасте ребенка. В литературе практически не обсуждаются особенности взаимоотношения врача с ребенком без родителя, а также комплаенса с пациентом в педиатрии [1], поскольку чаще всего предписания и назначения врач адресует родителю, полагая, что ребенок еще не в состоянии понять и выполнять предписания самостоятельно. Это справедливо в отношении детей определенного возраста, но не может распространяться на все случаи, например, на взаимодействие с ребенком 15–17 лет, пришедшим на прием самостоятельно или же в сопровождении родителя. Исследования роли ребенка в отношениях «врач-пациент» каса-

ются в основном пациентов в возрасте от 7-9 лет и старше, а роль ребенка в возрасте 3-7 лет остается недостаточно изученной вследствие того, что врач взаимодействует с сопровождающим ребенка родителем [1,4]. Субъектность ребенка в комплексном пациенте ярче всего проявляется в старшем возрасте. Так, показано, что 10% детей старше 15 лет самостоятельно общаются с врачом [4]. Однако подросткам свойственно преуменьшать тяжесть симптоматики [1], что может снижать частоту самостоятельного обращения за медицинской помощью.

Для уточнения картины субъектности комплексного пациента следует обратиться к свойствам отношений «врач-пациент» для разных возрастов ребенка. Основываясь на взглядах Н.П. Гундобина и Д.Б. Эльконина на периодизацию развития личности ребенка, можно выделить четыре возрастных периода: раннее детство (до 3 лет), дошкольный возраст (3–7 лет), младший школьный возраст (7–11 лет) и подростковый период (12–17 лет) [5].

Возрастной период от 1 года до 17 лет характеризуется широким спектром состояний человека. На одном возрастном полюсе - у младенца - неразвиты речь и осознанность действий, а на другом - у подростка - уже присутствуют знания, волевой компонент и ответственность. В первом случае врач взаимодействует с родителем, получая от него запрос на лечение и жалобы, и субъектом комплаенса выступает родитель. Во втором - подросток сам способен выразить внутреннюю картину болезни, сформулировать симптомы, придерживаться назначений и выступать субъектом комплаенса. Соответственно, и действия педиатра по диагностике состояния, разъяснению причин заболевания и его лечению, формированию комплаенса на разных этапах развития ребенка различны. На основании этого можно считать, что пациент в педиатрии - не только и не всегда ребенок, а в разные периоды развития ребенка роль пациента выполняют либо родитель от имени ребенка, либо ребенок вместе с родителем, либо ребенок без родителя.

Формирование внутренней картины болезни в детском возрасте имеет свои особенности, зависящие от тяжести и длительности заболеваний, опыта лечения хронических заболеваний. В раннем детстве (до 3 лет) ребенок способен выразить лишь переживание неприятных физических ощущений и их локализацию

(сенсорный уровень внутренней картины болезни), но дать их точное описание он не способен [1]. В формулировании запроса от имени ребенка выступает родитель, имея зачастую лишь неясную и тревожную, а порой аггравационную картину его заболевания [1]. В дошкольном возрасте (3-7 лет) ребенок еще не в полной мере осознает свой телесный опыт, и значительную роль в описании картины болезни ребенка играет родитель и/или врач. Через их опыт, используемые ими понятия и школьные знания ребенок формирует собственную картину болезни, дополняя сенсорный и эмоциональный уровень рациональным и мотивационным. К ребенку этого возраста врач обращается для уточнения запроса, сформированного, как правило, родителем. Разъяснения и назначения даются родителю, и он выступает субъектом комплаенса. В возрасте ребенка 7-11 лет, врач чаще всего имеет дело с комплексным пациентом, где роли родителя и ребенка смешаны, что затрудняет установление отношений (их приходится налаживать с двумя субъектами), но делает диагностику более точной, облегчает объяснение и вовлечение в процесс лечения. Логично, что уровень сформированности внутренней картины болезни определяет точность формулирования ребенком жалобы (запроса на медпомощь) и его самостоятельность в этом вопросе, которую исследователи определяют в возрасте ребенка 7–10 лет [4]. На этапе подросткового возраста (12 лет) активно развиваются эмоциональный и мотивационный аспекты внутренней картины болезни, подростку свойственна дезаггравация из-за самоутверждения перед сверстниками [1].

Эффективность разъяснения причин заболевания и подходов к лечению, а также достижение комплаенса зависит от способности врача устанавливать отношения с ребенком и родителем. При этом ему следует учитывать следующие параметры состояния каждого из них [1]:

- уровень понимания (уровень интеллекта, уровень эмоционального интеллекта, уровень знаний родителя и ребенка);
- эмоциональное состояние ребенка и родителя;

- особенности личности ребенка и родителя, особенности их взаимоотношений, позволяющие понять способ установления контакта, эффективного разъяснения и достижения комплаенса.

В возрасте ребенка до 3 лет врач, взаимодействуя исключительно с родителем, дает ему разъяснения и назначения, сообразуясь с его психологическими особенностями и уровнем понимания [4]. В возрасте ребенка 3–7 лет разъяснения и назначения даются родителю, с ним же достигается комплаенс. Поскольку ребенок примерно с 10-летнего возраста уже может напрямую общаться с врачом [4], то специалисту приходится овладевать навыками общения с пациентами этого возраста, пришедшими на прием без родителя, или с детьми-пациентами стационара. Дети подросткового возраста (12–17 лет) уже обладают некоторыми знаниями в области биологии и физиологии человека, почерпнутыми из школьной программы или из собственного опыта лечения. А поскольку ребенок (после 15 лет) может являться на прием в одиночку, врачу бывает легче выстроить отношения, дать необходимые разъяснения с нужной степенью подробности, так как подростки в состоянии понять многое о лечении болезни [6].

При выполнении назначений родитель в модели «комплексный пациент» играет неоднозначную роль. Так, недоверие родителя к предписаниям врача приводит к ослаблению контроля за выполнением ребенком назначений [6]. Опрос родителей демонстрирует, что лишь 38% респондентов не хотят участвовать в процессе принятия решения о медицинском вмешательстве их ребенку [1]. Обратная картина - повышенная активность родителей в модели «комплексный пациент» - объясняется их тревожностью, особенно при малом возрасте детей. Так, показано, что частота посещений в педиатрических амбулаториях напрямую связана с высоким уровнем тревоги родителей и обратно - с возрастом детей [6]. При этом лишь 10% детей в возрасте 7–10 лет испытывают страх при упоминании о необходимости обращения к врачу, а в возрасте 15–16 лет 70% детей перед посещением врача выражают спокойствие с оттенком безразличия [4].

Заключение. Комплексный пациент - альянс ребенка и родителя, в котором ребенок с возрастом приобретает все большую субъектность, а именно способность формулировать запрос, воспринимать и описывать внутреннюю картину болезни, понимать разъяснения врача, формировать комплаенс. Такой взгляд преодолевает механистичное отношение к ребенку как пациенту, где он выступает как объект. Пациентом в доречевом возрасте и в раннем детстве выступает ребенок совместно с родителем. Здесь роль родителя при получении разъяснения и выполнении назначений максимальна. В период от 3 до 11 лет роль ребенка в модели «комплексный пациент» становится все заметнее: он в состоянии указать локализацию боли, сообщить основные признаки самочувствия, понять значение процедур. Пациенты старше 12 лет в состоянии самостоятельно сформулировать запрос, описать внутреннюю картину болезни, понять разъяснения, а также соблюдать назначения. В этом периоде, особенно в старшем подростковом возрасте (15–17 лет), роль ребенка максимальна, хотя родитель все же оказывает на него влияние, усиливая или ослабляя контроль над выполнением врачебных предписаний.

Литература:

1. Брюнеткин В.Ю., Апенченко Ю.С., Седова А.А. Особенности взаимодействия врач-пациент в педиатрической практике. / 5-я международная научно-практическая и образовательная конференция «Медицинский дискурс: вопросы теории и практики»; Апрель 14, 2017; Тверь. - Тверь; 2017. - с. 24-27.
2. Вольская Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. — 2013. - № 11 - с. 6–15.
3. Конева Е.В., Солондаев В.К. Психологический анализ взаимодействия врач-пациент в педиатрии // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. - 2013. - №6.
4. Матвеева Н.Н. Особенности взаимоотношения врача и детей-пациентов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2014. - Т. 4. - № 5 - с. 685.
5. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2004. - Т 4. - № 1 - С. 68-77.
6. Martin Martin R, Sanchez Bayle M. El colecho en nuestro medio: estudio de casos y controles en las consultas pediátricas de Atención Primaria. (In Spanish). Rev Pediatr Aten Primaria. 2017;(19):15-21.

АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Алексеева К.А., Шумова А.А, клинические ординаторы

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

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

Актуальность. Заболеваемость железодефицитной анемией (ЖДА) в настоящее время является значимой медико-социальной проблемой среди детского населения. В нашей стране анемия встречается в среднем у 40 % детей до 3 лет, у 1/3 - в пубертатном возрасте, значительно реже - в другие возрастные периоды. За последние годы накоплен богатый клинический опыт, разработаны наиболее приемлемые и доступные методы диагностики и терапии анемий [1,2,3]. По данным литературы усилия многочисленных исследований последних лет в области гематологии сконцентрированы на изучении отдельных клинических форм дефицита железа, проявлений его среди детского и взрослого населения. Продолжается активное изучение этиологических и патогенетических аспектов данной проблемы, анализ особенностей течения, методов лечения ЖДА. Единичные научные исследования посвящены изучению медико-социальных проблем ЖДА. До сих пор нет четких представлений о зависимости железодефицитных состояний от социальных факторов, что не позволяет максимально реализовать ресурс органов здравоохранения и населения в профилактике и лечении ЖДА. Это определило актуальность проведения комплексного клинико-социального исследования по выявлению факторов риска развития ЖДА у детей.

Цель исследования: выявление факторов риска развития железодефицитной анемии у детей первых 3х лет жизни.

Задачи: оценить характер вскармливания на первом и последующих годах, сопоставив рекомендации участкового педиатра с информированностью родителей; выявить факторы, предрасполагающие к развитию анемии у детей раннего возраста.

Материалы и методы: проведена выкопировка данных из 857 историй развития ребенка (форма № 112/У) детей до 3 лет, проведено анкетирование 827 родителей детей до 3 лет по специально разработанным анкетам; высчитана доля анкетирования 827 родителей каждого признака в генеральной совокупности.

Результаты и обсуждение. Анализ 857 историй развития, выявил 381 случай (44,5%) железодефицитной анемии, по результатам анемия отмечена у 191 ребенка (23%). Уровень снижения гемоглобина у большинства детей с ЖДА соответствовал легкой степени тяжести (96%), средняя степень была диагностирована лишь у 4% детей. Тяжелые формы заболевания не выявлены. При изучении половой структуры заболеваемости ЖДА выявлено, что у мальчиков данная патология диагностировалась несколько чаще, чем у девочек (53,6 и 46,4% соответственно - по данным историй развития, 51 и 49% соответственно - по результатам анкетирования).

При изучении историй развития (форма № 112/У) и анкетных данных детей с ЖДА выяснилось, что 100% из них имели факторы высокого риска развития этого заболевания, при этом специфическая ферропрофилактика на первом году жизни не была назначена ни одному ребенку. По полученным данным 85% детей родились доношенными, от 4-й и последующих беременностей родились 12,1% детей, от 2-3-й беременности — 50,1%, от первой беременности — 37,8%.

При анализе антенатальных причин развития ЖДА у наблюдаемых детей выявлены факторы, вызывающие нарушение формирования депо железа во внутриутробном периоде. Наиболее часто отмечались такие отягощающие факторы, как отягощенный акушерский анамнез (39%), курение матери во время беременности (19,1%), наличие хронических генитальных инфекций (17,9%), угроза прерывания беременности (15,5%), хроническая фето-плацентарная недостаточность (15,8%), хронические соматические заболевания матери (18,7%). ЖДА во время беременности наблюдалась у 22,3% матерей по данным карт и у 64% по данным анкет. Большинство случаев гестационной ЖДА соответствовали легкой

степени тяжести (95%), остальные — средней степени. При этом прием витаминных комплексных препаратов, проведение феррокоррекции наблюдались менее чем у половины женщин (41,3%).

Среди интранатальных причин следует отметить наличие асфиксии – в 9,4% случаев, тугое обвитие пуповины и другая патология пуповины – в 6%, травмы в родах – в 1%. Оперативным путем кесарева сечения появились на свет 23,2% детей с ЖДА.

Низкую массу тела при рождении (менее 2500 г) имели 10,3% детей, недоношенными родились 21,02%, в последующем у них наблюдалась избыточная прибавка в массе, приводящая к повышенной потребности в железе. Крупный вес при рождении (более 4000 г) имели 5,4% детей. У 12,7 % детей в роддоме был выставлен диагноз неонатальная и конъюгационная желтуха, а у 2,8 % отмечалась гемолитическая болезнь новорожденных, внутриутробная инфицированность наблюдалась в 6,5% случаев.

При исследовании алиментарного дефицита железа получены следующие результаты: ранний перевод на искусственное вскармливание выявлен у 41,2% детей, 22% детей по данным анкет находились на искусственном вскармливании с рождения. Позднее начало введения прикорма (после 6 месяцев) отмечено у 25,3% по историям и 47% детей по анкетам. Позднее введение или отсутствие в рационе мясных продуктов отмечено у 57,3%. Стоит отметить, что 44,5 % родителей считают своих детей «малоешками».

Также в постанатальном анамнезе у 2% детей отмечались фоновые состояния, такие как рахит 1 степени, белково-энергетическая недостаточность 1 степени, у 43,6 % наблюдались частые острые респираторные заболевания (45% детей болеют 4-6 раз в год), 2,8 % детей имели хронические очаги инфекции (тонзиллит, пиелонефрит). В анкетах родители отмечали у детей следующие симптомы: раздражительность, снижение памяти – в 30% случаев, утомляемость, вялость – в 31%, сухость и бледность кожи и слизистых – в 38%, ломкость ногтей и волос – в 10%, «заеды» - в 13%, извращение вкуса и аппетита – в 29%.

Следует отметить, что в 41,8% случаев общий анализ крови не был взят у детей в декретированные сроки в соответствии с приказом № 514н, а у 63,3% детей при наличии снижения гемоглобина в общем анализе крови менее 110 г/л диагноз «анемия» не был установлен, соответственно, эти дети даже не получали лечение. На диспансерном учете у гематолога состояло 1,5% детей.

По вопросам осведомленности родителей о ЖДА выявлено, что 41% родителей считают достаточным для лечения анемии у детей грудного возраста прием препаратов железа только мамой (при грудном вскармливании), 20% получают информацию о здоровье детей в сети Интернет, 25% считают, что ребенок не нуждается в приеме поливитаминных комплексов, всё это говорит, о недостаточных знаниях родителей.

Выводы:

1. Показатели распространенности ЖДА у детей раннего возраста в Архангельской области относятся к умеренным значениям с точки зрения значимости для общественного здравоохранения.
2. Развитие ЖДА у детей обусловлено комплексом причин, включающих как неблагоприятное течение беременности и родов, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Наибольшую вероятность развития анемии имеют дети, родившиеся от матерей, страдающих анемией, имеющих экстрагенитальные заболевания, хронические генитальные инфекции.
3. Из заболеваний новорожденных наиболее значимы недоношенность, хроническая гипоксия плода, маловесность, патология периода новорожденности. Важную роль играет алиментарный фактор и повышенные потребности ребенка в железе в периоды интенсивного роста, наличие фоновых состояний.
4. Значимым является также отсутствие специфической профилактики дефицита железа у детей в группе риска по его развитию и низкий уровень знаний родителей о данной патологии.

Литература:

1. А.Г. Румянцев, И.Н. Захарова, В.М. Чернов и др. «Лечение железодефицитных анемий у детей и подростков: основные принципы и наиболее частые ошибки», М, 2015.
2. Диагностика и лечение железодефицитных анемий у детей и подростков (пособие для врачей) / Под ред. акад. РАН, проф. А.Г. Румянцева и проф. И.Н. Захаровой.–М.,2015

3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. Утверждены президентом национального общества детских гематологов, онкологов России, Москва, 2014.

ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Антонова Д.А., Грехова К.П., 3 курс, педиатрический ф-т, Четыркина О.Г., клинический ординатор

(Научные руководители: д.м.н., проф. Т.И. Легонькова, асс. О.Н. Штыкова, асс. Л.А. Столярова)

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия

Актуальность проблемы обусловлена тем, что внебольничные пневмонии относятся к наиболее распространенным инфекционным заболеваниям у детей, возникает в любом возрасте и имеет особенности течения в различные возрастные периоды [2,3,4]. Заболеваемость пневмонией в России колеблется в пределах 15–20 случаев на 1000 детей первого года жизни, приблизительно 36–40 случаев на 1000 детей в дошкольном возрасте, а в школьном и подростковом возрасте — 7–10 случаев на 1000 детей и имеет тенденцию к устойчивому росту, так же наблюдается рост тяжелых и осложненных форм пневмоний [1,5]. Учитывая распространенность пневмоний у детей во всех возрастных группах, актуальным остается вопрос изучения особенностей течения пневмоний у детей разного возраста.

Цель исследования – изучение особенностей течения внебольничных пневмоний у детей различного возраста.

Материалы и методы. Проанализировано 92 истории болезни пациентов, находившихся на лечении в стационарах ОГБУЗ «Детская клиническая больница» города Смоленска сентября 2018 г. по февраль 2019 г.

В зависимости от возраста дети были разделены на 3 группы: в I группу вошли 23 ребенка в возрасте от 0 до 3 лет, во II группу – 15 детей от 4 до 7 лет, в III группу – 54 ребенка от 8 до 16 лет.

Диагноз внебольничная пневмония был подтвержден данными комплексного клинико-лабораторного обследования, которое включало сбор анамнези-

ческих данных, оценку общего состояния, объективного обследования. Лабораторное обследование включало традиционные общеклинические методы: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (общий белок, СРБ, глюкоза, мочевины, АСТ, АЛТ), копрограмма, кровь на хламидии и микоплазму. Инструментальные: ЭКГ, рентгенография.

Дизайн исследования предусматривал выполнение работы в 2 этапа:

I этап – разработка анкет и проведение анализа историй болезни пациентов, находившихся на лечении в стационарах в ОГБУЗ «Детская клиническая больница»

II этап – на основании анализа историй болезни изучить частоту встречаемости и особенности клинических проявлений внебольничных пневмоний у детей в зависимости от формы и возраста.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением стандартного пакета статистических программ Statistica 6.0; Microsoft Excel 2013. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных выявлено, что у детей I группы (0 до 3 лет) в 91% случаев рентгенологически диагностирована очаговая пневмония, у 9% - сегментарная; у детей II группы – соотношение очаговой и сегментарной пневмоний 60 и 40% соответственно; у III группы – 69% составляют очаговые пневмонии и 31% сегментарные. У детей от 4 до 7 лет и старшей возрастной группы (от 8 до 16 лет) достоверно чаще по сравнению с детьми раннего возраста выявлялись сегментарные пневмонии ($\chi^2=5,35$, $p < 0,05$ и $\chi^2=4,51$, $p < 0,05$, соответственно). Достоверных различий по частоте сегментарных пневмоний между II и III группами выявлено не было ($\chi^2=0,38$, $p = p > 0,05$).

У подавляющего большинства обследованных детей (86%) выявляются односторонние неосложненные пневмонии, однако у 3% детей старшего возраста наблюдались осложнения в виде плеврита.

Обратил на себя внимание тот факт, что среди больных пневмониями во всех возрастных группах нередко встречались часто болеющие дети: в I группе – 13%, во II группе – 47% и в III группе – 11%, что является одним из факторов

риска возникновения пневмонии. Частоболеющие дети достоверно чаще встречались в группе детей от 4 до 7 лет ($\chi^2=5,29$, $p<0,05$).

При амбулаторном лечении детям чаще назначались антибактериальные препараты в виде «Флемоксин Солютаб», «Супракс» «Амоксициллин» и противовирусные препараты («Арбидол», «Кагоцел», «Анаферон», «Эргоферон»), муколитические средства («Лазолван», «Амброксол»), назальные капли и спреи («Називин», «Виброцил», «Полидекса»), ингаляции с физ. раствором, лазуланом, пульмикортом, беродуалом.

На лечение в стационар пациенты поступали преимущественно на 7-10 день от начала болезни (дети от 0 до 3 и от 7 до 16 лет), на 11-14 день – дети в возрасте 4-7 лет.

При оценке цвета кожи чаще отмечалась бледность кожных покровов. Симптом интоксикации в большей степени был выявлен у детей младшего возраста (82,6%). Одышка выявлялась нечасто, у детей раннего возраста лишь в 4% случаев, у детей от 4 до 7 лет – в 13%, у больных старшего возраста - в 18% случаев. Достоверных различий между группами по частоте выявления одышки выявлено не было ($\chi^2=0,88$, $p<0,05$).

Повышенная температура в начале заболевания на фебрильных цифрах чаще встречалась у детей с 4 до 16 лет (более 80%), субфебрильная температура - у детей от 0 до 3 лет ($p<0,05$).

Кашель, как один из первых и основных симптомов, также преобладал у 80-89% больных и особенно был выражен у детей с 4 до 16 лет. Кашель различной степени выраженности в разгар болезни отмечался у 100% детей. В большинстве случаев (67%) определялся умеренно-выраженный кашель. У детей старшей возрастной группы симптом выраженного кашля достоверно преобладает. У детей I и II групп обнаруживается как сухой, так и влажный кашель с равной частотой встречаемости; у детей III группы наблюдается преимущественно сухой кашель.

Жесткий тип дыхания преобладает у детей младшей и средней возрастных групп, ослабленное дыхание – у детей старшего возраста. Аускультативно выслушиваются сухие хрипы в основном у детей I группы, у II и III групп – сухие и влажные хрипы в равной степени. Крепитация наблюдается в 35-41% случаев у детей всех групп, чаще с одной стороны. У большинства детей отмечаются изменения перкуторного звука, однако сохраняется легочный звук у младшей и средней групп в 22-27%, а у старших детей – всего в 5-6%.

