

## **ПОЛИКОМПОНЕНТНАЯ ВАКЦИНА ВП-4: ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Нечаева И.А., Вавилова В.П., Перевощикова Н.К., Кочемасова О.И.,  
Саблина И.И., Капелина Л.Л.**

*КГМА, Кемерово;  
ДКБ №7, Кемерово*

**Цель:** изучить влияние поликомпонентной вакцины ВП-4 (ВП-4) на уровень неспецифических факторов защиты и показатели местного иммунитета слизистых верхних дыхательных путей (ВДП) у детей, часто болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) при назально-оральном способе введения вакцины.

**Методы:** в весенний период вакцинировали 30 детей в возрасте 5–9 лет, болеющих ОРВИ более 5 раз в год. Вакцинацию осуществляли назально-оральным способом. Все дети обследованы педиатром, отоларингологом, иммунологом до и после вакцинации. Эффективность оценивали по активности лизоцима по Дорофейук, концентрации иммуноглобулинов по Манчини (SIg, IgA, IgG) в назальном секрете, показателям назоцитогаммы. В качестве группы сравнения участвовали дети того же возраста, болеющие ОРВИ более 5 раз в год, но не получавшие вакцинацию ВП-4.

**Результаты:** исходно низкий уровень лизоцима  $50,67 \pm 3,5\%$  после проведения вакцинации ВП-4 достоверно увеличивался до  $73,33 \pm 4,2\%$ ,  $p < 0,001$ . Отмечено достоверное увеличение уровня секреторного иммуноглобулина (SIgA) с  $0,19 \pm 0,02$  г/л до  $0,24 \pm 0,01$  г/л,  $p < 0,001$ . Со стороны иммуноглобулинов А и G регистрируется тенденция к увеличению их уровня ( $p > 0,05$ ). По данным назоцитогаммы регистрируется достоверное снижение уровня нейтрофилов (с  $37,29 \pm 3,23$  до  $24,0 \pm 2,21$ ,  $p < 0,001$ ) и тенденция к увеличению мукоциллиарного клиренса: увеличение клеток цилиндрического эпителия с  $27,40 \pm 2,39$  до  $34,41 \pm 3,01$ ,  $p > 0,05$ . в группе сравнения каких-либо изменений зарегистрировано не было.

**Заключение:** поликомпонентная вакцина ВП-4 — эффективный препарат для нормализации иммунного фона и неспецифических факторов защиты слизистых ВДП. Целесообразно включение вакцинации ВП-4 в оздоровительную и реабилитационную программы детей, часто болеющих ОРВИ.

## **ОСОБЕННОСТИ УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ МИГРАНТОВ**

**Нечаева Н.В., Одинаева Н.Д.**

*Научный Центр здоровья детей РАМН, Москва*

За последние 10 лет миграционный прирост населения России составил более 3,8 млн. человек. Чаше всего дети в таких семьях находятся в специфическом положении, называемом социальной депривацией, под которой понимают лишение, ограничение или недостаточность тех или иных условий, материальных и духовных ресурсов, необходимыми для выживания и развития ребенка.

Анализ комплексной оценки условий и образа жизни детей первого года жизни семей мигрантов, проживающих на территории одного из районов Московской области последние два года по сравнению с коренными жителями показал, что они в восемь раз чаще имели неблагоприятные жилищные условия (32% и 4%), в два раза чаще жили в неполных семьях (16% и 8%). В каждой пятой семье мигрантов выявлен низкий уровень душевного дохода, в каждой второй — не здоровый микроклимат, причем основной причиной конфликтов были материальные затруднения (32%). Наиболее затратной частью домашнего хозяйства являлись расходы на питание. При этом регулярно получали овощи и фрукты меньше половины детей семей мигрантов (40% против 88%), в 1,4 раза реже употребляли мясо. Воспитательный потенциал в этих

семьях также был снижен. Так, каждая третья мама была в возрасте до 19 лет и, как правило, не имела жизненного опыта, навыков по уходу за ребенком. Каждый четвертый отец не принимал участия в воспитании ребенка, каждый второй — периодически. Вызывает тревогу, что около 10% матерей детей мигрантов употребляли наркотики и 33% один раз в неделю злоупотребляли алкоголем.

Таким образом, семьи мигрантов как «скрытая система здравоохранения» с учетом значимости семейного окружения ребенка в формировании и сохранении его здоровья, нуждаются в разработке специальных программ по оказанию эффективной медико-социальной помощи детям и матерям этих семей.

## **ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ПРИ ЕГО ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ**

**Никандрова О.В., Делягин В.М., Неудахин Е.В.**

*Новомосковская детская больница;  
Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии  
и иммунологии, Москва;  
Российский государственный медицинский университет, Москва*

**Цель:** изучить особенности анамнеза у детей с функциональными и эрозивно-язвенными изменениями желудочно-кишечного тракта.

