

## **СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС**

**Прахов А.В., Егорская Л.Е.**

*Военно-медицинский институт Федеральной службы безопасности России,  
Нижний Новгород*

**Цель исследования:** изучить особенности внутрисердечной гемодинамики у недоношенных новорожденных с тяжелым перинатальным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС.

**Материалы и методы:** проведено обследование сердца у 75 новорожденных детей с различной степенью недоношенности в тяжелом или очень тяжелом состоянии, находящихся в отделении реанимации в связи с тяжелым перинатальным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС. Все дети получали интенсивную инфузионную терапию. Внутрисердечную гемодинамику оценивали по данным доплерэхокардиографии на аппарате Sim-7000 Ch с частотой датчика 3,5–7,5 МГц.

**Результаты:** клинически у всех детей определялись признаки сердечной недостаточности I–IIА стадии. На первой неделе жизни у 50% детей с I–II степенью и у 100% детей с III–IV степенью недоношенности диагностируется легочная сосудистая гипертензия, у 75% от всех детей — расширение правых отделов сердца и гипертрофия миокарда ПЖ с нарушением замыкательной функции трикуспидального клапана. На второй неделе жизни у этих детей наблюдается систолическая дисфункция левого желудочка со снижением фракции изгнания до  $65,0 \pm 2,0\%$ , увеличением ЛП с  $8,1 \pm 0,38$  мм до  $10,5 \pm 0,8$  мм ( $p < 0,05$ ), левым сбросом крови через открытое овальное окно (ООО), с возрастанием конечно-диастолического диаметра ЛЖ на 17,2% и увеличением диаметра корня аорты на 18,3% ( $p < 0,05$ ). На третьей-четвертой неделе жизни продолжается гемодинамическое функционирование ООО, происходит увеличение скорости кровотока в аорте до 0,74 м/с. У 30% недоношенных к концу первого месяца жизни сохраняется легочная сосудистая гипертензия.

**Выводы:** для недоношенных новорожденных с тяжелым перинатальным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС характерно длительное течение процесса послеродовой адаптации внутрисердечного кровообращения, которое у третьей части детей не завершается к концу первого месяца жизни. Наиболее напряженным периодом адаптации являются первые две недели после рождения, проявляющиеся в активном функционировании ООО, снижении систолической функции ЛЖ, легочной гипертензии и расширении полостей желудочков сердца.

## **ПРОБЛЕМА ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Прокопцева Н.Л., Авдеева Р.А., Михайлова А.К.**

*Красноярская государственная медицинская академия*

Обследовано 125 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет жизни, находившихся на лечении в городской клинической больнице № 20 по поводу различных заболеваний (инфекция мочевой системы, бронхит, пневмония). Цель обследования — определить распространенность запоров среди детей раннего возраста, основные причины данного заболевания, эффективность методов профилактики и лечения запоров. Результаты исследования показали, что распространенность запоров у детей раннего возраста очень высокая. Среди исследуемых детей запоры были выявлены в 40,8% случаев. У детей грудного возраста запоры встречаются чаще в 1,5 раза, чем у более старших детей. Обращались к врачу и получали лечение по поводу хронического запора лишь 68,6% детей. У 2 детей была выявлена субкомпенсированная стадия запора, но за врачебной помощью матери ни разу не обращались. Основными причинами, приводящими к запо-

рам у детей раннего возраста являются нарушение питания, наследственная предрасположенность и патология ЦНС. В 1,7 раза чаще запоры встречались у детей, находившихся на искусственном вскармливании. Дети с рождения не получавшие грудного молока матери страдали запорами в 66,7% случаев. Наиболее частыми нарушениями в питании детей страдающих запорами были: несвоевременное введение прикорма (раньше 3 месяцев или позже 7 месяцев) — 60% случаев, быстрая замена смеси при искусственном вскармливании — 25,7%, раннее введение цельного коровьего молока (с 3 до 12 месяцев) — 34,3% случаев.

Синдром запора чаще развивался на фоне анемии (в 50% случаев), при рахите — в 40% случаев, после перенесенной кишечной инфекции запоры развивались у каждого второго ребенка.

Доступными и эффективными методами, позволяющими снизить частоту запоров у детей раннего возраста являются: сохранение грудного вскармливания, соблюдение правил введения новых пищевых продуктов, своевременная диагностика и лечение сопутствующих заболеваний.

При своевременной диагностике функциональных запоров достаточными для полного купирования данной патологии являются такие лечебные мероприятия, как коррекция диеты, регулярный массаж живота и гимнастика. Лекарственная терапия потребовалась лишь 11,4% детей.

## **РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Прохорова И.В., Пикуза О.И., Зиганшина Л.Е.**

*Казанский ГМУ;  
КГМА, Казань*

**Цель:** сравнить тактику фармакотерапии (ФТ) железодефицитной анемии (ЖДА) у детей в 2003 и 2005 гг. в амбулаторных условиях.

