

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Иванова Н.В., Зарницына Н.Ю., Чиженок Н.И., Батуева Е.В.

Пермская государственная медицинская академия

Цель работы. Выяснить динамику восстановления показателей нервно-психического (НПР) и физического развития (ФР) детей после проведения адекватной ферротерапии.

Обследовано 50 человек в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Проведено общеклиническое обследование, оценка НПР и ФР по унифицированной методике. Катамнестическое наблюдение осуществлено спустя 6 месяцев после окончания ферротерапии. Анемия легкой степени отмечалась у 40% детей (гемоглобин $108 \pm 2,6$ г/л), средней степени тяжести у 43,3% детей (гемоглобин $84,5 \pm 0,75$ г/л) и тяжелой степени — у 16,7% пациентов (гемоглобин $61,6 \pm 3,1$ г/л). Диагноз сидеропении верифицирован биохимическими тестами. Все дети из нормальных социальных условий, не имели дефектов ухода. В начале обследования I группу НПР имели 43,3% детей; II — 43,3% обследованных; III группу — 13,4% детей. У детей 1 года отклонения наблюдались в основном в моторном развитии (линии До, Др, Н); у детей с 1 года до 3 лет отставание преимущественно в речевом и сенсорном развитии (линии Ра, Рп, С). После лечения распределение по группам НПР стало следующим: I группу НПР составили 60% детей; II группы — 26,6% и III группу НПР — 13,4% обследованных. Определяя до лечения уровень физического развития, мы установили, что отставание в длине тела было у 6,6% детей, отставание по массе тела также у 6,6% детей, отставание сразу по двум величинам (длине тела и массе тела) доказано у 13,4% пациентов. Остальные имели массу и длину, соответствующие возрасту. При этом у 26,7% детей отмечалось дисгармоничное развитие. После лечения мы не наблюдали достоверных изменений в физическом развитии.

Таким образом, выявлены отклонения в нервно-психическом развитии детей, имеющих железодефицитную анемию, причем в первую очередь страдала условно-рефлекторная деятельность. Своевременное устранение железодефицита позволяет корригировать развитие ребенка, за исключением детей с III группой нервно-психического развития, обусловленной сопутствующей патологией. Восстановление показателей физического развития требует большего временного интервала — более 6 месяцев, о чем свидетельствует катамнестическое наблюдение.

МОТИВАЦИЯ ОБРАЩЕНИЙ К СПЕЦИАЛИСТАМ ДЕТСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Ивашикина Т.М., Эрман М.В., Витина Н.И., Сергеев О.Е.

Консультативно-диагностический центр для детей, Санкт-Петербург

Изучена мотивация и причины обращений к специалистам Центра 100 родителей пациентов в системе обязательного медицинского страхования и 100 родителей пациентов в системе платных услуг.

Мотивация обращения в Центр не имеет существенных различий между группами пациентов в системе обязательного медицинского страхования и обследуемых платно. Более 80% пациентов приходят в Центр для установки диагноза или его уточнения. Только четверть пациентов вынуждены обратиться в центр для коррекции терапии.

Ведущей причиной обращаемости в Центр родители обеих групп называют отсутствие необходимой диагностической аппаратуры в ЛПУ по месту жительства. Почти каждый второй пациент с полисом обязательного медицинского страхования вынужден обратиться в Центр из-за отсутствия необходимого спе-

Таблица
Причины обращений к специалистам Центра

Причина	ОМС	Платные услуги
Отсутствие врача данного профиля в ЛПУ по месту жительства	42%	18%
Невозможно попасть на прием к специалистам данного профиля в ЛПУ по месту жительства	16%	19%
Неудовлетворенность качеством медицинского обслуживания в ЛПУ по месту жительства	18%	15%
Отсутствует нужная диагностическая аппаратура в ЛПУ по месту жительства	52%	37%
Длительность ожидания диагностического обследования по месту жительства из-за большой очереди	10%	9%
Неудовлетворенность качеством диагностического обследования в ЛПУ по месту жительства	14%	6%
Неудовлетворенность культурой обслуживания в ЛПУ по месту жительства	9%	4%
Ничего не знаю о работе других медицинских центров	11%	11%

специалиста в ЛПУ по месту жительства. В значительно меньшей степени у детей имеется запрос на сервисные услуги и высокую культуру обслуживания.