**Методы:** обследовали 60 детей с функциональными изменениями (I группа), 65 детей (II группа) — с хроническим гастродуоденитом (ГД) и 10 детей с язвенной болезнью (ЯБ) (III группа). Возраст детей 6–16 лет.

**Результаты:** в I группе патология беременности предшествовала рождению 60% детей. Все дети родились доношенными. Неблагоприятное течение родового периода было у 13,4%, осложнения постнатального — у 33,4%. На грудном вскармливании находилось 73,3%. Аллергические заболевания были у 33,3%. Отмечены наследственная отягощенность по ЯБ желудка и 12-перстной кишки (13,4% матерей), хроническому ГД (20% матерей и 6,7% отцов), сахарному диабету (в 6,7% семей). Длительность заболевания детей до поступления в стационар была 3–6 мес. Во II группе патология беременности была у 60% матерей, неблагоприятное течение родов (в т.ч. кесарево сечение) зарегистрировано в 20% случаев. Отмечены преждевременные роды (8,6%), постнатальные осложнения (51,4%). На искусственном вскармливании находилось 51% детей. Аллергические заболевания (в т.ч. бронхиальная астма) выявлены у 45,7% детей. В семейном анамнезе отмечены ЯБ желудка (14,3%), хронический ГД (52%). Длительность заболевания до 1 года была у 11,4%, 1–2 года — у 45,7%, 3 года и более — у 42,9%. В III группе выявлены патология беременности (66,7% случаев), неблагоприятное течение родов (50%) и послеродового периода (60%). На раннем искусственном вскармливании были 70% детей. Аллергические заболевания выявлены у 50%. ЯБ болезнь у матери была в 10% семей, у бабушек по линии матери — в 20%. Хронический ГД был у 60% матерей. Сахарный диабет у бабушек по линии матери — в 20% случаев. Длительность болезни 1–2 года была у 20%, 3 года и более — у 80%.

**Выводы:** отмечена концентрация неблагоприятных факторов и удлинение анамнестического периода болезни у детей с хроническим ГД и ЯБ.

## **ПАТОЛОГИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ СИНДРОМОМ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ**

**Никандрова О.В., Делягин В.М.**

*Новомосковская детская больница;  
Научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии,  
Москва*

**Цель:** представить возрастную динамику спектра заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей по данным клинко-эндоскопического обследования.

**Методы:** обследован 1361 ребенок и подросток в возрасте 1–18 лет.

**Результаты:** среди 80 детей в возрасте 1–3 лет у 22,7% выявлен хронический гастродуоденит (ГД), у 8,7% — преимущественно в антральном отделе желудка, у 13% — в луковице 12-перстной кишки (12-ПК); у 18,7% — гастроэзофагеальный рефлюкс, у 13% — эзофагиты. У детей в возрасте 4–6 лет (68) частота ГД возросла до 51,5%. Эрозии желудка (2,9%) впервые зарегистрированы в этой возрастной группе, исключительно у девочек. Изолированное поражение слизистой было у 56,7% мальчиков и у 36,8% девочек. Сочетанное поражение слизистой гастродуоденальной зоны — в 43,3% и 63,2% случаев соответственно. Эзофагиты были у 3,3% мальчиков и у 10,5% девочек. В 1 случае наблюдали эрозивный и в 1 случае грибковый эзофагит. У детей в возрасте 7–10 лет (n=353) ГД обнаружены у 74,5%, эрозивно-язвенные изменения слизистой желудка и 12-ПК — у 6,3%. У 1 мальчика обнаружена язва антрального отдела желудка. У детей в возрасте 11–14 лет (n=693) ГД обнаружены в 77,8% случаев, эрозивно-язвенные поражения — в 8,4%. Доля изолированных поражений слизистой уменьшилась (11,2% у мальчиков и 9,5% у девочек). Эзофагиты были у 9,9% мальчиков и 4,6% девочек. Среди всех больных эрозивные эзофагиты отмечены у 6,6%, грибковый — у 3,3%. У подростков в возрасте 15–18 лет (n=237) ГД обнаружены у 64,1%, резко возросла частота эрозивно-язвенных поражений (24,5%). Изолированные варианты поражения слизистой были у 9,3%. Среди мальчиков эзофагиты обнаруживались у 12,2%, среди девочек — у 7%. Все эрозивные эзофагиты обнаружены у мальчиков.

**Выводы:** начиная с раннего возраста, формируются органические изменения верхних отделов ЖКТ. Среди детей младшего возраста тяжелые поражения чаще обнаруживаются у девочек, в подростковом возрасте — у мальчиков.

## **РОЛЬ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ У ДЕТЕЙ С ЗОБОМ**

**Никитина И.Л.**

*Читинская государственная медицинская академия*

**Актуальность:** высокая медико-социальная значимость проблемы дефицита йода состоит в формировании не только клинически явной патологии, но и так называемых «скрытых» последствий, среди которых на первом месте находятся нарушения интеллекта. Степень и выраженность последних до настоящего момента остаются предметом исследовательской деятельности.

