

АНАФЕРОН ДЕТСКИЙ КАК СРЕДСТВО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ И ГРИППА У ДЕТЕЙ

Логвиненко Ю. И., Кондратьева Е.И., Матвеева Л.А., Шемякина Т.А., Тютева Е.Ю., Терентьева А.А., Рыжакова Н.А.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Целью исследования явилось изучение эффективности препарата анаферон детский (АФД) в качестве средства неспецифической профилактики ОРВИ и гриппа, его влияния на состояние местного иммунитета слизистых верхних дыхательных путей у 40 детей в возрасте от 2 до 4 лет. Дети основной группы (20 человек) получали АФД в течение трех месяцев на протяжении эпидсезона по следующей схеме: по одной таблетке ежедневно сублингвально, вне связи с приемом пищи. Дети контрольной группы (20 человек) получали препарат сравнения «Ревит» по аналогичной схеме. Оценивалось влияние АФД на частоту случаев ОРВИ и гриппа и выраженность их клинических проявлений (во время приема АФД и в катамнезе через три и шесть месяцев), а также на состояние местного иммунитета по цитологическому исследованию мазков-отпечатков со слизистой полости носа, активности лизоцима и концентрации секреторного иммуноглобулина А (sIgA) в промывных водах носа (до и после приема АФД и в катамнезе через три месяца).

Результаты показали, что на фоне применения АФД у детей достоверно снижается частота случаев и продолжительность ОРВИ и гриппа ($p < 0,05$), уменьшается степень выраженности общих симптомов интоксикации и катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Переносимость АФД у детей дошкольного возраста оценена как хорошая. В основной группе отмечено положительное влияние АФД на состояние местного иммунитета за счет выраженного уменьшения деструктивных изменений всех видов клеток в назоцитограммах, достоверного повышения активности лизоцима ($p < 0,01$) и увеличения концентрации sIgA ($p < 0,001$) в промывных водах носа. Положительные изменения сохранялись и в катамнезе через три месяца после профилактического приема АФД. В контрольной группе подобной положительной динамики не наблюдалось. Обследование в катамнезе через шесть месяцев выявило сохранение профилактического эффекта АФД в виде снижения в основной группе частоты ОРВИ и гриппа, а также катаральной ангины и отита.

Таким образом, АФД обеспечивает длительное профилактическое действие и благоприятно влияет на состояние местного иммунитета у детей дошкольного возраста.

НЕОПТЕРИН И МОЗГОВОЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ С РДС

Логинова И.Г., Эстрин В.В.

*Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии
Ростов-на-Дону*

В структуре перинатальных потерь высокий уровень имеют церебральные расстройства у детей с критическими состояниями, поскольку нарушается способность к самостоятельному дыханию. Целью исследования явилось изучение уровней мозгового нейротрофического фактора (МНТФ) и неоптерина (НП) в сыворотке крови у новорожденных с тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС в сочетании с респираторной патологией. Исследования проведены у 29 доношенных новорожденных, поступивших в отделение реанимации. Определение содержания МНТФ и НП в сыворотке крови осуществлялось на 1–3 (при поступлении), 10–13, 20–23 сутки жизни. Сывороточная концентрация нейротрофина определялась тест-системой R&D (Англия), основанной на количественном иммуноферментном анализе сэндвичевого типа.

Измерения неоптерина в сыворотке крови определялись методом конкурентного иммуноферментного анализа тест-набором Neopterin ELISA производства IBL. Большинство детей поступило в первые часы жизни в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Все новорожденные имели в анамнезе ряд неблагоприятных факторов со стороны здоровья матери, течения беременности и родового периода. У всех детей результаты серо- и ПЦР-диагностики на весь спектр определяемых инфекций не выявил диагностически значимых титров антител. На момент поступления отсутствовали клинические признаки бактериального инфицирования. Неврологические нарушения в виде синдромов угнетения ЦНС, повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, судорожного синдрома сопровождали респираторный дистресс-синдром у всех детей. В этой связи проводилась как низкочастотная, так и высоко частотная ИВЛ. Медикаментозная терапия соответствовала стандартам, принятым для ведения больных в условиях отделения реанимации. Достоверно низкое содержание МНТФ и НП имело место у 7 детей, впоследствии умерших и составивших первую группу, по сравнению с 22 выжившими детьми, вошедшими во вторую группу. В динамике наблюдения отмечалось достоверное повышение уровня МНТФ по сравнению с первоначальными показателями, более выраженное к 20–23 суткам. Уровень НП достоверно снижался к 10–13 и 20–23 суткам жизни. Таким образом, выявленное в динамике наблюдения повышение содержания нейротрофина и снижение концентрации неоптерина в сыворотке крови у детей, свидетельствует о благоприятном прогнозе исхода реанимационного периода.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ РИСКА

Локшина Э.Э., Зайцева О.В., Казанцева М.А.

