

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕФАЛГИЙ У ШКОЛЬНИКОВ

**Горюнова А.В., Маслова О.И., Дыбунов А.Г., Кузенкова Л.М., Пак Л.А.,
Базарная Н.А., Бурсагова Б.И., Балканская С.В.**

*Научно-исследовательский институт педиатрии Государственного учреждения
Научный центр здоровья детей Российской Академии медицинских наук,
Москва*

Головная боль (ГБ) до последнего времени недооценивается ни по охвату детской популяции, ни по лечению. Вместе с тем, ГБ — одна из самых частых жалоб, с которой учащиеся обращаются в медицинский кабинет школы. Цефалгия приводит к снижению работоспособности, школьной дезадаптации и значительному ухудшению качества жизни детей. В 2005 г. ВОЗ проводила Глобальную кампанию по снижению бремени головной боли во всем мире. В 2002–2004 гг. сотрудниками ГУ НЦЗД РАМН (директор — акад. РАМН, проф. Баранов А.А.) проведено динамическое эпидемиологическое исследование 409 школьников массовой школы в возрасте от 7 до 15 лет для изучения распространенности, факторов риска, клинической картины и разработки алгоритмов диагностики, лечения и профилактики ГБ у детей. Исследование проведено в 2 этапа. На первом этапе с помощью разработанных инструментов проведено анкетирование школьников для составления когорты детей с ГБ, которые на втором этапе прошли полное клинико-неврологическое и лабораторно-инструментальное обследование в условиях консультативно-диагностического центра или психоневрологического отделения. Диагноз ГБ боли устанавливался в соответствии с критериями МКГБ-2 (2003). По результатам исследования установлено, что 27% детей ни разу не испытывали ГБ, у 22,2% детей отмечалась редкая ГБ — от 1 до 3 раз в год, которая была ситуационно обусловленной. 51,8% школьников жаловались на регулярную ГБ в течение нескольких лет. Анализ структуры цефалгического синдрома показал, что наиболее часто встречаются ГБ напряжения — 29,5%, из них хроническая — 7,5%; мигрень — 10,2%; посттравматическая ГБ — 6,5%, сосудистые ГБ — 6%, ГБ при психических заболеваниях — 3%. Остальные ГБ относились к другим формам вторичных цефалгий, вызванных хроническими заболеваниями внутренних органов, патологией ЛОР-органов, нарушением зрения, вертеброгенными изменениями. Динамическое наблюдение в течение 2 лет показало, что у 32% школьников наблюдалась отрицательная динамика частоты и интенсивности приступов ГБ, у 32% — отмечены позитивные изменения клинических характеристик ГБ. У 34% характер и интенсивность ГБ оставались без изменений. Выявлена тенденция к учащению ГБ с 30,4% в возрасте 7 лет до 58,3% в возрасте 12–15 лет. У 17,1% ГБ возникла реже 1 раза в месяц.

НАЧАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Горюнова А.В., Маслова О.И., Кузенкова Л.М., Сологубова И.Е.,
Андреевко Н.В., Римашевская Н.В., Журкова Н.В., Кондакова О.В.**

*Научный центр здоровья детей Российской Академии медицинских наук,
Москва*

Ведущая роль в выявлении начальных проявлений психических заболеваний и пограничных форм нервно-психической патологии у детей до 3-х лет принадлежит педиатрам и детским неврологам, у которых ощущается дефицит специальных знаний и практического опыта в их диагностике. На основании клинического и катamnестического наблюдения за 178 детьми раннего возраста с последствиями перинатального повреждения головного мозга, дефектами обмена и наследственными синдромами с поражением ЦНС, психическими заболеваниями, выделены наиболее частые эквиваленты психических нарушений и отклонения в психическом и речевом развитии в первые годы жизни. Изменения психической активно-