**Цели и задачи:** оценить роль компьютерной электроэнцефалографии (ЭЭГ) в диагностике интеллектуальных нарушений у детей с эндемическим зобом (ЭЗ).

**Материалы и методы:** обследовано 47 детей в возрасте 7–12 лет (27 с ЭЗ, 20 — без ЭЗ, группы сопоставимы по половозрастным характеристикам). ЭЭГ проводили на 8-канальном компьютерном электроэнце-

фалографе «Нейрософт» Когнитивные функции оценивали по методикам Лурия, Шульте, Равена.

**Результаты:** визуальная оценка ЭЭГ у детей с ЭЗ малоинформативна — у 86,7% в пределах нормы. При компьютерном анализе ЭЭГ установлены снижение индекса и амплитуды альфа-ритма, повышение индекса тета-ритма у детей с ЭЗ по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ), что свидетельствовало о легких диффузных изменениях вследствие недостаточной функциональной активности коры головного мозга. По частоте и мощности альфа- и тета-ритмов различий выявлено не было ( $p > 0,05$ ), что объяснимо сопоставимой морфофункциональной зрелостью мозга детей обеих групп. Выявленная в контрольной группе прямая корреляция между индексами альфа- и тета-ритмов ( $r = 0,54$ ,  $p < 0,05$ ) утрачивалась у детей с ЭЗ ( $r = 0,19$ ,  $p > 0,05$ ). Показатели механической памяти, концентрации внимания и логического мышления значимо страдали у детей с ЭЗ ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** для оценки степени участия мозговых структур в формировании интеллектуального дефекта детей с йоддефицитным зобом целесообразно использовать электроэнцефалографию с компьютерным анализом ЭЭГ.

## ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЦНС ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

Никитина И.Л., Прошутинская Ю. М., Бадогова Т.Н.

*Читинская государственная медицинская академия*

**Актуальность:** Проблема сахарного диабета 1 типа (СД) сохраняет актуальность как в связи с ростом заболеваемости, так и вследствие высокого уровня инвалидизирующих осложнений.

**Цель:** Изучение состояния интеллектуальной и эмоциональной сферы у детей с СД 1 типа с учетом степени тяжести и давности заболевания.

Обследовано 37 детей, больных СД 1 типа. Средний возраст  $13 \pm 0,96$  лет. Группу контроля составили 10 здоровых детей. Познавательные функции изучали по тестам Лурия, Равена, «корректирующая проба», «память на числа», эмоциональный статус оценивали по тесту Спилбергера-Ханина. Результаты: У детей с СД 1 типа (гликемия  $9,7 \pm 1,4$  ммоль/л) снижены показатели зрительной ( $3,8 \pm 0,4$  против  $5,2 \pm 0,3$ ,  $p < 0,05$ ) и вербальной ( $59,2 \pm 1,9$  против  $76,4 \pm 4,1$ ,  $p < 0,05$ ) памяти, объема внимания ( $875 \pm 58,0$  против  $1216 \pm 112,0$ ,  $p < 0,05$ ), логического мышления ( $38,6 \pm 3,6$  против  $81,4 \pm 1,5$ ,  $p < 0,05$ ) по сравнению с контролем. У детей с тяжелым течением СД 1 типа (гликемия  $15,06 \pm 0,52$  ммоль/л) выявлены более выраженные изменения: зрительной ( $4,2 \pm 0,4$  против  $5,8 \pm 0,6$ ,  $p < 0,05$ ) и вербальной ( $59,2 \pm 1,9$  против  $85,1 \pm 8,2$ ,  $p < 0,05$ ) памяти, объема внимания ( $875,2 \pm 58,2$  против  $1288 \pm 8,4$ ,  $p < 0,05$ ), логического мышления ( $36,8 \pm 4,3$  против  $85,3 \pm 8,9$ ,  $p < 0,01$ ). Установлено снижение концентрации внимания ( $7,8 \pm 1,0$  против  $3,1 \pm 0,4$ ,  $p < 0,001$ ), что свидетельствует о более глубоких нарушениях деятельности ЦНС при нарастании тяжести основного заболевания. У детей с впервые выявленным СД в стадии компенсации углеводного обмена (гликемия  $6,8 \pm 0,6$  ммоль/л) исследованные параметры интеллекта не различались по сравнению с контролем. При оценке эмоционального статуса изменений у больных СД относительно контроля выявлено не было.

**Выводы:** У больных СД 1 типа функциональное состояние ЦНС характеризуется снижением ряда познавательных функций при сохранности эмоциональной сферы. Снижение интеллектуальных функций находится в прямой зависимости от тяжести и, напротив, в обратной зависимости от давности заболевания. При этом тяжелое течение СД 1 типа определяет тенденцию перехода количественных нарушений некоторых показателей в качественные. В дебюте СД 1 типа познавательные функции мозга не имеют существенных отличий от таковых у здоровых детей, что свидетельствует о возможности сохранности их в перспективе при условии адекватной компенсации углеводного обмена.