**Методы:** проведен анализ амбулаторных карт (форма 112) детей раннего возраста с диагнозом ЖДА в поликлиниках г. Казани в 2003 г. (98 случаев) и 2005 гг. (82 случая). Данные статистически обработаны.

**Результаты:** в 2003 году препараты железа были назначены 65 детям (66,32%) с ЖДА, 33 детям (33,67%) были даны рекомендации по дието- и витаминотерапии. Преимущественно (73,8±5,4%) назначались соли двухвалентного железа, из них у половины (55,4±6,2%) в виде «Актиферрин». Препараты трехвалентного железа регистрировались в 26,1±5,4% случаев: «Мальтофер» (15,4±4,5%), «Феррум лек» (10,8±3,8%). Отмечалось нарушение режима дозирования: превышение индивидуальной суточной дозы (27,7±5,5%), и ее недостаток (43,1±6,2%). Длительность основного курса в течение 1 месяца была в 27,7±5,5% случаев, а у каждого второго ребенка (52,3±6,2%) она не превышала 1 месяц. Поддерживающую терапию получили 38 детей (58,5%), из них у 18 (47,4±8,1%) дозы поддерживающего курса не отличались от терапевтических. В 2005 г., после проведенных образовательных мероприятий (ОМ), характер ФТ изменился. Большинству детей (75,6±4,7%) назначались препараты железа, а рекомендаций только по дието и витаминотерапии стало меньше (24,3±4,7%). Снизилось назначение препаратов двухвалентного железа (12,9 ± 3,7%) и возросло применение трехвалентного железа (87,1±3,7%). Индивидуальные дозы по-прежнему рассчитывали без учета массы тела: превышение дозы (30,5±5,1%), и ее недостаток (41,5±5,4%). Длительность основной терапии увеличилась не значительно, хотя после ОМ случаи до 2 недель отсутствовали. Большинство (73,1±6,2%) получили поддерживающую терапию более 1 месяца.

**Выводы:** динамический анализ выявил положительные изменения качественных подходов в терапии ЖДА у детей — снижение назначений препаратов двухвалентного железа, применение препаратов трехвалентного железа, увеличение длительности поддерживающей терапии. Вместе с тем, сохраняющиеся нарушения в режиме дозирования и длительности основной терапии, обуславливают необходимость проведения дальнейших образовательных программ и фармакоэпидемиологических исследований на первичном этапе оказания медицинской помощи.

## **СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ ИЗ НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ**

**Пунина М.А.**

*Смоленская государственная медицинская академия*

Доказано, что здоровье ребенка отражает целостную систему материальных и духовных отношений, существующих в обществе, и во многом зависит от качества природной среды, условий воспитания, типа, структуры семьи и семейных отношений, материальной обеспеченности, быта, здравоохранения и других факторов. Факторы риска в школьный период непрерывны, систематичны и длительны. Даже самые минимальные воздействия их имеют способность накапливаться, действуя ежечасно и ежедневно на протяжении многих лет. В ходе рассмотрения влияние социально-гигиенических факторов выявлено, что дети, рожденные и воспитываемые в неполных семьях ( $n = 260$ ), чаще проживают в неблагоприятных жилищных (52,7% и 8,9%) и материально-бытовых условиях (76,9% и 17,9%), чем дети из полных семей ( $n = 280$ ). Необходимо подчеркнуть, что у 67,7% неполных семей выявляется низкий санитарно-культурный и гигиенический (37,3%) уровень, у 49,2% — неблагоприятный психологический микроклимат, у 34,6% — недружелюбное отношение к ребенку, что достоверно выше, чем в полных семьях (27,9%, 33,9%, 19,3%). Члены этих семей питались и питаются нерегулярно 56,9%, так как семьи недостаточно обеспечены (64,6%), в то время как в полных семьях эти показатели достоверно ниже (39,6% и 20,4%,  $p > 0,05$ ). Следует отметить, что дети из неполных семей реже занимаются спортом, утренней гимнастикой. Они недостаточно бываю на воздухе (от 30 минут до часа). Наиболее распространенным занятием в свободное время у данного контингента детей являлись просмотр передач, чтение. Их образ жизни характеризуется высокой распространенностью поведенческих факторов риска. У них в 1,3 раза чаще выявлялись хронические заболевания. Необходимо отметить, что уже при рождении ребенка вне брака процент детей с отклонениями в состоянии здоровья в 1,8 раза выше, чем в полных семьях. При поступлении в школу здоровыми считались только 10,8 % детей, при выпуске из начальной школы 6,8%. В структуре заболеваний, преобладали поражения желудочно-кишечного тракта, органов кроветворения, центральной нервной, костно-мышечной и сердечно-сосудистой и систем. Следовательно, дети, рожденные вне брака, изначально уже являются группой риска по нарушению состояния здоровья. Наиболее информативными из социально-гигиенических факторов являются низкий социально-гигиенический уровень семьи, плохие жилищные и материально-бытовые условия, нерегулярное питание, наличие вредных привычек.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ПО ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Пушина Ф.Г., Ахмерова Ф.Г., Серазитдинова Л.З.**