сти в сторону общей нервозности или апатии, чередование в поведении пассивности и общего двигательного возбуждения, склонность к частым сменам настроения, раздражительность, высокий уровень тревожности и реакции испуга отмечались практически у всех наблюдаемых детей. Так же часто обнаруживались устойчивые соматовегетативные расстройства: дисфункции ЖКТ с упорными срыгиваниями, неустойчивостью стула, коликами, выраженное снижение аппетита с периодическим отказом от еды и рвотами, инверсия кормления, слабое сосание/жевание, предпочтение протертой пищи. У детей наблюдалась затрудненная адаптация к новым условиям и режиму, сенсорная гиперчувствительность/амбивалентность сенсорного восприятия. Выделены длительные нарушения сна: изменение его продолжительности и глубины, трудности засыпания/пробуждения, инверсия сна и бодрствования, патологические двигательные феномены во сне, ритуалы, младенческие ночные крики. В числе расстройств моторики наиболее характерны: стереотипии, двигательные навязчивости, отставание в формировании двигательных навыков при отсутствии парезов на фоне мышечной гипотонии. Важную прогностическую роль на 1-м году жизни имеют: поздняя фиксация взгляда, отсутствие ответной улыбки, комплекса оживления, бедного гуления и лепета, подражания, разнообразия предметно-игровых действий, а у детей старше 1 года — отсутствие потребности в общении и коммуникативной речи. Особое значение принадлежит дисгармоничной задержке психомоторного развития, которая, как правило, является ранним индикатором психических заболеваний.

СИМПТОМЫ ДЕЗАДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Горячкина Л.А., Петрова С.В., Храпова И.И., Султанова Г.Ф.

*Президентский центр охраны материнства и детства, Чебоксары.
Кафедра педиатрии института усовершенствования врачей*

Целью нашего исследования явилось выявление изменений со стороны ССС у недоношенных новорожденных.

Для реализации данной цели нами было исследовано 84 недоношенных новорожденных. Из них I группу составили 46 детей с I–II степенью недоношенности и 38 с III–IV степенью. Анализ результатов комплексного исследования позволил выявить следующие варианты постгипоксической дезадаптации сердечнососудистой системы: 1) неонатальная легочная гипертензия и персистенция фетальных коммуникаций с лево-правым шунтированием крови через открытое овальное окно и открытый артериальный проток наблюдались у 54,7% детей первой группы, и у 89% второй группы. В клинической картине на первый план выступали дыхательные нарушения, отек легких, на рентгенограмме органов грудной полости — симптомы гиперволемии и увеличение кардиоторакального индекса. На ЭКГ имелись признаки перегрузки правого предсердия в виде P-pulmonale, нарушения внутрижелудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса; 2) транзиторная дисфункция миокарда с дилатацией полостей с нормальной или повышенной сократительной способностью сердца у 33% пациентов I группы, и у 54% — II группы. Клинически эта форма проявлялась бледностью кожных покровов, систолическим шумом, недостаточностью атриовентрикулярных клапанов, нечистотой сердечных тонов. На ЭКГ отмечался подъем сегмента ST относительно изолинии или депрессия зубца T; 3) транзиторная дисфункция миокарда с дилатацией полостей со сниженной сократительной способностью сердца и недостаточностью атриовентрикулярных клапанов только — у 5% детей II группы. Клинически наблюдались мраморный рисунок кожи, расширение границ относительной сердечной тупости, глухость тонов сердца.

Признаки поражения кардиомиоцитов, по соотношению трансаминаз (Асат/Алат) выявлено у 50,3% в I группе и у 86% II группы.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что гипоксия и морфофункциональная незрелость являются ключевыми факторами развития синдрома дезадаптации ССС. У детей возможно сочетание нескольких клиничко-патогенетических вариантов у одного пациента.

СОСТОЯНИЕ АНТИДРОМНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ МОТОНЕЙРОНОВ У БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ

Готовцева Г.Н., Кобрин В.И., Силадий И.Р.

*Московская областная детская ортопедо-хирургическая больница, Москва;
Факультет социальной медицины Государственной классической академии
им. Маймонида, Москва*