## **ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ *HELICOBACTER PYLORI* У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ**

**Никифорова Е.М., Варенова Е.А.**

*Волгоградский Государственный Медицинский Университет*

Обсемененность детей *Helicobacter pylori* в России достаточно высока, но данные эпидемиологических исследований разноречивы.

Обследовано 138 детей в возрасте 7–16 лет с абдоминальным синдромом и различными диспептическими жалобами. Длительность жалоб составила от 6 месяцев до трех лет. Инфицированность *H.pylori* у детей определялась с помощью дыхательного теста до проведения эндоскопического и других исследований.

Из всех детей тест оказался положительным у 86 (62,3%). В группе детей от 7 до 11 лет *H.pylori* выявлен у 31 (36%) ребенка, а в возрасте 12–16 лет у 55 (64%) пациентов. Эти данные вызвали необходимость дальнейшего обследования. Эндоскопическое исследование этих детей выявило у 64 (74,4%) хронические гастриты, гастродуодениты и язвенную болезнь, и только у 22 (25,6%) патологии выявлено не было.

Таким образом, обсемененность *H.pylori* нарастает с возрастом. У детей с диспептическими жалобами, болевым синдромом и положительным тестом на *H.pylori* очень часто определяется органическая патология гастродуоденальной зоны.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕЗИКОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГИДРОУРЕТЕРОНЕФРОЗОМ**

**Николаев В.В., Абдуллаев Ф.К., Козырев Г.В.**

*Российская детская клиническая больница Росздрава, Москва;  
Российский государственный медицинский университет, Москва*

Существуют значительные противоречия в подходах к лечению гидроуретеронефроза (ГУН) с инфравезикальной обструкцией (ИВО) у детей первых месяцев жизни. Характерными для этой группы больных являются резкое расширение верхних мочевых путей, рецидивирующее течение пиелонефрита и неадекватная эвакуаторная функция мочевого пузыря. В настоящее время большинство зарубежных урологов используют этапное лечение таких пациентов — и в качестве бездренажного метода деривации мочи — везикустому как наименее травматичный метод. Известные методики везикустомии: по Blocksom, по Lapides, цистокутанеостомия по Ахунзянову не лишены недостатков, таких как пролапс слизистой мочевого пузыря, стеноз везикустомы и микроцистис. Мы усовершенствовали технику везикустомии для того, чтобы избежать отмеченных осложнений известных методик и проанализировали полученные результаты.

В отделении урологии РДКБ в период с 2002 по 2004 г. Находились на лечении 22 ребенка с рефлюксирующим гидроуретеронефрозом в возрасте от 1,5 месяцев до 5 лет. Большинство пациентов были мальчиками с инфравезикальной обструкцией. Рецидивирующее течение пиелонефрита отмечено у 20 детей, клапаны задней уретры — у 21.

Тактика лечения у всех детей была следующей. Сначала производили везикустому, достигали ремиссии пиелонефрита. Впоследствии проводили устранение ИВО. После сокращения верхних мочевых путей выполняли по показаниям уретероцистонеоимплантацию и закрывали везикустомы.

У всех детей после везикустомии отмечена стойкая ремиссия пиелонефрита, улучшение функции почек и общего состояния, уменьшение уретеропиелозектазии, восстановление самостоятельного мочеиспускания.

Везикустомия — эффективный метод длительного пузырного отведения мочи, обеспечивающий декомпрессию мочевых путей, у детей раннего возраста с рефлюксирующим ГУН и рецидивирующим течением пиелонефрита в сочетании с ИВО. Особенности нашей методики везикустомии позволили снизить риск развития пролапса слизистой мочевого пузыря и стеноза везикустомы, сохранить объем мочевого пузыря.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕФЛЮКСИРУЮЩИМ ГИДРОУРЕТЕРОНЕФРОЗОМ ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Николаев В.В., Абдуллаев Ф.К., Козырев Г.В.

*Российская детская клиническая больница Росздрава, Москва;  
Российский государственный медицинский университет, Москва*

**Цель:** оценка тактики лечения детей с тяжелыми формами рефлюксирующего гидроуретеронефроза (ГУН), осложненного рецидивирующим пиелонефритом и азотемией.

**Материалы и методы:** в отделении урологии Российской детской клинической больницы (РДКБ) в период с 1990 по 2004 годы проведено лечение 26 пациентам с рефлюксирующим ГУН. Все дети были мальчиками в возрасте от 2 месяцев до 10 лет с рефлюксирующим гидроуретеронефрозом (ГУН) рецидивирующим течением пиелонефрита и азотемией. У всех детей отмечалась выраженная извитость и дилатация мочеточников (от 12 до 30 мм в диаметре, в среднем 17 мм). В большинстве случаев отмечены явления инфравезикальной обструкции (ИВО) — клапаны задней уретры (22).

