



Вестник

ВОЛГОГРАДСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор

В. И. Петров, академик РАМН

Зам. главного редактора

М. Е. Стаценко, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Р. Бабаева, профессор
А. Г. Бебуришвили, профессор
А. А. Воробьев, профессор
С. В. Дмитриенко, профессор
В. В. Жура, доцент
М. Ю. Капитонова, профессор
(научный редактор)
С. В. Клаучек, профессор
Н. И. Латышевская, профессор
В. Б. Мандриков, профессор
И. А. Петрова, профессор
В. И. Сабанов, профессор
Л. В. Ткаченко, профессор
С. В. Туркина (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А. Б. Зборовский, академик РАМН
(Волгоград)
Н. Н. Седова, профессор
(Волгоград)
А. А. Спасов, чл.-кор. РАМН
(Волгоград)
В. П. Туманов, профессор
(Москва)
Г. П. Котельников, академик РАМН
(Самара)
П. В. Глыбочко, чл.-кор. РАМН
(Саратов)
В. А. Батулин, профессор
(Ставрополь)

4 (32)

**ОКТАБРЬ–
ДЕКАБРЬ
2009**

VOX
AUDITA LATET,
LITTERA SCRIPTA
MANET
ИЗДАТЕЛЬСТВО
ВОЛГМУ

ISSN 1994-9480



9 771994 948340 >

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные нами результаты говорят о том, что в случаях, не требующих расширенной реконструкции общей сонной артерии, с успехом может применяться минидоступ к каротидному бассейну, не исключающий, однако, широкого доступа к сонной артерии в случае необходимости. Точно так же, как и холецистэктомия из минидоступа не исключает широкой лапаротомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю. В., Степаненко А. Б., Генс А. П. и др. // Хирургия. — 2005. — № 8. — С. 36—40.
2. Виссарионов В. А., Мантурова Н. Е., Федорова В. Д. // Анналы хирургии. — 2005. — № 3. — С. 63—67.

3. Воскресенский В. П., Иванов В. А. // Оперативная хирургия и топографическая анатомия. — М.: Медгиз. — 1959. — С. 233.

4. Захаров В. В. Сосудистая мозговая недостаточность // Лечащий врач. — 2004. — № 5. — С. 33—35.

5. Казаков Ю. И., Хатыпов М. Г. // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2000. — Т. 6, № 2. — С. 83—87.

6. Киши Ф., Сентаготаи Я. // Под ред. Ф. Я. Сентаготаи. — 45-е изд. — Будапешт: Медицина, 1972. — Т. 3. — С. 106.

7. Оперативная хирургия. Под ред. проф. И. Литтмана. — Будапешт, 1982. — С. 29.

Контактная информация

Шестаков Александров Иванович — к. м. н., заместитель главного врача Клиники БГМУ, e-mail: kbgmu@rambler.ru.

УДК 616-053.3/.5:616.317-007.254:616-007.17(045)

ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

М. П. Водолацкий, М. Е. Евсеева, З. А. Реквава

Ставропольская государственная медицинская академия

Целью работы явилось выявление фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у 102 детей в возрасте от 1 до 14 лет с различными формами врожденной расщелины верхней губы и неба. Анализ показывает наличие внешних признаков дисплазии соединительной ткани у всех детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Наибольшее число стигм выявлено у детей с двусторонней расщелиной верхней губы и неба. Полученные данные позволяют рассматривать данную аномалию как макропризнак системной патологии соединительной ткани.

Ключевые слова: расщелина верхней губы, расщелина неба, дисплазия соединительной ткани.

EXTERNAL ATTRIBUTES OF DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE IN CHILDREN WITH VARIOUS CONGENITAL CLEFT OF UPPER LIP AND PALATE

M. P. Vodolatski, M. E. Evseviev, Z. A. Rekvava

The study was about the phenotypical attributes of dysplasia of connective tissue in 102 children (aged from 1 to 14 years) with various forms of congenital cleft of upper lip and palate. The reports showed the presence of external attributes of dysplasia in all children with congenital cleft of upper lip and palate. Maximum number of these features was found in children with bilateral cleft of upper lip and palate. Based upon this study we can conclude that the anomaly is more of a systemic pathology of the connective tissue.

