Вестник
Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183

№3 (приложение), 2015

vestnikbgmu.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

№3 (приложение), 2015 г.

Редакционная коллегия:
Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)
Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)
Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа);проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа);проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:
Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа),проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:
зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.
ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.
научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.
технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.
художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.
технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.
корректор – Брагина Н.А.
корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.

© ГБОУ ВПО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, 2015

Башкирский государственный медицинский университет

Башкирское республиканское отделение «Союза педиатров России»

Сборник материалов конференции

«Актуальные вопросы педиатрии»

г. Уфа, 14 октября 2014 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ 3

АМИРОВА В.Р., БОГДАНОВА С.Ю., ОШЛЕПКИНА Л.М., РЫБАЛКО О.В., ГАЗИЗОВА А.З., ВОЛКОВА Н.А..... 6
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ОБОГАЩЕННОГО ГРУДНОГО МОЛОКА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ГЛУБКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

АМИРОВА В.Р., ГАЛИМОВА Э.Д., ГРЕШИЛОВ А.А., КУЗНЕЦОВА Ж.Р., БОГДАНОВА С.Ю., ВАГАПОВА А.Я., ИСХАКОВА Э.М, БОГДАНОВА Р.Ф..... 9
РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Н.В. АФАНАСЬЕВА, И.Р. АМИНОВА..... 11
ЗНАЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В СТРУКТУРЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н.В. АФАНАСЬЕВА, И.Р. АМИНОВА..... 16
НАРУШЕНИТЕ ОСАНКИ КАК БИЧ СОВРЕМЕННОСТИ. ПРИЧИНЫ, КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Н.В. АФАНАСЬЕВА, И.А. ЕРМОЛЕНКО..... 20
РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ДЕТЕЙ

АХМЕРОВА С.Г., ЛАРИОНОВ В.Н., ЛАРИОНОВ М.В..... 24
ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАК МЕТАПРЕДМЕТНОЕ ЯВЛЕНИЕ

Г.И. БАШИРОВА, В.А. МАЛИЕВСКИЙ, Г.М. КОНОВАЛОВА, С.А. АЛЕКСАНДРОВА 28
ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Г.И. БАШИРОВА, В.А. МАЛИЕВСКИЙ, Г.М. КОНОВАЛОВА, Р.Я. БАКИРОВА 32
ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

БОГДАНОВА Р.Ф., ШИРЯЕВА Г.П., АМИРОВА В.Р., МУТАЛОВ А.Г. 36
ПОСЛЕДСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Н.А. ДРУЖИННА, Ч.Р.БАКИЕВА , Г.П. ШИРЯЕВА, А.Г. МУТАЛОВ, С.В. ШАГАРОВА.....41
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ШКОЛЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

ЗАЙНУЛЛИНА О.Н., ШИРЯЕВА Р.Р. 43
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

КАЛИМУЛЛИНА А.Р., АЗНАБАЕВА Л.Ф., АМИРОВА В.Р. 47
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

КАМАЛОВ Э.М., АМИРОВА В.Р., ГРЕШИЛОВ А.А., КУЗНЕЦОВА Ж.Р., БОГДАНОВА С.Ю., БРЮХАНОВА О.А., АРИНАРХОВА О.М. 50
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В УСЛОВИЯХ МЕЖРАЙОННОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

МУТАЛОВ А.Г., ШИРЯЕВА Г.П., ШАГАРОВА С.В., САЛИМОВА Л.Я. 53
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РОЖДАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

НАГАЕВ Р.Я., АХМЕРОВА С.Г., СЕМЕНОВА З.Х. 57
РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ПОТРЕБНОСТИ ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК

САКАЕВА Г.Д., ЭТКИНА Э.И., ГУРЬЕВА Л.Л., ОРЛОВА Н.А., ФАЗЫЛОВА А.А., Ф.ФАТКУЛЛИНА Р.Ш., УХАНОВА Д.П., ФРЕНКИНА Г.А. 61
РОЛЬ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ПОРАЖЕНИИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ.

САМИГУЛЛИНА Н.В., ФАЙЗУЛЛИНА Р.М., ТЕВДОРАДЗЕ С.И., КАЗАКОВАИ.В. 64
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ЧУРБАКОВА О.В. 66
ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С У ДЕТЕЙ В 2012Г. -2013Г.Г. В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

ШАГАРОВА С.В., МУТАЛОВ А.Г., ШИРЯЕВА Г.П., АХМЕТОВА Р.А., ДРУЖИНИНА Н.А., САЛИМОВА Л.Я., ХАКИМЬЯНОВА Э.Х. 69
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ УФИМСКОГО РАЙОНА

ШАКИРОВА Р.М., АМИРОВА В.Р., БРЮХАНОВА О.А., ХАСАНОВА Г.В., ФАТЫХОВА А.И. 73
ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

ШАМГУЛОВА С.Ф., НАГАЕВ Р.Я., АХМЕРОВА С.Г., САФАРОВ Р.Э., АБИЛОВА Д.Х. 77
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И МОТИВАЦИОННЫЕ УСТАНОВКИ ДОПРИЗЫВНОЙ МОЛОДЕЖИ

ШЕВЧЕНКО З.Р., ИДРИСОВА Д.М., САЛИМОВА Л.Я., РОГОВА Е.В..... 81
ОПЫТ РАБОТЫ ПО ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА БАЗЕ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА ГКБ № 8 Г.УФЫ.