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Игнатенкова Т.В.

*Смоленская государственная медицинская академия;
Смоленская областная клиническая больница*

Цель исследования. Оценка психомоторного развития детей, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы с гипертензионно-гидроцефальным синдромом.

Объект исследования. 128 детей, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы. В соответствии с основным клиническим синдромом и степенью его тяжести было выделено три группы больных. Первую группу, контрольную, составил 21 ребенок с перинатальным гипоксическим поражением мозга легкой степени без патологических изменений при нейросонографии, во вторую вошло 58 детей с вентрикуломегалией I, II степени без структурных нарушений, в третью группу — 49 пациентов, имевших вентрикуломегалию I, II степени в сочетании с поражением мозговой ткани.

Методы исследования. Использовались общепринятые методики клинического и лабораторно-инструментального обследования, оценка нервно-психического развития, нейровизуализация проводилась с помощью нейросонографии и рентгеновской компьютерной томографии.

Результаты. Задержка в развитии общей моторики была отмечена у 17,2% пациентов второй группы и 26,5% третьей (в контрольной группе — у 14,3%). Тонкая моторика отставала у 17,2% детей второй группы и 24,5% третьей (в первой группе — у 9,5%). Задержка психоречевого развития наблюдалась у 43,1% пациентов второй группы и 42,9% третьей (в контрольной группе — у 23,8%). Достоверные различия были вы-

явлены лишь в степени задержки. Эмоционально-волевые и поведенческие нарушения регистрировались у 55,2% детей второй группы и 61,2% третьей (в первой группе — у 42,9%).

Таким образом, перинатальные поражения центральной нервной системы любой степени тяжести оказывают влияние на психомоторное развитие детей.

ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОПУЛЯЦИЙ ЛИМФОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Измайлова Т.Д., Радыгина Т.В., Петричук С.В., Гаджиева О.А., Мирончикова Ю.В.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва;

НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко РАМН, Москва

Исходя из предположения о том, что функциональная активность клетки определяется интенсивностью ее энергетического обмена, была предпринята попытка оценки функционального состояния различных популяций лимфоцитов по показателям активности основного митохондриального фермента — сукцинатдегидрогеназы (СДГ). Было обследовано 57 здоровых детей в возрасте от 3 до 8 лет. Активность СДГ в различных популяциях лимфоцитов (CD3+, CD3+/CD4+, CD3+/CD8+, CD3-/CD19+, CD3-/CD16+, CD56+) определялась методом проточной цитометрии (проточный цитофлуориметр ФАКСКалибур производства фирмы Бектон Дикинсон). Митохондриальная активность (МА) определялась по соотношению (в процентах) коэффициентов интенсивности бокового светорассеяния в каждой популяции клеток до и после проведения цитохимической реакции.

Выявлены достоверные отличия МА в различных популяциях лимфоцитов. Наибольшие показатели активности СДГ наблюдались в популяции Т-лимфоцитов, при этом следует отметить, что CD3+/CD4+-лимфоциты имеют большую активность, чем CD3+/CD8+-лимфоциты, средняя активность выявлялась в В-лимфоцитах, наименьшая активность СДГ — в НК-клетках. Средние значения активности для каждой популяции составляют: CD3+ — 164% (153–176), CD3+/CD4+ — 176% (156–188), CD3+/CD8+ — 147% (135–158), CD3-/CD19+ — 149% (134–157), CD3-/CD16+, CD56+ — 128% (98–158). Отклонение МА от диапазона нормы вниз свидетельствует о митохондриальной недостаточности, вверх — об активации энергетических процессов. Так, например, для популяции CD3+/CD4+ снижение МА ниже 156% свидетельствует о митохондриальной недостаточности Т-хелперов, повышение активности СДГ выше 188% свидетельствует о митохондриальной активации Т-хелперов.