В общем анализе крови отмечались: лейкоцитоз – у 13% детей I группы, 21% II группы и 23 % детей III группы; нейтрофиллез – у 35%, 27% и 41% детей I, II и III групп соответственно; увеличение СОЭ – у 65% детей I группы, у 87% II группы, и у 74% III группы; эозинофилы и палочкоядерные нейтрофилы у большинства детей были в пределах возрастной нормы.

Возбудитель пневмонии был выявлен только у 18,4% детей. Это возможно связано с тем, что большинство детей уже амбулаторно получали антибактериальные препараты. Из них хламидии выявлялись у 77,8%, микоплазма – у 16,7% и ЦМВ – у 5,5% детей.

При нахождении в стационаре больным проводилась антибактериальная терапия следующими группами препаратов: макролиды, цефалоспорины, полусинтетические пенициллины. Лечение у детей осуществлялось преимущественно препаратами группы цефалоспоринов, а также у 42% детей старшего возраста цефалоспорины в процессе терапии заменяли на макролиды вследствие отсутствия должного эффекта от первых.

Выводы.

1. У детей раннего возраста начало заболевания сопровождалось развитием интоксикации на фоне субфебрильной температуры, в отличие от детей старшего возраста.
2. У детей старших возрастных групп выявлена большая частота сегментарных пневмоний, нередко протекающих с осложнениями, на фоне фебрильной температуры, с выраженными катаральными явлениями.

3. Воспалительные изменения со стороны общего анализа крови у детей раннего возраста были менее выраженными, по сравнению с детьми старшего возраста.
4. Выявленные особенности следует учитывать для ранней диагностики заболевания.

Литература:

1. Педиатрия. Национальное Руководство Краткое Издание под ред.акад. РАН и РАМН А.А.Баранова. М.: ГЕОТАР-Медиа. 2014. 768с.
2. Ержанова Г.Е. Пневмонии у детей // ВЕСТНИК КазНМУ. 2014. С.80-82.
3. Ибрагимова Ж.Р., Пикуза О.И., Файзулина Р.А., Закирова А.М., Мороз Т.Б. Этиологическая структура внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста // Практическая медицина. 2013. С.75-78.
4. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение, профилактика // Научно-практическая программа. М.:Оригинал-маркет. 2011. 64с.
5. Сергеева Е.В., Петрова С.И. Внебольничная пневмония у детей. Современные особенности. // Педиатрия. 2016. Т. 7, № 3. С.5-10.

Х-СЦЕПЛЕННАЯ АДРЕНОЛЕЙКОДИСТРОФИЯ И МАСЛО ЛОРЕНЦО

Владимирова Е.В., клинический ординатор

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Настоящая работа стала возможной благодаря врачу генетику Быковой А.В., детскому неврологу Навагину П.А., врачу педиатру Смородиной Ю.В, врачу эндокринологу Ипатовой О.Е. (ГБУЗ АО АОДКБ им. П.Г. Выжлецова, г.Архангельск).

Актуальность: Аденолейкодистрофия Шильдера Х-АЛД редкое наследственное заболевание, относящееся группе пероксисомных болезней с Х-сцепленным рецессивным типом наследования, OMIM - 300100. Дебютирует в возрасте от 4 до 10 лет. Включено в перечень редких (орфанных) постановлением Правительства РФ от 26.04.12 №40. Заболевание обусловлено мутациями гена ABCD1, который картирован в терминальном сегменте длинного плеча хромосомы X, локус Xq28, и кодирует трансмембранный белок ALDP. Изменение этого белка в результате мутаций нарушает транспорт ОДЦЖК - очень длинно- цепочечных жирных кислот с длиной углеродной цепи C24 - C26 - в пероксисомы.

В результате происходит β - окисления этих кислот, поступающих с пищей и синтезируемых de novo нарушается. Накопление тетракозановой и гексакозановой жирных кислот в крови сопровождается нарушением липидного обмена в нервной системе и надпочечниках [2, 3]. Избыток ОДЦЖК стимулирует в астроцитах, периваскулярных клетках и макрофагах TNF- α цитокиновый каскад с последующей деструкцией миелина, преимущественно Т- клетками. Патогенез надпочечниковой недостаточности связан с токсическим действием на клетки коры эфиров холестерина с аномальной структурой.

МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием на начальных стадиях заболевания у больных с церебральными формами Х-АЛД обнаруживает гиперинтенсивный сигнал в T2-взвешенном изображении а также снижение интенсивности в T1 в области мозолистого тела, кортикоспинальных и кортикопонтинных трактов, который по мере прогрессирования быстро распространяется в затылочные и задние теменные отделы. При биохимическом исследовании пациентов находят повышение уровня очень длинноцепочечных жирных кислот: тетракозановой - C24:0 и гексакозановой - C26:0 и их соотношений с длинноцепочечными C24:0/ C22:0, C26:0/ C22:0 в плазме крови, эритроцитах, лейкоцитах, культуре клеток кожных фибробластов [2, 3].

Цель работы: познакомить с семиотикой заболевания и возможными методами коррекции на современном этапе развития знаний о заболевании.

Описание клинических случаев. В 2016 году под наблюдением оказались 3 брата. Два мальчика 2004 и 2006 года рождения были от первого брака матери, мальчик 2015 года рождения, от второго брака. Первые 5 беременностей у женщины были замершими на ранних сроках. Первыми под наблюдения невролога попали младший и средний брат. У младшего брата с момента рождения отмечалась задержка психомоторного развития, пирамидные нарушения. У среднего брата в возрасте 9 лет появилась гиперпигментация кожи и признаки нейродегенеративного заболевания: нарушения мыслительных функций, поведенческие нарушения: снижение памяти, неспособность сформулировать мысль. Перестал читать, изменился почерк, появились: трудности с одеванием дезориентация в

пространстве, тревожность, боязливость, беспричинный плач. При МРТ головного мозга выявлены симметричные зоны патологического сигнала в теменно-затылочных зонах, высказано предположение об адренолейкодистрофии. Врач генетик назначил обследование обоим мальчикам.

В лаборатории наследственных болезней обмена веществ «ФГБНУ Медико-генетический научный центр» г. Москва, д.м.н. Захаровой Е.Ю. проведено ДНК исследование биологического материала обоих детей. Методом прямого автоматического секвенирования проведен частичный анализ гена ABCD1 (X-сцепленная адренолейкодистрофия). В 1 экзоне гена ABCD1 выявлено изменение нуклеотидной последовательности NM 000033,3:c.871G>A (pGlu291Lys) в гемизиготном состоянии. Данная замена описана в международной базе данных HGMD (CM930016). ДНК исследование старшему брату, считавшемуся здоровым проведено в 2017 году, результаты идентичны.

У всех трёх братьев при исследовании АКТГ и кортизола подтверждена первичная адреналовая недостаточность. МРТ исследование головного мозга не выявило изменений, характерных для АЛД, ни у старшего, ни у младшего брата.

Это было крайне важно, поскольку диетическая коррекция нарушений липидного обмена, в том числе на доклинической стадии болезни замедляет развитие клинических проявлений со стороны ЦНС.

Лечебное питание при АЛД заключается в соблюдении низко-жировой диеты. В качестве источника незаменимых жирных кислот используется специальный продукт лечебного питания, приготовленного на основе оливкового масла, в состав которого входит смесь эруковой и олеиновой кислот в соотношении 1:4. Путем конкурентного ингибирования фермента, образующего ОДЦЖК, эта смесь жирных кислот снижает уровень очень длинноцепочечных жирных кислот [3]. Продукт носит название «масло Лоренцо» (производитель компания SHS International Ltd, Великобритания). При его применении на доклинической стадии церебральной формы заболевания и при адреномиелонейропатии был получен положительный эффект. Оценить эффективность «масла Лоренцо» доста-

точно сложно, но опыт проведенного исследования показал, что ранняя постановка диагноза, использование масла Лоренцо и терапия адреналовой недостаточности существенно замедляют развитие инвалидизирующих симптомов со стороны нервной системы [1]. К сожалению, назначение масла Лоренцо пациентам с выраженными неврологическими нарушениями неэффективно [2,3].

Высокотехнологичными видами лечения церебральных форм заболевания являются трансплантация гемопоэтических стволовых клеток от неродственного донора и генная терапия с применением лентивирусного вектора [3].

Среднему брату была проведена трансплантация стволовых клеток от неродственного донора, но она оказалась безуспешной, по-видимому, из-за позднего обращения. Донор для младшего брата пока не найден.

Коррекция адреналовой недостаточности при АДД проводится стероидами под контролем уровня гормонов (АКТГ, кортизол) и электролитов и глюкозы крови. Терапия неврологических расстройств симптоматическая.

Оба мальчика в настоящее время получают лечебное питание с использованием масла Лоренцо по жизненным показаниям.

Заключение. Таким образом, своевременная диагностика АДД у двух братьев, старшего и младшего, не имеющих МРТ признаков, указывающих на демиелинизацию в ЦНС, оказалась возможной благодаря обследованию среднего брата, имевшего симптомы нейродегенеративного заболевания. Назначение мальчикам специального лечебного питания позволяет надеяться на замедление процессов демиелинизации.

Литература:

1. Евтушенко С.К., Евтушенко И.С. Аденолейкодистрофия в сочетании с аденомиелоневропатией и лечение больного пероральным маслом Лоренцо // Международный неврологический журнал. - 2012. - №5.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению X-сцепленной аденолейкодистрофии. - М., 2013. - 20 с.
3. Raymond G., Engelen M., Kemp S. Lorenzo's oil // URL: [https:// adrenoleukodystrophy.info/treatment-options/lorenzos-oil](https://adrenoleukodystrophy.info/treatment-options/lorenzos-oil) (дата обращения: 11.02.19)

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ) С САРКОМОЙ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

Володина П.С., Шумилова А.С., клинические ординаторы
(Научные руководители: д.м.н. И.А. Турабов к.м.н., доцент Е.Г. Бондаренко,)
Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Актуальность. Медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление (компенсацию) нарушенных либо утраченных функций организма, вследствие остро развившегося патологического процесса (обострения хронического), а также на предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его интеграцию в общество. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н "О Порядке организации медицинской реабилитации" выделяется три этапа: первый этап медицинской реабилитации осуществляется в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания; второй этап медицинской реабилитации осуществляется в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации); третий этап медицинской реабилитации осуществляется в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому.

В Архангельской области открыто 25 коек второго этапа. На этом этапе врачи ЛФК сталкиваются с проблемами осуществления восстановительных мероприятий, в связи с отсутствием соответствующего оборудования (механотерапии) и нехваткой специалистов.

Для раскрытия данной проблемы, в статье представлен клинический случай пациентки с остеосаркомой после комбинированного лечения. Остеосаркома – первично злокачественная опухоль, клетки которой происходят из костной ткани. В структуре педиатрической онкологической патологии доля остеосаркомы - 3% от всех злокачественных опухолей у детей и подростков, что составляет 35-50% от всех злокачественных опухолей костей. В 50% случаев опухоль локализуется в проекции коленного сустава (дистальные отделы бедренной кости, проксимальные отделы большеберцовой кости).

Хирургическое лечение - одно из необходимых этапов при комбинированном лечении остеосаркомы. В современной онкоортопедии среди различных способов восстановления дефекта и функции конечности после удаления опухолевого очага лидирующие положения занимают высокотехнологические операции с использованием эндопротезов. Реабилитация таких пациентов длительная, требующая преемственности в оказании реабилитационных мероприятий.

Цель исследования. Оценить эффективность программы реабилитации пациентов на региональном этапе после эндопротезирования коленного сустава на фоне комбинированного лечения остеосаркомы с применением мультидисциплинарного подхода.

Материалы и методы. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий проводилась путем измерения окружностей на уровне средней трети бедра и голени, амплитуды движений в коленном и голеностопном суставах обеих ног, качества ходьбы.

Результаты и обсуждение. Под наблюдение была взята жительница Архангельской области 16 лет, с диагнозом: остеогенная саркома проксимального отдела левой большеберцовой кости. Из анамнеза известно, что заболела в октябре 2017 года, когда беспокоила боль в левой ноге ниже коленного сустава, усиливающаяся ночью и после длительной ходьбы, бега; далее несколько дней лихорадка, после обследования и обнаружения патологических изменений в анализе мочи лечилась стационарно по месту жительства с диагнозом: острый пиелонефрит. В динамике сохраняется интенсивная ноющая боль в левой нижней конечности, в декабре 2017 года при объективном осмотре педиатра: левая голень в верхней трети увеличена в объеме +3см. Отмечается болезненность при пальпации по передней поверхности левой голени ниже бугристости большеберцовой кости, там же локально инфильтрация без четких границ, без флюктуации. На Rg-грамме левой голени от 29.12.2017: определяются изменения в проксимальном метафизе большеберцовой кости в виде нарушения костной структуры (ячеистый характер с участками остеопороза и деструкции до 0,6x0,3 см), утолщения кортикального слоя, признаками периостита по задней поверхности («размытость» контура).

Диагноз: Острый гематогенный остеомиелит большеберцовой кости левой голени.

Произведена транспортная иммобилизация левой нижней конечности гипсовой лонгетой. 11.01.2018 направлена в хирургическое отделение Архангельской областной детской клинической больницы им. П.Г.Выжлецова для определения дальнейшей тактики ведения. При поступлении: объем левой голени в верхней трети больше на 2,5-3см, в сравнении с аналогичным участком правой голени. В области левого коленного сустава определяется образование размерами 2,5x2,5см, плотное, не смещаемое, болезненное при пальпации. Кожа над образованием слегка гиперемирована, с локальной гипертермией. По результатам компьютерной томографии: картина саркомы Юинга (под вопросом), остеогенной саркомы верхней трети левой большеберцовой кости (под вопросом). 19.01.2018 проведена трепанобиопсия образования. Переведена в отделение химиотерапии. Гистологическое заключение (НМИЦ ДГОИ): конвенциональная остеосаркома, остеобластический вариант. 14.02.2018 установлен венозный порт. С 15.02.18 начата терапия, всего проведено 6 блоков химиотерапии. 08.05.2018г. направлена на оперативное лечение в НМИЦ ДГОИ. 14.05.2018 выполнена операция: Удаление опухоли проксимального отдела левой большеберцовой кости и левой малоберцовой кости с эндопротезированием проксимального отдела большеберцовой кости и коленного сустава онкологическим эндопротезом с пластикой развернутым икроножным лоскутом. В лечении получала антибактериальную, антикоагулянтную, анальгетическую терапию, начата активизация с дополнительной опорой на костыли под контролем реабилитологов. Выписана в тяжелом, по заболеванию и послеоперационному периоду состоянии, в левом голеностопном суставе и суставах стопы отмечается отсутствие активных движений. Голеностопный сустав и стопа фиксированы в полимерной лонгете, на коленном суставе установлен ортопедический ортез. Даны рекомендации: разработка движений в голеностопном суставе с первых дней после операции. Ходьба на костылях с дозированной нагрузкой на оперированную ногу, осевая нагрузка 30% (чувство пола) с 6 недели постепенный выход на полную

осевую нагрузку в течение 4 недель. Через 6 недель с момента операции установка угла в ортезе 30 гр., начало разработки движений, увеличение угла на 10 гр., каждые 5-7 дней.

В Архангельской областной детской клинической больнице им. П.Г. Выжлецова продолжена адьювантная химиотерапия, активной реабилитации не применялось ввиду тяжести состояния на фоне лечения. Через 4 месяца после операции была создана мультидисциплинарная бригада. У пациентки выявлено: асимметрия нижних конечностей (окружность левого бедра меньше правого на 3 см, левой голени на 4 см), эквинусная установка левой стопы, болезненность по передней поверхности левой голени, угол сгибания в коленном суставе 30 гр. (все время находилась в ортезе), эмоциональная нестабильность. Разработан курс лечебной гимнастики, проведены индивидуальные занятия, направленные на увеличение амплитуды движений в коленном и голеностопном суставах, активизацию пациентки, формирование навыка ходьбы при помощи костылей. Применение ЛФК в период нахождения пациентки в стационаре не привел к значимому эффекту. Так как в условиях АОДКБ им. П.Г. Выжлецова нет возможности проведения механотерапии, после выписки из онкологического отделения, пациентка взята на амбулаторный этап медицинской реабилитации. Нами был разработан и проведен 2-х недельный курс лечебной гимнастики и механотерапии (тренажер пассивной разработки коленного и голеностопного сустава, стабиллоплатформа), направленный на выведение левой стопы в физиологическое положение, увеличение амплитуды движений в коленном и голеностопном суставах, формирование навыка правильной ходьбы.

На фоне положительного психоэмоционального состояния пациентки и проведенных мероприятий отмечается увеличение мышечной массы (разница между окружностью бедер составляет 2 см, голени 3 см) и силы мышц, уменьшение болезненности по передней поверхности левой голени, увеличение угла сгибания в коленном суставе до 50 гр. Пациентка стала перемещаться с одним костылем, перенося вес тела на левую ногу, что улучшило ее осанку и походку.

Выводы. Таким образом, данный клинический случай показал необходимость развития современных подходов реабилитации онкопациентов в медицинских организациях по месту жительства, преемственности этапов реабилитационных мероприятий. Реабилитационный потенциал в детском возрасте позволяет достигать положительный эффект даже при смещении сроков начала активного восстановительного лечения, достигать улучшения показателей физического и психологического состояния, улучшать качество жизни пациентов.

Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н "О Порядке организации медицинской реабилитации".
2. Физическая и реабилитационная медицина: Национальное руководство / Под ред. Г.Н. Пономаренко. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению детей с остеосаркомой. НИИ ДОГ ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Координатор – н.с. д хирургического отделения №3 НИИ ДОГ ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России – Сенжапова Э.Р.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ФАНКОНИ НА ФОНЕ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Горошникова А.Ю., Невиницына Д.А., Роткина Т.В., 6 курса, педиатрический факультет.

(Научные руководители: к.м.н. И.Г. Суетина, зав.педиатрическим отделением КОДКБ С.А.Зорина)

Кировский государственный медицинский университет, Киров, Россия

Актуальность. Анемия Фанкони - редкое наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, с вариабельной пенетрантностью и генетической гетерогенностью. Известно 19 генов, ответственных за развитие заболевания. Частота рождения детей с данной патологией 1:300 000 новорожденных. Для анемии Фанкони характерно угнетение всех ростков гемопоэза и врожденные аномалии развития.

Клинический случай. Под нашим наблюдением находились две девочки 4 лет и 12 лет с диагнозом анемия Фанкони. У первого ребенка была выявлена гетерозиготная мутация гена FANCD2, тромбоцитопения. У второй пациентки была диагностирована терминальная стадия анемии Фанкони.

У обеих отмечались в анамнезе низкая масса тела при рождении, с дальнейшим отставанием в физическом и нервно-психическом развитии. Наиболее характерными для обеих пациенток являются следующие врожденные аномалии развития: сходящееся косоглазие, полидактилия левой кисти, синдактилия II-III пальцев обеих стоп.

При этом у первой пациентки диагностированы: хронический тубулоинтерстициальный нефрит, гипопитуитаризм, соматотропный гормональный дефицит, вторичный гипотиреоз, ВПС, состояние после клипирования открытого артериального протока (2014 год).

У второй пациентки наблюдался: ДВС - синдром (клинико-лабораторный), носовые кровотечения, полиорганная недостаточность, дыхательная недостаточность 3 степени, печеночно-почечная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность, гастроинтестинальная недостаточность, отечный синдром.

При лабораторном обследовании в клиническом анализе крови у обеих пациенток выявлена анемия нормохромная, макроцитарная, гипорегенаторная, тромбоцитопения, лейкопения.

Во время госпитализаций пациентки находились на консервативном лечении: гемотрансфузионная заместительная терапия, системные ГКС и антибиотики. Первой пациентке, наряду с основным лечением был назначен гормон роста, на фоне которого отмечались положительные результаты (увеличение роста и улучшение аппетита). Однако учитывая нарастание уровня креатинина в крови, терапию гормоном роста, в связи с этим, временно прекратили. На фоне проводимого лечения у первой девочки, наблюдается положительная динамика при отсутствии дальнейшего прогрессирования заболевания.

У второй пациентки, не смотря на проводимое лечение, отмечалась отрицательная динамика. Констатирована смерть, причиной которой является ДВС - синдром (клинико-лабораторный), носовые кровотечения, полиорганная недостаточность, дыхательная недостаточность 3 степени, печеночная

недостаточность, почечная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность, гастроинтестинальная недостаточность, отек легких, асцит, гидроторакс, отек головного мозга.

Заключение. Одним из факторов, который привёл к летальному исходу, явилось отсутствие аллогенного донора гемопоэтических стволовых клеток.

ВОЕННЫЙ АРХАНГЕЛЬСК – ДЕТЯМ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА

***Девятая Я.Д., 1 курс, Скирденко В.И., 5 курс, педиатрический факультет
(Научные руководители: д.м.н., проф. В.И. Макарова, директор музейного
комплекса СГМУ А.В. Андреева)***

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

75 лет назад завершилась блокада Ленинграда, которая навсегда останется в памяти человечества как день полного освобождения города-героя из фашистского кольца в годы Великой Отечественной войны. Актуальность данного исследования обусловлена тем, что Великая Отечественная война для россиян остаётся и навсегда останется важной темой для изучения.

На протяжении многих лет на базе музейного комплекса СГМУ проводятся исследования об истории оказания помощи жителям блокадного Ленинграда в годы Великой Отечественной войны, особенно детям, сотни которых были эвакуированы в Архангельскую область, где были спасены от смертельных заболеваний учеными Архангельского государственного медицинского института (АГМИ). Целью исследования является необходимость установления вклада архангельских медиков и ученых АГМИ в спасение и лечение детей из блокадного Ленинграда.