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ 85

АМИРОВА В.Р., БОГДАНОВА С.Ю., ОШЛЕПКИНА Л.М., РЫБАЛКО О.В., ГАЗИЗОВА А.З., ВОЛКОВА Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ОБОГАЩЕННОГО ГРУДНОГО МОЛОКА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ГЛУБКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

МБУЗ Клинический родильный дом №4, г. Уфа

Правильно организованное вскармливание недоношенных детей с учетом характера имеющейся патологии и степени морфофункциональной зрелости организма является одним из обязательных условий их успешного выхаживания.

Питательная плотность грудного молока при преждевременных родах недостаточна для восполнения пищевых потребностей ребенка: дети с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении (ЭНМТ, ОНМТ) по окончании раннего неонатального периода начинают испытывать дефицит в энергии, белке, многих минералах и витаминах. В связи с этим особую значимость приобретает разработка современных технологий нутритивной поддержки глубоко недоношенных детей, предполагающих использование обогатителей (фортификаторов) грудного молока или специализированных смесей для недоношенных детей.

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ клинической эффективности различных видов вскармливания недоношенных детей.

В исследование было включено 60 детей, родившихся в межрайонном перинатальном центре Республики Башкортостан (Клинический родильный дом №4 г. Уфа). Все дети получали лечение в условиях отделения патологии новорожденных и недоношенных детей. В процессе исследования дети были разделены на 4 группы. В первую группу вошли 11 детей, получавших исключительно грудное молоко. Во второй группе 15 детей получали грудное молоко с обогатителем «PRENAN FM85», который добавляли в соответствии с прилагаемой инструкцией. Третью группу составили 19 детей, у которых кормление грудным молоком сочетали с использованием специализированной смеси для недоношенных детей в объеме 30-50% от суточного рациона. В четвертую группу было включено 15 детей на искусственном вскармливании, получавших специализированную смесь для недоношенных детей.

Все включенные в исследование дети родились глубоко недоношенными с массой тела менее 1500г. Исследуемые группы были сопоставимы по гестационному возрасту, способу рождения, антропометрическим параметрам при рождении, половой принадлежности, характеру имеющейся соматической и неврологической патологии. Наблюдение за детьми в динамике пребывания в стационаре включало оценку

антропометрических показателей, общего состояния детей, клинических проявлений желудочно-кишечных дисфункций, аллергических реакций.

В нашем исследовании группа детей, находившихся на грудном вскармливании с добавлением «PRENAN FM85», продемонстрировала наиболее высокие показатели прибавки массы тела. В указанной группе среднесуточная прибавка массы и среднесуточная прибавка в пересчете на килограмм массы тела оказались достоверно более высокими, чем в группе детей на исключительно грудном вскармливании – соответственно 26,6 ± 1,3 г/сут против 19,2 ± 1,4 г/сут ($p<0,05$), 19,7 ± 0,9 г/кг/сут против 13,9 ± 1,2 г/кг/сут ($p<0,05$). При этом не было выявлено достоверных различий между исследуемыми группами по показателям еженедельного прироста длины тела, окружности головы и груди.

У подавляющего большинства детей во всех группах отмечалась хорошая переносимость энтерального питания, не было выявлено достоверных различий между группами по частоте развития желудочно-кишечных дисфункций в виде срыгиваний, колик, метеоризма, нарушения частоты и характера стула. Редкими во всех группах были аллергические реакции (сыпь, опрелости).

Достоверных различий по длительности пребывания в стационаре между группами выявлено не было, однако данный показатель был наименьшим в группах, получавших грудное молоко с обогатителем и грудное молоко в сочетании со специализированной смесью для недоношенных детей – соответственно 23,7 ± 2,7 сут и 20,3 ± 2,1 сут (при исключительно грудном вскармливании - 31,3 ± 5,1 сут).

Таким образом, исследование показало, что при организации вскармливания глубоко недоношенных детей в качестве основного пищевого субстрата предпочтительным является использование грудного молока. При достаточном уровне лактации обогащение материнского молока следует проводить мультинутриентным обогатителем, обеспечивающим гарантированно более высокие показатели потребления основных пищевых ингредиентов в небольшом объеме питания. Сочетание материнского молока со специализированной смесью не позволяет проводить вскармливание недоношенного ребенка малыми объемами и четко контролировать энергетическую и питательную ценность энтерального питания, так как доля смеси в суточном рационе по разным причинам может варьировать в широких пределах.

Фортификация материнского молока обогатителями представляется в современных условиях наиболее физиологичным способом оптимизации питания детей с ЭНМТ и ОНМТ, позволяющим сохранить все преимущества грудного вскармливания, обеспечить

адекватную динамику антропометрических показателей, сократить сроки пребывания детей в стационаре.

АМИРОВА В.Р., ГАЛИМОВА Э.Д., ГРЕШИЛОВ А.А., КУЗНЕЦОВА Ж.Р., БОГДАНОВА С.Ю., ВАГАПОВА А.Я., ИСХАКОВА Э.М, БОГДАНОВА Р.Ф.

РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

МБУЗ Клинический родильный дом №4, г. Уфа

Врожденные пороки развития (ВПР), по данным ВОЗ (2012г.), наблюдаются примерно у 1 из 33 новорожденных (3%). Одними из наиболее частых пороков развития являются врожденные пороки сердца (ВПС). Врожденные пороки сердца – это патологические состояния, объединяющие аномалии формирования структуры и положения сердца, а также магистральных сосудов, которые появляются вследствие нарушения их внутриутробного и постнатального развития.

На ВПС приходится 22-30% от всех ВПР, они занимают второе место по частоте встречаемости после пороков развития нервной системы. Частота встречаемости ВПС составляет 0,7-1,7 на 100 000 новорожденных. Смертность от ВПС и других заболеваний сердца без хирургического вмешательства может достигать 70%, при этом 50% детей погибают в первые дни жизни, 20% детей – на первом году жизни. Своевременная диагностика и лечение ВПС способствует снижению смертности до 50%.