Преимуществом проточной цитометрии по сравнению со световой микроскопией, используемой в классической цитохимии, является 100-кратное увеличение количества исследуемых клеток, что повышает достоверность исследования. Совокупная оценка цитохимических и иммунологических показателей дает возможность повысить диагностическую значимость анализа с позиций иммунных и метаболических нарушений.

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Ильенкова Н.А., Таранушенко Т.Е., Чикинов В.В.

Красноярская государственная медицинская академия

Актуальность. В последние годы растет научный интерес к возможности использования неинвазивных методов исследования, в частности конденсата выдыхаемого воздуха в диагностике и тяжести течения бронхолегочного процесса. Одной из задач нашего проекта явилось изучение и сравнение уровней цитокинов в сыворотке выдыхаемого воздуха при остром бронхите и пневмонии у детей.

Материалы и методы. Конденсат выдыхаемого воздуха (КВВ) получали путем конденсации в течение 15 мин его во время выдоха при охлаждении и прохождении через трубку, покрытую тефлоновым слоем. Определяли уровни ИЛ₄, ИЛ₈, ФНО_α в сыворотке крови и конденсате выдыхаемого воздуха. Результаты исследования сравнивались с контрольной группой детей.

Результаты и их обсуждение. Исследование результатов с позиций перцентильных величин показало достоверно высокие показатели ИЛ₄ как в сыворотке крови больных, так и в конденсате выдыхаемого воздуха. В сыворотке крови при ОП значения ИЛ₈ выше среднего показателя регистрировались чаще, чем при ОБ, при этом распределение детей по уровню ИЛ₈ в КВВ не имело различий в рассматриваемых группах. Распределение значений ФНО_α в пределах перцентильных величин контрольной группы показало, что при ОБ высокие значения ФНО_α в сыворотке отмечены у значительно большего числа обследованных — 35%, против 8,7% детей в контрольной группе. Не выявлено различий в распределении обследованных по уровню ФНО_α в КВВ.

Таким образом, увеличение ИЛ₄ в острый период бронхолегочного процесса при остром бронхите и пневмонии может рассматриваться в качестве дополнительного маркера воспаления, обеспечивающего гуморальный ответ; при этом нарастание данного показателя регистрируется в равной степени как в сыворотке крови, так и в конденсате выдыхаемого воздуха. Острый период бронхолегочного процесса сопровождается нарастанием уровня ИЛ₈ в сыворотке и увеличением доли детей с высокими значениями данного цитокина только при ОП в отсутствии аналогичных изменений в КВВ. Острому периоду бронхолегочного процесса сопутствует значительное нарастание ФНО_α в сыворотке крови и увеличение доли больных с высоким уровнем указанного медиатора воспаления при ОБ с тенденцией к подобной направленности по данному цитокину в КВВ.

ЗНАЧЕНИЕ ПОТОВОГО ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ МУКОВИСЦИДОЗА В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Ильенкова Н.А., Таранушенко Т.Е., Чикунов В.В.

Красноярская государственная медицинская академия

Идентификация муковисцидоза (МВ) только на основании клинических признаков весьма затруднительна. Наиболее надежным диагностическим методом остается потовая проба. Применяемый ранее метод Гибсона-Кука является технически сложным, что побудило к поиску новых методов, в частности проведение потового теста на анализаторе проводимости «Macroduct», фирмы Wescor, Германия.

Цель исследования. Выявить больных страдающих муковисцидозом в группах повышенного риска с последующей оптимизацией терапевтической тактики у больных с данной патологией.

Материалы и методы. Проведено обследование 227 (100%) больных из группы риска по МВ в возрасте от 6 месяцев до 25 лет по специально разработанной программе. Наряду с традиционными методами исследования применялось трехкратное проведение потового теста экспресс-методом на анализаторе «Macroduct». При получении положительных (проводимость эквивалентна 80 и выше ммоль/л NaCl) или сомнительных (при показателях 60–80 ммоль/л) результатов больным проводилась ДНК-диагностика для выявления мутаций в гене МВТР. Обследование проводилось в «группах риска» больных с диагнозами: бронхиальная астма — 84 больных (37%), обструктивный бронхит 54 (23,8%), распространенные пороки развития бронхов 29 (12,8%), гастроэзофагальный рефлюкс — 10 (4,4%), сахарный диабет — 25 (11%), задержка полового и физического развития — 18 (7,9%), целиакия — 5 (2,2%), сибсы из семей, в которых есть больные МВ — 2 (0,9%).