В последние годы был сделан значительный шаг в развитии электронного оборудования, позволяющего получать более полную информацию о состоянии нейромоторного аппарата. По своей физиологической природе F-волна является ответом мышцы на возвратный разряд, возникающий в результате антидромного раздражения мотонейронов. При стимуляции нервного волокна электрический потенциал, распространяясь антидромно, возбуждает тело мотонейрона, который генерирует ответный разряд. Достигая мышцы, этот стимул вызывает появление F-волны. По амплитудным параметрам F-волны можно оценить возбудимость альфа-мотонейронов передних рогов спинного мозга, а также состояние надсегментарных структур. Исходя из недостаточной изученности вопроса состояния нейромоторного аппарата больных со сколиотической болезнью, задачей электромиографического исследования явилось изучение амплитудных параметров F-волны у данного контингента больных. ЭМГ исследование проводилось на аппаратно-программном комплексе «МБН-Нейромиограф» (Россия). Супрамаксимальная сила стимула подбиралась индивидуально для каждого больного при исследовании M-ответа. Анализировались максимальная, средняя амплитуды F-волн, скорость распространения возбуждения (СРВ) по проксимальным участкам нерва, количество нереализованных F-волн (блоков), гигантские волны. Результаты: обследовано 84 нерва у 42 детей в возрасте от 10 до 16 лет с диспластическим правосторонним грудным, левосторонним поясничным сколиозом 2–3 степени, а также контрольная группа из 20 здоровых детей — 40 нервов. Исследовалась F-волна по большеберцовому нерву. Анализировалась минимальная, максимальная, средняя амплитуды, дисперсия (разница между минимальной и максимальной амплитудой), соотношение F_{cp}/M , F_{max}/M , с учетом асимметрии сторон. Проведенные исследования показали, что у больных сколиозом на 25% (справа) и 38% (слева) амплитудные показатели F-волны выше, чем у здоровых, что свидетельствует о высокой антидромной возбудимости мотонейронов, которая в свою очередь обусловлена снижением тормозных влияний со стороны надсегментарных отделов нервной системы.

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ (ГЭП) У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ (АД) В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Градинаров А.М., Анохина Л.А., Плотникова И.А., Новожилова Е.П.

*Областной центр детской аллергологии и дерматологии, Екатеринбург;
Областная детская клиническая больница №1, Екатеринбург*

У 256 детей с АД в возрасте до 3 лет проведена ревизия нозологической структуры ГЭП с выделением основного гастроэнтерологического заболевания на основании современных концепций. Исследование проведено в режиме этапного скрининга:

I этап — анализ анамнестических, клинических и катамнестических данных с выявлением «симптомо-комплекса тревоги»; II этап — лабораторно-инструментальное обследование, доступное для неспециализированных ЛПУ; III этап — обследование в условиях специализированных центров. Для верификации диагноза использован весь спектр современных методов, кроме поэтапной манометрии.

По результатам исследования в группу нозологий, трактуемых как функциональные заболевания органов пищеварения, отнесена ГЭП у 60,3% обследованных детей с АД. В структуре органической патологии

доминировали хронические диареи, обусловленные пищевой аллергией с мальдигестией и минимально выраженной мальабсорбцией — 19,1% и аллергической энтеропатией с выраженной и комбинированной по механизмам мальабсорбцией — у 9,6% детей, в том числе у 5 детей первичная целиакия. В анамнезе у 17,2% детей этой группы в первом полугодии жизни зарегистрированы острые и подострые инфекционные диареи, вызванные оппортунистической, нередко ассоциированной, инфекцией. Органические заболевания печени и желчевыводящих путей диагностированы у 3,7%, хронические колиты сочетанной природы и пороки развития толстой кишки — у 7,3% детей. Клинические, эхоструктурные изменения поджелудочной железы, нарушения ее внешнесекреторной функции выявлены у 69,8% детей, но органический или функциональный характер этих изменений нуждается в уточнении.

РОЛЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА И ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ГЕНЕЗЕ РЕСПИРАТОРНЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТЬЮ

Градинаров А.М., Шуляк И.П., Боярский С.Н., Беглянина О.А., Аксенова С.Н., Саханская Т.В.

Областная детская клиническая больница №1, Екатеринбург

С целью уточнения причин рецидивирующего или торпидного течения рефрактерных к терапии респираторных нарушений у 87 детей с аллергически измененной реактивностью (АИР) в возрасте 1,5–14 лет, в том числе у 24 детей с дермореспираторным синдромом проведено дополнительное обследование с целью выявления гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) и уточнения характера изменений вегетативных нарушений. Основанием для исследования являлись анамнестические и клинические данные, позволяющие заподозрить несостоятельность антирефлюксных механизмов и расстройство вегетативной регуляции. Дополнительно проведены эндоскопическое и сцинтиграфическое исследование пищевода и желудка, а также изучение вегетативной регуляции по данным кардиоинтервалографии и суточного мониторирования сердечного ритма.