Формирование ВПС происходит на 2-8-й неделе беременности. Основными причинами развития ВПС являются вирусные заболевания матери, прием беременной некоторых лекарственных препаратов (антибиотики, сульфаниламиды, гормоны), профессиональные вредности и вредные привычки родителей. Определенную роль в возникновении ВПС играют хромосомные аномалии и мутации генов. Как показывают некоторые статистические исследования, вероятность развития различных пороков сердца находится в определенной взаимосвязи с наследственностью.

На сегодняшний день эхокардиография (ЭхоКГ) является инструментальным методом исследования, позволяющим дать наиболее полную характеристику морфо-функциональных и гемодинамических нарушений работы сердечно-сосудистой системы новорожденного ребенка.

В межрайонном перинатальном центре Республики Башкортостан (Клинический родильный дом №4 г. Уфы) кабинет ЭхоКГ функционирует в составе отделения функциональной диагностики с 2010г. Обследование новорожденных проводится на аппарате PHILIPS HDI-15 экспертного класса. В 2010-2013гг. у новорожденных проведено 16 191 эхокардиографическое исследование, в том числе 3572 исследования в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

ВПС бледного типа со сбросом крови слева направо выявлены у 635 новорожденных, ВПС синего типа со сбросом крови справа налево – у 83 новорожденных, ВПС без сброса крови, но с препятствием кровотоку – у 29 новорожденных. У 5 детей диагностированы новообразования сердца (рабдомиома). По нашим данным, частота ВПС в условиях межрайонного перинатального центра составила 3,8%. Высокую частоту врожденной патологии сердечно-сосудистой системы у детей можно объяснить спецификой контингента данного учреждения, оказывающего медицинскую помощь беременным из г. Уфы и территорий Республики Башкортостан с антенатально выявленными ВПР, в том числе с ВПС.

Среди ВПС бледного типа мышечный дефект межжелудочковой перегородки выявлен в 80% случаев, перимембранозный дефект межжелудочковой перегородки – в 8% случаях, двухстворчатый аортальный клапан - в 6% случаев, дефект межпредсердной перегородки – в 3% случаев, добавочная верхняя левая полая вена – в 3% случаев. Среди критических (жизнеугрожающих) ВПС, определяющих раннюю неонатальную летальность, удельный вес коарктации аорты составил 34%, аномалии Эбштейна – 14%; по 13% приходилось на транспозицию магистральных сосудов, тотальный аномальный дренаж легочных вен, атрезию клапана легочной артерии, гипоплазию левых отделов сердца.

Своевременная перинатальная диагностика ВПС у новорожденных позволяет улучшить результаты хирургической коррекции данной патологии. В 2011-2013гг. в Республиканский кардиологический центр на хирургическое лечение переведено 66 новорожденных. Послеоперационная выживаемость новорожденных после кардиохирургического вмешательства составила 65- 70%.

Гемодинамически значимый открытый артериальный проток (ОАП) значительно усугубляет тяжесть состояния глубоко недоношенных детей. Применение ЭхоКГ в условиях ОРИТН дало возможность оказывать помощь недоношенным новорожденным с данной патологией. В 2011-2013гг. медикаментозное закрытие ОАП с помощью препарата Педеа (ибупрофен) проведено 76 новорожденным, эффективность применения препарата составила более 70%.

Таким образом, оснащение родовспомогательных учреждений высококлассным оборудованием для ультразвукового исследования способствует повышению эффективности диагностики патологии сердечно-сосудистой системы. Ранняя диагностика позволяет проводить своевременное лечение, уменьшить число летальных исходов и улучшить отдаленный прогноз у детей с ВПС.

Н.В. АФАНАСЬЕВА, И.Р. АМИНОВА

ЗНАЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В СТРУКТУРЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИПО
Башкирский государственный медицинский университет, г. УФа

Актуальность. Диагноз «дисплазия соединительной ткани» зачастую не выставляется, скрываясь за своими составляющими: гипермобильность суставов, воронкообразная грудная клетка, сколиоз, косолапость и другие. Гипермобильность диагностируется у 13-25% населения [6]. Врожденные деформации грудной клетки встречаются примерно у 1% населения [3, 4, 13, 14]. Сколиотической болезнью страдает 40-60% детей школьного возраста [5, 11, 12]. Косолапость – выявляется в 0,5-1% случаев [1, 8, 15]. В основе вышеперечисленных патологий лежит дисплазия соединительной ткани, то есть эти заболевания, связаны с нарушением развития соединительной ткани и они отлично «маскируют» интересущий нас диагноз. Исходя из этого, приходим к выводу, что данная проблема довольно актуальна и влияет на качество жизни.

Цель. Изучение частоты встречаемости заболеваний, связанных с нарушением развития соединительной ткани, у пациентов, проживающих в условиях резко континентального климата на примере отделения травматологии и ортопедии РДКБ г. Уфы. Выявление значимости дисплазии соединительной ткани в структуре других ортопедических заболеваний в повседневной практике врача.

Материалы и методы исследования. Медицинская документация отделения за период 2009-2012 гг. В частности, анализ результатов лечебно-диагностической работы (распределение больных по нозологическим формам). Результаты анкетирования: опросник состоял из 7 вопросов, включал общую часть – данные о специальности, о месте работы врача, контингенте больных. И основную часть – вопросы, которой касались клиники и диагностики дисплазии соединительной ткани. Опрос проводился среди членов Ассоциации травматологов ортопедов и протезистов РБ и среди докторов республики различной специальности. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждения. За период 2009-2012 гг. в отделении находилось на лечении 4743 пациента. 1786 (37.7%) пациентов с заболеваниями, связанными с нарушением развития соединительной ткани (табл. 1).