Результаты исследования. Средний показатель хлоридов в потовой жидкости у выявленных больных с МВ равен $109,06 \pm 27,9$ ммоль/л. На основании полученных данных впервые выявлен диагноз муковисцидоз у 14 больных, т.е. 6% от всех обследований. В группе риска с хроническим бронхитом диагноз МВ выставлен у 5 (35,7%), с обструктивным бронхитом — 6 (42,9%), с бронхиальной астмой — у 3 (21,4%) боль-

ных. В группах риска с сахарным диабетом, задержкой физического и полового развития, целиакией, гастроэзофагеальным рефлюксом МВ не выявлен.

Вывод. Предложенный метод определения хлоридов пота позволяет рекомендовать его в качестве скрининг-теста у детей группы риска по МВ, что, безусловно, позволит повысить эффективность ранней диагностики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Ильенкова Н.А., Ярусова О.А., Таранушенко Т.Е.

*Красноярская государственная медицинская академия;
Управление здравоохранения и социального развития Красноярского края*

Актуальность. Болезни органов дыхания являются актуальной проблемой здравоохранения во всем мире и в значительной степени определяют уровень детской заболеваемости и смертности. Создание системы стандартизации является одной из первоочередных задач здравоохранения. Поскольку медицинские стандарты диагностики и лечения, разработанные с учетом региональных особенностей и возможностей, призваны регламентировать работу стационарного и поликлинического звена.

Цель. Оценка эффективности внедрения стандартов пульмонологической помощи детям по итогам обучения педиатров и практической реализации стандартов диагностики и лечения бронхолегочной патологии у детей. Оценка диагностических мероприятий у детей с острым бронхитом и пневмонией проводилась в 2000 и 2004 гг.

Результаты. Разработаны стандарты пульмонологической помощи детям в Красноярском крае. Анализ эффективности диагностических стандартов показал увеличение диагностических мероприятий при острой пневмонии и муковисцидозе, это связано с внедрением новых методов обследования по идентификации возбудителя, проведением медико-генетического консультирования и оценкой функции внешнего дыхания, при отсутствии статистически значимых различий в числе исследований при ХБ. Анализ эффективности лечебных стандартов показал достоверное увеличение количества назначаемых препаратов при муковисцидозе и соответственно достоверное увеличение стоимости терапии данной патологии до 23–24 тыс. рублей (курс лечения препаратами на стационарном режиме) за счет использования в лечении современных лекарственных средств. При острой пневмонии при использовании стандартов в целом снизилось количество используемых препаратов и стоимость лечения пневмонии у детей. В лечении хронического бронхита и стоимости терапии статистически значимые различия не отмечались. Внедрение стандартов позволяет сэкономить в среднем 627 рублей на каждом курсе диагностики и лечения больного с легочной патологией.

Таким образом: следование стандарту позволит обеспечить современный уровень диагностики и лечения бронхолегочных заболеваний у детей, а также проводить сопоставимый анализ данной патологии с другими учреждениями края.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ ВЫВИХЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ

Ильин А.В., Кусакин В.В.

*Российский государственный медицинский университет, Москва;
Детская психоневрологическая больница № 18, Москва*

Восстановление опороспособности и функции тазобедренного сустава при паралитическом вывихе бедра представляет до настоящего времени сложную проблему. Цель данной работы состояла в определении

тактики и выборе рационального хирургического способа лечения паралитического вывиха бедра у детей в возрасте 4–11 лет с последствиями оперированной врожденной спинно-мозговой грыжи (10 больных) и полиомиелита (1 больной). У всех детей в клинической картине отмечались двигательные расстройства в виде вялых парезов нижних конечностей в сочетании с типичными для перечисленных нозологических форм симптомами (нарушения чувствительности, дисфункции тазовых органов, сопутствующие контрактуры и пр.). Рентгенометрические показатели свидетельствовали о грубых изменениях во взаимоотношениях тазового и бедренного компонентов сустава, наличии вальгусной деформации шейки бедра до 155° , патологической антеторсии до 65° , уплощения вертлужной впадины за счет недоразвития ее крыши.