В структуре респираторных нарушений у обследованных доминировала бронхиальная астма — 76% детей, рецидивирующий обструктивный бронхит у 17% детей, у 6% рецидивирующий бронхит и у 1% трахеит. У абсолютного большинства детей раннего возраста (94%) параллельно отмечались подострые воспалительные изменения в ЛОР-органах. В различной степени выраженный ГЭР выявлен у всех обследованных детей, с эзофагитом у 8.

Изменения в вегетативном статусе выявлены также у всех обследованных и характеризовались дискоординацией, проявляющейся несбалансированным типом регуляции сердечного ритма, преобладанием увеличения активности или парасимпатического или симпатического отдела. С гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью у 65%, нормотоническим типом у 30% и у 5% детей — асимпатикотоническим.

Таким образом, ГЭР и расстройство вегетативной регуляции у детей с АИР играют роль в течении, а возможно и в формировании респираторных нарушений. Указанный механизм может участвовать в развитии таких симптомов как приступообразный ночной кашель, эпизоды непродуктивного кашля с рвотой, приносящей облегчение, являются одним из триггеров приступов бронхиальной астмы в ночное время, способствуют хронизации воспаления на всем протяжении респираторного тракта и вовлечению в процесс сердечно-сосудистой системы.

ЭКЗОГЕННЫЕ И ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РЕТАРДАЦИИ И УСКОРЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Градинаров А. М.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Оценена динамика физического развития у 186 детей с атопическим дерматитом в возрасте 3 месяцев — 3 лет по региональным центильным стандартам. Выявлено две полярные группы: дети с низкими и очень низкими показателями по росту и массе и дети с показателями выше средних и высокими по росту и массе. Для уточнения механизмов феномена исследовался характер питания, функциональное состояние органов пищеварения у всех детей, а у 86 изучены особенности гормональной регуляции: гормоны гипофиза (пролактин и тиреотропин), щитовидной железы (сТ3, сТ4) в сыворотке, надпочечников (кортизол в 09.00 часов в сыворотке, экскреция кортизола и кортикостерона в суточной моче).

Факторами замедления по росту явились дисбаланс гормональной регуляции за счет гипофункции щитовидной железы и гиперпродукции кортизола, из экзогенных влияний — раннее назначение и длительное использование смесей на основе сои. Факторы ретардации по массе: органические заболевания органов пищеварения — аллергическая энтеропатия с сочетанной мальабсорбцией; мальдигестия, как следствие нераспознанных других органических заболеваний органов пищеварения или некорректная терапия функциональных заболеваний и патологической колонизации в желудочно-кишечном тракте. Факторы ускорения по росту и массе: дисбаланс гормональной регуляции за счет пролактинемии и преимущественно кортикостерононовый тип стероидогенеза в коре надпочечников, из экзогенных — избыточность в питании белка коровьего молока, ведущая к кратковременному ускорению, сменяющемуся по мере нарастания сенсibilизации торможением. Фактором ускорения только по массе явилась избыточность питания по объемам и ингредиентам, даже при имеющихся функциональных нарушениях в органах пищеварения.

БОЛЬНОЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Грандилевская О.Л., Грандилевская И.В., Свердловски В.А.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Рождение больного ребенка оказывает безусловное влияние на психологический статус матери. Этот стрессовый фактор способствует и нарушениям материнской сферы женщин, и как следствие, приводит к осложнениям материнско-детских отношений. Был изучен психологический статус и особенности реагирования на стресс 30 женщин, дети которых после рождения в тяжелом и очень тяжелом состоянии были госпитализированы в детскую городскую больницу.