Таблица 1

Заболевания, связанные с нарушением развития соединительной ткани

Код по МКБ-10	Наименование
M20	Приобретенные деформации пальцев рук и ног
M21	Другие приобретенные деформации конечностей
M22	Поражения надколенника
M41	Сколиоз
M42	Остеохондроз позвоночника
M43	Другие деформирующие дорсопатии
M85	Другие нарушения плотности и структуры кости
Q65	Врожденные деформации бедра
Q66	Врожденные деформации стопы
Q67	Врожденные костно-мышечные деформации головы, лица, позвоночника и грудной клетки
Q68	Другие врожденные костно-мышечные деформации
Q69	Полидактилия
Q70	Синдактилия
Q71	Дефекты, укорачивающие верхнюю конечность
Q74	Другие врожденные аномалии [пороки развития] конечности(ей)
Q76	Врожденные аномалии [пороки развития] позвоночника и костей грудной клетки
Q78	Другие остеохондродисплазии
S13	Вывих, растяжение и перенапряжение капсульно-связочного аппарата на уровне шеи

При анализе структуры данной группы патологий – «маскирующие дисплазию соединительной ткани», за период 2009-2012 года наблюдается заметное преобладание: сколиоза, врожденных деформаций бедра, врожденных деформаций стоп и других нарушений плотности и структуры кости.

При сравнении частоты встречаемости данной группы за отдельные годы, было выявлено, что процент его не изменяется, держится приблизительно на одном уровне.

В ходе обследования пациентов с дисплазией соединительной ткани было выявлено, что клинические манифестации системной дисплазии соединительной ткани столь разнообразны и многочисленны, что поводом для обращения к врачу может послужить жалоба со стороны любой системы органов. С целью уточнения разнообразия патологий было выполнено анкетирование врачей разных специальностей.

В анкетировании приняли участие 50 докторов, из них 37 врачи - травматологи-ортопеды, а остальные 13 - врачи различных специальностей. 27 специалистов работают в стационаре, 15 в поликлинике, частную деятельность практикуют 10 и совмещают работу в различной форме 5 врачей. Только с детьми работают - 14 специалистов, с взрослым контингентом - 23, как с детьми, так и с взрослыми работают - 13.

На вопрос: «Ставите ли Вы диагноз - дисплазия соединительной ткани?», 17(34%) врачей ответили «часто», 22(44%) – «редко», а 11(22%) врачей «никогда» не ставили такого

диагноза. Но в тоже время, с пациентами, имеющими характерную клинику, довольно часто встречаются 35(70%) докторов. Врачи ответили, что им часто встречаются пациенты: с различными деформациями костей скелета – 33(66%); с гипермобильностью суставов – 25(50%); с эмоциональной лабильностью – 23(46%); с дискинезиями желчевыводящих путей – 19(38%); с пролапсом митрального клапана и /или дополнительными хордами сердца – 14(28%); с грыжами (пупочная, паховая, мошоночная, белой линии живота) – 13(26%); с аномалиями зрения – 13(26%); со стигмами – 13(26%); с врожденной патологией почек – 10(20%); с бронхо-легочными дисплазиями – 10(20%).

У таких пациентов доктора отмечают свои особенности: светлая, тонкая, повышено растяжимая кожа – отметил 21(42%) врач; повышен объём движений – отметил 21(42%) врач; плохо переносят повышенные физические нагрузки – отметили 24(48%) врача; повышена утомляемость – отметили 24(48%) врача; имеется патология зрения: миопия – отметили 8(16%) врачей; нейроциркуляторная дистония – отметили 16(32%) врачей; панические атаки – отметили 9(18%) врачей; изменение лабораторных показателей: щелочная фосфатаза – 13(26%); ионизированный кальций – 10(20%); фосфор – 11(22%) врачей; имеются какие-либо изменения на снимках – отметили 8(16%) врачей.

В числе других особенностей, травматологи-ортопеды отметили остеопороз, остеопению и астигматизм; стоматолог выделил декомпенсированную форму кариеса, гематолог – носовые кровотечения, невролог – миопатический синдром, окулист – ангиопатию сетчатки, терапевт- дискинезию желчевыводящих путей, гипертоническую болезнь. 25 (50%) врачей, встречаясь с подобной клиникой, затрудняются поставить диагноз, а остальные 25 (50%) докторов ставят различные диагнозы, притом каждый из них находит патологию по своей специальности. Дискинезия желчевыводящих путей, склеродермия, метаболический синдром, климактерический синдром, остеопороз, хронический обструктивный пульпит, рахит, дисплазия тазобедренных суставов, артропатии, нарушения осанки, кифосколиозы, гипермобильность суставов, плоскостопие, сколиозы, деформации грудной клетки и другие. Как основной клинический диагноз: «дисплазия соединительной ткани» ставят, лишь 12(24%) опрошенных нами специалистов.

Выводы. Результаты исследования показали, что частота встречаемости заболеваний, связанных с нарушением развития соединительной ткани (синдромов составляющих дисплазию соединительной ткани) высокая и составляет ≈ 38%.

При сравнении данного показателя в разные годы наблюдается сохранение его приблизительно на одном уровне.

Дисплазия соединительной ткани значимая патология в повседневной практике врача, 50% опрошенных врачей различных специальностей встречаются с характерной клиникой дисплазии соединительной ткани, но лишь 24% выставляют этот диагноз как основной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.В., Коченов А.Г. Бескровное лечение тяжелых форм врожденной косолапости у детей до 3 лет аппаратом Илизарова //VII Съезд травматологов ортопедов России: Тез. докл. - Новосибирск, 2002. -Т.2.-С. 176.