В процессе оперативного вмешательства поочередно при наличии показаний выполнялись следующие этапы: удлиняющие миотенопластики по устранению контрактур в суставах нижних конечностей — межвертельная деторсионно-варизирующая остеотомия бедра с фиксацией углообразной пластиной — мобилизация капсулы сустава и ее циркулярное рассечение на $2/3$ с ревизией полости сустава — мобилизация лимбуса — репозиция вывиха с укорачивающей капсулопластикой и пересадкой на нее в натяжении проксимального конца прямой мышцы бедра — надацетабулярная пластика по П.Я. Фищенко с использованием костных аутоотрансплантатов. Эффективность оперативного вмешательства прослежена в сроки 3 мес. — 3 лет. Клинико-рентгенологические результаты предлагаемой методики лечения свидетельствуют о ее успешности, нормализуя функцию и опору в тазобедренном суставе и значительно расширяя возможности проведения других реабилитационных мероприятий у больных с нарушенной нейрорегуляцией

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ В ОБРАЗОВАНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЭПИДУРАЛЬНОГО РУБЦА У ДЕТЕЙ

Ильин А.В., Кусакин В.В., Сырчин Э.Ф.

*Российский государственный медицинский университет, Москва;
Детская психоневрологическая больница №18, Москва;
Областная детская клиническая больница, Киров*

Частым следствием оперативных вмешательств, связанных со вскрытием позвоночного канала и ревизией его содержимого, является образование эпидурального рубца, резко снижающего в неврологическом плане эффективность проведенных операций.

В данной работе нами проанализирована эффективность использования ряда пластических материалов по профилактике образования эпидурального рубца при оперативных вмешательствах на позвоночном канале у 46 больных в возрасте 2 мес. — 15 лет. Из них 10 больным произведена первичная пластика врожденной спинно-мозговой грыжи (ВСМГ), 28 — повторная пластика ВСМГ с менингомиелорадикулолизом и пересечением терминальной нити, 8 — реконструктивные операции по поводу осложненной травмы грудно-поясничного отдела позвоночника. У всех больных в процессе ушивания раны происходил контакт твердой мозговой оболочки с покровными мышечно-фасциальными тканями. С целью минимизации образования эпидурального рубца между названными анатомическими структурами в области дефекта позвоночного канала укладывали один из видов пластических материалов, разрешенных для имплантации:

- пленку из полиэтилена марки 15803-020, изготовленную методом высокого давления по ГОСТ 16337-77. Пленка применена у 29 больных;
- пленку из фторопласта марки Ф-4МБ-М толщиной 50-100 мкр, прозрачно-гладкую без трещин и сквозных отверстий. Она использована у 8 больных;
- мембрану GORE-TEX Preclude Spinal из вытянутого политетрафторэтилена толщиной 1,0 мм. Имплантирована 9 больным.

Каждый из перечисленных материалов, являясь биоинертным, играл роль механического барьера, ограничивая проникновение окружающих тканей в позвоночный канал.

Результаты лечения прослежены в сроки до 4-х лет. По данным миелографии и магнитно-резонансной томографии и в сравнительном аспекте с 95 больными, оперированными с патологией позвоночника и

спинного мозга без использования пленок, можно констатировать их явно положительный эффект в профилактике формирования эпидурального рубца и синдрома фиксированного спинного мозга.

ВЕРТЕБРОТОМИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАСТАРЕЛОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Ильин А.В., Кусакин В.В.