Эвакуация населения из Ленинграда началась 29 июня 1941 г. и продолжалась по октябрь 1942 г. Сначала из города уезжали дети. Всего планировалось вывезти в Ярославскую и Ленинградскую области 390 000 детей. Десятью эшелонами была отправлена первая партия 15 192 ребенка со школами и детскими учреждениями. Им предстояло пройти тяжелый путь без горячей пищи, пережить холод, голод, гибель родных в таком малом возрасте. Около 170 000 детей

из следующих эвакуационных групп вынужденно вернулись в город, поскольку к югу Ленинградской области, где их разместили, стремительно приближались фашистские войска [5].

Тяжелые годы войны, эвакуации и освобождение от фашистского плена не могли не сказаться на росте заболеваемости, хронических расстройств питания. Высокая детская смертность фиксировалась в результате алиментарной дистрофии.

В период блокады алиментарная дистрофия доминировала среди заболеваний ленинградских детей и достигла своего максимума зимой 1941-1942 гг. По данным клиник Ленинградского педиатрического института, в 1941 г. дети, больные алиментарной дистрофией, составляли 27,8 % от общего числа больных, в 1942 г. – 45,5 %. Отмечалась общепатогенетическая роль как изменение реактивности организма в развитии и патоморфозе болезней, связанное с характером питания. Тяжелая алиментарная дистрофия, перенесенная блокадниками в раннем и подростковом возрасте и сопровождавшаяся морфо-функциональными нарушениями и изменениями реактивности организма, в дальнейшем способствовала снижению адаптационного потенциала и склонности к полиорганной декомпенсации при развитии осложнений. По официальным данным, алиментарная дистрофия была причиной смерти 632 253 ленинградцев-блокадников, по неофициальным – более миллиона человек [1].

Сегодня во всем мире существуют организации «блокадников», в которых преимущественно состоят бывшие дети, пережившие блокаду Ленинграда. Одним из подростков блокадного города была Т.Р. Грачева, сегодня она – первый заместитель председателя Совета Московской общественной организации ветеранов – жителей блокадного Ленинграда. Именно она помогла исследователям по истории медицины с получением информации и созданием выставки «Дети блокадного Ленинграда» в СГМУ.

Особенности дистрофии и влияние ее на организм подробно и всесторонне изучались в годы Великой Отечественной войны советскими учеными, в том

числе профессорско-преподавательским составом АГМИ. Ученые медики и химики вместе смогли справиться со многими чрезвычайными ситуациями военного времени.

Особый вклад в спасение и лечение детей из блокадного Ленинграда, прибывших в начале 1942 г. в Архангельск, внесли сотрудники кафедры педиатрии АГМИ, где под руководством профессора Макарова Ю.В. была разработана методика медикаментозного лечения с биологическими добавками из беломорских водорослей.

Уроженец Казани и выпускник Казанского медицинского университета Ю.В. Макаров был ярким представителем научной педиатрической школы. В 1935 г. вместе с супругой Г.А. Хайн-Макаровой он был направлен в Архангельск для развития новой кафедры детских болезней АГМИ. Супруги Макаровы в кратчайшие сроки обустроили клинику детских болезней в центре Архангельска, где, помимо детских палат, была развернута лаборатория и специальная аудитория для проведения лекционных занятий на примере пациентов. За 11 лет пребывания в Архангельске Макаровы внесли значимый вклад в развитие педиатрической научной школы на Европейском Севере [2].

С 1941 г. профессор Макаров назначен на должность заместителя директора АГМИ по научно-учебной части. Клиническая работа на кафедре совмещалась с научной деятельностью. Для выяснения влияния витамина В1 на желудочную секрецию сотрудники детской клиники АГМИ в 1943–1944 гг. проводили исследование детей с дистрофиями. Несколько статей Макаровых были посвящены применению так называемой альгиновой кислоты и ее солей (альгинатов), которые получали из беломорской водоросли *Laminaria saccharina*, при желудочно-кишечных заболеваниях у детей. Препараты показали хороший эффект при всех формах желудочно-кишечных расстройств у детей как раннего, так и старшего возраста.

Накануне и в годы Великой Отечественной войны Ю.В. Макаров сформировал команду своих последователей – учеников, которые впоследствии стали известными педиатрами. Среди них М.В. Пиккель, выпускница АГМИ 1939 г.,

ставшая впоследствии видным ученым, профессором. В своей кандидатской диссертации «Рахит у детей-дистрофиков» она отметила большую роль дистрофии, как в протекании физиологических процессов, так и в детской патологии: «Вполне понятно, что для детского организма, находящегося в состоянии интенсивного роста и вызванного с этим состоянием напряжения обменных процессов, дистрофия должна являться еще более неблагоприятным фактором и еще сильнее отразиться на всех процессах жизнедеятельности. При изучении этих вопросов было выделено, что характерной особенностью дистрофии является своеобразное влияние ее на течение острых заболеваний, а также и на проявление и течение почти всегда сопутствующих ей авитаминозов...» [4].

Авитаминозы при дистрофии отличаются стертой и неспецифичностью своих форм, что, однако, не лишает их специфического влияния на дистрофированный организм в наименьшей степени, чем при нормальном состоянии питания; в ряде случаев можно предполагать, что такое течение протекающих авитаминозов осложняет и состояние дистрофии. С точки зрения изучения отдельных гиповитаминозов на фоне дистрофии приобретает интерес течение рахита при дистрофии. Следует отметить, что необходимость изучения этого вопроса была вызвана еще и другими причинами. Тяжелые условия в период блокады Ленинграда увеличили количество больных рахитом детей, наряду с дистрофией. Причем значительно чаще стали встречаться тяжелые формы в сочетании рахита с дистрофией, особенно у детей более старшего возраста.

Одной из наиболее быстро прогрессирующих форм дистрофии была нома – «водяной рак», которую изучала профессор М.В. Пиккель. Эта болезнь характеризовалась неминуемой гибелью ребенка, истинной причиной чего был неукротимый распад воспаленных тканей под влиянием гнилостных бактерий при полном отсутствии защиты организма больного. Мария Владимировна лечила таких пациентов переливанием крови и, только что появившимся, сульфидином. Это лечение оказалось эффективным, но у многих детей челюстные кости были разрушены, требовались пластические операции. Для этого М. В. Пиккель

связалась с военным госпиталем, где был квалифицированный стоматолог, который выполнил операции на челюстях и осуществил костную пластику [3].

Эффективная работа педиатров и других специалистов по спасению северян и эвакуированных жителей Ленинграда стала возможной благодаря совместным исследованиям ученых-медиков АГМИ при непосредственном участии коллег из Архангельского водорослевого комбината.

Под руководством заведующего кафедрой общей химии АГМИ А.И. Ведринского изучались коллоидно-химические свойства альгиновой кислоты и ее солей, методы практического применения альгинатов, получаемых из водорослей и морской травы Белого моря. В результате был получен зоостерат натрия (пектиноподобное вещество), который с успехом применялся для лечения детей. Профессор И.З. Талалов предложил способы приготовления мазей из водорослей, которые с успехом применяются и в настоящее время. В дерматологической практике в качестве мазевой основы использовался альгинат натрия. Учеными была предложена мазь из альгиновой кислоты, которая широко применялась при лечении ожогов всех степеней [6].

Историки утверждают, что Архангельск в 1942 г. был на 2 месте по голодной смертности после блокадного Ленинграда. Высокая смертность была среди детей и взрослых от инфекционных заболеваний и истощения.

В годы Великой Отечественной войны известный ученый, в будущем – почетный гражданин г. Архангельска К.П. Гемп в тесном взаимодействии с архангельскими учеными и медиками внесла значимый вклад в спасение голодающих, болеющих и умирающих северян, а также эвакуированных жителей блокадного Ленинграда. Большая роль в этой работе принадлежала профессору АГМИ А.П. Татарову, вместе с которым были определены пищевые качества водорослей и возможность приготовления из них различных блюд, разработали рецептуру приготовления. Продукты с добавлением морских водорослей стали широко применяться в системе общественного питания города. Хлеб с добавлением беломорских водорослей вместо опилок стал спасением для северян и блокадников.

В 1943 г. К.П. Гемп была командирована в блокадный Ленинград для организации завода по выработке пищевых продуктов из водорослей. В воспоминаниях Гемп, представленных в книгах современников, можно узнать о трудностях, пережитых в блокаде. Благодаря сохранившимся на ленинградском складе сушеным запасам началось приготовление хлеба не с опилками, а с беломорскими водорослями. Один из таких хлебокомбинатов располагался на Васильевском острове. К.П. Гемп награждена медалью за оборону Ленинграда (1944).

Несомненно, труд медиков был самоотверженным подвигом. Болезни блокадников на протяжении многих лет изучают многие ученые, среди них В.Б. Симоненко, генерал-майор медицинской службы, академик Академии военных наук, член-корр. РАН, заслуженный врач России профессор, филиала ФГБУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова Минобороны России» (г. Москва), активно участвующий в продолжении исследовательской работы на базе музейного комплекса СГМУ.

Литература:

1. Александрова Р.А., Нутфуллина Г.М. Алиментарная дистрофия в блокадном Ленинграде: Санкт-Петербург, 2008. – С. 21-29
2. Андреева А.В., Чирцова М.Г. Имена казанских ученых в истории медицины Архангельской области / Казанский медицинский журнал. – № 2. – 2015. – С. 264–267.
3. Корякова М.Е., Андреева А.В. Нома: история и современность: Северный государственный медицинский университет – Архангельск, 2016. – С. 78-79.
4. Пиккель М.В. Рахит у детей дистрофиков: Дис. канд. мед. наук: Ю.В.Макаров; Арх. гос. мед. институт – Архангельск, 1946. – С. 1-2.
5. Симоненко В.Б., Магаева С.В., Симоненко М.Г., Пахомова Ю.В. Ленинградская блокада. Медицинские проблемы – ретроспектива и современность. – Москва: «Медицина», 2003. – С. 106-114.
6. Глянцев С.П., Андреева А.В., Самбуров Г.О. Северная научная медицинская школа: страницы истории (к 85-летию АМИ-АГМИ-АГМА-СГМУ) // OPERA MEDICA HISTORICA. Труды по истории медицины : Альманах РОИМ. Российское общество историков медицины. Москва, 2017. С. 352-365.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПЕРВОКУРСНИКОВ ВУЗА

Евдокимова К.А., 4 курс, факультет менеджмента, социальной работы и финансов

Научный руководитель: д.м.н. Г.Н.Светличная

Государственный институт экономики, финансов, права и технологий, г.Гатчина, Россия

Актуальность. Студенты, объединенные условиями обучения и образом жизни, составляют особую социальную группу, и состояние их здоровье является актуальным в медицинском и в социальном аспекте. Адаптация обучающихся к комплексу новых требований, специфичных для высшей школы, совпадает с заключительным периодом физиологического созревания организма. Пластичность функциональных систем здорового растущего организма способствует быстрой адаптации к различным воздействиям внешней среды [5]. Однако даже незначительные отклонения в состоянии здоровья приводят к тому, что организм не всегда адекватно реагирует на учебные нагрузки [2,3]. В течение последних лет регистрируется прогрессивное снижение уровня двигательной активности в сочетании с нарушением режима питания и неправильным образом жизни, что также способствует ухудшению состояния здоровья обучающихся на фоне возрастающего объёма учебной нагрузки [4]. В этой связи особого внимания заслуживает мониторинг физического развития и психофизиологического статуса студенческой молодёжи как основных параметров, характеризующих состояние здоровья.

Цель исследования: дать оценку уровня физического развития и функциональных резервов организма студентов-первокурсников.

Материалы и методы. Проведено обследование студентов первого курса Гатчинского института экономики, финансов, права и технологий (266 девушек и 142 юношей) в возрасте 17–18-ти лет. В работе мы применяли стандартные антропометрические методики [1, 6]: соматометрические (длина и масса тела, окружность грудной клетки) и физиометрические измерения (динамометрия,

пробы с задержкой дыхания Штанге и Генча). Обследование проводилось в первой половине дня в помещении кабинета врачебного контроля ВУЗа, с соблюдением принципов добровольности.

Оценка физического развития проведена в соответствии с нормативами «WHO Growth Reference 2007». В зависимости от числа стандартных отклонений (SD), отличающих значение длины тела учащихся от медианы возрастно-половой шкалы, выделены варианты физического развития: «среднее» ($\pm 1SD$); «выше среднего» (от $+1SD$ до $+2SD$); «высокое» (более $+2SD$); «ниже среднего» (от $-1SD$ до $-2SD$); «низкое» (менее $-2SD$). Гармоничность соотношения длины и массы тела оценивалась с помощью индекса (BMI), значение которого определялось путем деления МТ(кг) на квадрат ДТ(м²). В зависимости от соответствия значения BMI нормативам центильной шкалы выделены варианты физического развития: гармоничное (15–85 перцентили), дисгармоничное за счет дефицита массы тела (ниже 15 перцентилей), дисгармоничное за счет избыточной массы тела (85–95 перцентили); ожирение (выше 95-го перцентилей). Для оценки индивидуальных параметров физического развития использовался силовой индекс – процентное соотношение массы тела и мышечной силы ведущей руки человека. Статистическая обработка материала исследования выполнена методами вариационной статистики с помощью прикладных программ «STATISTICA v.10.0 © STATSOFT, USA».

Результаты и обсуждение. Нами выявлено, что у большинства студентов выявлено среднее физическое развитие, причем у юношей чаще (71,1%), чем у девушек (64,3%). Среди девушек было больше студенток с длиной тела выше среднего (23,7%; $p=0,0099$) и высокорослостью (4,1%; $p=0,08$), чем в группе юношей (16,2% и 1,5% соответственно). У студентов-юношей показатели длины тела ниже среднего (7,7%) и низкорослость (3,5%) встречались чаще, чем у однокурсниц (6,4% и 1,5% соответственно).

Соответствие показателей массы тела значениям длины тела отмечалось у большинства участников исследования, причем в группе девушек чаще (74,4%),

чем среди юношей (66,9%). У девушек преобладающим вариантом дисгармоничного физического развития были варианты, обусловленные дефицитом массы тела (14,7%). У юношей чаще встречались варианты физического развития, связанные с повышенным питанием: избыточная масса тела – 10,6% и ожирение – 8,5%. В группе девушек избыточная масса тела выявлена у 5,6% и еще у 5,3% зарегистрировано ожирение.

Нами проведено измерение некоторых функциональных показателей и расчёт их медианы, нижнего и верхнего квартилей ($[P^{25}-P^{75}]$) простыми тестами, позволяющими оценить функциональный резерв респираторной системы, являются пробы с задержкой дыхания Штанге и Генча. Показатели пробы Штанге с задержкой дыхания на вдохе были у юношей выше (67,5 [52,5–85,0]сек), чем у девушек (47,5 [40,0–60,0]сек; $p<0,05$). Существенной разницы показателей пробы Генча с задержкой дыхания на выдохе у юношей (35,0 [30,0–45,0]сек) и девушек (30,0 [25,0–39,5]сек) не выявлено. Кистевая динамометрия позволяет производить оценку мышечной выносливости – способности двигательного аппарата длительно поддерживать заданное усилие на постоянном уровне. Показатели динамометрии правой руки выше, чем левой руки, как у юношей (45,0 [40,0–50,0] и 41,0 [36,0–48,0]кгс), так и у девушек (27,0 [23,0–30,0] и 25,0 [20,0–28,0]кгс); уровень силы кисти у юношей выше, чем у девушек ($p<0,001$). Величина силы мышц тесно связана с объемом мышечной массы и массой тела соответственно. Поэтому при оценке результатов динамометрии важно учитывать как абсолютную кистевую силу, так и относительную. Средней величиной силового индекса считается соотношение, равное 60-80%. У обследованных нами юношей средние значения силового индекса соответствовали нижней границе нормы (61,0 [52,9–68,5]%), у девушек – значительно ниже нормы (48,4 [40,0–54,1] %).

Заключение. Нами выявлено, что у большинства первокурсников параметры физического развития соответствовали средним показателям. Однако у значительной части студентов выявлены дисгармоничные варианты физического развития, что требует углубленного, индивидуального анализа причин, вызвавших

данные отклонения. Отмеченное у девушек снижение как абсолютных, так и относительных показателей кистевой динамометрии свидетельствует о более низком функциональном резерве по сравнению с юношами.

Таким образом, необходима разработка комплекса профилактических программ, направленных на формирование здорового образа жизни и снижения риска дезадаптации к обучению в ВУЗе.

Литература:

1. Гладкая В.С., Грицинская В.Л., Галактионова М.Ю., Килина О.Ю. Методы и методики оценки роста и развития детей: учебно-методический пособие. Абакан, 2017. 84с.
2. Грицинская В.Л., Гордиец А.В., Галактионова М.Ю. и др. Клинико-метаболические показатели детей в период адаптации к школе // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2001. Т.80. №5. С.57-59.
3. Грицинская В.Л., Галактионова М.Ю. Клинико-психологические аспекты адаптации первоклассников // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2003. Т.23. С. 51-53.
4. Грицинская В.Л., Бекетова Е.В., Корниенко Т.В. Сравнительная характеристика физического развития городских и сельских школьников Красноярского края // Гигиена и санитария. 2012. Т.91. №4. С. 58-60.
5. Кильдиярова Р.Р., Макарова В.И., Лобанов Ю.Ф. Основы формирования здоровья детей. М.: ГЭОТАР. 2013. №5. С. 12-19.
6. Прахин Е.И., Грицинская В.Л. Информационно-сравнительная характеристика индивидуально-типологических оценок роста и развития детей // В сборнике: Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии. Красноярск, 1997. С.74-77.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ КЛЕНОВОГО СИРОПА

Елбонова Ю.А., 4 курс, медицинский институт

(Научный руководитель: к.м.н., доцент Еремина Е. Р.)

Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова, г. Улан-Удэ, Россия

Актуальность. Болезнь кленового Сиропа (Maple Syrup Urine Disease, лейциноз, разветвлённо цепочечная кетонурия, болезнь мочи с запахом кленового сиропа, болезнь кленового сиропа) - врожденный дефект метаболизма аминокислот, приводящий к появлению в моче большого количества валина, лейцина, изолейцина и аллоизолейцина, вследствие чего она приобретает запах кленового сиропа. Относится к классу редких (орфанных) заболеваний[1].

Впервые это заболевание описано в 1954 г. В английской и американской литературе оно больше известно под названием болезни кленового сиропа из-за запаха мочи, который похож на запах сиропа из кленового дерева.

Лейциноз обусловлен дефицитом дегидрогеназы α -кетокислот с разветвленной цепью, связанное с мутациями в генах BCKDHA, BCKDHB, DBT, DLD. Патогенез болезни кленового сиропа обусловлен накоплением разветвленно-цепочечных аминокислот, их производных и дефицитом других нейтральных аминокислот. В крови и моче повышается содержание изолейцина, валина и особенно лейцина, который главным образом определяет токсический эффект. Встречается с частотой 1 на 120–300 тыс. новорожденных [3]. Тип наследования заболевания – аутосомно-рецессивный. Данное заболевание включено в перечень жизнеугрожающих, тяжелых, редких болезней, согласно Постановлению Правительства РФ № 403 от 26 апреля 2012 г [2].

Заболевание характеризуется тяжелым течением, сопровождающимся задержкой развития, угнетением ЦНС, специфическим сладковатым запахом мочи, гипогликемией, мышечной гипотонией, кетоацидозом.

В данной работе приведен клинический случай наследственного нарушения обмена аминокислот – лейциноза - у пациента Максима Ц., 5 мес.

Был проведен генетический анализ, который показал наличие у пациента патогенных делеций, не приводящих к сдвигу рамки считывания. Тип подобных генетических заболеваний был описан в литературе, однако именно данный вариант мутации не описан в базе по мутациям человека HGMD.

Специфичность диагностики и лечения лейциноза заключается в том, что определить заболевание невозможно в пренатальном периоде и вплоть до 4-7 дня после родов, при проведении неонатального скрининга (анализ крови новорожденного с последующим её анализом методом ТМС). Новорожденные дети с лейцинозом не имеют фенотипических признаков заболевания. Заболевание протекает очень тяжело и нередко приводит к летальному исходу, основной причиной смерти служит отек мозга [4].

В связи с этим разбор данного клинического случая из практики представляется актуальным.

Цель исследования являлось изучение заболевания с выявлением клинических и лабораторных особенностей, характера поражения внутренних органов и оценкой динамики клинико-лабораторных показателей на фоне проводимой диетотерапии.

Материалы и методы - выписки из медицинской документации пациентов, открытые отечественные и зарубежные источники.

Для подтверждения диагноза основными методами являются биохимические. С помощью методов высокоэффективной жидкостной хроматографии или тандемной масс спектрометрии выявляют повышение концентрации аминокислот лейцина, изолейцина, валина в крови и моче. При проведении нейросонографии (НСГ) визуализируют признаки отека вещества головного мозга.

Дифференциальная диагностика проводится с гипоксическими поражениями нервной системы, внутричерепными кровоизлияниями и внутриутробными инфекциями.

Клинический случай. Максим Ц. 21.09.18 г.р. выписан из роддома на 4 сутки жизни в удовлетворительном состоянии. Телосложение правильное, стигм дизэмбриогенеза нет. Роды II, своевременные оперативные. На 8-е сутки жизни мама обнаружила вздутие живота у ребенка. На 9-е сутки жизни ребенок отказался от еды, срыгивал прозрачным желудочным содержимым, наблюдалось обильное слюноотделение, в связи с чем ребенок был госпитализирован в ОПННД №1 ДРКБ. Ребенок поступил на 11 сутки жизни в тяжелом состоянии.