*Российский Государственный Медицинский Университет,
Москва*

Целью нашей работы явилась оценка современных методов диагностики для верификации аллергических заболеваний у детей из группы высокого риска по развитию бронхиальной астмы (БА). В исследование были включены 82 ребенка, рожденных от матерей с БА в возрасте от 6 месяцев до 17 лет. Группу контроля составили дети, матери которых не имели атопического анамнеза (48 детей в возрасте от 1 года до 16 лет). При обследовании детей были использованы следующие методики: определение эозинофилии в клиническом анализе крови, выявление общего и специфических IgE в сыворотке крови, кожно-скарификационные пробы, выявление гиперреактивности бронхиального дерева и оксида азота в выдыхаемом воздухе. Нами было установлено, что эозинофилия в исследуемой группе составила 28,1%, увеличение общего IgE выявлено у 49,2% детей, сенсibilизация к аллергенам отмечена у 92%, что достоверно выше, чем в группе контроля, где эозинофилия обнаружена у 3% детей, общий IgE был в пределах возрастных норм, а сенсibilизация к аллергенам составила 35,3%. Нами были проведены пробы на гиперреактивность бронхов с метахолином у 25 детей. В результате мы получили положительный ответ на различные концентрации метахолина (от 15 до 243 мкг) у 28% детей, снижение ОФВ1 на 15% отмечалось у 44% исследуемых. В контрольной группе (19 детей) гиперреактивность бронхиального дерева была отрицательной у всех детей, а снижение ОФВ1 на 15% отмечено у 1 ребенка (5,3%). Уровень оксида азота в выдыхаемом воздухе у 4 из 10 детей превышал 14 ppb, что может явиться маркером бронхиальной астмы. Таким образом, использование современных методов обследования у детей из группы высокого риска по развитию БА, позволяет своевременно диагностировать у них атопические заболевания. Это дает возможность на ранних стадиях заболевания начать адекватное лечение и проводить профилактические мероприятия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРАНИОСИНОСТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Лопатин А.В., Ясонов С.А., Васильев И.Г.

Российская детская клиническая больница Росздрава, Москва

Деформации черепа связанные с преждевременным синостозированием черепных швов являются относительно редким заболеванием. Частота краниосиностозов у детей по данным разных авторов составляет примерно 1:1000 новорожденных. Наряду с неврологическими нарушениями, вызванными хроническим сдавлением головного мозга у всех детей имеют место характерные деформации черепа и лица. В настоящее время хирургическое лечение детей с синостотическими деформациями черепа достаточно отрабатано и направлено как на увеличение объема черепа, так и на устранение представленной деформации.

Под нашим наблюдением в период с 1999 года по 2005 год находилось 86 детей с различными типами краниосиностозов в возрасте от 2 мес. до 15 лет.

Всем детям проводились оперативные вмешательства направленные как на увеличение объема черепа, так и на устранение имеющейся деформации черепа и лица. Методики операций были основаны на использовании краниофациального подхода, позволяющего осуществить доступ к костям свода черепа и нососкулоглазничному комплексу.

При анализе клинической группы мы пришли к выводу, что наиболее целесообразно начинать оперативное вмешательство у детей на первом году жизни. Во-первых, в этом возрасте отмечается наибольший рост головного мозга, и операция позволяет предотвратить развитие неврологический проявлений преждевременного синостозирования швов черепа. Во-вторых, у детей младшей возрастной группы возможно проведение операции в меньшем объеме с достижением более стойкого функционального и косметического результатов. В-третьих, остающиеся костные дефекты после проведения аугментирующих краниопластик в большинстве случаев заживают полностью, не требуя закрытия в старшем возрасте.

ОЦЕНКА ТИПА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ МАТЕРЕЙ К ДЕТЯМ, НАХОДИВШИХСЯ В РОДДОМЕ В ПАЛАТЕ «МАТЬ И ДИТЯ»

Лосева А.В., Логвинова И.И., Некрасова И.И.

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко,
кафедра неонатологии*

С момента поступления матери и новорожденного в палату совместного пребывания начинается процесс их взаимного приспособления и установление эмоциональных связей, что в дальнейшем влияет на формирование определенных отношений между мамой и ребенком. Целью настоящей работы явилось изучение типа родительского отношения матерей к детям, находившихся в роддоме в палате «Мать и дитя».