*Российский государственный медицинский университет, Москва;
Детская психоневрологическая больница № 18, Москва*

Неустранимая в острый период посттравматическая деформация позвоночника, вызванная переломами или переломо-вывихами позвонков, в дальнейшем отрицательно влияет на статико-динамические показатели позвоночного столба и процесс восстановления функций спинного мозга. В данной работе проанализированы результаты лечения 74 больных в возрасте 6-14 лет, обратившихся в клинику спустя 3 месяца и более после травмы с клинической картиной повреждения спинного мозга и которым по поводу грубой травматической деформации позвоночника, чаще всего кифотической, в отдаленный период нами произведена корригирующая вертебротомия или укорачивающая вертебрэктомия в сочетании с различными видами нейрохирургических вмешательств и последующим металлоспондилодезом. Операция состояла из ортопедического и нейромикрохирургического этапов, проводившихся одновременно, и преследовала цель коррекции и стабилизации деформации позвоночника, восстановления формы позвоночного канала, устранения сдавления спинного мозга и нормализации ликворопассажа. В качестве фиксирующих устройств использовали имплантируемые металлические пластины типа АО или винто-стержневые системы путем их транспедикулярно-интракорпорального крепления на позвонках. Через 1–1,5 месяца разрешалась вертикализация больного. Результаты оперативного лечения прослежены в сроки до 15 лет. При этом в 100% случаев достигнуто исправление деформации позвоночника с формированием стабильного остеосинтеза, уменьшился неврологический дефицит, в 73% случаев больные стали самостоятельно передвигаться в ортопедических приспособлениях с помощью опорных средств.

Коррекция деформаций позвоночника позволила расширить диапазон реабилитационных мероприятий и благотворно повлиять на социальную адаптацию пациента.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ

Ильин А.Г., Вахрамеева С.Н., Шмакова С.Г., Башилова Н.В., Мигали И.И.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

С целью получения характеристики состояния здоровья детей, проживающих в различных регионах Российской Федерации, был проведен сравнительный анализ основных показателей рождаемости, заболеваемости и физического развития детей в Центральном Федеральном округе (ЦФО) и Сибирском Федеральном округе (СибФО). Анализ демографической ситуации показывает следующее: рождаемость в ЦФО (8,1 на 1000 населения) ниже, чем в СибФО (12,3 на 1000). При этом в СибФО за последние годы доля детей от 0 до 17 лет в структуре населения уменьшилась до 27,4%.

В ЦФО уровень детской смертности за последние годы достаточно стабилен во всех возрастных группах, а в СибФО показатель увеличился за счет младенческой смертности, который в настоящее время составляет 15,2 на 1000.

Общая заболеваемость детей как в ЦФО, так и в СибФО, имеет тенденцию к росту. В ЦФО за последние три года на 48% выросло частота болезней крови, на 17,6% — болезней пищеварительного тракта.

В СибФО на 15,9% увеличилась распространенность болезней эндокринной системы, на 69,7% — костно-мышечной системы, на 9,1% травм и отравлений, на 35% — число врожденных аномалий. В целом, уровень хронической патологии среди детей от 0 до 14 лет в ЦФО составляет 47%, в СибФО — 53%, среди детей 15–17 лет — 62% и 73% соответственно. И в ЦФО и в СибФО заболеваемость детей, проживающих в сельской местности, на 3–5% выше, чем среди горожан. Анализ физического развития показывает, что его отклонения встречаются более чем у 6% детей в ЦФО и почти у 12% детей в СибФО.

Таким образом, тенденции демографических показателей и состояния здоровья детей имеют региональные особенности, которые необходимо учитывать при разработке программ по улучшению демографической ситуации, снижению заболеваемости, смертности, а также по оптимизации системы оказания медицинской помощи детскому населению. Полученные данные свидетельствуют о необходимости продолжения исследований, направленных на выявление факторов, влияющих на формирование здоровья детей в различных регионах РФ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Ильина Н.Н., Кочерова В.В., Левченко Н.В., Мичудо О.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Рост последствий перинатальных повреждений ЦНС у детей обосновывает ранний охват восстановительным лечением доношенных новорожденных. Неврологическая симптоматика у новорожденных представлена синдромами нарушения нервно-рефлекторной возбудимости, вегето — висцеральным, гипертензионным. У 56% детей регистрируются кардиоваскулярные нарушения, обусловленные дисметаболическими и дисрегуляторными механизмами.