Установлено, что возникновение стрессора «Рождение больного ребенка» приводит к трансформации личностных свойств, особенностей механизмов психологической защиты и применения копинговых стратегий у матери. Показатели личностной и реактивной тревожности у женщин не зависели от прогноза качества последующей жизни ребенка. Обследование матерей по методике «Семантический дифференциал» показало, что у матерей внимание к собственному «Я» было перекрыто более актуальными проблемами и переживаниями. Матери детей с неблагоприятным или сомнительным прогнозом выражали более критическое отношение к болезни ребенка, чем матери с благоприятным прогнозом. Для них характерны неудовлетворенность диагнозом и низкий уровень принятия болезни ребенка; отрицательные значения показателя, характеризующего признак «Сила». Преобладающим глубинно-личностным реагированием на рождение больного ребенка являлось использование МПЗ «Проекция», посредством которого матери неосознаваемые и неприемлемые чувства приписывали больным детям. Матери больных детей нередко за-

нимали четкую позицию относительно потенциальных копинговых действий. Доля полных одобрений утверждений в шкалах копинговых стратегий «Решение проблемы» и «Поиск поддержки» достигала 60% уровня, причем по некоторым утверждениям согласие выражалось большинством женщин. Таким образом, женщины с больным новорожденным нуждаются в психологической поддержке. Организация психологической службы в детских стационарах — важное перспективное направление совершенствования стационарной неонатологической помощи, так как эффективность медицинской помощи больному ребенку во многом определяется степенью участия матери в процессе лечения.

ИБУПРОФЕН В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Гребенкина Л.И., Кельцев В.А., Платонова Н.В.

Самарский государственный медицинский университет

Цель. Изучить эффективность и безопасность ибупрофена при лечении детей младшей возрастной группы, больных ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

Методы. Под наблюдением находились 55 детей, больных ЮИА в течение 6–18 месяцев, с олиго- и полиартикулярными вариантами заболевания. Дети предъявляли жалобы на боли в суставах, ограничения при ходьбе, утреннюю скованность, слабость, недомогание. У 17 больных младшей возрастной группы отмечалась температурная реакция в пределах субфебрильных цифр. Больные получали ибупрофен в течение 1 месяца. Суточная доза препарата не превышала 30 мг/кг массы тела ребенка. Контроль над эффективностью лечения осуществлялся с помощью клинических и лабораторных показателей активности заболевания.

Результаты. Клинический эффект от лечения ибупрофеном выявлен через 3 дня. У больных в течение 3–5 дней купировался суставной синдром подавлялись экссудативные изменения в суставах, увеличивалась их подвижность), утренняя скованность исчезала к 4–5 дню от начала приема препарата. Температурная реакция исчезала к 3–4 дню. Отмечалась положительная динамика лабораторных показателей активности воспалительного процесса. В целом, у детей младшей возрастной группы не выявлялись негативные реакции на прием препарата.

Выводы. Ибупрофен не уступает по эффективности «классическим» НПВП, но обладает меньшей токсичностью в отношении желудочно-кишечного тракта и реже вызывает аллергические реакции у больных, легко дозируется. Препарат можно назначать на длительный период лечения.

МЕСТО НИМЕСУЛИДА В ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Гребенкина Л.И., Кельцев В.А., Прокопенко О.И.

Самарский государственный медицинский университет

Цель. Изучить эффективность и безопасность нимесулида при лечении детей и подростков, больных ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

Методы. Под наблюдением находились 80 детей, больных ЮИА в течение 6–18 месяцев, с олиго- и полиартикулярными вариантами заболевания. Больные были разделены на 2 равные группы. Пациенты 1 группы получали таблетированную форму нимесулида, по 1 таблетке 2 раза в день. Пациенты 2 группы получали суспензию в дозе 1,5 мг/кг 2 раза в сутки. Дети предъявляли жалобы на боли в суставах, ограничения при ходьбе, утреннюю скованность, слабость, недомогание. У 21 больного младшей возрастной группы отмечалась температурная реакция в пределах субфебрильных цифр. Больные получали препарат

в течение 1 месяца. Контроль над эффективностью лечения осуществлялся с помощью клинических и лабораторных показателей активности заболевания. Контрольную группу составили 20 здоровых детей того же возраста.

Результаты. Клинический эффект от лечения нимесулидом выявлен через 3 дня. У больных обеих групп в течение 3—5 дней купировался суставной синдром (подавлялись экссудативные изменения в суставах, увеличивалась их подвижность), утренняя скованность исчезала к 4—5 дню от начала приема нимесулида. Температурная реакция исчезала ко 2 дню. Отмечалась положительная динамика лабораторных показателей активности воспалительного процесса. Переносимость препарата была хорошая. Только четверо больных предъявляли жалобы на тошноту, 2 пациента жаловались на дискомфорт в эпигастральной области. Данные явления прошли самостоятельно и не потребовали отмены препарата.