Тактика лечения была общей. Все дети поступали с острым пиелонефритом и азотемией. При поступлении им устанавливали уретральный катетер и проводили антибактериальную терапию с учетом микробиологического исследования мочи. После купирования инфекции мочевых путей и исчезновения азотемии формировали везикостому. В последующем, через 6–12 месяцев, устраняли обструкцию мочевых путей — удаляли клапаны задней уретры и проводили уретероцистонеоимплантацию. В дальнейшем, при нормализации показателей азотемии, сокращения диаметра мочеточников везикостому закрывали через 18–16 месяцев после ее формирования.

**Результаты:** хорошие результаты лечения получены у 24 больных, у которых достигнута стойкая ремиссия пиелонефрита, исчезла азотемия, на 30–80%, по сравнению с исходными данными, уменьшилась уретеропиелозктазия. У 2-х пациентов с удовлетворительными результатами сохранялось расширение верхних мочевых путей, однако отсутствовала азотемия, и был купирован пиелонефрит. Неудовлетворительных результатов не отмечено.

**Выводы:** выбранная нами тактика лечения у детей с рефлюксирующим ГУН в сочетании с ХПН и рецидивирующим пиелонефритом позволяет максимально сохранить функцию почки, достигнуть ремиссии пиелонефрита, уменьшить дилатацию верхних мочевых путей и подготовить ребенка к реконструктивно-пластическим вмешательствам.

## МОНИТОРИНГ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ И ПЛОДОВ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Никонов А. М., Тричев В. А.

*Алтайская межрегиональная медико-генетическая консультация, Барнаул,*

Мониторинг врожденных пороков развития (ВПР) у детей и плодов на территории Алтайского края осуществляется с 1999 года в рамках Федеральной программы. Регистрировались все формы ВПР у плодов и детей до года жизни. Анализу представлены данные по 19 нозологическим формам, предложенными для регистрации Европейским международным регистром врожденных пороков развития «EUROCAT». За период с 1999 по 2004 г. родилось 155843 детей у 2162, из них была обнаружена одна из 19 регистрируемых форм ВПР (13,87‰). Динамика по годам была следующей: 1999 г. — 11,29‰, 2000 г. — 11,96‰, 2001 г. — 12,45‰, 2002 г. — 15,52‰, 2003 г. — 15,19‰, 2004 г. — 16,10‰. Чаще всего встречались врожденные пороки сердца — 4,00‰, множественные врожденные пороки развития — 3,12‰, синдром Дауна — 1,37‰,

гипоспадия — 1,12‰. Суммарно врожденные пороки центральной нервной системы регистрировались с частотой — 1,63‰ из них спинномозговая грыжа — 0,63‰, гидроцефалия — 0,57‰, анэнцефалия — 0,33‰ и энцефалоцеле — 0,10‰. Расщелина верхней губы и/или неба встречались с частотой 0,69‰, агенезия и дисгенезия почек — 0,52‰, полидактилия — 0,40‰, редукционные пороки конечностей — 0,30‰, атрезия пищевода — 0,21‰, гастрошизис — 0,15‰, диафрагмальная грыжа и атрезия ануса — по 0,12‰, грыжа пупочного канатика — 0,10‰. Самым редким ВПР из 19 регистрируемых форм была микротия — 0,03‰. В сравнении с данными «EUROCAT» в популяции Алтайского края несколько выше частота множественных врожденных пороков развития (2,4‰ и 3,12‰ соответственно), агенезии и дисгенезии почек (0,3‰ и 0,52‰), гастрошизиса (0,1‰ и 0,15‰). В тоже время врожденные пороки сердца у детей первого года жизни в нашем исследовании регистрировались несколько реже (4,00‰), чем в Европейском регистре (5,00‰). Мониторинг ВПР на территории Алтайского края проводится совместно Алтайской межрегиональной медико-генетической консультацией, Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Центром гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае. Последние учреждения осуществляют эпидемиологические расследования случаев рождения ребенка с ВПР. Это дает возможность в полном объеме оценивать эпидемиологию ВПР на территории Алтайского края.