В восстановительном лечении использовались ноотропные, сосудистые препараты, метамерная низкодозовая электронейростимуляция аппаратом «Скэнар». Длительность курса лечения 1–3–6 месяцев с перерывами в 2–4 недели до 1 года. Выбор ноотропов варьировался: глицин, ноотропил, гомеопатические композиты Wala-R; сосудистые (кавинтон, стугерон) и комбинированные средства назначались курсом 2 недели — 1 месяц с повтором курсов до 1 года. Вегетативно-висцеральные расстройства у детей с абдоминальными и ЭКГ — дисметаболическими изменениями корректировались метамерной электронейростимуляцией аппаратом «Скэнар». Длительность процедуры составляла 10–15 минут, 12–15 процедур на курс. Аналогичным действием обладают апробированные физиотерапевтические процедуры. Преимуществом «Скэнар» — терапии является ее доступность, безопасность, выполнение в домашних условиях, возможность обучения родителей и быстрое достижение желаемого эффекта.

Функциональный контроль (НСГ, доплерография, офтальмоскопия, ЭхоЭГ, ЭКГ) проводился ежеквартально, клиническая оценка — ежемесячно.

В восстановительном лечении соблюдалась этапность проведения процедур от психокоррекции матерей, стимуляции лактации у них с контролем питания у детей, до синдромной терапии. Выделены 3 группы детей по комплексу лечебных средств: 1 — основная по стандартному набору; 2 — гомеопатические препараты в сочетании с электронейростимуляцией; 3 — пираретам в сочетании с электронейростимуляцией. Получена регрессия неврологических симптомов после 1 курса лечения во всех группах наблюдения. В 12 месяцев в основной группе регистрировались функциональные неврологические нарушения (47%); во 2 и 3 группах их частота значительно ниже (16 и 21% соответственно).

Лечение неврологических дисфункций у детей регулирующими методами нормализует развитие и предупреждает соматизацию патологии.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В (ХВГВ) НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Иноятова Ф.И., Ахмедова А.Х., Иногамова Г.З.

НИИ педиатрии МЗ республики Узбекистан, Ташкент

Целью исследования явилось изучение влияния течения хронического вирусного гепатита В на некоторые показатели физического развития (ФР) детей узбекской популяции.

Обследовано 243 детей, больных ХВГВ в возрасте от 12 до 15 лет. Диагноз ХВГВ верифицирован на основании данных анамнеза, клинических, биохимических, серологических исследований. Оценка показателей ФР детей проводилась с помощью унифицированной методики исследования, разработанной Каммиловой Р.Т.(1996).

Как показали исследования, гармоничное ФР у обследованных детей обоих полов встречалось с одинаковой частотой (девочек — 36,6%; мальчиков — 38,9%). Дисгармоничное ФР оказалось более характерным для мальчиков, что составило 45,1%, против 28,5% у девочек. Резко дисгармоничное ФР обнаружено у 34,8% девочек, что более чем в 2 раза чаще, чем у мальчиков — 16,0%. Средний уровень ФР регистрировался у 65,1 % обследованных мальчиков и реже — у девочек — 48,2%. Уровень ФР выше среднего имели только 5,4% девочек, что в 2,5 раза меньше показателя контроля. Высокий уровень ФР встречался в 2,1 раза чаще у мальчиков по сравнению с показателем контроля и не регистрировался у девочек. Частота встречаемости ФР ниже среднего отмечено у 33,0% девочек, что в 2,4 раза превышала показатель мальчиков (13,7%) и данные контроля (13,5%). Низкий уровень ФР нами был отмечен чаще у девочек — 13,3% против 3,2% показателя контроля и 6,9% — у мальчиков.

Максимальная частота задержки ФР (83,9%) отмечена при выраженной активности. При длительности заболевания свыше 8 лет наблюдалась максимальная частота задержки ФР (70,5%), в группе больных с длительностью до 3-х лет от начала заболевания отмечена минимальная частота ЗФР (18,9%).

Таким образом, при ХВГВ у больных детей задержка ФР выявлена у 53,4% детей, больных ХВГВ. Из них у девочек задержка ФР имело место в 49,2% случаев и у мальчиков — 50,8%. На нарушения ФР детей, больных ХВГВ оказывают влияние активность и давность заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО МИКСТ-ГЕПАТИТА (ХВМГ) В+С+Д У ДЕТЕЙ

Иноятова Ф.И., Валиева Н.К., Абдумажидова Ш.У., Иногамова Г.З., Ашурова С.А.