Key words: cleft of upper lip, cleft of palate, dysplasia of connective tissue.

Распространенность врожденной расщелины верхней губы и неба составляет, по литературным данным, от 1,6 до 26 % и находится на 4—7-м месте среди всех аномалий развития [1, 2, 4]. В последние десятилетия во всем мире отмечается прогрессирующее увеличение числа рождения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба [11].

Теория миграции мезодермы объясняет механизм развития щелинных дефектов челюстно-лице-

вой области. Формирование расщелин лица связано с процессом вставания мезодермы в эмбриональные отростки вокруг ротовой ямки. Слияние отростков друг с другом происходит в результате увеличения их объема по мере наполнения мезодермой. Задержка вставания мезодермы приводит к замедленному увеличению объема эмбриональных отростков, что делает недостаточным их плотное сближение. В итоге разделяющие отростки бороздки не устраняются или

сглаживаются только частично, так что у плода формируется расщелина, с которой ребенок и рождается. С такой точки зрения, полноценность мезодермы и скорость ее вставания в эмбриональные отростки является одной из важных составляющих развития лица [3].

Поскольку сомиты мезодермы формируют мезенхиму — так называемую «эмбриональную соединительную ткань», определяющую процесс закладки и дифференцировки всех соединительнотканых элементов на этапах эмбриогенеза, развитие врожденной расщелины верхней губы и неба вполне логично рассматривать как следствие дисплазии соединительной ткани [10].

Дисплазия соединительной ткани проявляется внешними фенотипическими признаками и клинически значимой дисфункцией одного или нескольких органов [5, 6, 7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявление фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у детей с различными формами врожденной расщелины верхней губы и неба.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Фенотипический анализ проведен у 102 пациентов в возрасте от 1 до 14 лет с различными формами врожденной расщелины верхней губы и неба. Дети с подобным дефектом были распределены на четыре группы в зависимости от вида расщелины. С врожденной изолированной расщелиной верхней губы — 15 детей, изолированной расщелиной неба — 15, односторонней расщелиной губы и неба — 45, двусторонней расщелиной губы и неба — 27. В контрольной группе обследованы 42 ребенка без врожденной патологии.

В соответствии со специальной диагностической картой для клинического применения Glesby M. [9] и позже модифицированной Корнетовым Н. А. [8] проводилось фенотипическое исследование следующих морфодисплазий: низкий индекс массы тела, деформация позвоночника, деформация грудной клетки, скошенный гипертелоризм, крыловидные лопатки, гипермобильность суставов, гиперрастяжимость кожи, множественные рубчики на коже, частые подкожные гематомы, тонкая кожа с выраженной венозной сетью, грыжи, обилие веснушек и родинок, удлиненное узкое лицо, тонкие ломкие волосы, приросшие мочки ушей, волосы бровей уложены в разных направлениях, антимонголоидный разрез глаз, гипертелоризм глаз, голубые склеры, эпикант, миопия, короткие уздечки губ и языка, положительный признак запястья, арахнодактилия, девиация мизинца кисти, положительный признак большого пальца кисти, IV палец кисти длиннее II пальца, сандалевидная щель, II палец стопы длиннее или равен I пальцу, плоскостопие, олигодактилия IV, V пальцев стопы, «двузубец», «трезубец»

пальцев стопы. Представленные в этом диагностическом перечне признаки являются маркерами дизэмбриогенеза, указывающими на неполноценность соединительнотканых структур организма. За допустимую норму принималось наличие не более трех стигм дизэмбриогенеза, за умеренную дисплазию соединительной ткани — 4—6 стигм, за выраженную — 7—9, за крайне выраженную — 10 и более [7].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведенного исследования среднее число морфодисплазий у детей со всеми изученными вариантами щелинного дефекта оказалось достовернее выше, чем в контрольной группе. Если среди лиц контрольной группы этот показатель составил $1,8 \pm 0,2$, то среди детей с врожденными расщелинами губы, неба, односторонними расщелинами верхней губы и неба, двусторонними расщелинами верхней губы и неба указанный параметр равнялся соответственно $7,3 \pm 0,2$, $7,2 \pm 0,2$, $8,5 \pm 0,2$, $10,2 \pm 0,3$. То есть у детей с изолированной расщелиной губы или неба среднее число фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани оказалось достоверно ($P < 0,05$) ниже, чем у детей с сочетанной аномалией губы и неба. При этом максимальная стигматизация характерна для больных с двусторонней расщелиной верхней губы и неба.