Состояние ребенка при поступлении тяжелое, постанывал. Моча имела сильный сладкий, характерный приторный запах. В неврологическом статусе: сознание есть, крик не громкий, реакция на осмотр снижена, негативная на болевое раздражение. Отмечались эпизоды психоэмоционального возбуждения, поза полуфлексии, снижение спонтанной двигательной активности, мышечная гипотония. Периоды мышечного гипертонуса чередуются с выраженной гипотонией.

Диагностика болезни кленового сиропа основана на оценке данных анамнеза, клинических проявлений, результатах анализа уровня аминокислот

лейцина, изолейцина, валина в крови. Основными методами подтверждения диагноза являются биохимические методы: тандемная масс-спектрометрия (ТМС), аминокислотный анализ [4].

Методом прямого автоматического секвенирования проведен частичный анализ гена DBT (лейциноз, болезнь мочи с запахом кленового сиропа, болезнь кленового сиропа тип 2, MIM248600). В 7-м экзоне гена DBT (NM 001918, E-2 протеин), валидирована делеция трех нуклеотидов с.877_879del (p.293_293del) в гомозиготном состоянии (глубина покрытиях234).

Методом тандемной масс-спектрометрии в плазме крови, в пятнах высушенной крови выявляют повышение концентрации лейцина (AA Leu) и валина (AA Val). Показатели AA Leu на дату 08.10.18 значительно превышали границы нормы (30-370 мкМ/л) - 784,783 мкМ/л; показатели AA Val на дату 08.10.18 так же превышали норму (36-360 мкМ/л) – 675,394 мкМ/л. Однако с переходом на специализированное малобелковое питание повторный анализ ТМС (17.12.18) определил выраженное снижение показателей в пределах границы нормы - AA Leu 83,396 мкМ/л и AA Val 32,308 мкМ/л.

Кроме того, в динамике вследствие малобелкового рациона отмечается снижение общего белка и креатинина в крови.

Ребенку были проведены следующие исследования: НСГ – гипоксически-ишемическое поражение головного мозга. Умеренный отек головного мозга. Зрительные бугры значительно повышенной эхогенности, неоднородные. Тяжелое гипоксически-ишемическое поражение среднего мозга, таламических отделов. Осмотр окулиста – нейроангиопатия сетчатки. Рентгенография органов грудной клетки – легкие развернуты, легочные поля прозрачные, без видимой очаговых и инфильтративных теней. УЗИ органов брюшной полости – выраженных патологических изменений не обнаружено. УЗИ мочевыделительной системы – левая и правая почка расположены в типичном месте. Чашечки не дилатированы. Эхопатологии не выявлено. Анализ мочи на органические кислоты (лаборатория селективного скрининга) – в моче пациента повышена концентрация ряда метаболитов. Данные изменения могут быть обусловлены лейцинозом.

Посев крови на стерильность не выявил микрофлору и дрожжеподобные грибы. Анализ крови на С-реактивный белок отрицательный. Общий анализ крови – снижение общего белка [5].

Результаты и обсуждение. Состояние ребенка отмечалось незначительной положительной динамикой. Переведен на лечебное питание в 1 месяц и 10 дней. В настоящее время вскармливание лечебной смесью 80 мл MSUD AnamixInfant . В весе прибавляет.

Проведенное обследование позволило исключить неонатальный сепсис, врожденные пороки развития и подтвердить диагноз болезни кленового сиропа.

Пациенту рекомендовано наблюдение невролога, неонатолога, педиатра по месту жительства, посиндромная терапия и строгий контроль питания с низким содержанием белка из расчета 2,2 г/кг/ в сутки (1,1 г/кг/сутки за счет натурального белка+1,1 г/кг/сутки за счет специализированного питания MSUD AnamixInfant).

Заключение. Болезнь кленового сиропа (лейциноз) –генетически гетерогенное заболевание, прогноз для которого относительно благоприятный при ранней диагностике и тщательном метаболическом контроле. Отсутствие фенотипических признаков при рождении осложняет постановку диагноза.

При анализе медицинской документации пациента с болезнью кленового сиропа и данных литературы было показано, что несмотря на то, что лейциноз является редким генетическим заболеванием, клиническая симптоматика не имеет специфического характера. Своевременное направление ребенка на консультацию к врачу-генетику позволит провести диагностику и назначить специальную диету.[4]

Литература:

1. Баранов А.А. Врожденные и наследственные заболевания; руководство по педиатрии/ А.А Баранов, Б.С. Каганов, Р.Р. Шиляев. – Москва: Династия, 2007. – 544 с.
2. Диетотерапия при наследственных болезнях аминокислотного обмена. Методическое письмо / А.А. Баранов, Л.С.Намазова-Баранова, Т.Э. Боровик, и др. – Москва, 2013. – 97 с.
3. Клинические рекомендации: болезнь «кленового сиропа» у детей/ ред. совет: А. А. Баранов [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 53 с.
4. Кравченко, Л.В. Случай лейциноза у новорожденного ребенка / Л.В. Кравченко // Педиатрия. – Москва, 2015. – № 1. – С. 153–155.

5. Новиков П.В. Лечебная тактика коррекции метаболических расстройств у детей с наследственными заболеваниями обмена веществ / П.В. Новиков. – Москва: Оверлей, 2011. – 262 с.

НАПРАВЛЕНИЯ СКРИНИНГА ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ ПОДРОСТКОВ

Елизарьева Т.А., Малыгина Т.Е., 4 курс, лечебный ф-т

**(Научные руководители: д.м.н. профессор Соловьев А.Г.,
к.м.н. доцент Белова О.С.)**

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Актуальность проблемы обусловлена малокорректируемой тенденцией роста потребления психоактивных веществ (ПАВ) подростками. В рейтинге социальных проблем наркологические расстройства занимают одно из ведущих мест, уступая лишь преступности и безработице. Средний возраст первых проб алкоголя составляет 12,5 +/- 0,5 г., табака – 11,6+-0,8 г., наркотических средств - 13,9+-0,7 г. [4]. В докладе о наркоситуации в Российской Федерации Государственного антинаркотического комитета [1] было рекомендовано внесение изменений в законодательство с установлением обязательного социально-психологического тестирования и проведения профилактических медицинских осмотров учащихся образовательных организаций для раннего выявления потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Вместе с тем, до настоящего времени работа по раннему выявлению потребителей ПАВ среди подросткового контингента – группы риска по развитию наркологических заболеваний – остается разрозненной и малоэффективной. Одним из наиболее перспективных направлений целенаправленного выявления группы риска потребителей психоактивных веществ рассматриваются специальные скрининговые мероприятия.

Цель исследования: систематизация направлений скрининга группы подросткового наркологического риска.

Материалы и методы: полученные данные основываются на описательно – статистическом анализе различных источников информации.

Результаты и обсуждение. В соответствии с Приказом Минздрава России № 518н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучаю-

щихся в общеобразовательных организациях» [5] предусматривается три взаимосвязанных скринирующих этапа: анонимное социально-психологическое тестирование в учебном заведении, лабораторный анализ биологических жидкостей и осмотр врачом-наркологом в случае положительного результата на предыдущих этапах.

В качестве социально-психологических методов скрининга, направленных на выявление приверженцев систематического употребления алкоголя и других ПАВ, в европейских источниках предлагаются, в основном, анкеты для самостоятельного заполнения, разработанные специально для подростков, например, скрининг на выявление злоупотребления подростками ПАВ (SASSI-2, 2002), Диагностическое интервью детей и подростков (DICA-R), DAST-A (2000), AADIS (2003), а также используемые и среди взрослого населения опросники AUDIT, RAPI и др. [7]. Совокупность данных методик формально ориентирована на подростков 12-17 лет с попыткой оценки употребления ими широкого круга ПАВ - алкоголя, табака, кокаина, опиоидов, ингалянтов, седативных галлюциногенов, амфетаминовых стимулянтов. В то же время, указанные скринирующие инструменты показывают более высокую валидность при обследовании взрослого контингента психо-наркологического профиля, чем при тестировании учащихся общеобразовательных и профессиональных учреждений, что может быть связано с недостаточным учетом социальных факторов риска, влияния региональных условий и особенностей выявления потребления конкретных ПАВ.

Одной из попыток решения этих проблем явилось использование критериев оценки нарушения социально-психологической адаптации подростков групп наркологического риска, главным образом среди потребителей слабоалкогольной продукции [3]. Полученные с ее помощью результаты позволяют специалистам разного профиля (психологу, педагогу, социальному педагогу, подростковому наркологу) проводить раннюю профилактику, направленную на предупреждение развития зависимости. Предложенная методика позволяет не только объективизировать картину адаптации, но и выявить, какой из видов адаптации

нарушен у подростка, и может быть использована при организации мониторинговых исследований в общеобразовательных учреждениях.

Другим способом выявления аддиктов ПАВ является биохимический метод, применение которого реализуется во втором этапе профилактического осмотра. Из биологических маркеров для биохимического исследования возможно использование биологических жидкостей: кровь, моча, слюна; волос, ногтей, выдыхаемого воздуха. Наиболее вероятно обнаружение ПАВ и их метаболитов в крови или моче, однако первый способ отличается своей инвазивностью и сопряженными с этим рисками как для медработника, так и испытуемого (инфицирование, гематомы, повреждение сосудов и нервов). Поэтому наиболее приемлемым биологическим материалом для анализов является моча: он является достаточно доступным в необходимых количествах, имеет более простой биохимический состав в отличие от крови, а также содержит экскретируемые вещества в концентрированной форме. Период обнаружения в моче ПАВ и их метаболитов составляет от 6-8 часов до месяца (кокаин 12-72 ч, амфетамин 2-4 дня, метамфетамин до 6 дней, морфин до 3 дней, каннабис до 30 дней) [6].

Заключение. Результаты выборочных региональных исследований показывают, что проведение отдельных нецеленаправленных скрининговых мероприятий является малоэффективным. Для повышения их надежности требуется применение батареи скринирующих медико-социальных тестов (анкеты, опросники, интервью), социально-гигиенических и биологических методик. Полученные данные могут иметь не только ранее диагностическое значение для выявления подростков групп наркологического риска, но и для положительно зарекомендовавшего себя в коррекции отклоняющегося поведения молодежи [2] проведения в дальнейшем нового направления вторичной профилактики мотивационного консультирования.

Литература:

1. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2017 году // Государственный антинаркотический комитет РФ, 2018. <http://www.moavtovo.ru/docs/nar02092018-1.pdf>
2. Змановская Е.В. Девиантология. Психология отклоняющегося поведения. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.

3. Новикова Г.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Оценка нарушения социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации // Наркология. 2012. Т. 11. № 7 (127). С. 40-44.
4. Погосов А. В., Аносова Е. В. Особенности сочетания пивного алкоголизма с гашишной наркоманией у подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова - 2010. - №5. – вып. 2. – с. 28-32
5. Приказ Минздрава России от 6.10.2014 г. № 518н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ»
6. Чуприков А.П, Педак А.А., Клиническая наркология, 2006 – с. 93, 103.
7. Iana B. Crome, Roger Bloor и Betsy Thom. Screening for illicit drug use in psychiatric hospitals: whose job is it? The Royal College of Psychiatrists. - Advances in Psychiatric Treatment. - 2006; 12: P.375–383

ДОСТОВЕРНОСТЬ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА: «ВРОЖДЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ» У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ТЕЧЕНИЕ 72 ЧАСОВ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ.

Иванцова К.А., Макеева К.В., клинические ординаторы

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Актуальность. Врожденная пневмония- это острое инфекционное воспалительное заболевание респираторных отделов легких в результате анте и/или интранатального инфицирования, имеющее клинические и рентгенологические проявления в первые 72 ч жизни ребенка. Подтверждение диагноза врожденная пневмония возможно, если выявлен хотя бы один основной или три (и более) вспомогательных диагностических признака.

Основные: очаговые инфильтративные тени на рентгенограмме грудной клетки; высеv у матери и ребенка идентичной микрофлоры (при условии взятия материала в первые сутки жизни); при аспирационном синдроме развитие пневмонии в течение первых трех суток жизни. Вспомогательные диагностические критерии: лейкоцитоз более $21 \cdot 10^9/\text{л}$ в общем анализе крови на первые сутки жизни; отрицательная динамика в общем анализе крови на 2–3-и сутки жизни; усиление бронхосудистого рисунка при рентгенологическом исследовании в первые трое суток жизни; наличие инфекционных заболеваний у матери; наличие других гнойно-воспалительных заболеваний у ребенка в первые трое суток жизни; увеличение размеров печени в первые сутки жизни, иногда в сочетании

с доступностью для пальпации селезенки; тромбоцитопения менее $170 \cdot 10^9/\text{л}$; наличие жидкости в плевральных полостях с первых суток жизни.

Цель исследования. Оценить достоверность постановки диагноза: «врожденная пневмония» у новорожденных детей в течение 72 часов после рождения.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование на основании медицинской документации (истории развития новорожденных – ф. № 097/у) ГБУЗ АО «АОКБ ПЦ» ОПННД №1, ОРИТН за период с 1 июня по 30 ноября 2018 г. Критерии включения в исследование: доношенные и преждевременно рожденные новорожденные, у которых в выписке из стационара был выставлен диагноз: врожденная пневмония (срок гестации 26- 40 недель)

Результаты. Всего за период с 1 июня по 30 ноября 2018 г. было выписано 67 детей с диагнозом: «врожденная пневмония». У 27% новорожденных не было воспалительных изменений в общем анализе крови и очагово-инфильтративных изменений на рентгенограмме.

Рентгенологически подтвержденная врожденная пневмония была у 51% детей (наличие очаговых инфильтративных изменений на рентгенограмме органов грудной клетки) в первые 24 часа после рождения. У 35% детей наблюдался в общем анализе крови-лейкоцитоз более $20 \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево более 11% в первые 24 часа после рождения. Уровень С-реактивного белка более 6 мг/л в первые 24 часа после рождения наблюдался у 51% новорожденных. У 26% детей матери во время беременности имели инфекционные заболевания (острые респираторные вирусные инфекции, кольпиты, вагиниты). Длительный безводный промежуток (18 часов) был у 2%. 75% детей имело тахипноэ (Частота дыхания 60 в минуту и выше) в первые 24 часа после рождения. У 55% новорожденных отмечалось участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. У 61% детей аускультативно выслушивались хрипы в легких. Посев крови в первые 24 часа брался у 82% детей (роста микрофлоры не отмечалось). Посев мокроты в первые 24 часа брался у 33% новорожденных (роста микрофлоры не было). В респираторной поддержке (СРАР, ИВЛ, дотация кислорода

через маску) нуждался 61% новорожденных. Увеличение размеров печени в первые сутки жизни, иногда в сочетании с доступностью для пальпации селезенки отмечалось у 3% новорожденных. Наличие тромбоцитопении менее $170 \cdot 10^9/\text{л}$ было у 10 % новорожденных детей. 88% новорожденных антибактериальная терапия была назначена в первые 24 часа после рождения. Из них 31% получал терапию одним препаратом (Sultasin), 57% получали терапию двумя препаратами (Sultasin, Gentamycin). Длительность антибактериальной терапии: до 7 дней получали 57% детей, 7-14 дней 31% новорожденных.

Заключение. Исследование показало, что диагноз: «врожденная пневмония» был поставлен в первые 72 часа после рождения у 73 % детей. Основным критерием являлось: наличие очаговых инфильтративных изменений на рентгенограмме органов грудной клетки, вспомогательными диагностическими критериями являлся: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево в общем анализе крови.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Касицкая Е.Н., 6 курс, лечебный ф-т

(Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.В. Шниткова)

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Актуальность проблемы обусловлена тем, что бронхит является одним из самых распространенных инфекционных заболеваний дыхательной системы у детей. Заболеваемость бронхитом колеблется в зависимости от эпидемиологической ситуации по ОРВИ в пределах 80-250 на 1000 детей в год. Она выше среди детей раннего возраста (до 3-х лет) [1]. Особенности дыхательных путей predispose к наиболее частой встречаемости обструктивных и рецидивирующих форм. У части детей может происходить трансформация обструктивного бронхита в бронхиальную астму [2,4]. Поэтому своевременная профилактика, а в случае заболевания – диагностика и лечение бронхита способствуют предупреждению угрожающих жизни состояний или хронической патологии [3].

Цель исследования заключается в изучении клинических проявлений, данных лабораторно-инструментальных исследований течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста, анализа эффективности проведенного лечения.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось на базе педиатрического отделения №1. ОБУЗ ДГКБ №5 г. Иваново. В течение года в данном отделении клиники получают лечение около 1000 детей в возрасте от одного месяца до 3-х лет. На долю обструктивного бронхита приходится около 55,0% случаев.

Под наблюдением находились 320 детей. Первую группу составили дети в возрасте от 1-го месяца до 11 месяцев 29 дней (67-20,9%), вторую - дети с 1 года до 1 года 11 месяцев 29 дней (158 – 49,4%) и третью - дети с 2-х до 3-х лет (95 - 29,7%).

Проводилось клиническое, лабораторно-инструментальное обследование детей, анализ назначенного лечения и его эффективность. Для статистической обработки полученных данных использовались программы Excel2010, OpenEpi.

Результаты и обсуждение. Данные исследования показывают, что тяжесть заболевания у детей исследуемых групп чаще средней степени тяжести (68,7%; 75,9%; 87,36). У детей первого года жизни тяжелое течение заболевания выявляется в трети случаев (31,3%). Анализ клинических симптомов свидетельствует о том, что бронхообструктивный синдром развился у всех детей на фоне вирусной инфекции. У пациентов чаще диагностировалась субфебрильная температура (62,7%; 75,9; 87,6%), несколько реже фебрильная (37,3%; 24,1%; 12,6 %); кашель вначале заболевания сухой надсадный (17,9%; 33,3%; 29,5%), затем влажный (82,1; 66,7%; 70,5%). Выраженная одышка экспираторного характера с проявлениями тяжелой дыхательной недостаточности (40,5%; 18,3%; 11,4%) в подавляющем большинстве случаев регистрировалась у детей первого года жизни. При анализе физикальных данных выявлено, что тяжелые проявления интоксикации (слабость, вялость, отсутствие аппетита, нарушение сна, быстрая утомляемость, отсутствие интереса к играм, адинамичность) чаще встречались у

детей первых двух групп наблюдения (31,3% , 24,1%, 12,2%). Коробочный оттенок перкуторного звука, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, жесткое дыхание, большое количество влажных крупно - и среднепузырчатых хрипов выявлялось у детей всех групп наблюдения.

Основному заболеванию сопутствовали: тимомегалия (77,6%; 30,4%; 25,3%), последствия перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС (67,2%; 22,2%; 13,7%), атопический дерматит (29,9%; 15,0%; 22,1%). Функционирующие фетальные коммуникации (открытое овальное окно без нарушения кровообращения) отмечены у детей первых двух групп (31,3%; 15,8%). Оксалурия (47,8%; 50,0%; 56,8%), фосфатурия(10,4%; 9,5%; 8,4%) и уратурия (8,7%; 8,2%; 8,4%) выявлены у детей всех групп наблюдения. Анемия (26,8%), отит (8,7%), МАРС (дополнительная хорда левого желудочка - 10,3%) встречались у детей первого года жизни.

Изменения показателей крови соответствовали воспалительному процессу бактериальной (лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ - 46,1%; 53,8%; 56,7%) и вирусной (лимфоцитоз) этиологии (53,9%; 46,2%; 43,3%). Значительно реже во всех группах показатели общего анализа крови свидетельствовали о присоединении к вирусному бактериального воспаления (13,5%; 14,3%; 15,1%).

Часто в анализе мочи выявлялась соли (оксалаты, фосфаты, ураты – 70,9%; 71,8%; 77,1 %), что возможно связано с недостаточным питьевым режимом или дисметаболической нефропатией.

По данным рентгенологического обследования диагностировали диффузный патологический процесс: усиление бронхо-легочного рисунка, расширение корней легкого их расплывчатость, утолщение стенок бронхов.

Назначенное лечение соответствовало клиническим рекомендациям и стандартам.

В результате проведенного лечения состояние улучшилось. Исчезновение кашля к десятому дню болезни отмечено у 76,1% детей первой группы, 75,9% детей второй и 74,7% детей третьей группы наблюдения; симптомов интоксикации (на первой неделе пребывания в стационаре) более чем у половины детей

(68,5%; 70,2%; 72,2%) всех групп. Обструктивный синдром исчез на 2 день пребывания в стационаре у трети детей (30,1%, 33,5%, 36,7%), на 5-6 день - у половины (46,5%, 50,3%, 55,2%) и на 7-8 день у 23,4% детей первой, 16,2% - второй, 8,1% детей третьей группы. Бронхо-обструктивный синдром удерживался более долгое время у детей, матери которых активно курили. К моменту выписки из стационара физикальные явления в легких нормализовались у всех детей. Время пребывания пациентов в стационаре в среднем 9-10 дней. Дети выписаны домой с выздоровлением (85,6%; 87,3%; 90,1%) и улучшением (14,4%; 12,7%; 9,9%).

Лейкоцитарная формула нормализовалась к моменту выписки из стационара у 74,6 % детей первой, 79,1% детей второй и 86,3% детей третьей группы наблюдения.

После первого эпизода обструктивного бронхита гиперреактивность бронхов сформировалась у 11,3% детей раннего возраста. Этим детям показано наблюдение у пульмонолога и врача аллерголога – иммунолога.

Заключение. В ходе данного исследования было выявлено, что наиболее частым фоном развития острого обструктивного бронхита являются тимомегалия, последствия перенесенного гипоксическо-ишемического поражения центральной нервной системы, атопический дерматит.

Хорошо известно, что дети, страдающие тимомегалией, входят в группу риска по развитию аллергических, эндокринных, аутоиммунных и онкологических заболеваний, синдрома внезапной детской смерти, потому нуждаются в особом уходе и дополнительном наблюдении со стороны педиатра и детского аллерголога-иммунолога.