Выводы. Нимесулида является эффективным и безопасным препаратом и может назначаться на длительный период лечения ЮИА у детей, в том числе и в младшей возрастной группе.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Гречихина А.И., Ковтун О.П., Сафронова Л.А.

*Областная детская клиническая больница № 1, Екатеринбург;
Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург*

В 2002 году на базе областной детской клинической больницы (ОДКБ) г. Екатеринбурга создан Областной детский центр эпилепсии и пароксизмальных состояний, который имеет в своем составе амбулаторные кабинеты врачей эпилептологов и неврологов; 20 коек детского неврологического отделения и 5 коек в отделении для детей раннего возраста (до 1,5 лет); кабинет видео-ЭЭГ-мониторинга; биохимическую лабораторию, проводящую лекарственный мониторинг. Центр работает в тесной связи с другими подразделениями больницы (функциональная, рентгеновская, компьютерная диагностика), а так же с другими центрами неврологической службы Свердловской области (Областной сомнологический центр, Областной центр функциональных расстройств нервной системы у детей).

Первичный консультативный прием эпилептолога в поликлинике ОДКБ осуществляется по направлениям неврологов области. В течение года консультативную помощь получают около 2000 детей, из них примерно 63% страдают эпилепсией. Сведения на каждого больного заносятся в компьютерную базу данных (регистр больных эпилепсией), которая в настоящее время включает в себя 1800 больных эпилепсией. Возрастной состав характеризуется преобладанием пациентов от 11 до 18 лет (56%), дети с 3 до 10 лет составляют 40%, дети до 3 лет — только 4%. Идиопатические формы эпилепсии зарегистрированы у 46%, симптоматические — у 54% пациентов.

Особое место в работе центра занимает организационно — методическая работа, направленная на повышение уровня знаний педиатров, неврологов области по вопросам диагностики, лечения эпилепсии и других пароксизмальных состояний у детей. Для родителей больных детей организована школа «Жизнь с эпилепсией».

Создание центра, имеющего условия для комплексного оказания высококвалифицированной помощи детям с эпилепсией и другими пароксизмальными состояниями, позволяет надеяться на достижение положительных результатов в лечении, улучшении качества жизни детей, страдающих эпилепсией.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Григоренко Г.В., Заболотских Т.В., Серга А.П., Климова Н.В.,
Селянина Е.Г., Ретивых И.В., Маркина Т.А., Петри Н.Н.**

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

На протяжении последних десятилетий сепсис у детей остается актуальной проблемой в связи с высокой заболеваемостью и летальностью, сложностью диагностики, отсутствием достаточной доказательной базы для эффективной терапии. Статистические данные по Амурской области свидетельствуют о превышении российских показателей заболеваемости сепсисом новорожденных детей и летальности от него в 1,5–2 раза.

Проведен анализ особенностей течения сепсиса у 52 новорожденных, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных Амурской детской областной больницы (из них 21 — доношенные и 31 — недоношенные дети). Помимо синдрома системного воспалительного ответа, основными септическими очагами у доношенных новорожденных являлись пневмония, язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК), менингит, флебит, артериит, везикулез, омфалит, цистит в различных сочетаниях; у недоношенных детей преобладали менингит, ЯНЭК, пневмония, флебит, перитонит. Бактериологический мониторинг биологических сред показал преобладание у 50% доношенных детей с внутриутробным сепсисом кишечной палочки, у 25% — УПФ: эпидермального и золотистого стафилококка, энтерококка. У недоношенных детей этиологически значимыми инфекционными агентами являлись преимущественно грамположительные микроорганизмы: стафилококк — эпидермальный, золотистый, гемолитический, а также клебсиеллы и энтерококк. В случае постнатального сепсиса в основном высевалась грамположительная микрофлора. Уровень летальности от сепсиса колебался от 50 до 66%. Значительное влияние на течение септического процесса у новорожденных оказывали перинатальные факторы риска: острые и хронические урогенитальные воспалительные процессы, персистирующие ЦМВ- и ВПГ-инфекции у матерей, тяжелые гестозы, ХФПН, хроническая внутриутробная гипоксия плода и тяжелая асфиксия при рождении. В 100% наблюдений определялись воспалительные изменения в плаценте.