## **ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА**

**Никонов А. М., Никонова В.А., Суворова О.А., Корчагина А.В.**

*Алтайская межрегиональная медико-генетическая консультация, Барнаул,*

Пренатальная диагностика осуществлялась неинвазивными (ультразвуковое исследование на аппаратах Aloka-630 и Hawk-2021) и инвазивными методами (биопсия хориона, плацентоцентез, амниоцентез и кордоцентез). За три года было обследовано 8879 беременных группы риска по врожденной патологии плода. Выявлено 438 плодов с врожденными пороками развития. За этот период заметно снизилась доля врожденной патологии среди причин младенческой смертности — с 4,7‰ до 3,6‰. Чаще всего пренатально выявлялись ВПР ЦНС — 1,22 на 1000 новорожденных, что составило 61% от зарегистрированных случаев этой группы ВПР после рождения. Из них чувствительность пренатальной диагностики для Spina bifida равна 75%, энцефалоцеле — 73%, анэнцефалии — 71% и гидроцефалии — 43%. Следует отметить высокую частоту гастрошизиса в популяции Алтайского края (0,16‰) в сравнении с европейскими данными (0,01–0,1‰) и его самую высокую пренатальную выявляемость — 94%. Врожденных пороков сердца удается обнаружить только лишь 11% от числа родившихся с этим ВПР. Это указывает на необходимость обязательного включения в УЗ-скрининг эхокардиографии плода. МВПР диагностировались пренатальной с частотой 0,92‰, что составило 35% от частоты выявленных постнатально. Чувствительность УЗ-скрининга для расщелины верхней губы и неба равна 19%, агенезии, дисгенезии почек и редукционных пороков конечностей — 69%,. Частота выявляемости атрезии ануса и пищевода составила 45% и 46% от популяционной частоты, соответственно. За три года выполнены 283 инвазивные пренатальные процедуры с целью кариотипирования плода. Основным показанием являлось обнаружение при ультразвуковом обследовании множественных структурных морфологических дефектов — 175 случаев (62%), возраст беременной старше 35 лет — 68 (24%), носительство сбалансированной хромосомной транслокации — 31 (11%), отклонение уровня сывороточных маркеров АФП и ХГЧ — 9 (3%). В 7 случаях не удалось получить ткань плода, в 10 случаях не было роста клеток. Хромосомная патология выявлена в 32 случаях. Все эти беременности были прерваны, диагнозы уточнены, семьи взяты на учет в медико-генетической консультации.

## **ЗНАЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

**Нисевич Л.Л., Талалаев А.Г., Куц А.А., Меджидова А.А., Каск Л.Н.,  
Парсегова Т.С., Туманова Е.Л., Сенцова Т.Б., Коноплева Т.Н.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

Диагностика врожденных вирусных инфекций остается одной из наиболее актуальных проблем педиатрии. Серологическая диагностика у новорожденных является малоинформативной, так как из-за незрелости иммунной системы и формирования иммунологической толерантности у новорожденных не вырабатываются специфические IgM антитела, а IgG антитела (в большинстве случаев без определения avidности) имеют, как правило, материнское происхождение. При выделении вирусов на культуре ткани в серии слепых пассажей из 1168 материалов, полученных при жизни и посмертно, различные цитопатические агенты выделены только в 7,2%, что свидетельствует о низкой эффективности классического вирусологического метода. Исследование 61 образца пуповинной крови, 30 образцов периферической крови от тех же новорожденных через несколько дней после рождения быстрым культуральным методом (БКМ) и 30 проб осадка мочи в реакции иммунофлюоресценции (РИФ) с поиском широкого набора вирусных антигенов позволило выявить как ante-, так и постнатальное, преимущественно смешанное инфицирование (краснуха, герпес, ЦМВ, энтеро-, респираторные вирусы). 305 материалов от 106 плодов и умерших новорожденных исследовано иммуноцитохимическим и гистологическим методами *in situ*; БКМ с идентификацией в РИФ с помощью поли- и моноклональных антител (ПКА и МКА) к ЦМВ. Установлена большая специфичность МКА по сравнению с ПКА, наличие неспецифических реакций и гипердиагностика ЦМВИ при использовании ПКА, хотя в ряде случаев врожденная ЦМВИ, диагностированная с помощью ПКА, была подтверждена выявлением ЦМВ метаморфоза, кальцинатов в ткани мозга, сиалоаденита и сиалофиброза. Параллельное исследование в ПЦР тех же материалов для определения ДНК к ЦМВ показало, что в 20% в ПЦР выявляется ЦМВ, находящийся в латентном состоянии без инфекционной активности (по результатам БКМ). Таким образом, ни один из методов не является абсолютно надежным. Для диагностики врожденной инфекции необходимо использовать несколько различных методов, а также учитывать анамнестические данные матерей и результаты серологического обследования матерей.

## **ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ**

**Новикова В.П., Рудиченко А.Н., Шац И.А., Комиссарова М.Ю.,  
Крулевский В.А.**

*СПбГМА им. И.И. Мечникова КДЦ (д) №2 ТМО №19  
Санкт-Петербург*

**Цель:** изучение лактазной недостаточности у подростков, страдающих хроническим гастродуоденитом

**Материалы и методы:** На базе КДЦ(д) №2 ТМО №19 проведено обследование 30 подростков в возрасте от 13 до 17 лет с морфологически верифицированным диагнозом хронического гастродуоденита. Все пациенты получили стандартное гастроэнтерологическое обследование, включающее анализ анамнеза и истории развития ребенка, осмотр, антропометрию, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС с биопсией слизистой оболочки антрального и фундального отдела желудка, двенадцатиперстной кишки, взятой на 2 см ниже связки Трейца, морфологическое исследование биоптата (кафедра патологической анатомии СПбГМА им. И.И. Мечникова, к.м.н. Крулевский В.А.). Лактазная недостаточность диагностирована с помощью экспресс-теста «Биохит», проводимого с биоптатом слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.