Более длительное и тяжелое течение острого обструктивного бронхита отмечается у детей, матери которых активно курят, у детей, имеющих сопутствующие заболевания - атопический дерматит, анемию.

Одним из факторов способствующих возникновению оксалурии, фосфатурии и уратурии является недостаточный питьевой режим. У этих детей имеется высокий риск развития воспалительных заболеваний почек.

Назначенное лечение детям с обструктивным бронхитом соответствует клиническим рекомендациям и стандартам.

Дети с данной патологией составляют группу высокого риска формирования бронхиальной астмы. Они нуждаются в соблюдении гипоаллергенного быта и диеты, исключении и ограничении контактов с больными респираторными заболеваниями.

Детям, получающим антибактериальную терапию необходимо проведение мероприятий по восстановлению микрофлоры кишечника.

Литература:

1. Домбровская, Ю.Ф. Заболевания органов дыхания у детей/ Ю.Ф. Домбровская. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2013. – 348 с.
2. Ежова, Н.В. Педиатрия: учебник/ Н.В. Ежова, Е.М. Русакова, Г.И. Кашеева. – 9-е изд., стер. – Минск: Вышэйшая школа, 2016. – 639 с.
3. Острый бронхит у детей. Клинические рекомендации Союза педиатров России.- Москва, 2015.- 27 с.
4. Шабалов, Н.П. Детские болезни: Т.1, учебник для ВУЗов/ Н.П. Шабалов. – 8-е изд. – Санкт-Петербург: Питер, 2015. – 928 с.

СПОСОБЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТИ

Князева Е.В, 5 курс, педиатрический ф-т

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Актуальность. Синдром внезапной детской смерти в настоящее время занимает одно из первых мест среди причин постнеонатальной младенческой смертности. По определению Национального Института Здоровья Ребенка и Развития Человека (NICHD): *«СВДС – это внезапная смерть грудного ребенка в возрасте до одного года, которая остается необъяснимой после проведения полного посмертного исследования, включающего вскрытие, исследования места смерти и анализ медицинской документации. Случаи, не подпадающие под это стандартное определение, включая те, при которых не было произведено посмертное исследование, не должны диагностироваться как СВДС. Случаи, не соответствующие данному определению, которые после тщательного посмертного исследования остались неясными, должны классифицироваться, как*

неопределенные, необъяснимые и т.п.». Данные о распространенности этого заболевания подтверждают крайнюю актуальность его дальнейшего изучения. Так, наиболее высокие показатели частоты встречаемости СВДС (от 0,7 до 1,5 на 1000 родившихся живыми) зарегистрированы в Новой Зеландии, Австралии, Англии, США. В Российской Федерации статистические данные по частоте развития синдрома внезапной смерти детей нуждаются в обновлении. Доступны данные за 1999 г., когда частота заболевания составила 0,43 на 1000 родившихся живыми. По данным ВОЗ, доля этого синдрома в структуре младенческой смертности в указанных странах составляет от 15 до 33%. Всего в год в странах Европейского содружества регистрируется около 6 тыс. случаев СВДС, а в США – около 5 тыс. случаев (Бокерия Л.А., 2009). В Архангельской области в 2016 г. в 2,5 раза сократилось число детей, умерших от синдрома внезапной детской смерти – с 5 детей (6,0 процентов) до 2 детей (2,5 процента), однако в 2017 г. этот показатель вырос до 7,0%.

Цель исследования: определить наиболее часто встречающиеся прогностические признаки СВДС у детей, погибших в результате этого синдрома на территории Архангельской области с 2014 по 2018 гг.

Материалы и методы: в исследовании были проанализированы протоколы заседаний лечебно-контрольной комиссии по педиатрии министерства здравоохранения Архангельской области по разбору случая смерти ребенка, данные из которых были соотнесены с 3-мя таблицами для прогнозирования и распознавания СВДС: по И.А. Кельмансону, по И.М. Воронцову и Магдебургской таблиц баллов СВДС. Всего исследовано 25 протоколов ЛКК. Результаты получены путем подсчета % от общего числа исследуемых.

Результаты исследования: по данным протоколов ЛКК средний возраст детей на момент смерти составил 3 месяца. Половое соотношение следующее: 44% - девочки и 56% - мальчики.

Согласно вычислительной таблице для распознавания случаев СВДС по И.А. Кельмансону 60% детей были осмотрены врачом-педиатром за 2-14 дней

до гибели, однако в 100 % случаев за сутки до смерти у детей отмечалась нормальная температура тела или измерение не требовалось, а так же у 80% по данным вскрытия признаки пневмонии отсутствовали.

Исходя из анализа данных протоколов ЛКК и соотношения их с Магдебургской таблицей баллов СВДС, умершие дети были от первых или вторых родов в 68% случаев. При характеристике спального места и позы младенца установлено, что 48 % спали на спине и столько же на перине или очень мягком матрасе.

В таблице И.М.Воронцова наглядно отражен один из основных факторов риска СВДС – курение матери во время беременности. Исходя из анамнеза жизни, 64% женщин не отказались от курения на время беременности. Анализируя акушерский анамнез матери, 68% женщин имели 2 и более беременностей, а у 64 % предшествовавших искусственных аборт не было. В 72% случаев срок постановки на учет в женской консультации по беременности составил менее 15 недель. Однако не менее важна информация о ребенке, так 44% детей при рождении имели массу 3000-3499 г, 76 % приложены к груди в первые сутки, а 60 % получали смеси в рационе питания.

Выводы: СВДС нельзя предугадать, но его можно спрогнозировать и принять необходимые меры профилактики для сведения риска к минимуму. Это возможно воплотить в жизнь, если хорошо собрать анамнез и начать профилактическую деятельность в самые ранние сроки. Исследование показало, что наиболее значимыми прогностическими признаками являются, курение матери во время беременности, спальное место и положение ребенка во время сна, акушерский анамнез матери и наличие искусственных смесей в рационе ребенка.

ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Кокоулина А.Ю, клинический ординатор

(Научный руководитель: д.м.н. В.Л. Грицинская)

**Национальный медицинский исследовательский центр им.В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург, Россия**

Актуальность. Одним из основных показателей здоровья школьников является уровень и гармоничность физического развития. На физическое развитие детей оказывают влияние многочисленные экзогенные факторы, среди которых наиболее значимым является питание в различные периоды жизни [6]. Проведенные исследования показали, что качество питания влияет на рост и развитие детей в раннем [2], дошкольном возрасте [3] и в период школьного обучения [4,5]. Тем не менее, данных об изменении нутритивного статуса детей в динамике за длительный временной период недостаточно.

Цель исследования: изучить динамику гармоничности физического развития детей за время обучения в школе.

Материалы и методы. Обследованы 414 учащихся общеобразовательных школ г. Санкт-Петербурга (213 мальчиков и 201 девочка) в возрасте 16-ти лет. Обследование школьников включало соматометрию и анализ медицинской документации (форма 026у). Для оценки нутритивного статуса мы использовали широко применяемый в мировой практике массо-ростовой индекс (ВМІ), значение которого определялось путем деления массы тела (кг) на квадрат длины тела (m^2). В зависимости от соответствия значения ВМІ нормативам центильной шкалы выделены следующие варианты физического развития: гармоничное (15–85 перцентили), дисгармоничное за счет дефицита массы тела (ниже 15-го перцентиля), дисгармоничное за счет избыточной массы тела (85–95 перцентили); ожирение регистрировалось при превышении значения ВМІ показателей 95-го перцентиля [1]. Статистическая обработка материала исследования выполнена методами вариационной статистики с помощью прикладных программ «STATISTICA v.10.0 © STATSOFT, USA».

Результаты и обсуждение. Проведенный нами анализ данных соматометрии подростков показал, что гармоничное физическое развитие было у 68,7% мальчиков и 69,5% девочек. Дисгармоничные варианты физического развития, обусловленные дефицитом массы тела, в группе девочек регистрировались чаще (15,5%), чем у мальчиков (11,7%; $p=0,05$). Избыточная масса тела определялась чаще у мальчиков (14,9%), чем у девочек (8,5%; $p=0,039$). Ожирение регистрировалось у 4,7% мальчиков и 3,5% девочек.

Мы провели ретроспективный анализ физического развития этих школьников в возрасте 8-ми лет. В начале школьного обучения большинство детей имели гармоничное физическое развитие, причем у девочек оно регистрировалось чаще (71,5%), чем у мальчиков (59,3%; $p=0,014$). Дисгармоничные варианты физического развития, обусловленные повышенным питанием (избыточная масса + ожирение), встречались и у мальчиков (17,3% + 5,2%), и у девочек (13,0% + 2,5%) чаще, чем дефицит массы тела (18,2% и 13,0% соответственно). За время обучения в школе структура физического развития в обследованной группе учащихся в целом не изменилась. У мальчиков число детей с гармоничным физическим развитием увеличилось ($p=0,043$); одновременно уменьшилось число детей, имеющих дефицит ($p=0,05$) и избыточную массу тела. В группе девочек число лиц с гармоничным физическим развитием практически не изменилось; увеличилось число детей с дефицитом массы тела и снизилось с повышенным питанием.

Мы проанализировали также динамику массо-ростовых соотношений внутри групп детей с различным физическим развитием. В группе учащихся, имевших в начале школьного обучения гармоничное соотношение длины и массы тела (270 человек), сохранилось гармоничное физическое развитие у 198 детей (73,3%); у 40 детей (14,8%) появился дефицит массы; у остальных – избыточная масса тела. У детей с дефицитом массы тела (65 человек) у каждого третьего школьника (32,3%) сохранился недостаток массы, у остальных физическое развитие стало гармоничным. В группе детей, имевших избыточную массу тела (63 человека), у 20 детей (31,7%) сохранился избыток массы тела; у 4 подростков

зарегистрировано ожирение; а у 39 учащихся (61,9%) физическое развитие стало гармоничны. В группе детей, с показателями ВМІ превышающими 95-й перцентиль (16 человек), у 6 школьников (37,6%) произошла нормализация соотношения длины и массы тела; у остальных осталась повышенная масса тела (избыточная масса тела и ожирение поровну).

Заключение. Полученные нами результаты являются пилотным проектом и служат поводом для проведения дальнейшего исследования. Учитывая, что организм школьников находится в процессе постоянного и непрерывного роста и развития, и нарушение его нормального хода следует рассматривать как показатель неблагополучия в состоянии их здоровья. Следовательно, необходим своевременный анализ информации о состоянии физического развития подрастающего поколения, что может лечь в основу разработки программ по его укреплению. Одновременно необходимо повышение медицинской активности по усилению мотивации школьников к формированию пищевого поведения, позволяющего поддерживать оптимальные соотношения длины и массы тела; а также усиление эффективности профилактики отклонений физического развития.

Литература:

1. Гладкая В.С., Грицинская В.Л., Галактионова М.Ю., Килина О.Ю. Методы и методики оценки роста и развития детей: учебно-методический пособие. Абакан, 2017. 84с.
2. Грицинская В.Л., Фурцев В.И., Топанова Л.В. Влияние вида вскармливания на прирост массы тела детей первого года жизни // Вопросы детской диетологии. 2008. Т.6. №4. С. 18-21.
3. Грицинская В.Л., Салчак Н.Ю., Корниенко Т.В. Региональные и этнические особенности питания и их влияние на физическое развитие дошкольников // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2012. Т.91. №6. С. 108-110.
4. Грицинская В.Л., Санчат Н.О., Омзар О.С. Современные тенденции роста, развития и здоровья детей и подростков Республики Тыва. Красноярск. 2009. 100с.
5. Грицинская В.Л., Бекетова Е.В., Корниенко Т.В. Сравнительная характеристика физического развития городских и сельских школьников Красноярского края // Гигиена и санитария. 2012. Т.91. №4. С. 58-60.
6. Кильдиярова Р.Р., Макарова В.И., Лобанов Ю.Ф. Основы формирования здоровья детей. М.: ГЭОТАР. 2013. №5. С. 12-19.

ВУИ ИЛИ НЕ ВУИ: ВОТ В ЧЕМ ВОПРОС

**Коцемба А.Н., Лукачева В.С., 5 курс, Коробицына А.А., 6 курс,
педиатрический ф-т**

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Актуальность. Внутриутробные инфекции (ВУИ) — группа инфекционно-воспалительных заболеваний плода и детей раннего возраста, которые вызываются различными возбудителями, но характеризуются сходными эпидемиологическими параметрами и нередко имеют однотипные клинические проявления. Заболевания развиваются в результате внутриутробного (анте- и/или интранатального) инфицирования плода [1]. В Российской Федерации не существует единых, чётких критериев постановки диагноза ВУИ, что чаще приводит к гипердиагностике внутриутробных инфекций.

Цель исследования - определить правомерность постановки диагноза «Внутриутробная инфекция» при выявлении серологических маркеров инфекций.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование с включением 73 детей, направленных в амбулаторно-поликлиническое отделение Центра инфекционных болезней ГБУЗ АО «АОКБ» по поводу выявления антител к следующим возбудителям: цитомегаловирус (ЦМВ), токсоплазма, хламидия, вирус простого герпеса 1,2 типа. Количественные данные представлены в виде частот и абсолютных цифр.

Результаты. Возраст детей варьировал от 8 дней до 10 месяцев, превалировала возрастная группа до 3 месяцев (51%). Только 11 пациентов (12,2%) были направлены на консультацию по поводу выявления серологических маркёров ВУИ в периоде новорожденности.

Поводом для обследования на маркёры возбудителей ВУИ были затяжная желтуха – у 34% (N=25), перинатальное поражение центральной нервной системы – 27% (N=20), изменения, выявленные при нейросонографии, – у 9%

(N=7), структурные нарушения печени по данным ультразвукового исследования – у 11% (N=8). При этом у одного ребёнка могло быть несколько симптомов. У 23% детей клинических проявлений инфекций не было.

В 50,7% случаев (N=37) методом иммуноферментного анализа были выявлены антитела к одному возбудителю. Чаще всего обнаруживались маркёры ЦМВ – 39,7 % (N=29), у 8,2 % (N=6) детей выявлены маркеры токсоплазмоза, в единичных случаях – антитела к вирусу простого герпеса 1,2 типа и хламидиям.

В крови 49,3% (N=36) обнаруживались маркёры сразу нескольких инфекций, среди которых преобладало сочетание маркёров ЦМВ и токсоплазмоза – 38,9 % (N= 14), а так же ЦМВ и вируса простого герпеса 1,2 типа – 19,4% (N=7).

Чаще всего пациенты направлялись к инфекционисту по поводу выявления антител к ЦМВ (IgG и/или IgM) – 39,7 % (N=29). Из них только 9 (31%) были направлены к инфекционисту в периоде новорожденности, когда диагноз ВУИ правомерен. В остальных случаях не представлялось возможным исключить постнатальное инфицирование.

Только у 1 ребёнка, направленного в периоде новорожденности выявлялись IgM, что было расценено, как ВУИ. У данного ребёнка единственным проявлением ЦМВ инфекции была желтуха длительностью более 2 недель с повышением уровня трансаминаз. У всех остальных новорожденных (N=8) обнаруживались только IgG. При обследовании их матерей также были обнаружены IgG к ЦМВ в титре, близком к концентрации антител в крови ребёнка. Вышесказанное позволило сделать вывод, что IgG у детей данной группы были получены трансплацентарно от матери.

Двадцать детей были направлены на консультацию по поводу маркёров ЦМВИ в возрасте старше 1 месяца. Среди детей данной группы IgM к ЦМВ были обнаружены у 20% (N=4). Возраст детей варьировал от 2 до 8 месяцев. Возможно, инфицирование и было в перинатальном периоде, однако по срокам выявления маркеров инфекции диагноз внутриутробной инфекции уже не правомерен.

IgG к ЦМВ были обнаружены у 80% (N=16). Только три из 16 матерей были обследованы на маркёры ЦМВ и у всех из были обнаружены антитела в титре, близком к детским. У остальных детей с IgG к ЦМВ невозможно исключить перенесённую ВУИ или констатировать присутствие материнских антител в крови.

Заключение. Таким образом, диагноз «Внутриутробная инфекция» был правомочен только у 1 из 73 детей, имевшего затяжную желтуху и направленного на консультацию инфекциониста в периоде новорожденности. В 61% случаев дети обследованы в возрасте старше 1 месяца, когда сложно исключить постнатальное инфицирование. У 23% детей не было клинических проявлений инфекций, что ставит под вопрос целесообразность проведенного обследования.

Литература:

1. Чернышева М.Л. Современные представления о комплексной профилактике внутриутробных инфекций. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные науки. 2014. С. 10-12.
2. Самсыгина Г.А. О предрасполагающих факторах и факторах риска развития неонатального сепсиса и о современных подходах его лечения. Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. 2012; 91 (3): 32-37.
3. Кузьмин В.Н., Арсланян К.Н., Харченко Э.И. Современный взгляд на проблему внутриутробной инфекции// Медицинский научно-практический портал .Лечащий врач . 2016. № 3. С. 5-7.
4. Cao B., Stout M.J., Lee I., Mysorekar I.U. Placental microbiome and its role in preterm birth. Neoreviews. 2014; 15 (12): p.537–p.545.
5. Ohlsson A., Lacy J.B. Intravenous immunoglobulin for suspected or subsequently proven infection in neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2010.

ВЛИЯНИЕ ПРОСМОТРА МУЛЬТФИЛЬМОВ НА ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

Москвина Е.Б., Петрова А.С., 3 курс, педиатрический ф-т

(Научный руководитель: асс. А.М.Морозов)

Тверской государственной медицинской университет, Тверь, Россия

Актуальность: Тема мультфильмов особенно актуальна для современного общества, так как мультипликационные фильмы являются, чуть ли не самым главным развлечением у детей на данный период времени. Не каждый нынешний мультипликационный фильм позитивно влияет на психическое и физическое здоровье и состояние школьников младшего возраста. Мультфильмы, где много доброты и нет насилия, могут способствовать хорошему развитию ребенка, а те,

где много злости, развивают у ребенка тревожные состояния, неуверенность в себе, появляются панические страхи [1].

Цель исследования: выявить влияние мультипликационных фильмов на познавательную активность, параметры психического состояния, изменения мировоззрения и отношений с людьми и, как следствие, влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний.

Материалы и методы: был проведен классический обзор научной литературы, затем анкетирование 120 учеников третьих классов МБОУ СШ №53, просмотр эпизодов из мультипликационных фильмов, анализ собранных данных.

Результаты и обсуждение: формирование ребенка происходит с самого детства [7]. Основное воздействие на воспитание в детском возрасте оказывают мультипликационные киноленты [5]. Последнее время их появляется достаточно много, и иностранного, и Российского происхождения. Большое количество мультипликационных фильмов приводит к мысли о воздействии на развитие личности школьников нашей страны. Подрастающее поколение воспринимает информацию в виде представлений, и как следствие из этих представлений формируется его миропонимание, выстраиваются взаимоотношения с окружающими людьми [2].

В новейших мультипликационных картинах можно указать на большое количество недочетов, которые отрицательно воздействуют на развитие детского сознания и психики, а именно:

Цветовые характеристики. Проанализировав сочетание цветов в мультфильмах, которые показывают по каналу «Карусель» в детское время, например, в мультипликационной картине «Клуб Винкс», мы определили, что цветовые характеристики персонажей слишком яркие, а само превращение девушек в фей сопровождается частыми бликами различных цветов в телевизоре, из-за чего дети не имеют возможности отвлечься и подумать, не развивается внимание, которое необходимо для учебы.

Женская красота. Женские персонажи большинства мультипликационных фильмов на одно лицо [2]. Из-за постоянного повторения в телевизоре одинаковых образов с несуществующей внешностью формируется эстетичный шаблон [3]. Происходит замена настоящей красоты «стандартами». И, как следствие, у мальчиков сформирован «идеал» женской красоты.

Злость и насилие. Очень много детей подражают главным героям мультфильмов. В нашем анкетировании мы выявили, что 75% хотят быть похожими на мультипликационных героев. Сюжет, построенный на насилии, агрессии и злости, презентуется как веселье, как что-то очень увлекательное, веселое. Так глумятся герои мультфильма «Ну, погоди!» друг над другом. Глумление и агрессия героев мультипликационных фильмов показывают детям, что это очень увлекательно и весело. При этом 35 детей – 29% всех опрошенных, считают волка своим любимым персонажем и хотят быть на него похожим. Также постоянная вражда к окружающим преподносится в «Черепашках-ниндзя». Происходит неосознанное подталкивание ребёнка к суициду, так как персонажи постоянно умирают и воскресают.

Полная вседозволенность. Ужасные действия и поступки не предотвращаются и не наказываются, а иногда приветствуется – у детей образуются шаблоны вседозволенности. Не заметны явные и четкие границы между добром и злом. В мультипликационных кинолентах и хорошие герои совершают ужасные поступки, но ради благих целей.

Откровения во взаимоотношениях. Персонажи Российских, отечественных мультипликационных картин не претендуют на реалистичность [6]. А иностранные, претендуя на реалистичность, обладают красивыми и физиологичными формами, иногда позволяют вести себя как женщины вульгарного, легкого поведения. Очень часто в данных мультфильмах все женские формы на показ. Даже дотрагиваться в фильмах к женским героиням можно, как к любой вещи. По мнению большинства детских психологов, взрослые шаблоны поведения раннего дошкольного времени развивают в ребенке влечение, к чему ребенок еще не готов с функциональной и моральной точки зрения [4].

Влияние мультфильмов на системы органов и организм в целом. Большинство психологов считает, что 60-80% болезней развиваются из-за психических и психологических факторов. Такие заболевания часто начинаются с легких симптомов, проявляющихся психосоматическими реакциями. К ним относят диспепсические явления: тошнота, снижение аппетита, метеоризм; кожные высыпания в виде крапивницы; головные боли разной локализации. Со стороны нервной системы психосоматика проявляется невротическими симптомами. Сюда относятся трудности с засыпанием, частые пробуждения, тягостные сновидения, плаксивость, пугливость, страхи темноты, одиночества, сказочных персонажей, вредные привычки (раскачивание на стуле, сосание ручки или карандаша).