Для исследования мы использовали методику PARI (parental attitude research instrument — методика изучения родительских установок) предназначенную для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни. Родительско-детские отношения являются основным предметным анализом в методике. Для этого сравниваются средние оценки по первым трем группам шкал: оптимальный контакт, эмоциональная дистанция, концентрация. Нами было обследовано 25 матерей, находившихся на совместном пребывании с ребенком в роддоме. Возраст женщин был от 19 до 32 лет. 20 матерей были первородящими, остальные повторнородящие. Возраст малышей на момент исследования 6–9 месяцев. Оптимальный эмоциональный контакт, характеризующийся вербализацией, развитием активности ребенка, партнерскими и уравнительными отношениями между ребенком и родителями сформировался у 47% исследуемых. Излишняя концентрация на ребенке, проявляющаяся в виде чрезмерной материнской заботы, создании безопасности для ребенка, опасении его обидеть, подавлении воли и агрес-

сивности ребенка, исключения внесемейных влияний, чрезмерное вмешательство в мир ребенка, стремление ускорить развитие малыша наблюдалась у половины пар мать и дитя. В 1 случае отмечалась излишняя эмоциональная дистанция у матери с ребенком, при которой отмечалась раздражительность, вспыльчивость, суровость, излишняя строгость, уклонение от контакта с ребенком.

Таким образом, совместное пребывание матери с ребенком в роддоме способствует формированию оптимального эмоционального контакта между мамой и малышом и излишней концентрации матери на ребенке.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ ЭНДСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Лохматов М.М., Щербаков П.Л.

Научный центр здоровья детей, Москва

Существующие методы эндоскопического обследования детей имеют различную эффективность в различных отделах желудочно-кишечного тракта.

Под нашим наблюдением находилось 10 детей (5 мальчиков и 5 девочек) в возрасте от 1 года до 3 лет. Пациентам выполнялась одномоментно видеокапсульная эндоскопия и эзофагогастроуденоюноскопия. Доставка видеокапсулы в желудок осуществлялась эндоскопом оснащенным специальным пластиковым колпачком МН-588. После сброса видеокапсулы в верхних отделах желудочно-кишечного тракта осуществлялся тщательный осмотр всех доступных отделов с взятием биопсийного материала из тощей кишки. Критерием оценки достоверности эндоскопической картины являлось: четкость эндоскопического видеоизображения слизистой оболочки, результаты гистологических исследований биопсийного материала. При анализе полученных данных эффективность ЭГДС (80%), превышает эффективность видеокапсульной эндоскопии (50%) в желудке, незначительно превышает в двенадцатиперстной кишке (72% против 62%). За связкой Трейца эффективность традиционной эндоскопии (ТЭ) значительно снижается по сравнению с видеокапсулярной эндоскопией (ВКЭ), в связи с ограничением возможностей ТЭ длинной эндоскопа. ВЭ не может заменить традиционные методы эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта, но является единственной возможностью осмотреть глубокие отделы тощей и подвздошной кишок.

ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МЕТОДОМ ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ БИОПОНЦИАЛОВ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА

Лужнова Т.П., Кельцев В.А., Зимнухова С.И.

Самарский государственный медицинский университет

Цель: выявление наиболее раннего поражения миокарда у подростков.

Материал и методы: обследовано 70 детей в возрасте 8–18 лет: 1 группа — 40 детей с артериальной гипертензией, 2 группа — 30 здоровых детей. Всем детям проводилось общепринятое обследование, включающее лабораторные методы исследования, электрокардиографию, осмотр глазного дна, ультразвуковое исследование почек, суточное мониторирование артериального давления, эхокардиографию. Для доклинической диагностики поражения миокарда у детей применялся автоматизированный комплекс с анало-

говым преобразователем и программным обеспечением производства фирмы «ДНК и К» г. Тверь; зарегистрированные биопотенциалы обрабатывались с помощью программы «Модель пространственно-временного распределения биопотенциалов электрической активности сердца» (СамГАПС, г. Самара), с помощью которой строились эквипотенциальные карты распределения биопотенциалов в динамике комплекса QRS. В результате обследования детей с артериальной гипертензией выявлено: 20 детей с изменениями на ЭХО КГ в виде ремоделирования левого желудочка и 20 детей с нормальными параметрами ЭХО КГ. Изменения биопотенциалов электрической активности сердца отмечалось у всех детей первой группы.