*Детская городская поликлиника №4, Набережные Челны*

Пропаганда естественного вскармливания и подготовка к грудному вскармливанию начинается до рождения ребенка в школе будущих матерей при кабинетах дородовой педагогики «Сонатал» и в кабинете по воспитанию здорового ребенка. После рождения малыша врачи и медицинские сестры участка отдают предпочтение грудному вскармливанию и ведут профилактическую, санитарно-просветительскую работу среди молодых мам по поддержке грудного вскармливания. При возникновении проблем с лактацией кормящие мамы и любые члены семьи могут проконсультироваться у специалистов по грудному вскармливанию и обратиться в детскую поликлинику по телефону доверия, что способствует поддержке грудного вскармливания.

Проанализировано 39 анкет, (39 вопросов, 56 подвопросов), детей в возрасте с 9 месяцев до 1 года 6 месяцев. Среди анкетированных 66,7% мальчиков и 33,3% девочек. Доношенных детей 97,4%, 1 ребенок не-

доношенный (2,6%). В родильном зале к груди приложены 64,1% новорожденных, из остальных детей грудь матери получил в первые сутки каждый четвертый. Совместно с матерями пребывали в палате 84,6% детей. Прилив молока в первые сутки отмечен у 76,9% матерей, на вторые сутки у 17,9%. 61,5% детей выписаны из роддома на 3–6 сутки.

74,7% детей до 6 месяцев получали исключительно грудь матери, а до 1 года и более 79,5% находились на естественном вскармливании (из них 4 ребенка (10,3%) кормились грудью до 1 года 3 месяцев и 5 (13%) до 1,5 лет). На свободном вскармливании были 97,5% детей. Причины перевода на искусственное вскармливание следующие: пропало молоко у 3 женщин, отказ ребенка от груди 1 и гипогалактия 1. Коррекция лактации проводилась апилаком, лактовитом, настоями трав. Яблочный сок начали получать с 5–5,5 месяцев 77% детей, остальные в 6–6,5 месяцев. Первый прикорм в 6 месяцев в виде овощного пюре получили 79,5% детей. Второй прикорм в виде каш назначен 82% малышам. В качестве третьего прикорма дети получали кисломолочные смеси с 8 месяцев. 79,5% детей начали получать мясо в 8–8,5 месяцев. Каждому третьему ребенку творог ввели в 6–6,5 месяцев. При необходимости питание все дети получали из молочной кухни. Из ассортимента каш родители отдавали предпочтение кашам домашнего приготовления, а именно: гречневой — в 66% случаях, овсяной — 43,6% и рисовой — 38,5%. Из овощей предпочитали кабачки, картофель, морковь и капусту.

Целенаправленно проводимая работа дает свои результаты. На обслуживаемой территории последние 10 лет грудное вскармливание детей до одного года составляет 70–72%, а в группе «Сонатал» (родители этих детей занимались в кабинете дородовой педагогики) — 80%. Анализ грудного вскармливания показал эффективность проводимой работы.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОМОРФОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Разуваева Ю.В.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Определение активности воспалительного процесса с помощью традиционных методов исследования у детей с хроническими бронхолегочными заболеваниями имеет определенные трудности.

**Цель исследования** — определить возможности цитоморфоденситометрического (ЦМДМ) метода оценки функциональной активности митохондрий (ФАМ) лимфоцитов для определения активности воспаления и эффективности лечения при хронических бронхолегочных заболеваниях (ХБЗ) у детей.

Обследовано 67 больных 6–17 лет с ХБЗ, в том числе 48 детей с врожденными пороками развития. Выполнено 588 цитохимических исследований с определением активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ), глицерофосфатдегидрогеназы (ГФДГ) и кислой фосфатазы (КФ) в лимфоцитах периферической крови при максимальной, умеренной и минимальной активности хронического воспаления. Активность СДГ оценивали ЦМДМ методом на анализаторе изображения «Диаморф». Проведено 180 бактериологических исследований секрета бронхов. У всех детей осуществлялся одновременный мониторинг клинических, микробиологических и цитохимических параметров. Исходно по клиническим данным диагностирована умеренная (II) — у 48 детей, и выраженная (III) — у 19 детей, степень активности хронического воспаления. Для каждой степени активности, включая минимальную (I), определены цитохимические индексы (ЦИ). У больных со II степенью активности отмечен наибольший разброс ЦИ. Больным со II и III степенью активности хронического воспаления назначали антибиотики в соответствии с выделенными возбудителями (амоксциллин-клавуланат, цефтриаксон). В секрете бронхов выявлены: *H. influenzae*, *S. pneumoniae* и их ассоциация соответственно в 57,5 и 38% случаев. Больные со II степенью активности (40%) получали препараты перорально, остальные, включая детей с III степенью активности — внутривенно. На 10 день лечения у всех больных отмечено клиническое улучшение. При этом у 41% детей ЦИ приблизился к минимальным значениям, а у 59% больных оставался повышенным. На 3–5 день отмены антианти-

ка у 67% больных положительная динамика ЦИ сохранялась, а у 23% — с исходно низким уровнем СДГ ЦИ нарастал, что указывает на недостаточную эффективность терапии и неустойчивую ремиссию.