Систематический стресс, частое напряжение приводят к конкретным поражениям. Например, причинами нейродермита у детей являются волнение и чувство незащищенности.

Нами было проведено анкетирование 120 учеников третьих классов, в ходе которого выявлено, что 93% (112 из 120) выберут мультфильмы, вместо прогулки с друзьями, у 69% (83 человека) недостаток сна (менее 7 часов), среди них причиной позднего засыпания у 84% (70 детей из 83) «мультики», 67 из 70 - 96% очень переживают, волнуются из-за «мультиков», в связи с чем испытывают проблему с засыпанием, 65 из 67 страдают от головных болей, имеют частую заболеваемость, 60 из 67 ответили, что во время переживаний при просмотре мультфильмов постоянно испытывают зуд в области кистей рук и предплечий, страдают онихофагией.

Выводы. У 54% детей из опрошенных выявлены нарушения со стороны систем органов из-за мультфильмов. 97% из них страдают от головных болей, имеют частую заболеваемость. 89% процентов из них ответили, что во время переживаний при просмотре мультфильмов постоянно испытывают зуд в области кистей рук и предплечий, страдают онихофагией. Было выявлено, что около 93% процентов предпочтут просмотр мультфильма прогулке. 58% детей плохо спят из-за

избыточного просмотра мультфильмов. В соответствии с этим, мы можем сделать вывод, что мультфильмы отрицательно влияют на мышление, развитие и здоровье ребенка.

Литература:

1. Влияние мультфильмов на психологическое состояние детей младшего школьного возраста // Шишова М. Э., Шишова Д. Э., Саева Ю. А. / Юный ученый. — 2017. — №2.2. — С. 107-112.
2. Влияние современных мультфильмов на сознание ребенка // Чинченко В. Н/ Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2014. – Т. 20. – С. 3581–3585.
3. Влияние современных российских мультфильмов на формирование гендерных стереотипов поведения у детей // Головкина Е. М/ Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2014. – Т. 20. – С. 3316–3320.
4. Дошкольное медиаобразование в России: анализ мнений экспертов // Немирич А.А./ Дистанционное и виртуальное обучение. -2012. -№ 3. – С. 25-33.
5. Как сохранить душевное здоровье ребенка// Авдеев Д. А. / М.: Софтиздат, 2012 – С.10.
6. Мультфильмы в воспитательно-образовательной работе с детьми // Бурухина А.Ф. / Воспитатель ДООУ. 2012. №10. -С.60-71.
7. Основы формирования здоровья детей: учебник под ред. А. С. Калмыковой. // А. С. Калмыкова/ - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - С.384.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВПС, ПОТРЕБОВАВШИХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Никитина С.Ф., клинический ординатор

(Научный руководитель: д.м.н. Образцова Г. И.)

Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность: Врожденные пороки сердца в структуре всех аномалий развития занимают одно из ведущих мест, составляя 22% от всех пороков развития. [2]

Общая распространенность ВПС составляет 8 на 1000 родов (5,6 – 15,32 в зависимости от страны) [1]

Рождаемость детей с пороками сердца в РФ: от 3,2 до 8,0 на 1000 новорожденных и имеет тенденцию к росту. [3] Большая часть таких детей нуждается в ранней хирургической коррекции, поскольку при отсутствии своевременного лечения на 1-м году жизни умирает около 55% детей с ВПС, а к 5-летнему возрасту погибает подавляющее большинство (85%). [1]

Внедрение в практику пренатальной диагностики врожденных пороков развития и совершенствование хирургических методов лечения привело к тому,

что акцент хирургического пособия при ВПС сместился на период от первых суток до 1 года жизни. ЭХОКГ – является основным методом в диагностике ВПС. В то же время диагноз и дальнейший выбор тактики ведения и лечения пациента с ВПС определяются только в результате целостного клинический подхода, когда анализируются все кластеры информации. Поскольку ЭКГ остается высоко информативным методом для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей с ВПС существует необходимость в совершенствовании интерпретации ЭКГ у таких детей

Цель исследования: Создание учебного пособия, в котором рассмотрены электрокардиографические изменения при различных пороках сердца у детей в возрасте до 1 года.

Материалы и методы: Проведен анализ ЭКГ здоровых детей в возрасте до 1 года, а также ЭКГ детей с ВПС (коарктация аорты, дефект межжелудочковой перегородки, общий атрио-вентрикулярный канал, синдром гипоплазии левых отделов сердца, Тетрада Фалло, атрезия легочной артерии, единственный желудочек сердца) в возрасте до 1 года, потребовавших кардиохирургической коррекции.

Результаты. Проведено сопоставление клинических данных, данных ЭХОКГ с электрокардиографической картиной в формате персонального подхода. Сформировано описание - интерпретация ЭКГ детей с ВПС с учетом возрастных особенностей «картины» ЭКГ, а также суммы клинико-инструментальных данных. Полученные данные, а также теоретическая информация объединена, систематизирована, структурирована и представлена в учебном пособии.

Заключение: Внимательный анализ ЭКГ ребенка с ВПС может существенно дополнить информацию о степени напряжения работы отдельных камер сердца, успешности их адаптации к функционированию в условиях измененной гемодинамики. Сведения, полученные при анализе ЭКГ, могут оказать влияние на принятие решения лечащим врачом по тактике ведения пациента с ВПС.

Литература:

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Бокерия Е.Л., Басаргина Е.Н. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца. 2015. 8 с., 20 с.
2. Земинская Д. И. Детская инвалидность / Д. И. Земинская, Л. С. Балаева. -М. : Мед., 2001. – С. 34-47.
3. Мутафьян О.А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О.А.Мутафьян. - СПб.: СПбМАПО, 2005. – С.479.

ОСНОВЫ АУСКУЛЬТАЦИИ И МЕТОД ЦИФРОВОЙ КАРДИОСПЕКТРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Новицкая Т.В., клинический ординатор

(Научный руководитель: д.м.н. Образцова Г.И.)

Национальный медицинский исследовательский центр имени

В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Аускультация сердца является неотъемлемой частью объективного обследования детей. В амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения первичная диагностика болезней сердца основывается на аускультации сердца, по результатам которой формируются показания для направления ребенка на более сложные аппаратные методы обследования, в частности, эхокардиографию, для уточнения диагноза.

Сердечно-сосудистая система детей разного возраста имеет определенные анатомо-физиологические особенности, которые влияют на аускультативную картину звуков сердца при его работе, и являются основой для формирования функциональных шумов в сердце. Несмотря на четкие критерии функционального шума в сердце и понимание механизмов его образования, на практике при помощи классической аускультации не всегда удается с уверенностью провести дифференциальную диагностику между органическим и функциональным шумом в сердце у детей.

Аускультация является самым субъективным методом обследования. В поисках решения данной проблемы, а так же для регистрации звуковых явлений, выходящих за границы возможностей органа слуха человека, в свое время был разработан метод графического отображения звуковых явлений при работе сердца - фонокардиография. Фонокардиография имела преимущества перед

классической аускультацией, повышала качество дифференциальной диагностики заболеваний сердца, что благоприятно сказалось на развитии кардиохирургии и кардиологии в целом. Однако, в связи с развитием метода эхокардиографии, фонокардиография утратила свою диагностическую ценность.

В настоящее время, вследствие научно-технического прогресса стал доступен современный метод цифрового спектрального анализа фонокардиограмм - кардиоспектрография. Новая методика цифровой кардиоспектрографии имеет преимущества перед классической осциллометрической фонокардиографией и классической аускультацией.

Регистрация кардиоспектрограмм с помощью современных портативных электронных стетоскопов достаточно проста в техническом плане и становится все более доступной по цене, что определяет возрастающий интерес к этому методу со стороны врачей различных специальностей.

Цель исследования заключалась в освоении методики цифровой кардиоспектрографии, создание библиотеки кардиоспектрограмм аудио-файлов звуков сердца у детей разного возраста в норме, создание учебного пособия и разработка практического занятия с формированием навыков составления аускультативного и кардиоспектрографического заключения.

Материалы исследования. Для исследования в группу здоровых детей были включены 28 детей от рождения до 18 лет, соответствующие следующим критериям: структурно нормальное сердце, подтвержденное эхокардиографически, отсутствие острой инфекционной патологии, интоксикации, гипертермии на момент обследования, нормальные показатели уровня гемоглобина, нормостеническая конституция. Методы, использованные в нашей работе: стандартное клиническое обследование (анализ жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания); объективное обследование пациента – аускультация сердца; инструментальные методы обследования - эхокардиография и цифровая кардиоспектрография, полученная при помощи аускультации детей электронным стетоскопом Litmann 3200.

Результаты. Нами было разработано учебное пособие для врачей педиатров и детских кардиологов «Основы аускультации и метод цифровой кардиоспектрографии в оценке сердечной деятельности у здоровых детей». Материал учебного пособия представлен теоретической частью, а так же содержит приложения на компакт-диске.

Содержание учебного пособия состоит из введения, 6 глав и списка литературы. В основной части учебного пособия подробно рассматриваются вопросы особенностей восприятия органом слуха человека звуковых явлений, возникающих при работе сердца с физической точки зрения, описывается метод цифровой кардиоспектрографии, включая преимущества и недостатки метода, а также методика получения кардиоспектрограмм и аудио-файлов при помощи современных электронных стетоскопов. В последующих главах рассматриваются общие правила и порядок аускультации сердца, обсуждается происхождение тонов сердца на основе анализа литературы. Отдельное место отводится анатомо-физиологическим особенностям сердечно-сосудистой системы у детей разного возраста, с приведением большого количества клинических примеров и кардиоспектрограмм здоровых детей.

К учебному пособию прилагается компакт-диск, содержащий аудио-файлы и кардиоспектрограммы здоровых детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет и соответствующие им аускультативные и кардиоспектрографические заключения. Одновременное прослушивание аудио-файлов и просмотр кардиоспектрограмм детей позволяет пользователям на конкретных примерах лучше понять особенности аускультации детей разного возраста. Благодаря сохранению и накоплению полученной информации при аускультации детей электронным стетоскопом, имеется возможность практического обучения основам аускультации у детей, что делает метод цифровой кардиоспектрографии ценным и в педагогической деятельности.

Нами разработано практическое занятие, которое включает в себя просмотр кардиоспектрограмм, прослушивание аудио-файлов здоровых детей раз-

ного возраста и составление аускультативных и кардиоспектрографических заключений. Библиотека кардиоспектрограмм и аудио-файлов содержит по 2 кардиоспектрограммы и по 4 аудио-файла на каждого ребенка, согласно классическим точкам аускультации.

Большой интерес в контексте нашей работы вызывает дифференциальная диагностика функциональных и органических шумов при врожденных пороках сердца. Эти вопросы являются целью нашего дальнейшего исследования. В настоящее время уже имеются аудиофайлы и спектрограммы 13 детей с врожденными пороками сердца: ДМПП, ЧАДЛВ, ДМЖП, ОАП, АВК, Стеноз легочной артерии, тетрада Фалло, Аортальный стеноз, Коарктация аорты, аномалия Эббштейна, недостаточность митрального клапана, недостаточность аортального клапана, недостаточность пульмонального клапана.

Заключение. Таким образом, современная цифровая кардиоспектрография является полезным дополнением к классической аускультации сердца, так как позволяет получить объективные данные при обследовании ребенка, улучшить диагностику заболеваний сердца и качество оказания медицинской помощи.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ (предварительное сообщение)

Пучкова О.В., 5 курс, педиатрический ф-т,

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Макарова А.И., 2 курс, медицинский факультет, Университет Южной Флориды, США

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

Актуальность проблемы обусловлена отрицательной тенденцией в состоянии соматического здоровья детей подросткового возраста на фоне ухудшения экологических условий и качества жизни, а также недостаточной осведомленности в вопросах репродуктивного здоровья и здоровья в целом. Только 7,3% детей в возрасте 15-17 лет можно считать здоровыми (2). За последние 15 лет распространенность нарушений репродуктивной системы у школьников выросла в 3,4

раза (3). В литературе имеются данные об информированности о репродуктивном здоровье подростков 12-14 лет и опыте организации Школы благополучия подростка (1). В доступной литературе мы не нашли информации, касающейся подростков старшего возраста (15-18 лет).

Цель исследования: оценить степень осведомленности подростков о репродуктивном здоровье, социально значимых заболеваниях для разработки в последующем образовательной программы для этого контингента.

Материалы и методы: на основании специально разработанной анкеты, включающей вопросы о знании проблемы репродуктивного здоровья, социально значимых заболеваний, приверженности к здоровому образу жизни было проведено анкетирование 207 подростков в возрасте от 15 до 18 лет, обучающиеся по школьной программе или программам среднего профессионального образования. Каждый вопрос анкеты имел градацию вариантов ответа от 0 до 5. Критерии включения: возраст детей от 15 лет 6 месяцев до 17 лет 5 месяцев 29 дней. Критерии исключения: возраст, не соответствующий требованиям. Процедура выбывания из исследования: отказ от исследования, отсутствие одного или нескольких параметров исследования. Исследование проводилось с информированного согласия подростков, одобрено Комитетом по этике ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Результаты и обсуждение: средний возраст подростков в выборке составил 16 лет, из них 54% девочек, 46% мальчиков. К сожалению, в 7% случаев подростки не имеют представления или не уверены в том, как наступает беременность, у девочек этот процент составляет 20, а у мальчиков 80%. Также было выявлено, что 74% исследуемых считают, что информированы в вопросах репродуктивного здоровья мало или вовсе не информированы. Каждый пятый подросток хотел бы больше узнать о физиологических особенностях женского и мужского организма, у мальчиков 38%, у девочек 62%. Удалось выяснить, что 45% респондентов никогда не беседовали с врачами о половом воспитании, тут процент девочек и мальчиков распределился поровну. Значимым примером недостатка знаний в этой проблеме является количество девочек и мальчиков,

считающих или сомневающих, что ВИЧ-инфекция передается через поцелуи; показатель составил 26,5%: так считают 43% девочек и 57% мальчиков. Подростки не дополучают необходимые знания и начинают изучение половых отношений с личного опыта, опыта сверстников, советов интернета, что может привести к тяжелым последствиям (гинекологические заболевания, ранняя беременность). Фактическими источниками информации о половом воспитании подростки назвали интернет - 46,2% и сверстников - 39,1%. Тот факт, что интернет являлся первым фактическим источником информации по вопросам полового воспитания, мы связали с несовершенством современной системы специализированной помощи, отсутствием системы занятий по половому воспитанию в общеобразовательных учреждениях.

Заключение: таким образом, для подростков возраста 15-18 лет характерен низкий уровень медико-социальной грамотности по вопросам репродуктивного здоровья и социально значимых заболеваний: отмечается дефицит культуры полового воспитания, недостаточный охват в общеобразовательных учреждениях занятиями по вопросам полового воспитания, особенно у юношей. В результате дети сами начинают искать недостающую информацию, выбирая самый лёгкий путь – интернет и опыт сверстников.

Литература:

1. Павлова А.Н. Школа благополучия подростка / А.Н. Павлова, С.И. Серегина // Правовые и этические проблемы современной медицины: сб. науч. тр. межрегион. научно-практической конфер. – Архангельск, 2015. - С.113.
2. Роль центров здоровья в реализации национальной стратегии действий в интересах детей / О.А. Игнатова [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. - 2016. - Вып. 2, том 18. - С.445-448.
3. Рубец Е. И. Преморбидные факторы в генезисе нарушений репродуктивного здоровья девочек и девушек : автореф... дис. ... канд. мед. наук / Е. И. Рубец. – М., 2015. – 24 с.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА О ПРОФИЛАКТИКЕ ЙОДОДЕФИЦИТА

Сарыглар В.Б., клинический ординатор

(Научный руководитель: д.м.н. В.Л. Грицинская)

**Национальный медицинский исследовательский центр им.В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург, Россия**

Актуальность. Йододефицитные заболевания, обусловленные недостаточностью йода в окружающей среде, являются одними из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека [5]. Многочисленные негативные явления, возникающие вследствие дефицита йода, обусловлены неадекватным синтезом тиреоидных гормонов [4]. Особо уязвимыми к дефициту йода периодами жизни являются детский и подростковый возраст, когда недостаточность йода оказывает значительное негативное влияние на уровень интеллектуального, физического и полового развития [1–3]. В рамках реализации “Глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний на 2013–2020 годы” Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала новые рекомендации по обогащению пищевой соли йодом для ликвидации йододефицитных заболеваний [6]. Несмотря на доступность профилактики йододефицита, в ряде исследований показана недостаточная информированность населения о йодном дефиците и способах его профилактики [5]. Учитывая, что Ленинградская область относится к территориям с природным дефицитом йода в почве, воде и в местных пищевых продуктах, мы провели наше исследование.

Цель исследования: определить уровень информированности школьников мегаполиса о возможностях профилактики йододефицита.

Материалы и методы. Методом случайной выборки на основе добровольности проведено интервьюирование старшеклассников средних школ в различных районах г. Санкт-Петербурга. В опросе, проведенном с помощью специально разработанной анкеты, приняло участие 308 школьников (142 мальчика и 158 девочек) в возрасте от 15-ти до 17-ти лет. Анкета включала вопросы, позволяющие оценить знания учащихся последствий йодного дефицита для организма человека; особенностей поведения в сфере профилактики; частоты употребления йодированной соли респондентами в питании. Статистическая обработка материала исследования выполнена методами вариационной статистики с помощью прикладных программ «STATISTICA v.10.0 © STATSOFT, USA».

Результаты и обсуждение. Анализ данных нашего исследования показал, что 43,0% респондентов знают о проблеме биосферного йодного дефицита в Ленинградской области; 34,7% – затруднились с ответом; по мнению 22,3% учащихся – данной проблемы в регионе нет.

Оценивая методы профилактики дефицита йода, 60,4% респондентов отметили их доступность и дешевизну; 28,1% обучающихся считали, что способы профилактики трудодоступны и дорогие; а остальные (11,5%) не знали о наличии профилактических мероприятий. Среди продуктов с высоким содержанием йода 28,7% респондентов отметили морскую капусту; морскую рыбу отметили 7,3% обучающихся. Также высокое содержание йода отметили в речной рыбе (3,7%), в свежих овощах и фруктах (4,2%), мясе и мясных продуктах (3,5%), в молочных продуктах (0,4%), в крупах и макаронах (1,2%). Затруднились с ответом 56,6% школьников.

Поскольку йод относится к эссенциальным микроэлементам, которые не обладают способностью накапливаться в организме и, следовательно, должны поступать в организм человека регулярно. Йодированная соль в большинстве случаев способна удовлетворить суточную потребность организма. Анализ предпочтений участников опроса при покупке соли показал, что йодированную соль приобретает всего 14,6% семей школьников; морскую соль приобретают в 17,4% семей; обычную соль – в 43,6%. Не обращают внимания на качество соли при покупке 24,4% респондентов.

В домашних условиях употребляют йодированную соль постоянно 4,7% респондентов; преимущественно йодированную соль – 19,8%; чаще пользуются обычной солью, чем обогащенной йодом 34,9%; не пользуются йодированной солью в 40,6% семей школьников. На содержание йода в соли оказывает существенное влияние условия хранения её в домашних условиях. Знают, что соль следует хранить в банке с плотной крышкой 57,4% респондентов; часть школьников считают приемлемым хранить йодированную соль в открытой солонке (7,6%) и магазинной упаковке (12,9%); остальные учащиеся испытывали затруднения при ответе.

Для оценки уровня употребления продуктов, богатых йодом, мы проанализировали регулярность наличия в рационе питания морепродуктов. Наиболее доступной для учащихся из морепродуктов была рыба, которая присутствовала в рационе питания ежедневно у 4,7% обучающихся. Не чаще одного раза в неделю употребляли морепродукты 32,5% школьников; 2–3 раза в месяц – 34,7% респондентов. Практически не использует в питании морепродукты (употребляет реже, чем один раз в месяц) 28,1% школьников.

Из числа принявших в опросе школьников регулярно получали препараты, содержащие йод 6,9% респондентов. Курсами в осенне-зимний период препараты йода принимали 13,4% школьников; эпизодически получают йод с лекарственными препаратами 28,7% учащихся. Более половины респондентов (51,0%) совсем не принимают йод содержащие препараты.

Заключение. Нами выявлено, что большинство старшеклассников недостаточно осведомлено о проблеме йодного дефицита, его последствий для растущего организма. Выявлен низкий уровень употребления йодированной соли в домашних условиях, причём значительная часть респондентов не знают и/или не соблюдают условия хранения, позволяющие сохранить концентрацию йода в соли. Также отмечено низкое поступление йода с продуктами. Коррекцию недостаточности йода с помощью медикаментозных препаратов получают менее половины обследованных школьников.

Таким образом, необходима разработка комплекса профилактических программ, направленных на формирование профилактического поведения у школьников, способствующего снижению риска отклонений в состоянии здоровья, как самих подростков, так и их будущего потомства.

Литература:

1. Грицинская В.Л., Гордиец А.В., Галактионова М.Ю. и др. Клинико-метаболические показатели детей в период адаптации к школе // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2001. Т.80. №5. С.57-59.
2. Грицинская В.Л., Галактионова М.Ю. Клинико-психологические аспекты адаптации первоклассников // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2003. Т.23. С. 51-53.
3. Грицинская В.Л., Бекетова Е.В., Корниенко Т.В. Сравнительная характеристика физического развития городских и сельских школьников Красноярского края // Гигиена и санитария. 2012. Т.91. №4. С. 58-60.