Результаты: У детей с артериальной гипертензией, из подгруппы с нормальными результатами ЭХО КГ, отмечалось нарушение распространения фронта возбуждения в миокарде с формированием очагов задержки возбуждения и одновременно с присутствием зон пониженной возбудимости миокарда. В подгруппе детей с измененными параметрами ЭХО КГ также были выявлены изменения биоэлектрической активности сердца по данным пространственно-временного моделирования.

Выводы: метод пространственно-временного моделирования биопотенциалов электрической активности сердца позволяет значительно повысить частоту выявления повреждений миокарда по сравнению с ЭХО КГ обследованием. Кроме того, применение метода пространственно-временного моделирования электрических потенциалов миокарда в совокупности с ЭХО КГ позволит получить более полную диагностическую картину состояния миокарда у детей с артериальной гипертензией.

ЧАСТОТА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, ИМЕВШИХ РАННЮЮ ШКОЛЬНУЮ СПЕЦИАЛИЗАЦИЮ

Лукина Г.П., Шестакова В.Н., Коско В.И., Панасенкова Г.Г.

Смоленская государственная медицинская академия

Обучение в школе является важным периодом не только в образовании и формировании личности, но и в становлении здоровья учащихся. Доказано, что уже в первом классе, ввиду незавершенного морфофункционального и функционального созревания детского организма, часто формируются функциональные нарушения ЦНС в виде невротических, соматовегетативных расстройств и реакций страха. Установлено, что при поступлении в школу дети из прогимназических групп, имели высокую школьную готовность, хорошую мотивацию к учебному процессу, 96,0% из них имели среднее физическое развитие, 14,3% — высокое общее умственное развитие, 17,0% выше среднего и 68,7 % среднее. У них чаще выявлялись поражения костно-мышечной системы (29,5%), желудочно-кишечного тракта (24,3%), центральной нервной системы (12,8%) и ЛОР (12,8%) органов, чем у детей из традиционной группы (10,0%, 5,0%, 7,5%, 5,0%, соответственно). Оказалось, что нарушение соматического компонента здоровья у детей из прогимназических групп, в процессе школьного обучения, наблюдалось в более ранние сроки (во втором классе), в то время как у детей без ранней специализации, достоверно позднее (при переходе на многопредметное обучение). Следует отметить, что у данного контингента детей формирование хронической патологии происходило более медленно. Если ребенок испытывал повышенные интеллектуальные нагрузки, то чаще возникали нарушения сердечно-сосудистой, центральной нервной систем, опорно-двигательного аппарата, органов зрения, а если преобладали физические нагрузки, то ведущими заболеваниями являлись нарушения ЛОР органов, пищеварения и опорно-двигательного аппарата. В то время как, в группе учащихся, которые поступали из традиционных детских дошкольных учреждений, лидировали заболевания органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата и органов зрения. Установлено, что хронические заболевания достоверно чаще возникали у девочек, а функциональные нарушения у мальчиков, что важно учитывать при диспансерном наблюдении. Это свидетельствует о том, что у данного контингента детей формирования патологии связано с половой принадлежностью ребенка и дополнительной нагрузкой. Отмечено, что ранними клиническими признаками потери здоровья у детей со школьной специализацией являлись психоэмоциональные нарушения, снижение функциональных резервов и факторов защиты, что следует рассматривать как показания к осмотру школьников с участием узких специалистов, привлечению психологов, социальных работников.

ПРИНЦИПЫ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Лукоянов Д.В.

Детская республиканская клиническая больница, Чебоксары

Нутритивная поддержка является неотъемлемой частью интенсивной терапии у детей с различной патологией, находящихся в тяжелом состоянии. Факт необходимости питания больных в критических состояниях признан сегодня практически всеми специалистами, которые по роду своей деятельности сталкиваются с категорией больных в критических состояниях.

В отделении анестезиологии и реанимации РДКБ нутритивная поддержка проводится детям с выраженными метаболическими нарушениями. Это новорожденные с врожденными пороками развития ЖКТ, больные с сепсисом, перитонитом, кишечной непроходимостью, полиорганной недостаточностью и т.д. Основными ее принципами являются: максимально раннее начало сразу после стабилизации основных параметров газообмена и гемодинамики; оптимальность сроков проведения (до восстановления питательного статуса); сбалансированность по составу питательных веществ. Чаще всего в отделении применяется неполное парентеральное питание. Такой принцип питания возможен у глубоко недоношенных и маловесных новорожденных, у детей с сепсисом и другими гиперкатаболическими состояниями, когда частично сохранена функция ЖКТ. Преимущественно осуществляется в/в путь введения основных элементов: аминокислоты — 1–2,5 г/кг/сут, жиры — 0,5–4 г/кг/сут, углеводы — 5–14 г/кг/сут, калий — 2–5 ммоль/кг/сут, натрий 1–2 ммоль/кг/сут, кальций и магний согласно возрастным нормам. Кроме этого в терапию обязательно включаются витамины группы В, С, Е. В качестве препаратов применяются растворы аминокислот (Аминоплазмаль 10%, Инфезол 40), жировые эмульсии (Липофундин 10% и 20%), растворы глюкозы 10–40%, витамины (Солувит, Виталипид). Чаще всего используется центральный венозный доступ: подключичная, внутренняя яремная, бедренная вены.