2. Букуп К. Клиническое исследование костей, суставов и мышц. Второе издание, перераб. И доп.: Пер. с англ. /К. Букуп. – М.: Мед. лит., 2012 – 352 с.,ил.

3. Гафаров Х.З., Плаксейчук Ю.А., Плаксейчук А.Ю. Лечение врожденных деформаций грудной клетки. — Казань: ФЭН, 1996. — 142 с.

4. Гераськин В.И., Рудаков С.С., Васильев Г.С., Герберг А.Н. Магни-тохирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки. -М.: Медицина, 1986. 143 с.

5. Гнусаев, С.Ф. Эхокардиографические критерии диагностики и классификации малых аномалий сердца у детей / С.Ф. Гнусаев, Ю.М. Белозеров // Ультразвуковая диагностика. 1997. - № 3. - С.21-27.

6. Исаев М.Р. Клинико-эпидемиологические особенности гипермобильного синдрома у лиц молодого возраста. // Ревматология. – 2004. – с. 216 – гипермобильность

7. Кадурина К.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспанцеризация). – СПб.: «Невский Диалект», 2000. – 271 с., ил.

8. Малахов О.А., Виленский В.Я., Штульман Д.А. Комплексный подход в лечении врожденной косолапости у детей. //Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: Конференция детских травматологов-ортопедов России. -М., 2001. С. 102.

9. Минасов Б.Ш., Полторацкая Т.В., Зиганшин И.Н. Заболевания и врожденные пороки развития опорно-двигательной системы у детей. – Уфа: Издательство Медиа Группа «Здоровье», 2010. – 272 с.

10. Жарков П.Л. Нарушение формирования (дисплазии) опорно-двигательной системы в повседневной практике врача.- М.: Издательский дом Видар-М, 2012.-312с.,ил.

11. Boudoulas, H. Mitral valve prolapse and the mitral valve prolapse syndrome: a diagnostic classification and pathogenesis of symptoms / H. Boudoulas, A. J. Jr. Kolibash, P. Baker et al. // Am. Heart J. 1991. - V. 118(4). — P.* 796-818.

12. Braunwald, E. Valvular heart disease. Philadelphia, 1994. - P. 10631136.

13. Paret G., Taustein I., Vardi A. et al. Laceration of the phrenic artery. A life-threatening complication after repair of pectus excavatum // J. of Cardiovascular Surg. 1996. - V.37, N.2. - P. 193-194.

14. Robicsek S.A., Lobato E.B. Repair of pectus excavatum. Anesthetic considerations // Chest. Surg. Clin. N. Am. 2000. - V.10, N.2. - P.253-259.

15. Stanitski C.L., Barker S., Chesney D., Miedzybrodka Z., Maffulli N. Genetics and epidemiology of idiopathic congenital talipes equinovarus //J. Pediatr. Orthop. 2003. - V. 7, N 23. - P. 265-272.

Н.В. АФАНАСЬЕВА, И.Р. АМИНОВА

НАРУШЕНИТЕ ОСАНКИ КАК БИЧ СОВРЕМЕННОСТИ. ПРИЧИНЫ, КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИПО
Башкирский государственный медицинский университет, г. УФа

Актуальность. В совокупности ортопедической патологии у детей и подростков на первом месте находятся заболевания позвоночника. Наиболее частой из них является деформация позвоночника (нарушение осанки), частота которой среди детского населения Республики Башкортостан составляет 36,2%. При этом многие авторы, отмечают, что значительный рост числа больных с нарушением осанки и сколиозом произошел за последние десятилетия. Например, если в 1998 году среди детей и подростков, обратившихся за помощью к ортопеду, данная патология была выявлена в 38.4% случаев (Ю.Н.Максимов, Д.Х.Хайбулина 1998г.), то в 2001 году она составляет 43.6% (.Т.Абдурахманов. 2001г.). По данным отделения РДКБ РБ за период 2009 – 2012 гг.патология осанки в структуре ортопедических заболеваний варьировала от 32 до 43%.

Вышеизложенные показатели доказывают актуальность темы и значимость разработки новых методов лечения данной патологии.

Цель исследования. Выявить значимость нарушения осанки и сколиоза в структуре других ортопедических заболеваний на примере отделения травматологии и ортопедии РДКБ города Уфы. Разработать оптимальную, физиологически и экономически обоснованную, методологию консервативного лечения детей и подростков с нарушением осанки и начальными формами сколиоза для снижения частоты случаев прогрессирования деформации позвоночника, ее стабилизации и возможной коррекции.

Материалы и методы исследования. Проанализирована медицинская документация отделения за период 2009-2012 гг. В частности, анализ результатов лечебно-диагностической работы (распределение больных по нозологическим формам). Изучены результаты опроса, который проводился среди родителей детей школьного возраста.

Результаты и их обсуждение. За период 2009-2012 гг. в отделении находилось на лечении 4743 пациента. Из них 643 (13,5%) пациентов с деформациями позвоночного столба; 1786 (37.7%) пациентов с заболеваниями, связанными с нарушением развития соединительной ткани (табл. 1)., среди них – преобладающее число пациентов – также с патологией позвоночника.