Все дети с врожденной патологией относились к носителям выраженной и крайне выраженной системной дисплазии соединительной ткани. 7—9 фенотипических признаков были выявлены у 76 (74,5), а 10 и больше стигм — у 26 (25,5). В контрольной группе выявлено всего 8 (19,1 %) детей с умеренной выраженностью соединительнотканной дисплазии. У 34 (80,9 %) детей контрольной группы число внешних признаков укладывалось в допустимую норму (табл.).

Выраженность дисплазии соединительной ткани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба, абс. (%)

Степень выраженности Дисплазии соединительной ткани (число стигм)	Дети с врожденной расщелиной верхней губы и неба	Дети без врожденной расщелины верхней губы и неба, n = 42
В пределах нормы (0–3)	0	34 (80,9)
Умеренная (4–6)	0	8 (19,1)
Выраженная (7–9)	76 (74,5)	0
Крайне выраженная (≥10)	26 (25,5)	0

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенный фенотипический анализ указывает на наличие у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба выраженной и крайне выраженной степени внешних признаков дисплазии соединительной ткани. Наибольшее число стигм дизэмбриогенеза выявлено у детей с двусторонней расщелиной верхней губы и неба.

Полученные данные позволяют рассматривать расщелину верхней губы и неба как макропризнак системной, генетически детерминированной патологии соединительной ткани. Это диктует необходимость своевременного и детального комплексного обследования больных с расщелиной лица с целью ранней диагностики сопутствующей врожденной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белякова С. В., Фролова Л. Е. // Стоматология. — 1995. — № 5. — С. 34—38.
2. Блохина С. И., Долгополова Г. В. // Тезисы 1-й республиканской конференции «Стоматология и здоровье ребенка». — М., 1996. — С. 20.
3. Водолацкий М. П., Водолацкий В. М. Клинико-эмбриологические параллели врожденных пороков развития лица. — Ставрополь, 2004. — 80 с.
4. Земцовский Э. В. Соединительнотканые дисплазии сердца. — СПб., 2000. — 115 с.
5. Коноплястая С. Ю. // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. — М., 2006. — С. 105—106.
6. Корнетов Н. А. Глоссарий стандартизированного описания регионарных морфологических дисплазий для

клинического исследования в психиатрии и неврологии. — Томск, 1996. — 53 с.

7. Остроумова О. Д. Эхокардиографические и фенотипические особенности больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 24 с.

8. Степура О. Б. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995. — 48 с.

9. Череп О. Е., Гемонов В. В. // Российские морфологические ведомости. — 1997. — №2. — С. 65—68.

10. Юрьева Л. И. Профилактика основных стоматологических заболеваний у детей с врожденной челюстно-лицевой патологией в системе семейной диспансеризации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 2002. — 19 с.

11. Glesby M., Pyentz R. // JAMA. — 1989. — Vol. 262, № 4. — P. 523-528.

Контактная информация

Водолацкий Михаил Петрович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста Ставропольской государственной медицинской академии, e-mail: eristov_bost@mail.ru.

УДК 576.8:616.31

КОЛОНИЗАЦИОННАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПОЛОСТИ РТА В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Е. В. Матисова, В. С. Крамарь, Т. Н. Климова

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии ВолГМУ

Неотъемлемой частью микроэкосистемы полости рта является нормальная микрофлора, обеспечивающая колонизационную резистентность, которая рассматривается как первичная мишень для любого фактора, прямо или опосредованно влияющего на адгезию и неспецифическую резистентность этой экосистемы. Изучение индивидуальных вариантов ценотипа и их экологическая характеристика в норме и при патологии позволили создать алгоритм оценки микробиоценоза полости рта.