При неполном парентеральном питании кормление осуществляется через назогастральный или назо-дуоденальный зонд; возможно как болюсное, так и микроструйное введение смесей. Для энтерального искусственного питания у детей до года мы применяем полуэлементарные смеси: «Фрисопеп», «Алфаре», «Nutrilon Пепти ТСЦ».

Оптимально подобранное питание способствует восстановлению измененных звеньев метаболизма, обладает антиоксидантным и иммуномодулирующим эффектом, позволяет поддержать не только пластические и энергетические потребности больного, но также является важным самостоятельным лечебным фактором.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ДЕТЕЙ

Лукоянова Г.М., Цирдава Г.Ю., Шеляхин В.Е.

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии

Цель исследования. Оценить результаты и эффективность хирургического лечения хронического холецистита у детей.

Материалы и методы. Нами прооперировано 45 детей в возрасте от 3 до 17 лет. Причиной данной патологии у 29 детей были камни в желчном пузыре, у 6 — аномалия желчного пузыря и у 5 — патология воронкошеечного отдела (сифонопатия). Давность заболевания составила от 1 года до 13 лет. Обследование включало: ЭГДФС, ультразвуковое исследование, в/в холангиография, по показаниям — эндоскопическая ретроградная панкреатохолецистография.

Всем больным выполнена холецистэктомия (ХЭ), у 8 — параллельно с ХЭ проведено рассечение связки Трейца с целью коррекции хронической дуоденальной непроходимости, у 3 — папиллосфинктеропла-

стика в связи со стенозом папиллы. У 1 больного выполнена ХЭ по экстренным показаниям по поводу деструктивного калькулезного холецистита. Малоинвазивные операции (лапароскопическая ХЭ и ХЭ из минидоступа) выполнены у 40% детей.

Результаты. Все дети обследованы в послеоперационном периоде от 6 месяцев до 19 лет. У всех больных восстановлена трудоспособность и активный образ жизни. До оперативного лечения наряду с хроническим холециститом у всех детей были явления гастродуоденита в стадии обострения, у 20 больных имел место дуодено-гастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы. У 30 человек были холестатические изменения печени, у 24 — реактивные изменения поджелудочной железы. При обследовании после операции 35 детей не имели воспалительных изменений в желудке и двенадцатиперстной кишке. Обострение хронического гастродуоденита наблюдались у 4 детей, а у 6 больных сохранялись явления холестаза.

Вывод. У больных с хроническим холециститом после оперативного лечения отмечается выраженное улучшение как органического, так и функционального состояния органов верхнего этажа брюшной полости, рефрактерного к консервативному лечению до операции.

100 ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Лукоянова Г.М., Цирдава Г.Ю., Шеляхин В.Е.

НИИ детской гастроэнтерологии, Нижний Новгород

Цель: Показать эффективность органосохраняющих операций при хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

Материалы и методы: С 1981 по 2004 г. оперированы 100 детей и подростков с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, из них 36 девочек и 64 мальчиков в возрасте 5–18 лет. Основным принципом органосохраняющего направления в нашей работе явилась селективная проксимальная ваготомия (СПВ). Показаниями к хирургическому лечению у 48 больных явилась осложненная форма язвенной болезни, у 52 были относительные показания в связи с неэффективностью консервативного лечения, проводимого в течение 2–3 лет, включая и санаторно-курортное лечение. Вид оперативного пособия зависели от локализации язвы и ее осложнений, в связи с чем больным были произведены следующие операции: СПВ в чистом виде — у 13 больных; СПВ, иссечение язвы, пилоропластика по Гейнеке-Микуличу — у 10; СПВ, иссечение язвы, дуоденопластика — у 33; СПВ, иссечение язвы, дуоденопластика, рассечение связки Трейца — у 16; СПВ, рассечение связки Трейца — у 20; СВ, антрумрезекция — у 8.