При доказанном септическом процессе преимущественно назначались цефалоспорины III–IV поколений и карбопенемы. Заместительная иммунотерапия заключалась во внутривенном введении иммуноглобулинов: иммуноглобулины человека с повышенной концентрацией иммуноглобулинов А и М у 73% больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНЕРГОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ГИПОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Громада Н.Е., Ковтун О.П., Громада В.А., Бушуева Т.В., Николаева Е.Б.

*Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург;
Свердловский областной центр планирования семьи и репродукции,
Екатеринбург*

В работе представлены данные о клиническом наблюдении 135 детей в возрасте от 3-х суток до 3-х лет с перинатальным поражением ЦНС гипоксически-ишемического и гипоксически-геморрагического генеза средней и тяжелой степени тяжести и сопутствующей соматической патологией. 102 ребенка составили группы контроля.

В остром периоде заболевания и в период ранней реабилитации в комплексе с традиционными средствами симптоматической и патогенетической терапии применяли кортексин в/м 0,5 мг/кг массы тела в те-

чение 10 дней, элькар в суточной дозе 50–100 мг/кг в 2–3 приема (курс 21–28 дней), информационную радиоволновую терапию — курс №10. В течение 3-х лет дети получали повторные курсы каждые 3 месяца.

Эффективность терапии оценивали в динамике по клиническим признакам физического, нервно-психического развития, иммунологическим показателям: определение общего количества лейкоцитов и субпопуляций лимфоцитов CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD25+, CD95+, уровня цитокинов IL-4, IL-6, TNF α , IL-1 β и показателям клеточного энергообмена (цитохимический анализ активности митохондриальных ферментов СДГ, ГДГ, аГФДГ, ЛДГ, МДГ).

Результаты исследований достоверно свидетельствуют, что эти препараты являются энерго-транспортными средствами метаболического ряда, нормализуют состояние клеточной энергетики, модулируют цитокиновые реакции, стимулируют процессы нейроиммунной защиты и положительно влияют на клинические исходы перинатальной патологии ЦНС на всех этапах катamnестического наблюдения.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Груздева Н.В., Русова Т.В., Сибякова Л.В.

Ивановская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

В настоящее время в детской популяции высока распространенность психосоматической патологии, предполагающей необходимость комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка с обязательным выявлением психогенных факторов, оказывающих негативное влияние на течение соматического заболевания. В связи с этим нами проведено изучение психологического статуса детей, страдающих хронической патологией. Результаты работы показывают, что психогенные факторы отмечаются у 85% пациентов. Наиболее частыми были следующие нарушения в психическом состоянии детей:

1. Высокий уровень тревожности наблюдался у 70% пациентов. Повышенная тревожность проявлялась как во всех сферах жизни, так и в каких-то отдельных ситуациях.

2. Низкая или неустойчивая самооценка. Такое восприятие себя приводит как к школьным трудностям, так и к коммуникативным проблемам. Эти дети не уверены в себе, во всем сомневаются, боятся ошибиться, беспомощны, считают, что у них ничего не получится, что они хуже других и никому не нужны.

3. Детские страхи. Наиболее часто наблюдались страхи смерти, одиночества, нападения (агрессии). Они присутствовали у половины наших пациентов. Далеко не всегда взрослые во время узнают об этом, и еще реже они умеют помочь и психологически поддержать ребенка в не легкой ситуации.

4. Высокий уровень агрессивности.

В работе с повышенной тревожностью, агрессивностью, страхами, неуверенностью у детей психологами были использованы разнообразные методы (телесно ориентированной терапии, арт-терапии, игротерапии и др.). Именно с психологом дети получили возможность разобраться в своем состоянии, осознать причины происходящего с ними, проработать план выхода из неприятной ситуации и развития личностных качеств, помогающих в дальнейшей благоприятной адаптации. Комплексная медико-психологическая работа с ребенком и его семьей при поддержке со стороны школы позволяет справиться не только с личностными проблемами пациента, но и значительно улучшить его здоровье.