Ключевые слова: микробиология, колонизационная резистентность, заболевания пародонта, полость рта, нормальная микрофлора, микробиоценоз.

ORAL COLONISATION RESISTANCE IN HEALTH AND DISEASE

E. V. Matisova, V. S. Kramar, T. N. Klimova

Normal microflora is an important part of the oral cavity microecosystem; it provides colonization resistance. It has a direct or indirect influence on adhesion and nonspecific resistance of this system. Studying individual variants of the cenotypes and their ecological characteristics in health and disease yielded an estimation algorithm of the oral cavity microbiocenosis.

Key words: microbiology, colonization resistance, periodontal disease, oral cavity, normal microflora, microbiocenosis.

Полость рта представляет собой своеобразную экологическую систему, которая тесно связана с внутренней средой организма и его внешним окружением.

Организм человека колонизирован различными микробными сообществами, однако в каждом из

его топодемов количество микроорганизмов и их видовой состав характеризуется определенным постоянством.

Для раскрытия закономерностей существования микроорганизмов применим экологический подход,

<i>Замечник Т. В., Ларин С. И., Стерн Н. А., Овчаренко Н. С., Андриянов А. Ю.</i> ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ПОВЕРХНОСТНЫЕ И ГЛУБИННЫЕ ТЕМПЕРАТУРЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ 57	<i>Zamechnik T. V., Larin S. I., Stern N. A., Ovcharenko N. S., Andrianov A. J.</i> INFLUENCE OF ENVIRONMENTAL TEMPERATURE ON SUPERFICIAL AND DEEP TEMPERATURES OF LOWER EXTREMITY IN PATIENTS WITH VARICOSITY 57
<i>Горелик Е. В., Смирнов А. В., Краюшкин А. И., Григорьева Н. В.</i> ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ГИПОКАМПА ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ С УЧЁТОМ СОМАТОТИПА 61	<i>Gorelik E. V., Smirnov A. V., Krayushkin A. I., Grigoryeva N. V.</i> PECULIARITIES OF HIPPOCAMPUS STRUCTURE IN ELDERLY AND SENILE FEMALES WITH CEREBRAL ATHEROSCLEROSIS ACCORDING TO SOMATOTYPES 61
<i>Михальченко В. Ф., Аль-Саккаф Мухаммед Хасан, Петрухин А. Г.</i> НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У СТУДЕНТОВ ИЗ ЙЕМЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В Г. ВОЛГОГРАДЕ 64	<i>Michalchenko V. F., Al-Sakaf Mohammed Hasson, Petrukhin A. G.</i> SOME INDICATORS OF HARD DENTAL TISSUES DISEASES IN VOLGOGRAD STUDENTS OF YEMEN REPUBLIC 64
<i>Перепелицына С. В., Алексеев В. В., Захарова И. Б., Плеханова Н. Г., Викторов Д. В.</i> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ У МЫШЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ BURKHOLDERIA PSEUDOMALLEI И B. THAILANDENSIS 66	<i>Perepelitsyna S. V., Alekseev V. V., Zakharova I. B., Plekhanova N. G., Viktorov D. V.</i> DIFFERENTIAL EXPRESSION OF CYTOKINE GENES IN MICE INFECTED BY BURKHOLDERIA PSEUDOMALLEI AND B. THAILANDENSIS 66
<i>Григоричева Е. А., Сигидова Л. В.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ ЭНДОТЕЛИЯ И ПРОЦЕССЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 69	<i>Grigorigheva E. A., Sigidiova L. V.</i> ENDOTHELIAL FUNCTION AND CARDIOVASCULAR REMODELING IN ARTERIAL HYPERTENSION 69