Результаты: хирургического лечения ЯБДК у пациентов прослежены от 3 месяцев до 23 лет, которые оценивали по шкале Visick. В 94% случаев получены отличные и хорошие результаты. У 6 больных в первые 2 года после операции возник рецидив заболевания. Двум больным с рецидивом язвы была произведена резекция желудка по Бильрот-1. У четырех больных язва зажила после консервативного лечения. 75% пациентов из обследуемых работают, имеют семьи и здоровых детей. Низкий процент рецидива в наших наблюдениях связываем с дифференцированным подходом к органосохраняющим операциям, который зависел от локализации язвы и ее осложнений. Принципиально важным считаем иссечение язвы с последующей дуоденопластикой.

Вывод. Органосохраняющие операции на основе селективной проксимальной ваготомии, являются высокоэффективными методами хирургического лечения у детей и в подавляющем большинстве случаев излечивает больного от ЯБДК. СПВ можно считать серьезной альтернативой консервативному лечению ЯБДК у детей при его неэффективности.

ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЦИСТИТОМ В ОМСКЕ

Лукьянов А.В., Турица А.А., Чупрынова М.Ю., Свиридова Ю.В.

Омская государственная медицинская академия

Воспаление мочевого пузыря относится к одному из самых распространенных патологических состояний в детском возрасте. По данным различных авторов распространенность хронического цистита составляет от 29,9 до 83,3%. Кроме того, цистит диагностируется как сопутствующее заболевание у 46% больных, госпитализированных по поводу другой урологической патологии. Нами были обследованы 101 пациент с хроническим циститом, находившиеся на лечении в нефрологическом отделении детской городской клинической больницы № 3 г. Омска в течение 2004 года. Из них: 99% составили девочки и 1% мальчики, что соответствует литературным данным. Из общего количества обследованных 76,23% приходилось на детей школьного возраста, 15,84% дошкольников, остальные в приблизительно равных пропорциях распределились среди других возрастных периодов. Хронический цистит, как первичное заболевание в разных морфологических формах был выявлен только у 52,48% детей, в остальных случаях он являлся сопутствующим заболеванием для другой урологической патологии. В период обострения хронического цистита пиурия отмечалась у 16,83% пациентов. Гематурия в 70,29% случаев. Эндоскопическое исследование проводилось в 78,21% случаев, были получены следующие результаты: гранулярный цистит был выявлен в 30,37%, катаральный в 64,55%, не обнаружено патологических изменений в 5,08%. Цистография была выполнена 35,64% пациентам, из них пузырно-мочеточниковый рефлюкс определялся в 11,11% случаев. Бактериальный посев мочи проводился в 47,52% случаев, чаще других выявлялись следующие возбудители: *E.coli* 16,7% и *Streptococcus faecalis* 16,7% случаев. Патологические изменения не выявлены при бактериальном посеве мочи в 27,72% случаев, что не исключает течения туберкулезного процесса у этой группы пациентов. Ведущее место в терапии хронических циститов занимают инстилляции различными препаратами. Чаще других для местного лечения применялся диоксидин (81,18%), в небольшом проценте случаев применялись другие препараты. Обязательным компонентом лечения являлись уросептики. Чаще других использовался фурагин 91,11%.

Таким образом, хронические циститы являются одним из самых распространенных заболеваний среди нефроурологических, чаще других определяется катаральный цистит.

ЧАСТОТА МОЧЕВОГО СИНДРОМА В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Лучанинова В.Н., Семешина О.В.

Владивостокский государственный медицинский университет

Нами проведено ретроспективное исследование на популяционном уровне общей и первичной заболеваемости органов мочевыделительной системы (инфекции мочеполовой системы, нефриты, уролитиаз) у детей в Приморском крае по данным Приморского центра медицинской статистики за период с 1991 по 2003 г. Статистический анализ показал, что средний многолетний краевой показатель первичной заболеваемости составил для инфекции мочеполовой системы — 434,9, нефрита — 70,2, уролитиаза — 10,4 на 100000 детского населения. Однако, показатели общей и первичной заболеваемости недостаточны для достоверных выводов о действительной распространенности и динамики заболеваемости. Этим целям более соответствуют данные, полученные при выборочных, углубленных исследованиях, которые проводятся по специальным программам.

С целью раннего выявления и прогнозирования развития патологии органов мочевыделительной системы мы обследовали 513 здоровых детей, отобранных из популяции детского населения Приморского

края методом случайной выборки с элементами рандомизации. При исследовании общего анализа мочи нами были выявлены следующие изменения: лейкоцитурия (более 10 в п/зр) — 48,7, гематурия (более 1 в п/зр) — 58,5, протеинурия — 17,5, бактериурия — 39,0, цилиндрурия — 3,4, глюкозурия — 3,4, оксалатная кристаллурия — 163,7, уратная кристаллурия — 103,4, фосфатная кристаллурия — 37,9, смешанная кристаллурия — 6,9 на 1000 детского населения. На этапе последующего комплексного клинико-лабораторного обследования этих детей был выставлен диагноз дисметаболической нефропатии 334 детям (651,1 на 1000 детского населения) и мочекаменной болезни 33 детям (64 на 1000 детского населения).