Таким образом, ЦМДМ метод, улучшая диагностику степени активности, позволяет точнее определить интенсивность терапии, и оценить ее эффективность. Низкий уровень СДГ до начала лечения является прогностически неблагоприятным.

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕПТИЧЕСКИМИ СУЖЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА**

**Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Гандуров С.Г.**

*Российский государственный медицинский университет, Москва;  
Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф.Филатова, Москва*

ПСП встречается в 12–24% случаев патологического гастроэзофагеального рефлюкса. Лечение ПСП у детей представляет сложную задачу. Во первых это связано с необходимостью расширения стеноза, во вторых — необходимостью устранения гастроэзофагеального рефлюкса.

**Материалы и методы.** В торакальном отделении ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова, с января 1990 по декабрь 2004 гг. получили лечение 76 детей с ПСП. Средний возраст — 4,5 лет. Больных распределили на две группы: в I группу включили 30 больных, во II — 46 больных. В I группе использовали тактику послеоперационного расширения ПСП. В этом случае расширение стеноза выполняли после фундопликации Ниссена и гастростомии, методом бужирования за нить. Во II группе применяли тактику дооперационного расширения ПСП методом бужирования по струне-проводнику (1–3 процедуры), с последующим бужированием «вслепую» на фоне медикаментозной терапии рефлюкса (домперидон, омепразол). После ликвидации ПСП выполняли фундопликацию Ниссена, преимущественно лапароскопическим способом.

Оценку результатов лечения осуществляли по следующим критериям: длительность и осложнения дилатации, рецидив заболевания. Отдаленные результаты хирургического лечения оценены в сроки от 1 года до 5 лет — 76 детей, от 6 до 10 лет — 38 детей.

**Результаты.** У всех детей получен хороший результат, устранен ПСП и ликвидирован гастроэзофагеальный рефлюкс. Летальных исходов не было. У 9 больных, при протяженном ПСП, выполнена экстирпация пищевода с одномоментной колоэзофагопластикой.

Длительность дилатации в I группе составила  $6,6 \pm 2,6$  мес., во II —  $4,8 \pm 2$  мес. Осложнения при расширении ПСП в виде разрыва пищевода отмечены в обеих группах: в I — 10,7% (3 больных), во II — 8,8% (3 больных). Перфорация пищевода в 4 случаях устранена дренированием средостения и ушиванием дефекта пищевода, в 2 — консервативным лечением.

Рецидив ПСП в I группе возник в 14% (4 больных) случаях, во II — 3% (1 больной). При рецидиве ПСП в одном случае выполнена резекция стеноза с антирефлюксной операцией Ниссена, в 4 — колоэзофагопластика. Повышенная частота рецидивов ПСП в первой группе достоверно выше, чем во второй. Причиной рецидива послужило расхождение антирефлюксной манжеты при проведении послеоперационного бужирования стеноза.

**Заключение.** Тактика лечения ПСП во II группе позволила сократить длительность лечения и бужирования в 1,6 раза, снизить рецидив ПСП более 4 раза. Таким образом, тактика дооперационного расширения ПСП по струне проводнику на фоне медикаментозной терапии рефлюкса, с последующим выполнением лапароскопической фундопликации Ниссена наиболее приемлема в детской хирургической практике.

## ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ

**Разумовский А.Ю., Михайлова О.А., Кулешов Б.В., Геодакян О.С.,  
Куликова Н.В.**

*Кафедра хирургических болезней детского возраста, РГМУ;  
Детская городская клиническая больница №13 им Н.Ф. Филатова, Москва*

**Целью данного исследования** явился анализ результатов применения торакоскопической пластики диафрагмы у детей.

**Материалы и методы:** с 2001 г. по 2005 г. в нашей клинике торакоскопическая пластика диафрагмы выполнена 10 детям с релаксацией диафрагмы, в возрасте от 1 месяца до 11 лет. Релаксация диафрагмы была обусловлена несколькими причинами: у 2-х детей повреждение диафрагмального нерва, вследствие родовой травмы (паралич Эрба-Дюшена), 4 детям проводились оперативные вмешательства по поводу коррекции врожденного порока сердца, у 2 детей повреждение диафрагмального нерва в результате пункции подключичной вены и 2 ребенка имели врожденный паралич диафрагмального нерва. Показаниям к операциям явилась релаксация диафрагмы с наличием функциональных нарушений сердечно-сосудистой и дыхательных систем. Всем детям проводили комплексное обследование, включающее рентгенологическое, ультразвуковое и радиоизотопные исследования. В 4-х случаях применяли однократную искусственную вентиляцию, в 6 случаях коллабировавшие оперированного легкого достигали методом инсuffляции углекислого газа в плевральную полость под давлением от 4–6 мм.рт.ст. со скоростью 10 л/мин. Положение пациента на здоровом боку с подложенным валиком. Использовали 3 троакара диаметром 3–5 мм. Суть операции заключалась в наложении гофрирующих (сборивающих) узловых швов на истонченную часть диафрагмы в переднезаднем направлении. Швы завязывали экстракорпорально. В девяти наблюдениях получен хороший результат. У одного ребенка констатирована смерть, вследствие прогрессирования гнойно-некротической пневмонии на фоне бронхолегочной дисплазии. Преимуществом данного метода явилось:

1. минимальная травматичность операционного доступа и манипуляции;
2. раннее восстановление нарушенных функций организма;
3. отсутствие послеоперационных осложнений;
4. отличный косметический дефект.

**Заключение:** торакоскопическая пластика диафрагмы у детей, при наличии определенных показаний, в настоящее время должна стать ведущей в лечении данной патологии.

## МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ

**Разумовский А.Ю., Павлов А.А., Алхасов А.Б., Гаджимирзаев Г.Г.,  
Рачков В.Е., Митупов З.Б.**

*Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва*

Хирургическое лечение деформаций грудной клетки (ДГК) у детей остается актуальной задачей. Большинство традиционных методик с одной стороны довольно травматичны, с другой стороны косметический эффект оставляет желать лучшего. Это указывает на необходимость поиска новых методов и подходов к технике коррекции ДГК эстетические требования к результатам которых высоки. Одним из путей достижения поставленной цели является применение минимально инвазивных методов способов коррекции ДГК.

**Материалы и методы:** в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы выполнено свыше 2500 операций на грудной стенке.

Коррекция воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) выполняется методом Насса. Мы внесли в методику автора некоторые изменения. Формирование загрудинного тоннеля мы осуществляем слева направо, так как при этом пути вероятность повреждения сердца и перикарда значительно ниже. Корректирующая пластина в нашей модификации имеет один фиксированный Т-образный конец, что позволяет избежать дополнительных конструкций для фиксации ее к ребрам. Для предотвращения ограничения роста грудной клетки в период длительного ношения корректирующей пластины оставляем свободное пространство 0,5–0,8 см между ее концами и подлежащими ребрами. Пластину мы фиксируем к ребрам медленно рассасывающимся шовным материалом. Пластина удаляется через 3,5–4 года по линии старых послеоперационных швов, грудина и ребра сохраняют правильную форму. С 2001 года выполнено 95 операций методом Насса с в нашей модификации. Благодаря внесенным изменениям общее количество осложнений не превышает 0,3%. Мы применили метод Насса для коррекции некоторых форм комбинированной деформации грудной клетки и получили обнадеживающие результаты. При килевидной деформации грудной клетки (КДГК) доступ и мобилизация ГРК выполняется из разреза до 10 см. Доступ к хрящевой части ребер осуществляется через разрез до 10 см, мобилизация кожи и подкожной клетчатки проводится без расслоения от подлежащих мышц. При этом, у девочек разрез дугообразный, проходящий под молочными железами, у мальчиков прямой поперечный. Тракция мягких тканей вверх позволяет полностью визуализировать и выполнить необходимые манипуляции на передней части грудино-реберного комплекса (ГРК). Далее выполняется субперихондральная резекция парастеральной части реберных хрящей, отсекается мечевидный отросток и сшивается с грудиной в натяжении (прием «гамак»). С косметической целью, удаление доброкачественных опухолей хрящей, деформированных ребер выполняется из разрезов на малозаметных участках тела таких как подмышечная впадина и непосредственно под молочными железами у девочек. Все операции выполняли под эндотрахеальным наркозом в сочетании с эпидуральной анальгезией. Мы применяем наиболее инертные шовные материалы (пролен, PDS-11). Швы на кожу накладываем нитью не более 5/0, которые начинаем снимать с 3–4-х суток.

**Результаты:** функциональные результаты после применения указанных методик не уступают традиционным. Наиболее отчетливо косметический эффект наблюдается после операции Насса. Результаты коррекции других видов деформации так же отличались в лучшую сторону. Пациенты и родители во всех случаях отметили хороший и отличный эстетический эффект.

**Заключение:** в основу достижения хорошего косметического эффекта положены основные принципы эстетической хирургии: минимально инвазивные методики, малый разрез, максимально бережное отношение к краям раны, мобилизация кожи и подкожной клетчатки с подлежащими мышцами в целях сохранения хорошего кровоснабжения краев, тщательный гемостаз, выполнение разрезов по ходу естественных кожных складок, доступ через малозаметные участки тела (подмышечные впадины, под молочными железами), инертный шовный материал, снятие швов с 3 суток. Наш опыт показывает, что соблюдение указанных принципов возможно даже при коррекции таких сложных форм как воронкообразные и килевидные деформации грудной клетки. Коррекция деформаций отдельных ребер и удаление доброкачественных опухолей грудной стенки через указанные доступы эстетически наиболее выгодно. Все сказанное позволяет расширить показания к хирургической коррекции деформаций грудной стенки по косметическим мотивам.