Таблица 1

Заболевания, связанные с нарушением развития соединительной ткани

Код по МКБ-10	Наименование
M20	Приобретенные деформации пальцев рук и ног
M21	Другие приобретенные деформации конечностей
M22	Поражения надколенника
M41	Сколиоз
M42	Остеохондроз позвоночника
M43	Другие деформирующие дорсопатии
M85	Другие нарушения плотности и структуры кости
Q65	Врожденные деформации бедра
Q66	Врожденные деформации стопы
Q67	Врожденные костно-мышечные деформации головы, лица, позвоночника и грудной клетки
Q68	Другие врожденные костно-мышечные деформации
Q69	Полидактилия
Q70	Синдактилия
Q71	Дефекты, укорачивающие верхнюю конечность
Q74	Другие врожденные аномалии [пороки развития] конечности(ей)
Q76	Врожденные аномалии [пороки развития] позвоночника и костей грудной клетки
Q78	Другие остеохондродисплазии
S13	Вывих, растяжение и перенапряжение капсульно-связочного аппарата на уровне шеи

Согласно проведенному опросу, были выделены наиболее вероятные причины прогрессирования деформаций позвоночного столба. 54 (100%) опрошенных нами родителей отметили: большой вес ранца (составляющий до 1\3 (!) веса ребенка), сидячий образ жизни (в школе за партой, дома за компьютером).

На данный момент вариантом обращения за помощью являются:

- поликлиники (не справляющиеся с потоком пациентов);
- санатории-профилактории, центры реабилитации (завышенная ценовая политика, географическая труднодоступность);
- частные массажисты (низкий уровень квалификации и, иногда, к сожалению, отсутствие медицинского образования). – нельзя голословно оценивать профессиональный уровень специалистов
- низкая настороженность и нежелание у участковых детских ортопедов увидеть патологию на начальной стадии. Начальные формы сколиоза просматриваются специалистами-ортопедами, или не являются поводом к обращению и, зачастую, диагностируются лишь спустя годы, когда деформация начинает значительно прогрессировать.

Поэтому мы решили выделить наиболее оптимальную, физиологически и экономически обоснованную, методологию консервативного лечения детей и подростков с нарушением осанки и начальными формами сколиоза.

Предложенный нами метод основан на открытии официальных массажных кабинетов на базе учебных заведений (детские сады, школы), использование скрининга при ежегодном медицинском осмотре организованных и неорганизованных детей (детский сад, школа, поликлиника); оптимизация профилактических мероприятий:

- Облегчение веса ранца (выбор и приобретение более легких моделей ранцев, уменьшение количества носимых учебников, рациональное распределение учебников между соседями по парте и проч.)
- ЛФК в школах/детсадах и дома
- Оптимизация рабочего места (правильно подобранные стулья и столы)
- Рекомендации по включению занятий плаванием в программу школы и детского сада с наблюдением за детьми ортопедом в динамике.
- Формирование специализированных групп по плаванию (на примере Детского оздоровительного центра «Волна» г. Уфа.)

Выводы. Результаты исследования показали: нарушение осанки и сколиоз - значимая патология современности, это доказывает то факт, что при анализе структуры смежных ортопедических заболеваний деформации позвоночного столба стоят на первом месте. Наиболее оптимальным, физиологическим и экономически обоснованным, методом консервативного лечения детей и подростков с нарушением осанки и начальными формами сколиоза является комплекс массаж + плавание + ЛФК с обязательным наблюдением ортопеда в динамике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Минасов Б.Ш., Полторацкая Т.В., Зиганшин И.Н. Заболевания и врожденные пороки развития опорно-двигательной системы у детей. – Уфа: Издательство Медиа Группа «Здоровье», 2010. – 272 с.
2. Сампиев М.Т. Сколиоз / М.Т. Сампиев. А.А. Лака, Н.В. Загородний. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 144 с.
3. М.Г. Дудин, Д.Ю. Пинчук «Идиопатический сколиоз: диагностика, патогенез», 2009. – 335.
4. Сайт: лечебное-плавание.рф www/lechebnoe-plavanie.ru

5. Алиев В.А., Айдаров Р.А., Гусейнова Я.Г. Физическая работоспособность школьников разного возраста, пола и соматического развития // Гигиена и санитария,- 1993.- №2.- С. 34-35.

6. Алексеенко, И.Г. Комплексная реабилитация при идиопатическом сколиозе / И.Г. Алексеенко, А.А. Скоблин, В.Ф. Моржов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. М., 2003. - № 2. - С. 22 – 26

7. Аршин, В.В. Новое в лечении сколиоза у детей / Н.В. Сушина, Г.А.Бауманова // Анналы травматологии и ортопедии.- 2001,- N. 1. С. 3437.

8. Барладян, О.М. Гигиеническая оценка условий обучения в образовательных учреждениях для детей с нарушениями опорнодвигательного аппарата: автореф.дис. канд.мед.наук / Барладян О.М. -Ростов-на-Дону, 2003. 22 с.

9. Абальмасова Е.А. Особенности детского позвоночника и их клиническое значение // Руководство для врачей в 3 томах под ред. Ю.Г.Шапопшикова,- М., 1997.- Т. 3 ортопедия.- С. 131 – 135

10. Аршин В.В., Сушина Н.В., Бауманова Г.А., Краснова С.В. Новое в лечении сколиоза у детей // Анналы травматологии и ортопедии.-2001.- № 1.-С. 34 36

Н.В. АФАНАСЬЕВА, И.А. ЕРМОЛЕНКО

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИПО
Башкирский государственный медицинский университет, г. УФа

Остеопороз детского населения является актуальной проблемой современной медицины в связи со значительным «омоложением» заболевания, недостаточностью сведений о его реальной распространенности, дополнением и изменением представления о его патогенезе, внедрением в клиническую практику инновационных и эффективных методов диагностики, значительным масштабом социально-экономического ущерба. До 2000 г. остеопороз считался болезнью пожилых, но согласно консенсусу Национального института здоровья США (NIH, 2000), остеопороз встречается во всех возрастных группах. Подходы к лечению остеопении/остеопороза у детей, в отличие от взрослых, исследованы и освещены недостаточно. Истоки кроются в отсутствии критериев диагностики, сложности определения того «порога» изменений в костной ткани, начиная с которого ребенок нуждается в лечении. Существенной проблемой является отсутствие клинических исследований, основанных на принципах доказательной медицины, которые позволили бы применять в лечении детей обширный арсенал лекарственных средств, применяемый в терапии взрослых. Безопасность и эффективность их в педиатрии не доказана, несмотря на успешный опыт их использования в отдельных исследованиях у детей с особо тяжелой патологией, что не может служить основанием для их повсеместного применения.