Таким образом, популяционные исследования здоровых детей показали высокую частоту встречаемости мочевого синдрома у детей Приморского края, особенно оксалатную, уратную кристаллурию, а также гематурию, лейкоцитурию, бактериурию, протеинурию. Полученные данные подтверждают мнение многих авторов о значительном числе недиагностированных на ранних доклинических стадиях заболеваний почек и мочевыводящих путей.

ВЛИЯНИЕ АНТРОПОТЕХНОГЕННОЙ НАГРУЗКИ НА ПЕРВИЧНУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Лучанинова В.Н., Ковальчук В.К., Стрижак Ю.В., Трофимова А.А.

Владивостокский государственный медицинский университет

Предполагается, что рост заболеваний органов мочевой системы в детской популяции в большей мере обусловлен факторами окружающей среды. По мнению некоторых исследователей, антропогенный фактор является определяющим в формировании целого комплекса негативных составляющих той самой среды, в которой формировался когда-то человек. Кроме того, антропогенные загрязнители представляют особую опасность для здоровья детей, которые в силу своих анатомо-физиологических особенностей отличаются повышенной чувствительностью к ним. С этой целью нами изучено влияние антропогенной нагрузки на первичную заболеваемость органов мочевой системы у детей. В качестве районов наблюдения были выбраны следующие города — Владивосток, Дальнегорск и Партизанск, расположенные на разных территориях Приморского края и имеющие различную степень напряжения антропогенной нагрузки. Результаты расчета антропогенной нагрузки в районах наблюдения показали, что самая неблагоприятная ситуация имеет место во Владивостоке, где показатель комплексной антропогенной нагрузки выше, чем в Партизанске и Дальнегорске за счет сосредоточения здесь большего числа отраслей промышленности, преимущественно энергетики и автомобильного транспорта. Город Партизанск более благоприятный в экологическом отношении район, где развита только угольная промышленность и незначительно энергетика.

При сравнительном анализе многолетней первичной заболеваемости органов мочевой системы в исследуемых городах отмечена высокая первичная заболеваемость пиелонефритом и гломерулонефритом в городах с меньшей степенью напряжения антропогенной нагрузки (Партизанск, Дальнегорск), что может свидетельствовать об отсутствии связи уровня первичной заболеваемости изучаемых болезней с антропогенной нагрузкой.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что антропогенная нагрузка не является ведущим экзогенным фактором в возникновении болезней мочевыводящей системы (пиелонефрита, гломерулонефрита) у детей в Приморском крае.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ

Лучанинова В.Н., Крукович Е.В., Шеметова О.П., Григорян В.А.

Владивостокский государственный медицинский университет

В течение пяти лет комплексно изучено состояние здоровья 48 подростков г. Владивостока с 10-летнего возраста. На момент первого осмотра они имели 1 и 2 группы здоровья. Углублено проанализировано функциональное состояние сердечно-сосудистой (ФС ССС) и дыхательной систем (ФС ДС). Физическое развитие (ФР) подростков характеризовалось высокой частотой отклонений от нормы. Они выявлялись у каждого третьего или четвертого подростка и в большей степени обусловлены дисгармонией, связанной с дефицитом массы тела, несколько реже с ее избытком. Отклонения чаще встречались у девочек. В динамике пятилетнего наблюдения отклонения ФР сохранялись у каждой второй девочки, тогда как у большинства мальчиков показатели стабилизировались. ФС ССС подростков характеризовалось высокой частотой снижения минутного, ударного и систолического объемов кровообращения. Снижение определялось у каждого второго подростка. Отклонения АД с тенденцией к высоким нормальным и высоким цифрам от средних величин обнаружены почти у половины подростков, чаще у мальчиков. Наблюдение в динамике отражало незначительную стабилизацию гемодинамики и выявило тенденцию к брадикардии к возрасту 16 лет. У 70% подростков, особенно у девочек, ФС ДС характеризовалось снижением жизненной емкости легких, форсированной жизненной емкости легких и объема форсированного выдоха за 1 минуту. Лонгитудинальное наблюдение выявило нарастание гипоксии, которое отмечалось у каждого второго подростка. Не нормализовались показатели ЖЕЛ у подростков с пониженным и низким ФР. В начале наблюдения в структуре отклонений и заболеваний, определяющих 2 группу здоровья, преобладали патология зубов и прикуса, опорно-двигательного аппарата, ЛОР-патология, в динамике 65% детей перешли в 3 группу здоровья.