НИИ педиатрии МЗ республики Узбекистан, Ташкент

Нами изучены особенности течения ХВМГ В+С+Д у детей. Нами обследовано 34 детей в возрасте от 3-х до 14 лет. Давностью заболевания составила в среднем $6,2 \pm 0,3$ лет. Диагноз выставлялся на основании эпид. анамнеза, клинико-лабораторных, серологических и инструментальных данных. Методом ПЦР выявляли НВВ-ДНК, HCV-РНК и HDV-РНК. В группу сравнения вошли 35 детей, больных ХВМГ В+С. Анализ заболеваемости в зависимости от половой принадлежности показал, что в этой группе преобладали мальчики (70,5%). Распределение детей по активности патологического процесса в печени выявило отсутствие регистрации минимальной активности ХВМГ и превалирование выраженной активности. Чаще ХВМГ В+С+Д встречался у детей школьного возраста.

Результаты клинического обследования детей с ХВМГ В+С+Д позволили сделать вывод о том, что тяжесть течения заболевания зависит от персистенции и репликации вирусов. Это отражалось регистрацией высокой частоты и выраженности клинических синдромов как астеновегетативного (100,0%), геморрагического (100,0%) и холестатического (84,3%), с превалированием больших размеров печени и селезенки у

больных детей, инфицированных тремя вирусами по сравнению с контролем. По видимому, при сочетанной тройной персистенции вирусов это связано с усилением цитопатогенных действий HCV и HDV на печеночные клетки. Возрастная дифференцировка клинических проявлений характеризовалась превалированием у детей дошкольного возраста синдромов: цитолиза, диспепсии и гепатомегалии; у детей школьного возраста — геморрагического, холестатического и спленомегалии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИ- И ОКОЛОСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Исаев И.Н., Немсадзе В.П., Выборнов Д.Ю., Тарасов Н.И., Бажанова Н.Н., Трусова Н.Г., Петров М.А.

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

Переломы костей, образующих локтевой сустав, составляют от 25 до 50% в общей структуре повреждений конечностей у детей. 40% из них составляют внутри и околосуставные переломы анатомических образований, непосредственно участвующих в формировании суставных поверхностей и являющихся точкой фиксации связочно-капсульного аппарата локтевого сустава.

Сложности анатомического строения локтевого сустава, значительные функциональные нагрузки обуславливают высокие требования к восстановлению анатомических форм и конгруэнтности суставных поверхностей. Несоблюдение данных принципов определяет длительность консервативного лечения и реабилитации, при этом различные виды функциональных нарушений и деформации области локтевого сустава достигают значительных цифр.

В отделении травматологии и ортопедии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова с 1994 по 2004 год находились на лечении 849 пациентов с внутри и околосуставными повреждениями области локтевого сустава. Из них 469 (55,2%) — с чрез- и надмышелковыми переломами, 151 (17,8%) — с переломами внутреннего надмышелка плечевой кости, 137 (16,2%) — с переломами головочки мышелка плечевой кости и блока, 48 (5,6%) — с эпифизеолизами и метаэпифизеолизами головки лучевой кости, 44 (5,2%) — с переломами локтевого и венечного отростков.

Выбор метода лечения определялся совокупностью клинической и рентгенологической картин. Выраженный отек области локтевого сустава, наличие нейроциркуляторных расстройств в дистальном отделе конечности; вид перелома, наличие значимых смещений определяли показания к оперативному методу. Применение металлоостеосинтеза винтами и спицами, позволило исключить вторичные смещения, начать раннюю реабилитацию (458 пациента — 54%). 391 пациенту (46%) выполнялись закрытые репозиции и гипсовая иммобилизация. В большинстве случаев при использовании обоих методов получены положительные результаты.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к выводу, что рациональное использование определенного метода и дифференцированный подход к лечению внутри- и околосуставных переломов локтевого сустава может привести к желаемому результату.