Основные принципы лечения ювенильного остеопороза заключаются в устранении модифицируемых факторов риска, способствующих прогрессированию первичного (идиопатического) остеопороза; выявление и контроль течения первичной нозологии, индуцирующей развитие вторичного остеопороза; медикаментозная коррекция ранних стадий остеопороза с целью предотвращения развития осложнений, индивидуальный подход и достижение максимальной комплаентности терапии.

Единственной группой средств, официально разрешенной для лечения и профилактики остеопении/остеопороза у взрослых и детей, являются препараты кальция и витамина D (препараты первой линии). Среди солей кальция наиболее целесообразно применять таблетированные пероральные формы лактата, глюконата и карбоната кальция, либо их сочетание (Кальций-Сандоз Форте), либо витаминно-минеральные комплексы (Натекаль Д3, Кальцид, Кальцемин Адванс). Парентеральные растворы кальция хлорида и кальция лактата используются при острой недостаточности кальция, поэтому не входят в

схему терапии остеопороза. Высокой биодоступностью обладают соли кальция (цитрат, карбонат и лактат кальция), максимальной — витаминно-минеральные комплексы (+ вит. D, бор, цинк, медь, марганец). Глюконат кальция содержит всего 9 % микроэлемента и имеет низкую биодоступность. При применении карбоната кальция необходимо учитывать его способность снижать кислотность желудочного сока. Несомненно, что в клинической педиатрической практике одним из критериев правильного лечения являются «on-label» назначения, а именно учет возрастной группы ребенка. В настоящее время препараты нативного витамина D (эргокальциферол и холекальци-ферол) назначают перорально капельно в масляных растворах, поскольку биодоступность жирорастворимого витамина значительно повышается. Спиртовые растворы, драже и капсулы нативного витамина D в лечении любых типов ювенильного остеопороза/остеопении не применяются. К активным метаболитам витамина D относят Альфакальцидол (Оксидевит, Альфа Д3-Тева, Этальфа), разрешенный для применения у детей старше 3-х лет в различных лекарственных формах, и Кальцитриол, противопоказанный лицам до 18-ти лет.

В зависимости от ведущего пути формирования остеопороза, возможна оптимизация терапии путем назначения препаратов второй линии, стимулирующих образованием костной ткани (соматотропин, анаболические стероиды) или тормозящих ее резорбцию (бисфосфонаты, кальцитонин, эстрогены, селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов). Бисфосфонаты находят ограниченное применение в педиатрической практике, ввиду их недостаточно доказанной эффективности и безопасности из-за отсутствия клинического опыта.

В России единственным официально разрешенным для лечения и профилактики ювенильного остеопороза бисфосфонатом является этидроновая кислота (Ксидифон), обладающая крайне низкой активностью в отношении ингибирования ферментов остеокластов. В зарубежной литературе опубликованы результаты рандомизированных клинических исследований, свидетельствующих об эффективности препаратов II поколения (Памидроновая и Алендроновая кислоты) у детей с вторичным ювенильным остеопорозом. В случае необходимости назначения препаратов II и III поколения должны быть обоснованы четкие строгие показания (несовершенный остеогенез, болезнь Педжета) и схемы лечения по Международным протоколам терапии остеопороза. До недавнего времени кальцитонин и его аналоги активно использовались в клинической практике для лечения ювенильного остеопороза. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 21.09.2012 г. № 04И-876/12 гласит: «Европейское агентство по оценке лекарственных средств (EMA), опираясь на результаты рандомизированных клинических исследований, не

рекомендует использовать кальцитонин и его аналоги для терапии системного остеопороза любых типов, кроме болезни Педжета, в связи с риском развития злокачественных новообразований». В США по приказу Food and Drug Administration было запрещено использование назальных спреев с содержанием кальцитонина для лечения остеопороза. Данные препараты были изъяты из продажи с 1 декабря 2013 г. Учитывая наличие серьезных побочных эффектов кальцитонина, назначение гормона и его аналогов запрещено, за исключением болезни Педжета. Эстрогены и селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов показаны лицам женского пола при вторичных аменореях в сочетании с остеопорозом и синдроме Шерешевского-Тернера. Назначение данных препаратов при первичном и других видах вторичного остеопороза в детском возрасте неприемлемо из-за нежелательного вмешательства в гормональный фон ребенка или подростка. Прямых доказательств использования гормона роста для лечения первичного (идиопатического) ювенильного остеопороза нет. Соматотропин применяется в качестве заместительной терапии при остеопорозе у детей, развившегося на почве дефицита эндогенного соматотропина, а также при несовершенном остеогенезе. Анаболические стероиды самостоятельного значения в лечении остеопороза у детей не имеют. В педиатрической практике предпочтение отдают производным эстрена ввиду низкой андрогенной активности. Показаниями к применению анаболических стероидов являются остеопороз, обусловленный дефицитом андрогенов, остеопороз первичный и посттравматический. Остеогенон обладает максимальной биодоступностью, первично активен за счет содержания необходимых компонентов для синтеза костной ткани. Самостоятельного значения в терапии ювенильного остеопороза не имеет в связи с отсутствием данных о безопасности и эффективности у лиц младше 18 лет.