## **К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ**

**Рапорт И.К.**

*НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, Москва*

Исследования НИИ ГиОЗДиП выявили недостаточную эффективность профилактических медицинских осмотров детей, проводимых ЛПУ, за счет низкой выявляемости функциональных отклонений: распространенность функциональных нарушения, диагностируемых при массовых профилактических осмо-

трах детей, в 3–8 раз ниже показателей, получаемых специалистами Института и других научных коллективов при выборочных контрольных исследованиях. По данным Института патологическая пораженность учащихся 1–2 классов московских школ в 2005 г. составляла более 4000‰, в том числе частота встречаемости функциональных расстройств 3200–3300‰. В то же время по результатам проф. осмотров детей этого же возраста, проведенных врачами детских поликлиник, патологическая пораженность была различной от 1100‰ до 2000‰, в т.ч. распространенность функциональных расстройств — от 400‰ до 900‰.

Уровни и структура хронической патологии, выявляемой у детей 7–9 лет врачами детских ЛПУ, в целом совпадает с данными Института: I ранговое место принадлежит нарушениям костно-мышечной системы; II — болезням ЛОР-органов, III — болезням нервной системы; хронические заболевания органов пищеварения и кожных покровов делят IV–V ранговые места. Вместе с тем, врачи поликлиник недостаточное внимание уделяют выявлению функциональных отклонений, таких как невротические реакции, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, аллергические реакции, предмиопия, косоглазие, уплощение стоп, а также дефицит и избыток массы тела у школьников.

Для полноценного выявления функциональных расстройств необходимо выполнение программы доврачебного скрининг-обследования, включающее тест-опрос родителей на выяснения жалоб ребенка, антропометрическое обследование, трехкратное измерении артериального давления, выявление нарушений осанки и плантографию, исследование остроты зрения вдаль и вблизи, тест Малиновского на выявление предмиопии, выявление нарушений бинокулярного зрения и косоглазия и др. На врачебном этапе необходимо дополнительное анкетирование родителей для выяснения анамнеза заболеваний и детализации жалоб ребенка, а также проведение ЭКГ-обследования всем детям. Для рациональной организации мониторинга состояния здоровья детского населения в НИИ ГиОЗДиП разработана оптимизированная система профилактических медицинских осмотров детей.

## **СПОСОБ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРОФИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

**Рашитов Л.Ф., Ахунзянов А.А., Тахаутдинов Ш.К., Закиров А.М.**

*Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ;  
Кафедра детской хирургии с курсом ФПК и ППС, Казань*

В послеоперационном периоде у больных с экстрофией мочевого пузыря одним из основных осложнений является недержание мочи. По причине возникновения недержание мочи мы подразделили на две группы — детрузорное недержание, обусловленное дисфункцией *m. detrusor urinae* (в том числе и в результате возникновения микроцистис), и сфинктерное, связанное с несостоятельностью или нейрогенной дисфункцией сфинктерного аппарата МП и уретры, а также наличие миелодисплазии у 57,4% больных, что подтверждается данными литературы (Осипов И.Б., 1994).

К лечению недержания мочи мы подходим комплексно. При выполнении первичной пластики мочевого пузыря, направленной на устранение недержания мочи и восстановление акта мочеиспускания естественным путем, нами используется ряд манипуляций, предупреждающих развитие в послеоперационном периоде недержания мочи. Так, малые объемы вновь созданного мочевого пузыря, являющиеся, как было сказано выше, причиной детрузорного недержания мочи, компенсировались приемами, способствующими увеличению площади экстрофированной площадки МП.

Другой вид недержания мочи — сфинктерный — устраняли несколькими путями. 8 больным проведена пластика шейки мочевого пузыря по методике В.М. Державина.

Общепринятые в подобных случаях укрепление шейки мочевого пузыря по методике Янга-Дисса и/или сфинктеропластика по В.М. Державину отличаются значительной продолжительностью и травматичностью, что следует учитывать при выборе операции детям с ЭМП, подвергающихся неоднократной хирургической операции под общим обезболиванием. В связи с этим весьма актуальной является разработка малоинвазивных методик, поэтому нами предложен способ укрепления шейки мочевого пузыря при



его экстрофии (рационализаторское предложение Казанского государственного медицинского университета № 1201/56 от 06.09.2004).