<i>Мусатов О. В., Зурнаджан С. А., Хайрулин Ю. Х.</i> ДИНАМИКА ТКАНЕВОГО IGG ПОСЛЕ ГАСТРОПЛАСТИКИ РАН ПЕЧЕНИ, СЕЛЕЗЕНКИ И ПОЧКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 72	<i>Musatov O. V., Zumadjan S. A., Hajrulin J. Kh.</i> DYNAMICS OF TISSUE IGG AFTER GASTROPLASTY OF LIVER, SPLEEN AND KIDNEY WOUNDS IN THE EXPERIMENT 72
<i>Шестаков А. И., Юсупов Р. Х., Хафизов А. Р., Ахметвалеев А. В.</i> ОБ ОПЕРАТИВНОМ ДОСТУПЕ К СОННЫМ АРТЕРИЯМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ КАРОТИДНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ 75	<i>Shestakov A. I., Yusupov R. H., Hafizov A. R., Ahmetvaleev A. V.</i> OPERATIVE ACCESS TO ATRERIA CAROTIS FOR CAROTID RECONSTRUCTION 75
<i>Водолацкий М. П., Евсеева М. Е., Реквава З. А.</i> ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА 78	<i>Vodolatski M. P., Evsevieveva M. E., Rekvava Z. A.</i> EXTERNAL ATTRIBUTES OF DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE IN CHILDREN WITH VARIOUS CONGENITAL CLEFT OF UPPER LIP AND PALATE 78
<i>Матисова Е. В., Крамарь В. С., Климова Т. Н.</i> КОЛОНИЗАЦИОННАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПОЛОСТИ РТА В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ 80	<i>Matisova E. V., Kramar V. S., Klimova T. N.</i> ORAL COLONISATION RESISTANCE IN HEALTH AND DISEASE 80
<i>Андреева В. О.</i> РОЛЬ ЛЕПТИНА И НЕЙРОПЕПТИДА Y В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ 84	<i>Andreeva V. O.</i> THE ROLE OF LEPTIN AND NEUROPEPTIDE Y IN PATHOGENESIS OF REPRODUCTIVE DYSFUNCTIONS IN ADOLESCENT GIRLS WITH ANOREXIA NERVOSA 84
<i>Фролова Е. В.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ СОДЕРЖАЩИМ АНТИТЕЛА К С-КОНЦЕВОМУ ФРАГМЕНТУ AT1-РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II (КАРДОСТЕН) И ВАЛСАРТАНОМ (ДИОВАН) 88	<i>Frolova E. V.</i> A COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE EFFECTIVE THERAPY WITH THE PREPARATION CONTAINING ANTIBODIES TO C-END FRAGMENT OF AT-1 RECEPTOR OF ANGIOTENSIN II (CARDOSTAN) AND VALSARTAN (DIOVAN) 88
<i>Фролова Е. В., Авдиенко А. А.</i> УСИЛЕНИЕ БЛОКАДЫ РААС: СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНОТЕРАПИИ КАРДОСТЕНОМ И КОМБИНАЦИЕЙ КАРДОСТЕНА С ЭНАЛАПРИЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 90	<i>Frolova E. V., Avdienko A. A.</i> THE REINFORCEMENT OF RENIN-ANGEOTENSIN- ALDOSTERON SYSTEM BLOCKAGE: COMPARISON OF THE RESULTS OF THE MONOTHERAPY BY CARDOSTEN AND THE COMBINATION OF CARDOSTEN AND ENALAPRIL AMONG THE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN COMBINATION WITH METABOLIC SYNDROME 90
<i>Гндоян И. А., Петраевский А. В., Карадже М.</i> НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ГЕМОДИНАМИКУ И АККОМОДАЦИОННЫЙ АППАРАТ ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ 93	<i>Gndoyan I. A., Petrayevsky A. V., Karage M.</i> NON-MEDICAMENTAL METHODS OF EYE HEMODYNAMICS AND ACCOMMODATION TREATMENT IN MYOPIA PATIENTS 93
<i>Чернова Н. В.</i> ПИТАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ВОЛГОГРАДА 96	<i>Chernova N. V.</i> NUTRITION OF CHILDREN IN VOLGOGRAD SCHOOLS 96