4. Кильдиярова Р.Р., Макарова В.И., Лобанов Ю.Ф. Основы формирования здоровья детей. М.: ГЭОТАР. 2013. №5. С. 12-19.
5. Трошина Е.А., Платонова Н.М., Абдулхабирова Ф.М., Герасимов Г.А. Йоддефицитные заболевания в Российской Федерации: время принятия решений. Москва. 2012. 232с.
6. ЮНИСЕФ; Глобальная сеть по йоду. Рекомендации по мониторингу программ йодирования соли и оценке статуса йодной обеспеченности населения (русскоязычная версия) // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2018. Т.14. №2. С. 100-112.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ МАТЕРИ В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Скачкова Т.Н., Владимирова Е.В., клинические ординаторы

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Актуальность проблемы обусловлена растущим числом женщин, которые в репродуктивном возрасте имеют серьезные хронические заболевания. Это определяет необходимость лечения их как во время беременности, так и после родов, то есть в период лактации.

Цель исследования: оценка лекарственной терапии матери во время лактации и изучение безопасности её применения для ребенка, находящегося на грудном вскармливании (ГВ).

Материалы и методы: изучение распространенности проводилось путем анкетирования родильниц, с помощью специально разработанной анкеты. Статистический анализ полученных данных производился с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2007 и SPSS 13.0.

Результаты и обсуждение. Изучение лекарственной терапии матери во время лактации проводилось на основании специально разработанной анкеты, содержащей вопросы, касающиеся продолжительности грудного вскармливания предыдущих детей, а также лекарственных препаратов, принимаемых лактирующей женщиной. В исследование было включено 35 женщин послеродового отделения Перинатального центра ГБУЗ АО «АОКБ». Отмечено, что 21 (60%) женщина были повторнородящие. Мы оценили продолжительность ГВ предыдущих детей – до 1 года и более вскармливали детей 13 (61%) женщин, 8 (39%) родильниц вскармливали детей менее 1 года. 30 (86%) опрошенных женщин указали на

факт приема лекарственных препаратов в послеродовом периоде. В период грудного вскармливания женщины одновременно получали до 5 лекарственных препаратов.

При анализе принимаемых препаратов лидирующую позицию занимают препараты железа для лечения дефицитной анемии, которые принимали 20 опрошенных рожениц (66,6%). Второе место занимал ингибитор протонного насоса – Омепразол (26,6%). Далее в убывающем порядке следовали фолиевая кислота (16,6%), препараты кальция (13,3%) и инсулины (13,3%), препараты для заместительной терапии заболеваний щитовидной железы (10%), нестероидные противовоспалительные препараты (10%), гипотензивный препарат Бисопролол (6%), противосудорожные препараты – Карбамазепин и Вальпроевая кислота (3,3%), спазмолитик Дротаверин (3,3%), аскорбиновая кислота (3,3%). В среднем, на одну лактирующую женщину приходится 2 лекарственных препарата.

На основании проведенного исследования женщины чаще всего принимают препараты железа. В инструкции к их применению, а также в справочнике Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) «Грудное вскармливание и лекарственная терапия матери», а также в базе данных при национальной медицинской библиотеке Lactmed указано, что препараты железа полностью совместимы с грудным вскармливанием [2, 3]. Инструкция по применению Омепразола гласит – данный препарат противопоказан при беременности и лактации. Возможно, это связано с недостаточностью клинических исследований, которые позволили бы производителю рекомендовать применять Омепразол при лактации.

Препараты инсулина высокомолекулярные, не проникают через лактационный барьер, поэтому не являются противопоказанием для назначения в период лактации [1, 2, 3]. Если парентеральные формы не противопоказаны при лактации, то по пероральным сахароснижающим препаратам нет достоверных данных о безопасности их применения у лактирующих женщин [2, 3, 4].

Препараты для заместительной терапии заболеваний щитовидной железы, полностью совместимы с ГВ. В отношении тиреостатиков вопрос решается индивидуально, в большинстве случаев тиреостатическая терапия с ГВ не совместима [1, 2, 3].

Заключение. Таким образом, можно определить основные принципы медикаментозной терапии в период лактации. Во-первых, следует помнить, что отсутствие информации о переносимости того или иного препарата во время лактации еще не означает отсутствие опасности. К тому же регулярно появляются результаты новых исследований по безопасности такой терапии, и рекомендации по применению лекарств у кормящих женщин могут со временем изменяться. Для большинства терапевтических показаний существуют препараты выбора, которые практически безопасны для ребенка, находящегося на естественном вскармливании. По возможности, должна проводиться монотерапия.

Литература:

1. Шефер К., Шпильманн Х., Феттер К. Лекарственная терапия в период беременности и лактации. Пер. с нем. под ред. Б. К. Романова. М.: Логосфера. 2010. 768 с.
2. Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs. Geneva: World Health Organization. 2002. 35 p.
3. Drugs and Lactation Database (LactMed) // URL: <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm> (дата обращения: 11.01.19).
4. Shaefer C., Peters P, Miller R. C. Drugs during pregnancy and lactation. Treatment options and risk assessment. Second edition. Elsevier. 2007. 875 p.

ГРУППЫ РИСКА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО НАРУШЕНИЮ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

**Султаншина А.Ю., Ибатулина А.А., 6 курс, педиатрический ф-т
(Научные руководители д.м.н. проф. А.Г.Соловьев, к.м.н. доц. Белова О.С.,)
Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия**

Актуальность. Категория детей «группы риска» (ГР) (в виде риска для общества, который они создают, и риска потери ими жизни, здоровья, возможностей развития) все чаще становится предметом медико-социальных, психологических эпидемиологических исследований. Большая часть детей ГР имеет особенности

физического, психического, социального развития, к которым, как правило, относят нарушение здоровья с ограничением возможностей физического развития, трудности в воспитании и обучении, семейную дисфункциональность и другие, но проблема их выявления отличается недостаточной изученностью.

Целью исследования явилась систематизация совокупности детей раннего возраста ГР по нарушению психического развития с учетом анализа влияния внутренних и внешних факторов риска.

Результаты. Совокупность детей ГР с проблемами в психическом развитии, в целом, подразумевает следующие группы [5]:

- дети с проблемами в развитии, не имеющими резко выраженной клинико-патологической характеристики;
- дети, оставшиеся в силу разных обстоятельств без попечения родителей;
- дети из неблагополучных, асоциальных семей;
- дети из семей, нуждающихся в социально-экономической и социально-психологической помощи и поддержке;
- дети с проявлениями социальной и психолого-педагогической дезадаптации.

Особенностью детей ГР является то, что они находятся под воздействием комплекса внутренних и внешних нежелательных факторов. На психическое развитие детей раннего и дошкольного возраста оказывают значительное влияние сопутствующая соматическая и неврологическая патология, образовательный уровень родителей, тип воспитания и другие медико-биологические факторы [3]. В этиологии психических нарушений детей ГР выявлено множество разнообразных социальных факторов риска, играющих патогенную роль в формировании различных отклонений в развитии [4]. Наряду с ярко выраженными вариантами асоциальных вариантов обстоятельства жизни и поведения родителей, отсутствия у семьи постоянного места жительства, фактов жестокого обращения с детьми, все чаще обращается внимание и на донозологические формы аддиктивного поведения, обусловленного потреблением социально разрешенных психоактивных веществ – алкоголя и табака во время беременности [2;6].

Ввиду возрастающей распространенности расстройств аутистического спектра в последние годы особую значимость приобретает ранняя диагностика и выявление этой ГР детей, отличающихся наличием таких проявлений, как качественные нарушения в социальном взаимодействии и коммуникации: задержка или полное отсутствие разговорной речи, без попытки компенсировать это жестикоммуляцией и мимикой; повторяющаяся и стереотипная речь; отсутствие указательного жеста и способности к совместному вниманию; неспособность поддерживать визуальный контакт; отсутствие привязанности к родителям и эмоционального контакта, а так же ограниченные повторяющиеся стереотипные поведение интересы и активность [1].

Заключение. Таким образом, многообразие ГР детей раннего возраста с проблемами психического развития требует оказания междисциплинарной превентивной помощи на основе комплексного анализа факторов риска и этиопатогенеза начальных проявлений выявленных расстройств, с привлечением к коррекционной работе бригады специалистов: врачей (психиатра, невролога, педиатра), дефектолога, психолога, социального педагога и обязательным вовлечением семьи.

Литература:

1. Белова О.С., Соловьев А.Г. Региональные особенности оказания помощи детям с расстройствами аутистического спектра // Медицинский Альманах №5, 2018, С.176-179
2. 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 (83). С. 49-52.
3. Бочарова Е.А., Белова О.С., Соловьев А.Г. Психическое здоровье и отклонения в развитии у детей раннего и дошкольного возраста Учебное пособие для врачей. - Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2018. – 114 с.
4. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медико-социальные факторы риска в формировании отклонений в психическом и речевом развитии в детском возрасте // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2002. Т. 47. № 4. С. 39-42.
5. Скобло Г.В. Психопатологические аспекты нарушений пищевого поведения в первые годы жизни. Психиатрия. 2013;04(60):61.
6. Ульяновская Т.Н., Соловьев А.Г. Социально-психологические особенности беременных женщин, употребляющих алкоголь // Экология человека. 2010. № 4. С. 42-45.

ВЛИЯНИЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ
Ткач М.О., 1 курс, высшая школа социально-гуманитарных наук и междуна-
родной коммуникации
(Научный руководитель: доц. к.б.н. Е.В. Шалаурова.)
Северный (Арктический) федеральный университет имени
М.В. Ломоносова, Архангельск, Россия

Актуальность. Сегодня все чаще в практической работе приходится сталкиваться с самоповреждающим поведением в подростковом возрасте. В России каждый четвертый школьник в кризисной ситуации думал о возможности самоубийства, а каждый десятый совершал истинные или демонстративно-шантажные попытки (СП). Несовершеннолетние осознано причиняют себе боль. Порезы на руках и предплечьях, следы от сигаретных ожогов, пирсинг, зацепинг, паркур, умышленное употребление алкоголя, наркотических и психотропных веществ и другие причинения вреда своему здоровью является проявлением, так называемого селфхарма (аутоагрессия, самоповреждение). Большинство ученых сходятся во мнении, что социальная среда (семья, сверстники и др.) оказывают сильное эмоциональное влияние, которое может носить как положительный, так и отрицательный характер.

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

Материалы. На протяжении длительного периода времени остается модным среди подростков селфхарм. Семейные конфликты, проблемы со сверстниками и учителями, влияние СМИ подрывают несовершеннолетних в себе, в своих проблемах, пути решения, которых они пытаются найти сами и не в том месте. Современные подростки любят смотреть фильмы про совершение самоповреждающих, рискованных действий (порезы, ожоги, прыжки и т.п.), слушают песни про наркотики и алкоголь, и таким образом закладывают психологическую установку, что после аутоагрессивных действий им станет легче.

В рамках курсовой работы спустя год проанализированы результаты декабря 2017 года в 7Б классе (7 юношей и 7 девушек). И спустя год сравнены с

декабрем 2018 года в 8Б классе (7 юношей и 8 девушек). Самоповреждающее поведение остается наиболее выраженным показателем независимо от возраста. Спустя год показатели сформулированной модели аутоагрессивного поведения изменились. В 7Б (высокий показатель 21,4 %, средний 42,8 %), а в 8Б (высокий показатель 20 %, средний 40 %). Данные показатели демонстрируют, что у опрашиваемых есть склонность к самоповреждающему поведению, но это не означает, что существует большая склонность к суицидальным попыткам. Школьники чувствуют вину перед окружающими и родными (80 %). 60 % восьмиклассников испытывают безнадежность, что их не понимают. Все подростков нуждаются в теплых доверительных отношениях. Несовершеннолетние не знают, как решить свои проблемы, боятся рассказать о них хоть кому-то. Почти все восьмиклассники не могут решиться на поступок. 60 % подростков испытывают потребность в острых ощущениях, поэтому ведут рискованный образ жизни. У больше половины подростков существуют проявления самоповреждающего поведения (60 % любят терпеть боль).

Таким образом, можно говорить о явном увеличении самоповреждающего поведения среди подростков, которое является крайне опасным для их здоровья и его ближайшего окружения.

Результаты. Официального пути решения проблемы самоповреждающего поведения на сегодняшний момент до сих пор не найдено. Психологи, социологи, медицинские работники, правоохранительные органы пытаются понять и решить проблему совершения аутоагрессивных действий среди молодежи. Социальная программа «Открой мне другой мир» может улучшить ситуацию среди подростков, имеющих склонность к самоповреждающему поведению. Суть рабочей программы состоит в поиске новых путей решения проблем у подростков, причем это касается в первую очередь семьи. На первом этапе производится диагностика и психолого-педагогическая помощь (организация профилактических семинаров в учебных заведениях города Архангельска). После выявления проблемы, несовершеннолетним и их семье предлагается курс реабилитации на базе «Центра

социальной помощи семье и детям». По мере необходимости производится социально-психологическая реабилитация: восстановление механизмов приспособления ребенка к социальной среде после пережитой психотравмирующей ситуации (распад семьи, смерть родителей, жестокое обращение и др.). На базе центра организуется творческая мастерская «Я Сам», спортивные секции «В здоровом теле, здоровый дух», танцевальный кружок «Танцуй Хлоп- Хлоп», обучение работы с новыми технологиями «ОС (Открытая сеть)». Также дополнительное участие в посещениях музеев, театров, выездных мероприятиях. Деятельность центра осуществляется на бесплатной основе, за счет выделяемых средств государством.

Заключение. Решение проблемы самоповреждающего поведения подростков становится наиболее важной для формирования будущего России. Проведение досуговых мероприятий, смогут помочь несовершеннолетним понять и попробовать решить их проблему вместе с ближайшим окружением. Путь преодоления селфхарма является приоритетным, так как сможет на ранних этапах решить проблему у подростка.

Литература:

1. Абрамова, А. А. Аутоагрессивное несуйцидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями // А. А. Абрамова, С. Н. Ениколопов, А. Г. Ефремов, С. О. Кузнецова // Электронный журнал: «Клиническая и специальная психология» – 2018. – Т. 7. – № 1. – С. 21–40.
2. Островская, Е. В. Концепция саморазрушающего (аутоагрессивного) поведения детей // Профилактика саморазрушающего поведения детей и подростков: история, теория и практика. – 2017. – С. 118–122.
3. Чуева, Е.Н. Самоповреждающее поведение детей и подростков // Вестник Краунц. – 2017. – № 1 (29). – С. 71–77.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Хлыстунова К.В., клинический ординатор

(Научный руководитель: к. м. н., доцент Е.И. Алешина)

Национальный медицинский исследовательский центр имени

В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы пищевого поведения заключается в распространенности функциональных расстройств пищеварения у детей раннего возраста, связанных не только с анатомо-физиологическими особенностями

органов желудочно-кишечного тракта, но и формированием моделей пищевого поведения, начиная с периода новорожденности, а также и недостаточной изученностью данной проблемы.

Целью исследования явилось изучение пищевого поведения и его особенностей у детей, находившихся на естественном (грудном) вскармливании в течение первого года жизни с учетом типа сосания груди в младенчестве. По типу сосания груди выделено 5 групп детей: барракуды, возбужденные, гурманы, медлительные, неторопливые. Оценивалось пищевое поведение ребенка в периоде новорожденности, при введении прикормов, на первом году жизни, в раннем детском, дошкольном и раннем школьном возрасте. Анализировалась тип и частота нарушений пищевого поведения детей в первый год жизни и в последующие возрастные периоды (в 1-3 года, 4-10 лет).

Материалы и методы. Обследованы 536 детей (313 девочек, 223 мальчика) в возрасте от 12 месяцев до 14 лет. Обследование было анонимным и включало оригинальную анкету с вопросами для матерей здоровых детей, посещающих детский сад №87 Центрального района Санкт-Петербурга, детскую поликлинику №109 и детей, посещающих специалистов амбулаторно-поликлинического отделения ЛОКБУЗ ДКБ. Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью программы Epi info, версия 7.2.2.6.

Результаты и обсуждение. Путем анкетирования оценено пищевое поведение в младенчестве и его дальнейшие особенности у детей различного пола и возраста. Среди обследованных детей девочки составили – 313 (58%), мальчики – 223 (42%). Средний возраст обследованных детей составил 4,2 года.

По типам пищевого поведения в периоде новорожденности все дети были разделены на 5 вышеуказанных групп: барракуды- 138 (27%), возбужденные -59 (11%), гурманы – 37(7%), медлительные – 71 (14%), неторопливые – 212 (41%). Среди них преобладающее большинство - «неторопливые».

В результате исследования обнаружено, что у 532 (98 %) обследованных детей, независимо от пола, отмечались нарушения пищевого поведения, которые

разделились на 3 основные группы: режимные, функциональные нарушения ЖКТ, потеря грудного вскармливания в раннем возрасте.

Проанализировано распределение нарушений пищевого поведения у детей раннего возраста в группах, разделенных по типам пищевого поведения в периоде новорожденности. У младенцев «барракуд» и «неторопливых», статистически достоверно чаще встречались режимные нарушения и потеря грудного вскармливания, а также функциональные нарушения ЖКТ. Гурманы и медлительные имели минимальный процент детей с нарушениями пищевого поведения.

Таблица 1. Связь типов сосания материнской груди и нарушений пищевого поведения в грудном возрасте ($p < 0,05$)

Тип сосания материнской груди	Не устанавливался режим, n=149	Потеря грудного вскармливания n= 160	Функциональные расстройства ЖКТ n=208
Барракуды	50 (33,56%)	48 (30,00%)	40 (19,23%)
Возбужденные	13 (8,72%)	14 (8,75%)	32 (15,38%)
Гурманы	13 (8,72%)	9 (5,63%)	15 (7,21%)
Медлительные	20 (3,42%)	26 (16,25%)	25 (12,02%)
Неторопливые	53 (35,57%)	63 (39,38%)	96 (46,15%)

Проанализировано, как проводилось отлучение от груди. В большинстве случаев ребенок сам отказался от груди (38%) , в 37% случаев мама приняла такое решение, отлучение постепенное по обоюдному согласию - в 22% случаев, у ребенка наблюдались прогрессивные изменения в питании – 2 % случаев.

В результате исследования так же установлено, что трудности грудного вскармливания наблюдались в 33,96% случаев, трудности перехода к самостоятельной еде - 32,84% случаев, трудности овладения вилкой и ложкой -17,54%, трудности отлучения от груди – у 15,67% детей. При статистическом анализе данного признака с учетом типов пищевого поведения выявлено: у младенцев «барракуд», «неторопливых», «медлительных» отмечались достоверно чаще

трудности грудного вскармливания. У младенцев - «гурманов» и «неторопливых» чаще трудности перехода к самостоятельной еде, $p < 0,01$. Отлучение от груди, более болезненно проходило у «неторопливых» (Таб. 2).

Таблица 2. Типы пищевого поведения и трудности при кормлении (n/%), $p < 0,01$

Тип сосания материнской груди	Трудности грудного вскармливания n=175	Трудности овладения ложкой n=92	Трудности отлучения от груди n=81	Трудности перехода к самостоятельной еде n=169
Барракуды	64 (36,57%)	21 (22,83%)	16 (19,75%)	37 (21,89%)
Возбужденные	21 (12,00%)	8 (8,70%)	13 (16,05%)	17 (10,06%)
Гурманы	10 (5,71%)	6 (6,52%)	9 (11,11%)	12 (7,10%)
Медлительные	25 (14,29%)	14 (15,22%)	15 (18,52%)	17 (10,06%)
Неторопливые	55 (31,43%)	43 (46,74%)	28 (34,57%)	86 (50,89%)

Изучение особенностей пищевого поведения у детей в последующие возрастные периоды показало следующее: у детей в возрасте 1-3 года капризы за столом отмечались в 31,96% случаев, отказ от еды наблюдался - 29,91%, использовались развлечения за столом - 22,43% случаев, отвращение к некоторым продуктам наблюдалось у 15,7% детей.

При анализе по 5 группам: у «барракуд» достоверно чаще наблюдались развлечения и капризы за столом, у «возбужденных и медлительных» – капризы за столом, у «гурманов и неторопливых» – отказ от еды. Различия статистически достоверны, $p < 0,01$. (Таб. 3)

Таблица 3. Нарушения пищевого поведения детей в 1-3 года у детей разных типов пищевого поведения рождения, n/%, $p < 0,005$

Тип сосания материнской груди	Капризы за столом,	Отвращение к продуктам	Отказ от еды	Развлечения за столом	Общее число (n,%)
Барракуды	36 (26,28%)	27 (19,71%)	35 (25,55%)	39 (28,47%)	137(100%)
Возбужденные	25 (42,37%)	4 (6,78%)	15 (25,42%)	15 (25,42%)	59 (100%)
Гурманы	12 (32,43%)	6 (16,22%)	13 (35,14%)	6 (16,22%)	37(100%)

Медлительные	25 (35,21%)	15 (21,13%)	10 (14,08%)	21 (29,58%)	71(100%)
Неторопливые	69 (32,55%)	28 (13,21%)	80 (37,74%)	35 (16,51%)	212(100%)

В результате исследования длительности естественного вскармливания выделено 2 группы: 1 группа - грудное вскармливание продолжительностью до 6 мес. – было у 25,26% детей и 2 группа – грудное вскармливание больше 6 месяцев - 75,05% детей. (Таб.4).

Таблица 4. Средняя продолжительность естественного вскармливания у детей с разными типами пищевого поведения

Тип сосания материнской груди	Число детей, n	Среднее значение (мес.) ± стандартное отклонение
Барракуды	136	11,02±0,8
Возбужденные	59	9,56± 0,6
Гурманы	37	14,54± 0,9
Медлительные	71	9,30 ±0,6
Неторопливые	212	11,05± 0,8

Установлено, что у детей - «гурманов» наибольшая средняя продолжительность естественного вскармливания, « неторопливые и « барракуды» вскармливаются около года, а у «медлительных» младенцев она наименьшая, что позволяет определить прогноз относительно естественного вскармливания у младенцев.