Суть предлагаемого нами способа заключается в том, что у больных с экстрофией мочевого пузыря, страдающих недержанием мочи после операции пластики мочевого пузыря из местных тканей, мы проводим ретроградную цистометрию с определением значений уретрального сопротивления. При выявлении патологически низкого уретрального сопротивления вводим в периуретральное пространство (правую и левую полуокружности шейки мочевого пузыря и задней уретры) 5–10 мл венозной аутокрови, предварительно полученной при пункции периферической вены. После введения аутокрови проводим контрольное измерение показателя уретрального сопротивления и при достижении им необходимого значения введение крови прекращаем. Объективным свидетельством эффективности проведенного лечения является прекращение непроизвольного истечения мочи после удаления уретрального катетера.

Данный способ апробирован у 7 детей (у 2 — двухкратно) после цистопластики по поводу экстрофии мочевого пузыря. Благодаря применению предлагаемого способа укрепления шейки мочевого пузыря при его экстрофии у половины исследуемых больных удалось устранить недержание мочи, а у 3 — значительно уменьшить проявления мочевого инконтиненции.

## **МУЗЫКАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

**Рецева О.В., Примакова Н.Г.**

*Муниципальное образовательное учреждение дополнительного образования детей детской школы искусств, Ставрополь*

Социальная защита детей с ограниченными физическими возможностями является одним из приоритетов социальной политики любого цивилизованного общества. Проблема оказания помощи таким детям является одной из важнейших и в Российской Федерации. Одним из основных направлений социальной защиты считается реабилитация, представляющая собой активную функцию общества по отношению к личности, когда идет борьба не только против болезни, но и за ребенка и его место в обществе. Дети с ограниченными возможностями имеют право участвовать во всех видах общественной деятельности. Творческая деятельность может стать важнейшим фактором их эффективной реабилитации. Реабилитация в музыкально-педагогическом понимании этого термина означает комплекс учебно-игровых мер воздействия, направленных на восстановление нарушенных функций организма.

Как сказал Сократ: «Неправильно лечить глаза без головы, голову без тела, так же как тело без души». Душевное состояние и внутренний мир детей с проблемами развития и здоровья очень сложны. Как помочь им увидеть, услышать, почувствовать многообразие окружающей среды? Как помочь им познать свое «Я», раскрыть его и войти в мир взрослых, полноценно существовать и взаимодействовать в нем? Искусство в работе и общении с такими детьми может использоваться не только как средство формирования их художественной культуры, но и может оказывать лечебное воздействие, быть способом профилактики и коррекции отклонений в развитии и здоровье. В эру «аппаратурной медицины» и фармакологии искусство-терапия апеллирует к внутренним самоисцеляющим ресурсам человека, тесно связанным с его творческими возможностями. У детей с проблемами здоровья страдает формирование эмоционально-волевой сферы, коммуникативных навыков, отстает двигательное, речевое развитие. Во многих случаях занятия творчеством и восприятие произведений искусства рассматриваются как условия благотворного эмоционального стресса, связанного с комплексом эстетических переживаний. Поэтому задача педагогов-музыкантов состоит в том, чтобы содействовать развитию творческой индивидуальности и творческой активности детей.

Преподаватели детской школы искусств рассматривают искусство как явление, решающее социальные, психологические, духовные, творческие, семейные проблемы через художественное творчество самих детей. В школе уже второй год функционирует эстетическое отделение (отделение музыкальной ре-

билитации детей с ограниченными физическими возможностями). Открытие данного отделения явилось итогом пятилетней работы по изучению возможных форм и методов организации образовательного процесса для данной категории детей и нахождению путей их интегрированного обучения. Была разработана принципиально новая модель учебного процесса, основанная на праве ребенка избирать программу обучения, исходя из желания, возможностей, наклонностей. В зависимости от индивидуальности ребенка, запроса родителей, а также рекомендации врачей, осуществляется целевая ориентация на коррекцию развития, реабилитацию или на профессиональное обучение. Такой подход в образовании позволяет эффективно социально адаптировать ребенка, помочь найти свое место в жизни, всесторонне гармонизировать его.

На отделении музыкальной реабилитации детей с ограниченными физическими возможностями Детской школы искусств сейчас обучается 28 человек. Учитывая физические особенности каждого ребенка, выделено 7 целевых групп детей, имеющих:

1. раннее органическое поражение ЦНС (13 человек), в том числе: с нарушением координации (4 человека); эпилепсиями (6 человек); церебрастеническим синдромом (3 человека);
2. ДЦП (5 человек);
3. задержку умственного развития (3 человека);
4. бронхиальную астму (2 человека);
5. заболевание сердца (2 человека);
6. заболевание легких (2 человека);
7. заболевание почек (1 человек).