Таким образом, динамическое наблюдение подтверждает ежегодные негативные тенденции в состоянии здоровья подростков и требует своевременной коррекции и профилактики.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

**Лучанинова В.Н., Транковская Л.В., Крукович Е.В., Нагирная Л.Н.,
Мостовая И.Д., Бурмистрова Т.И., Кривелевич Е.Б., Кику П.Ф.**

*Владивостокский государственный медицинский университет ;
Департамент здравоохранения администрации Приморского края;
Институт медицинской климатологии и восстановительного лечения СО РАМН,
Владивосток*

Известно, что здоровье детей развивается под воздействием комплекса социальных, биологических, экологических и медико-организационных факторов. Причем, в различных регионах вклад указанных факторов в формирование патологии может иметь свои особенности, что определяется конкретными климатогеографическими, социально-экономическими условиями, качеством внешней среды, условиями воспитания, обучения, питания, уровнем оказания медицинской помощи и др. Приморский край представляет собой высокоразвитый регион Дальнего Востока России. Особенности географического расположения определяют богатство природных ресурсов, широкую производственную инфраструктуру, уникальные, и в то же время, разнообразные климатические условия проживания населения. В связи с этим, в рамках реализации Федеральной программы «Медико-географические особенности и региональные фак-

торы, влияющие на состояние здоровья детского населения Российской Федерации» нами обоснована и реализуется научно-исследовательская работа «Региональные факторы и состояние здоровья детского населения Приморского края». Ее цель состоит в разработке региональной концептуальной модели по оптимизации жизнедеятельности и сохранению здоровья детского населения Приморского края на основании комплексного изучения медико-географических особенностей и факторов, оказывающих влияние на формирование патологии у детей. Среди прочих будут решены такие задачи, как медико-географический анализ состояния здоровья детского населения, районирование ресурсного и кадрового обеспечения службы охраны здоровья, изучение региональных факторов, формирующих здоровье, особенностей правового обеспечения здоровья, научное обоснование стратегии и тактики регионального подхода к сохранению и укреплению здоровья детей. Результаты исследования позволят установить территориально-обусловленные особенности регионального здоровья, выявить наиболее значимые факторы, дать рекомендации по коррекции регионального законодательства в области охраны здоровья детей, обосновать комплексную региональную программу по охране здоровья матери и ребенка.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Лядункина А.В., Порецкова Г.Ю.

*Государственный медицинский университет;
Областная детская больница, Самара*

Жидкая среда полости рта образована комплексным секретом слюнных желез и десневой жидкости, дентритом полости рта, микрофлорой и продуктами ее жизнедеятельности. Важным компонентом гомеостаза ротовой полости является кислотно-основное равновесие, то есть буферные свойства слюны, определяющие, в том числе и защитные ее возможности. У практически здоровых людей рН смешанной слюны является слабощелочной — 6,8–7,4.

С целью изучения особенностей ротовой жидкости у детей с заболеваниями легких мы определяли ряд параметров смешанной слюны, в том числе и рН. Под наблюдением находились дети в возрасте от 4-х до 15 лет — 37 детей, из которых, 10 не имели патологии бронхолегочной системы (контрольная группа), 13 находились на лечении с диагнозом бронхиальная астма, 14 — с диагнозом острый или рецидивирующий обструктивный бронхит.

Мы отметили, что у детей контрольной группы уровень рН смешанной слюны был равен в среднем 6,8. Дети с бронхиальной астмой в периоде ремиссии имели рН в среднем равную 6,28. У детей, которые поступали на лечение в периоде обострения заболевания, рН слюны до купирования приступа составляла 6,16, после купирования возрастала в среднем до 6,75. У детей острыми бронхитами и обострением рецидивирующего бронхита рН слюны была так же низкая — в среднем 5,85. У 6 детей мы повторно определили рН после купирования острого процесса: значения повысились в среднем на 13,7%.

Таким образом, мы полагаем, что низкие значения рН слюны при патологии бронхолегочной системы могут отражать истощение буферной системы организма и накопление кислореагирующих соединений, что может служить фактором снижения местного иммунитета полости рта. Интересным, по нашему мнению, является определение других факторов местной защиты слизистых оболочек ротовой полости при изменениях кислотности смешанной слюны.