Заключение. В ходе проведенного исследования выявлены достоверные различия и связи между типами пищевого поведения детей при рождении и нарушениями пищевого поведения в раннем детском возрасте. Это имеет большую практическую значимость, так как позволяет своевременно выявлять младенцев, которые могут вскоре после рождения отказаться от груди, испытывать трудности с кормлением, страдать нарушениями пищевого поведения и др., а так же определять тактику ведения таких пациентов.

Литература:

1.Алешина Е.И., Комиссарова М.Ю. Факторы, влияющие на распространенность и продолжительность грудного вскармливания детей Санкт-Петербурга. //Гастроэнтерологическая аллергия в педиатрической и терапевтической практике: на стыке дисциплин. Сб. материалов научно-практической конференции / под ред. проф. А.Н. Кузнецова и проф. Садовниковой И.В.- Н. Новгород -из-во НГМА, 2016. с.19

2. Бельмер С.В., Хавкина А.И., Новикова В.П. Пищевое поведение и пищевое программирование у детей. 2015г. с 10-44.
3. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: БГМУ, 2007. С.287 -340.
4. Юрьев В.В., Алешина Е.И. Практика вскармливания детей первого года жизни. Учебное пособие. СПб. 2009-176с.
5. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. 2009.163-83.
6. Mennella J.A., Daniels L.M., Reiter A.R. Learning to like vegetables during breastfeeding: a randomized clinical trial of lactating mothers and infants. 2017. 56-58

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЁЖИ К МНОГОДЕТНОСТИ

Шадрина А.А., 5 курс, Зарубина В.А., 6 курс, педиатрический ф-т

(Научный руководитель: к.псих.н., доцент Е.Г. Щукина)

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

В ходе исторического развития постепенно менялись взгляды на роль семьи в жизни общества. Семья для русского человека всегда была средоточием всей его нравственной и хозяйственной деятельности, опорой не только государственности, но и миропорядка. Почти все этические и эстетические ценности складывались в семье, усваивались человеком постепенно, с нарастанием их глубины и серьёзности [4, с.7]. Семья аккумулирует в себе ценности, приобретенные предшествующими культурами, цивилизациями и поколениями [1].

Но в последнее время семья, как социальный институт, претерпевает значительные изменения, характеризующиеся кризисными направлениями. В обществе появилась явная тенденция к одиночеству, об этом пишет в своей книге социолог, доктор философии Нью-Йоркского университета Эрик Кляйненберг [3]. Кроме того, наблюдается снижение количества браков при достаточно высоком уровне разводов. Данные тенденции прослеживаются во всём мире, и Россия не является исключением. За последние 7 лет (2011 – 2017 гг.) число браков снизилось с 9,2 до 7,1 на 1000 населения (в Архангельской области – с 9,8 до 7,0 на 1000 населения). Доля разводов при этом снизилась незначительно: 4,7 до 4,2 на 1000 населения (в Архангельской области – с 5,2 до 4,3 на 1000 населения). Таким образом, в настоящее время из 7 заключённых браков

сохраняется только 3[6].

В сентябре-октябре 2009 г. Росстатом проведено выборочное исследование "Семья и рождаемость". По данным исследования среднее число рожденных женщиной детей составило 1,28 [6]. Данное число не обеспечивает даже воспроизводство населения, не говоря уже о росте.

Помимо снижения количества детей, отмечен процесс нуклеаризации семьи. Нуклеарная семья состоит только из супругов или родителей и детей. В такой ситуации нарушается процесс преемственности поколений. Родственники, в прошлом проживавшие в пространственных пределах, достаточных для постоянного, непрерывного общения, выделились в замкнутые территориально отделенные и, главное, разъединенные духовно ячейки [5, с.24]. В этих условиях произошла смена ценностной основы семьи. Процессы самоидентификации индивида в семье протекают под влиянием новых моделей социального, политического и экономического поведения [2].

Но интересно то, что за последние 7-8 лет на фоне снижения брачности доля многодетных семей увеличилась на 25%. На 1 января 2017 года многодетных семей в России насчитывалось 1 млн 566 тысяч [6].

В настоящее время установлено, что многодетной является семья, имеющая в своём составе 3 и более несовершеннолетних детей. Возможно, это заложено исторически. Словом, «семья» определяется в русском языке точный количественный состав живущих под одним кровом: семь «я», семеро. Надо полагать, что, кроме дедушки и бабушки, подразумеваются отец, мать и трое детей [5, с. 46].

В связи с вышеуказанным возникает вопрос: является ли многодетность благоприятной для психологического развития и становления ребёнка в современном мире?

Актуальность проблемы обусловлена изменением ценностной основы семьи на фоне тенденции к многодетности после длительного периода малодетных семей.

Цель исследования: сравнение отношения молодых людей из многодетных и малодетных семей к многодетности.

Материалы и методы: изучение литературных источников, пилотажное анкетирование 40 студентов ФГБОУ ВО СГМУ в возрасте от 20 до 25 лет; методы статистической обработки, выявление достоверности различий по критерию Фишера.

Результаты и обсуждение. Респонденты были разделены на 2 подгруппы по 20 человек: первая подгруппа – малодетные семьи (1-2 ребенка), вторая подгруппа – многодетные семьи (3 и более детей). Среди них 70% - девушки, 30% - юноши. В целом, среди опрошенных преобладают семьи с 2 и 3 детьми (по 30%). Далее следуют семьи с 1 ребёнком (22,5%), в пяти семьях (12,5%) - по 4 ребенка и по 1 семье с 5 и 11 детьми.

В основном, семьи у опрошенных полные (отец и мать), но в первой подгруппе у 19 %, а во второй – у 5% опрошенных нет отца. Т.о. в первой подгруппе (малодетных) выше процент семей, где дети воспитываются без отца, но достоверных различий между подгруппами не выявлено. Мать и отчим в составе семьи встречаются в 10% случаев в обеих подгруппах.

Традиционно, в воспитании большую роль играет мать. В нашем исследовании в подгруппе многодетных семей отец и мать принимают равное участие в воспитании (75%). В подгруппе малодетных семей вовлеченность отцов в воспитание (35%) достоверно ниже.

Высшее профессиональное образование у 50% отцов обеих подгрупп, среднее специальное – у 45% и 40%, среднее общее – у 5% и 10% в 1 и 2 подгруппах соответственно. Среди матерей: высшее профессиональное образование у 45% женщин первой и 30% женщин второй подгруппы, среднее профессиональное – у 35% матерей в малодетных семьях и 70% - в многодетных. Общее среднее только у 20% женщин в 1 подгруппе. В целом, можно отметить, что уровень образования родителей достаточно высокий у отцов.

Распределение семей по уровню материального достатка

	Высокий	Средний	Низкий	Очень низкий
Малодетные семьи	15%	65%	15%	5%

Многодетные семьи	5%	70%	25%	-
Достоверность различий	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 1.088$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 0.338$	$\varphi^*_{\text{эмп}} = 0.797$	-

Примечание: высокий уровень дохода - есть значительные накопления; средний уровень - доход на каждого члена семьи выше прожиточного минимума; низкий - доход на каждого члена семьи равен прожиточному минимуму; очень низкий - доход на каждого члена семьи ниже прожиточного минимума. Прожиточный минимум 2019 г. – 10 444 рублей.

Несмотря на разницу в абсолютных значениях процентов достоверности различий по уровню дохода между группами не выявлено.

Досуг в многодетных семьях проводят вместе большее количество опрошенных, чем в малодетных (50% и 25%). Но достоверности различий не выявлено.

В качестве семейного времяпрепровождения в обеих подгруппах преобладает отдых на природе или даче, общение с друзьями и родными, просмотр телепередач и поход по магазинам. Но в многодетных семьях достоверно чаще (40%) встречается ответ: «совместное приготовление пищи». Дружным коллективом свою семью считают 60 % опрошенных из обеих подгрупп. Удовлетворены уровнем родительского внимания 70% детей из малодетных и 75% из многодетных семей; по 20% респондентов в обеих подгруппах считают, что родители уделяют им недостаточно времени, остальные затруднились ответить.

Для создания семьи 100% участников опроса считают необходимым условием любовь и взаимопонимание между мужем и женой. Кроме того, молодые люди считают важным наличие собственного жилья (70% в 1 и 40% во 2 подгруппе), высокого материального достатка (65% в 1 подгруппе и 45% - во 2 подгруппе) и возможность дать высшее образование своим детям (70% в 1 подгруппе и 25% во 2). Достоверное различие во мнениях выявлено только по отношению к образованию.

Актуальный вопрос для нашего исследования - сколько детей хотели бы иметь сами опрошенные?

Большая часть (60%) из первой подгруппы и 35% из второй подгруппы хотели бы в своей семье 2 детей. Желают создать многодетную семью (в основном – 3 детей) 50% из многодетных и 20% из малодетных семей. 10% в первой и 15% во второй подгруппе думают об 1 ребёнке и 10% респондентов из малодетных семей совсем не хотят детей в своей будущей семье. Если объединить данные по 1 и 2 подгруппе, то получается, что 47, 5% ориентированы на 2 детей в семье и 35% - на 3 и больше детей. Таким образом, проведенное исследование показывает, что современные молодые люди ориентированы на рождение 2-3 детей в своих будущих семьях, что можно интерпретировать как положительную динамику от малодетности к среднететности.

Выводы:

1. Современные молодые люди начинают вновь обращать внимание на традиционную для русской семьи многодетность;
2. 70% обследованных 1 группы и 40% - 2 -й отмечают необходимость наличия собственного жилья, 65% в 1 подгруппе и 45% во второй отмечают достаточный уровень материальной обеспеченности семьи для рождения и воспитания детей;
3. Дети из малодетных семей достоверно чаще отмечают необходимость дать высшее образование своим будущим детям.
4. Несмотря на всеобщую тенденцию к одиночеству, в семьях с тремя и более детьми остается высоким уровень совместного времяпрепровождения, что оказывает благоприятное влияние на психоэмоциональный фон и формирование личности ребёнка;
5. Выявлено, что безусловными ценностями, на которых зиждется основа семьи, остаются для молодых людей любовь и взаимопонимание.

Литература:

1. Абаюкова А.Б. Ценности семьи: социально-философский аспект// Актуальные вопросы общественных наук: социология, политология, философия, история: сб. ст. По матер. X междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2012.
2. Глушкова А. Е. Роль современной российской семьи в формировании и сохранении социальных ценностей: автореферат дис. ... к.ф.н. / Глушкова Анна Евгеньевна; [Место защиты: Забайк. гос. гуманитар.-пед. ун-т им. Н.Г. Чернышевского] Чита, 2011 24 с. : 9 11-1/3974

3. Кляйненберг Э. «Жизнь соло. Новая социальная реальность». М: «Альпина нон-фикшн», 2018 г., 284 с.
4. Овчарова Р.В. Сто маленьких уроков в большой семейной академии. –Архангельск: АО ИППК РО, 1992. – 143 с.
5. Федулова А. Б. Семья и семейные ценности: философско-аксиологический анализ: автореф. дис.... канд. филос. наук. Архангельск, 2003. 24 с.
6. Федеральная служба государственной статистики. Демография. [Электронный ресурс: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/] Дата доступа: 07.02.19

УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT НА ЭКГ – ЧТО ДАЛЬШЕ?

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ СУИQT НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

Шумов А.В, клинический ординатор

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Введение. Интервал QT – это параметр, продолжительность которого зависит от частоты сердечных сокращений (ЧСС). Зависимость между данными параметрами имеет нелинейный и обратно пропорциональный характер, т.е. при увеличении ЧСС интервал QT укорачивается. Этим объясняется необходимость коррекции интервала QT по отношению к ЧСС. Для этого существует несколько формул, наиболее известные из них – Н. С. Bazett, L. S. Fridericia и A. Sagie (Framingham). Удлинение скорректированного интервала QT ассоциируется с высоким риском развития злокачественных желудочковых аритмий (ЖА), и, следовательно, может являться предиктором внезапной сердечной смерти (ВСС). Одним из основных этапов диагностики СУИQT является выявление на стандартной ЭКГ устойчивого отклонения от нормы продолжительности скорректированного интервала QT (QTc). По результатам углубленного обследования, при помощи критериев, предложенных P. Schwartz в 1993 году и усовершенствованных в 2011 году, производится определение вероятности СУИQT.

Клинический случай: Под наблюдением находился пациент М., 8-и лет, который был направлен в кардиологический стационар для обследования.

При поступлении жалоб активно не предъявлял. Боли в области сердца, ощущения нарушения в работе сердца, пресинкопальные и синкопальные состояния отрицал.

Из анамнеза известно, что на протяжении года мальчик занимался каратэ, интенсивность нагрузки составляла 4,5 часа в неделю и гимнастикой 2 часа в неделю. С физическими нагрузками справлялся. При прохождении комиссии по допуску к спортивным соревнованиям, на пленке ЭКГ отмечена миграция водителя ритма по предсердиям с ЧСС 67-92 уд в мин., а также удлинение скорректированного интервала QTc по Базету до 455 мсек. Спустя 5 месяцев мальчик был осмотрен кардиологом, с подозрением на СУИQT направлен в клинику для обследования.

При анализе амбулаторной карты развития ребенка (форма №112/у) выявлено, что в заключениях ЭКГ-исследований отсутствуют данные об удлинении интервала QT, коррекция интервала не производилась.

Произведен мануальный подсчет интервала QT на имеющихся в карте пленках ЭКГ с последующей коррекцией по Базету. Удлинение скорректированного интервала QTc до 452 мсек. было отмечено на пленках ЭКГ, снятых 3 года назад; до 488-470 мсек. – 2 года назад; до 470 мсек. – 5 месяцев назад. Лекарственных препаратов, способных удлинить интервал QT мальчик не принимал. По данным ЭХО-КГ 3 года назад была выявлена функциональная узость аорты (ФУА), дополнительная хорда левого желудочка (ДХЛЖ). В остальном без особенностей.

При анализе анамнеза жизни, удалось выявить факт отягощенной наследственности по синдрому внезапной смерти: мама мальчика умерла в возрасте 21 года. Со слов бабушки ребенка, сидя за компьютером внезапно почувствовала себя плохо, упала. Скончалась до приезда скорой медицинской помощи. Со слов, в протоколе вскрытия - неуточненная кардиомиопатия. При жизни у мамы мальчика синкопальных состояний не отмечалось.

При физикальном осмотре соматический статус без особенностей, ЧСС и АД в пределах возрастных норм.

По результатам лабораторного исследования крови, отмечалось повышение КФК-МВ фракции до 47 ед/л при нормальном уровне СРБ и тропонина; тиреопрофиль в норме. На ЭХО-КГ размеры камер и стенок сердца в норме, ФУА, ДХЛЖ. По данным ХМ-ЭКГ на фоне синусового ритма с ЧСС от 61 до 164 (средняя 87) уд/мин. зарегистрировано удлинение корригированного интервала QTc свыше 480 мсек. в течение 3ч. 45мин. (18% времени). Других нарушений ритма сердца и проводимости не зарегистрировано.

Неоднократно в отделении проводилось ЭКГ – исследование. При мануальном подсчете, удлинение корригированного интервала QTc по Базету отмечалось в положении лежа (max 464 мсек.), стоя (max 470 мсек.), после ФН (max 512 мсек.), а также на 4 минуте восстановительного периода (max 517мсек.)

Наличие удлинения корригированного интервала QTc по Базету на ЭКГ свыше 480 мсек, а также отягощенного семейного анамнеза по СВС, суммарно соответствует 3,5 баллам по критериям Шварца, что говорит о высокой вероятности синдрома удлиненного интервала QT.

Согласно клиническим рекомендациям ассоциации детских кардиологов России, бессимптомным пациентам при QTc больше 470 мсек. назначаются бета-адреноблокаторы. Мальчику была начата антиаритмическая терапия с протективной целью пропранололом (анаприлином) с постепенным подъемом до рабочей дозы. Стартовая доза 0,5 мг/кг/сут.

На фоне антиаритмической терапии состояние удовлетворительное, АД= 90/60 мм рт ст – 100/60 мм рт ст., ЧСС – 74-67 уд в мин.

Для окончательного подтверждения диагноза необходимо проведение генетического исследования, в связи с чем был собран необходимый пакет документов, выписка направлена в ФГБУ «НМИЦ им В.А. Алмазова» МЗРФ

В процессе обследования производился анализ пленок ЭКГ бабушки и дедушки на предмет удлинения интервала QTc. По результатам патологии выявлено не было. Со слов бабушки, в семье 3 детей. 1 – мама мальчика (умерла), 2 и 3 – сыновья; пленки ЭКГ проанализировать не удалось, т.к. проживают в других городах. У кардиолога не наблюдаются. В амбулаторной карте мамы

мальчика в возрасте 14 лет на ЭКГ отмечено удлинение QTс до 503-460мсек. Однако, к кардиологу не обращалась, терапию не получала. Ни у кого синкопальных состояний не отмечалось.

Заключение: данный клинический случай демонстрирует спорадический вариант возникновения мутации (у мамы мальчика) и дальнейшее наследование (у сына). Скрининг детей на предмет удлинения интервала QT не представляет сложности, однако, стоит отметить, что многие специалисты при анализе ЭКГ пренебрегают подсчетом скорректированного интервала QTс по Базету, что влечет за собой пропуск данного диагноза. В данном клиническом случае, постановка диагноза была возможна на 3 года ранее, когда впервые было отмечено удлинение скорректированного интервала QTс. Хотя и не было отмечено клинических проявлений синдрома, манифестировать он мог в любой момент, в т.ч. внезапной смертью.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ-СПОРТСМЕНОВ С ПРИЗНАКАМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ

Шумов А.В., клинический ординатор,

Алексина Д.Д., 2 курс, педиатрический ф-т

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

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Актуальность. Возрастающая роль проблемы поражения сердечно - сосудистой системы (ССС) у детей-спортсменов, связана с большим числом ежегодно регистрируемых случаев смерти во время занятий спортом и в восстановительном периоде. Подтверждение тому – многочисленные заметки в СМИ, социальных сетях. По словам министра образования, от внезапной сердечной смерти в 2017 году умерло 211 детей. В одних случаях причина остается нераспознанной, в других – видимые на стандартных методах обследования изменения, выявляются на пике спортивной карьеры, в связи с чем, психологически нацеленный на победу молодой преуспевающий спортсмен продолжает спортивную карьеру, подвергаясь серьезному риску.

Цель исследования: выявление особенностей функционального состояния ССС у детей-спортсменов, имеющих признаки соединительнотканной дисплазии с помощью прибора «Кардиовизор-06с».

Методы исследования. Под наблюдением находились 116 детей - спортсменов в возрасте от 12 до 17 лет, занимающихся различными видами спорта на протяжении от 1 до 3 лет с интенсивностью нагрузки не больше 6 часов в неделю. Все дети прошли полное обследование на базе физкультурного диспансера, включая осмотр врача по спортивной медицине. Все дети имеют 1 или 2 группы здоровья, допущены к занятию спортом. Всем детям проведено обследование на системе «Кардиовизор-06с». Выделен вероятный признак соединительнотканной дисплазии ССС - ДХЛЖ, ФУА, НМК, вызывающий ФСШ. На основании данного признака сформировано 2 группы:

1 – с признаками соединительнотканной дисплазии (МАРС) (46% детей);

2 - группа контроля (54% детей).

Распределение по полу в 1 и 2 группах равномерное.

Результаты. Показатель «Миокард», отражающий величину зоны ишемических изменений миокарда у мальчиков и девочек 1 и 2 групп находился в диапазоне допустимых значений, что указывает на отсутствие признаков поражения миокарда. Показатель «Ритм», позволяющий оценивать сбалансированность симпатических и парасимпатических влияний вегетативной нервной системы на ССС, в большем проценте случаев превышал допустимые значения у детей из 1 группы (72%), как у мальчиков, так и у девочек.

В процессе обследования, нами были выявлены различия в процессах деполяризации и реполяризации желудочков у мальчиков и девочек 1 и 2 групп. Так, отклонение процессов деполяризации в миокарде ПЖ в большем проценте случаев отмечается у мальчиков 2 группы (62%), в то время как отклонение процессов реполяризации ПЖ – у мальчиков 1 группы (73%). У девочек 2 группы в миокарде ПЖ также преобладали нарушения процессов деполяризации (51%), однако, при сравнении групп, отклонение механизмов реполяризации в большем проценте случаев были выявлены у девочек 2 группы (70%).

Среди мальчиков, изменения в левом желудочке в виде нарушений процессов деполяризации выражены больше во 2 группе (81%), в то время как нарушение процессов реполяризации преобладают в 1 группе (73%). В ходе работы, нами отмечено незначительное преобладание отклонений деполяризации в миокарде ЛЖ у девочек 1 группы (68%), тогда как у девочек 2 группы, напротив, наблюдались выраженные нарушения механизмов реполяризации (73%).

Асимметрию процессов деполяризации в миокарде ПЖ и ЛЖ мы выявили в большем проценте случаев у детей с признаками соединительнотканной дисплазии (89%). По результатам дисперсионного картирования, компенсаторная реакция на нагрузку в виде начальных признаков формирующейся гипертрофии наиболее выражена у детей, имеющих признаки МАРС (55%).

Выводы. Таким образом, по результатам проведенного исследования, в группе детей с признаками соединительнотканной дисплазии сердца в 72% случаев наблюдались отклонения от нормы показателя «Ритм», что говорит о выраженном дисбалансе вегетативной нервной системы; в 89% отмечалась асимметрия деполяризации обоих желудочков; у мальчиков в 73% случаев отмечались нарушения процессов реполяризации в миокарде правого и левого желудочка; в равной степени как у мальчиков, так и у девочек в 55% случаев отмечались начальные признаки компенсаторной реакции на нагрузку в виде формирующейся гипертрофии.

Вероятно, отклонения электрофизиологических механизмов в структуре миокарда у детей-спортсменов с признаками соединительнотканной дисплазии на фоне постоянных физических нагрузок, повышают риск развития патологии ССС.