Образовательное пространство данного отделения предоставляет широкий спектр образовательных услуг, возможность выбора и самореализации: музыкальное (фортепиано, кларнет, блокфлейта, гитара, синтезатор, вокал, хоровое и др.), хореографическое, декоративно-прикладное направления. Программное обеспечение представлено одно, трех, пяти и семи годичными авторскими и адаптированными программами. В программах определены организационные формы работы с детьми, учет успеваемости, подбор художественного материала. Индивидуальная форма обучения проводится преподавателем, который на основе рекомендаций врачей разрабатывает комплекс специальных коррекционных упражнений, учитывая физическое состояние ребенка: дыхательные — для духовых инструментов, на координацию движений — для фортепиано и ритмики, речевые — для сольного и хорового пения. С учетом специфики этих упражнений подбирается соответствующий музыкальный репертуар. Для детей, чье физическое здоровье не позволяет освоить игру на музыкальных инструментах в полном объеме, введены занятия по аранжировке музыкальных произведений на синтезаторе. С детьми, проявляющими композиторские способности, осуществляется обучение с применением компьютерной программы «Я — композитор». Групповая форма обучения включает в себя комплекс музыкально-теоретических дисциплин с применением аудио и видео техники, компьютера для выхода в Интернет.

Одним из основополагающих в образовательном процессе отделения является метод коллективного музицирования, позволяющий реализовать творческие возможности каждого ребенка, независимо от уровня общего и музыкального развития, степени одаренности, физических возможностей. Игра в ансамблях вместе со здоровыми детьми других отделений и участие в концертной деятельности школы дает мощный стимул для самоутверждения, развития потенциала учащихся, способствует осуществлению контакта со сверстниками. Вовлеченные в совместное творчество учащиеся получают возможность выхода из замкнутого семейного круга. Происходит стабилизация их эмоционального состояния, формирование навыков самоконтроля и саморегуляции, бесконфликтного общения.

В процессе работы у детей происходит развитие зрительного, слухового, тактильного, осязательного каналов, что является необходимой предпосылкой эстетического восприятия, стимулируются и включаются в работу функциональные системы, усиливающие и закрепляющие адаптационные возможности.

Вокальное и хоровое пение, игра на духовых инструментах восстанавливают функции голосовых связок, всей системы дыхания. Игра на шипковых и клавишных инструментах способствует восстановлению функций мелкой моторики. Занятия хореографией формируют положительный эмоциональный настрой, способствуют восстановлению физиологических механизмов мышечного тонуса и двигательных функций. Корректируется осанка, двигательная активность, точность и быстрота движений. Декоративно-приклад-

ное творчество способствует восстановлению здоровья благодаря формированию устойчивых положительных эмоций, личностного комфорта, положительной самооценки, развитию мелкой моторики, зрительного анализатора, восстановлению двигательных функций. Ребенок, вовлеченный в художественно-эстетическую деятельность, достигает гармонии с миром и с самим собой, осознает себя как личность.

По оценке врача-консультанта, проводящего мониторинг состояния здоровья детей данного отделения, за 4 истекших месяца простудными заболеваниями никто не болел, не наблюдались рецидивы основного заболевания. Отмечается устойчивость положительного эмоционального тонуса, отсутствие переутомления.

Опыт работы отделения привел к новому взгляду на данную проблему, поиску инновационных форм организации учебного процесса, необходимости расширения рабочей целевой группы, следствием чего стало открытие подготовительного класса для детей с ограниченными возможностями в возрасте 4–6 лет.

### **ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ**

**Решетова Т.Г., Николаенкова Е.Ф., Кузьмичева И.Е., Климова И.К., Курбатова М.В., Андреюк О.Г., Ходунова К.А.**

*Ивановская государственная медицинская академия*

У 12 детей в возрасте 10–12 лет, страдающих нефротической формой хронического гломерулонефрита, исследованы почечная гемодинамика методом реоренографии (аппарат «Реоспектр-3», «Нейрософт») и состояние микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии (аппарат «ЛАКК-01», НПП «Лазма», Москва). Базальный капиллярный кровоток исследовался в области предплечья в покое. Для оценки резерва капиллярного кровотока проводилась окклюзионная проба. Полученные данные сопоставлялись с показателями пробы Реберга. В активную фазу заболевания отмечалось снижение реографического индекса, амплитудно-частотного показателя, уровня перфузии, миогенной активности (ALF/M) и тонуса прекапилляров ( $\sigma$ /ALF). Нами показано, что активная фаза нефротической формы хронического гломерулонефрита характеризуется снижением эффективности циркуляции за счет снижения перфузии и застоя крови в венолярном отделе. Указанные изменения микрогемодициркуляции коррелировали со снижением клубочковой фильтрации. Повторное исследование почечной гемодинамики через 4 недели от момента поступления выявило сохраняющееся снижение почечного кровотока за счет высокого тонуса артерий и венозного застоя. Таким образом, у детей с нефротической формой хронического гломерулонефрита имеют место пролонгированные вазоспастические реакции. Это, по нашему мнению, может способствовать прогрессивному течению заболевания, усугублению изменений почечной гемодинамики. Можно полагать, что замедление восстановления почечной гемодинамики и капиллярного кровотока, приводящее к длительной гипоксии органа, нарушает метаболизм в почечной ткани, являясь одним из звеньев патогенеза некоторых осложнений гломерулонефрита.