**Результаты:** Проведенное исследование показало, что гиполактазия сильной степени (алактазия) выявлена у 6 человек (20%), нормолактазия — у 2 обследованных (6 %), у большинства — гиполактазия (22 человека, 73%). Клинически непереносимость молочных продуктов отмечалась у 2 пациентов. В то же время у 90% пациентов после употребления в пищу молочных продуктов часто отмечались такие симптомы, как метеоризм, флатуленция, вздутие живота. Степень лактазной недостаточности не коррелирует со степенью морфологических изменений слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

**Выводы:** У подростков с хроническим гастродуоденитом часто выявляется лактазная недостаточность без яркой клинической картины.

## **ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА СОДЕРЖАНИЕ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ИХ ЭКСПРЕССИЮ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Новикова Д.А., Драгунас Т.Н., Яцык Г.В., Пинелис В.Г.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

До настоящего времени современная неонатология и перинатальная неврология испытывают значительные трудности в области диагностики, прогнозирования исходов и оценки эффективности терапии гипоксически-ишемических поражений ЦНС у новорожденных детей. Это связано с тем, что инструментальные методы диагностики малоинформативны на ранних стадиях процессов, развивающихся в нервной системе вскоре после перенесенного неблагоприятного воздействия. К одному из перспективных направлений ранней диагностики относится определение в крови нейроспецифических белков, обладающих нейротрофическими свойствами, т.н. нейротрофических факторов (НТФ). Известно, что НТФ способствуют выживанию и дифференцировке нервных клеток в результате уменьшения повреждающего действия возбуждающих аминокислот (Brain-derived neurotrophic factor — BDNF), а так же обладают ростовой, трофической и митогенной активностью (S-100 — кальцийсвязывающий белок астроцитарной глии). Наряду с этим особо актуальным видится оценка эффективности нейропротекторной терапии. Молекулярные механизмы лежащие в основе нейропротекторного действия препаратов ясны недостаточно, однако в ряде работ показано, что они стимулируют экспрессию генов нейротрофических факторов. В связи с этим целью нашей работы стало изучение изменений уровней нейротрофических факторов (BDNF и S-100) и их экспрессии на фоне комплексной терапии, обладающей нейротрофическим, нейропротекторным и ноотропным действием, у новорожденных и грудных детей с церебральной ишемией различной степени тяжести и сопоставление полученных данных с клиническим течением заболевания у этих детей. В настоящий момент в исследование включены 7 детей с гестационным возрастом 28-35 недель, с церебральной ишемией 2 и 3 степени, имеющие изменения на нейросонографии, получавшие комплексную терапию с 10-40 суток жизни на протяжении 9-15 дней, а так же 8 детей, представляющих группу условно здоровых детей, не имеющие структурных изменений ЦНС. Результаты проводимого исследования позволят оценить эффективность комплексной терапии на течение и исход церебральной ишемии, помогут разработать диагностические критерии оценки тяжести церебральной ишемии.

## ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Новикова М.Е., Жерносек В.Ф.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск*

**Цель исследования** — определить возрастную динамику и особенности клинического течения хронических аллергических заболеваний у подростков 12–18 лет в современных условиях в сравнении с детьми младших возрастных групп на примере пациентов нуждающихся в стационарном лечении. Обследовали детей и подростков с хроническими аллергическими заболеваниями: атопический дерматит (АД), бронхиальная астма (БА), аллергический ринит (АР). В основную группу включили 344 подростка. Группу сравнения составили 419 детей в возрасте от 1 до 11 лет.

**Результаты.** У подростков 12–18 лет с хроническими аллергическими заболеваниями, нуждающимися в госпитализации, чаще в сравнении с детьми раннего возраста отмечалось вовлечение в патологический процесс нескольких шоковых органов с формированием сочетанной аллергической патологии. Удельный вес атопической триады с возрастом существенно не менялся. В нозологической структуре хронических аллергических заболеваний у подростков преобладали АР и сочетанная патология в виде БА с АР. В подростковом возрасте отмечено более легкое течение БА. У пациентов с БА к подростковому периоду выявлено нарастание частоты сопутствующего АР и уменьшение АД. С увеличением возраста пациентов с АД возрастает частота сопутствующего ему АР. У каждого третьего подростка (31,7%) с сочетанной аллергической патологией формируется лекарственная гиперчувствительность. У больных с атопической триадой, в сравнении с пациентами с БА без сопутствующей хронической аллергической патологии, наблюдается более раннее начало «атопического марша», более часто обнаруживается сенсибилизация к ингаляционным аллергенам, а у подростков в 4 раза чаще имеет место лекарственная гиперчувствительность. С увеличением возраста у детей с хроническими аллергическими заболеваниями возрастает частота сопутствующей хронической патологии органов пищеварения.

## РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ КРОВΟΣБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ И ФЕРРОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА В ТРАВМАТОЛОГИИ-ОРТОПЕДИИ

Новожилова Т.А., Капырина М.В., Сазонцева И.Е., Уколов К.Ю.

*ФГУ ЦИТО им. Н.Н. Приорова, Москва*

**Целью работы** явилось сравнить частоту развития анемии после травматолого-ортопедических операций у детей, у которых использовались методики кровосбережения и теми, кому не проводились подобные мероприятия, а также оценить наличие функционального железодефицита и эффективность различной ферротерапии.

**Материал и методы:** В группу исследования вошло 43 пациента, средний возраст 7+2,8 лет (мин. — 2 года, макс. — 11 лет). 22 пациентам произведены корригирующие операции в связи с врожденной патологией крупных костей скелета, 13 больных прооперировано в связи с объемными образованиями костных структур, 8 — в связи с последствиями травм. Периоперационная кровопотеря составила — 30%+26% (мин 10% и макс 100%). Предоперационный аутозабор крови произведен у 12 больных (27,9%), интраоперационная аппаратная реинфузия применялась у 12 (27,9%) пациентов. Ферротерапия на всех этапах лечения проводилась у 37 (86%) больных, из них внутривенно у 4-х (9,3%), per os — у 13-ти (30,2%), сочетание методик — у 20 пациентов (46,5%). Препараты железа не применялись в 6-ти случаях (14%). Эффективность применяемых методик оценивали по состоянию гемо и гомеостаза, показателям как интраоперационной, так и ранней послеоперационной гемодинамики, частоте и тяжести послеоперационных осложнений.

**Результаты:** Внедрение в повседневную практику современных кровосберегающих технологий позволило значительно уменьшить количество трансфузий аллогенной крови. Так в исследуемой группе компоненты донорской крови не применялись у 12 пациентов (27,9%), донорская эритроцитная масса использовалась в 11 случаях (25%). Активность эритропоэза в послеоперационном периоде повысилась у всех больных, что подтверждается ретикулоцитозом периферической крови и увеличенным потреблением сывороточного железа. Пероральное восполнение железа не удовлетворяет потребностям организма.

**Выводы:**

1. Развитие послеоперационной анемии в травматологии-ортопедии у детей вызвано наличием дефицита функционального железа с первых часов послеоперационного периода, независимо от степени кровопотери.

2. Применение кровосберегающих технологий в сочетании с внутривенной ферротерапией дает клинически значимый эффект в восстановлении параметров гомеостаза, и позволяет снизить применение донорских компонентов крови, а в большинстве случаев полностью отказаться от них.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ДЕТСКОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

**Нурмагомедова Н.А., Гитинов Н.А., Гаджиалиев К.А., Магомедов Ю.С.,  
Израилов М.И.**

*ДГМА, РДПЦ, Махачкала*

В 1991 г. по инициативе МЗ РД, на базе бывшей Детской республиканской клинической больницы был открыт Республиканский детский пульмонологический центр, который несет функцию пульмо-аллергологического центра. Созданные сети таких центров в РФ оправдали себя в Российской Федерации и их организация рекомендует Детский научно-практический пульмонологический центр Минздрава РФ Аллергологический кабинет (АК) консультативной поликлиники РДПЦ возглавляет опытный, специалист, прошедший неоднократно обучение в отделении аллергологии РЦЗД РАМН. Аллерголог в своей работе руководствуется положением об аллергологическом кабинете и аллергологическом отделении. Обращаемость к аллергологу растет из года в год: так количество обращений больных с аллергическими заболеваниями составило в 2002 г. — 1664, 2003 г. — 1837, 2004 г. — 2087 человека. Если сравнить количество обращений больных к аллергологу в 1994 г. и 2004 г. то мы видим, что оно выросло в 5 раз (в 1994 г. — 418 обращений). В структуре аллергических заболеваний по обращаемости лидирует бронхиальная астма, которая составляет 1/5, дермато-респираторный синдром 1/9, крапивница и атипичский дерматит по 1/8 часть, респираторный аллергоз и рецидивирующий бронхит по 1/10 части от общего количества больных.. Необходимо отметить, что доля городских больных выросла по сравнению с сельскими детьми, что можно связать с экологической нагрузкой на детей и подростков, которая увеличивается с ростом количества транспорта в городах (за последние 5 лет автотранспортные средства в городах увеличились в 2 раза).

С диагностической целью проводятся кожные скарификационные пробы с различными аллергенами, пикфлоуметрия, спирометрия, определение Ig A, M, G, E и др. Важное место в работе аллерголога занимает пропаганда знаний по аллергическим заболеваниям, диспансеризация и интеграция работы с участковыми педиатрами и специалистами смежных дисциплин.