Таким образом, рациональная фармакотерапия остеопороза у детей включает применение препаратов кальция, витамина D, бисфосфонатов. По данным зарубежных авторов, в перспективе для лечения остеопороза у детей находятся новые препараты: соматомедины (инсулиноподобный фактор роста-1); новые аналоги витамина D; соли стронция; остеопротегерин (рецептор семейства ФНО, ингибирующий связывание RANKL остеокластов с RANK); кальцимиметики (стимуляторы CaSR); человеческие моноклональные антитела (IgG к RANKL остеокластов).

ЛИТЕРАТУРА

1. О новых данных по безопасности лекарственного препарата Миакальцик: письмо от 21 сен. 2012 г. №04И-876/12 // Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. 2012. —С.1—5.

2. О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента: постановление Правительства РФ от 26 апр. 2012г. №403 // Министерство здравоохранения РФ. 2012. —С.1—6.
3. Почкайло А.С., Руденко Е.В., Жерносек В.Ф., Руденко Э.В. Проблема остеопении и остеопороза у детей // Медицина. —2007. —№4. —С.41—45.
4. Регистр лекарственных средств. Электронная энциклопедия лекарств 2013—2012. —№ 21. Систем. требования: µTorrent. Ѳлектронный ресурс] —Режим доступа. —URL: http://rutracker.org/forum/viewtopic.php?t= 4271272 (дата обращения: 01.03. 2014).109
5. Тыртова Д.А., Эрман М.В., Тыртова Л.В., Ивашикина Т.М. Остеопороз в детском и подростковом возрасте: Состояние проблемы // Вестник Санкт-Петербургского университета. —2009. —№21. —С.164—174.
6. Campos L.M.A., Liphaus B.L., Silva C.A.A., et al. Osteoporosis in childhood and adolescence // J. Pediatr. (Rio J.). —2003. —№6. —С.481—488.
7. Glorieux F.H., Bishop N.J., PlotkinH., et al. Cyclic Administration of Pamidronate in Children with Severe Osteogenesis Imperfecta// N Engl J Med. —1998. —№339. —С.947—952.
8. Rauch F., Travers R., Plotkin H., Glorieux F.H. The effects of intravenous pamidronate on the bone tissue of children and adolescents with osteogenesis imperfecta// Journal of Clinical Investigation. —2002. —№110. —С.1293—1299.
9. Report of a WHO Scientific group. Prevention and Management of osteoporosis // World Health Organization. 2003. —С.1—206.
10. Skowronska-Jozwiak E., Lorenc R.S. Metabolic bone disease in children: etiology and treatment options // Treat Endocrinol. —2006. —№5. —С.297—318.
11. Vallo A. Osteogenesis imperfecta: Anthropometric, skeletal and mineral metabolic effects of long-term intravenous pamidronate therapy // Acta Paediatrica. —2006. —№ 95. —С.332—339.

АХМЕРОВА С.Г., ЛАРИОНОВ В.Н., ЛАРИОНОВ М.В.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАК МЕТАПРЕДМЕТНОЕ ЯВЛЕНИЕ

Башкирский государственный медицинский университет

В последнее время одной из важных задач общего образования стал вопрос формирования культуры безопасности среди всех слоев населения, а также обеспечения безопасности обучающихся в образовательных организациях.

Образовательные организации, на базе которых проводят большую часть дня дети и подростки, относятся к объектам, требующим повышенного внимания в плане обеспечения безопасности. В настоящее время на законодательном уровне закреплено, что образовательные организации должны обеспечивать безопасность обучающихся. Подход к решению этого важного вопроса тоже должен быть системным и комплексным.

Обеспечение безопасности образовательных организаций затрагивает многие стороны жизнедеятельности обучающихся, педагогов, персонала и носит комплексный характер в единстве с вопросами охраны труда, гигиены, пожарной, криминальной, террористической и иных видов безопасности.

Чаще всего образовательные организации сталкиваются со смешанными угрозами:

- социально-политическими (массовые беспорядки, нарушение общественного порядка, акты терроризма и экстремизма);
- социально-криминальными (противоправное проникновение посторонних в организации, хищение имущества, хулиганские действия, насилие, вандализм, вымогательство, употребление и распространение наркотиков и психоактивных веществ);
- техногенными (транспортные аварии, пожары, взрывы; выброс радиоактивных, сильнодействующих ядовитых и химически опасных веществ; обрушение конструкций здания; аварии на системах жизнеобеспечения);
- природными (стихийные бедствия, эпидемии, метеоопасные явления);
- угрозами экологического характера (превышение ПДК вредных примесей в атмосфере, загрязнение водных бассейнов);
- угрозами военного характера (военные действия);
- угрозами социально-биогенного и зоогенного характера (эпидемическая вспышка инфекционных заболеваний, массовое отравление некачественными продуктами питания и водой, появление опасных для человека животных).

Сегодня обеспечение безопасности образовательной организации невозможно без подготовки высококвалифицированных педагогических кадров, учителей школ, колледжей, техникумов, организаций дополнительного образования детей, педагогов и воспитателей школьных лагерей и пр., способных адекватно реагировать в ситуациях повышенного риска для здоровья, уметь своевременно и правильно оказывать первую помощь с целью предупреждения и/или снижения последствий возможных чрезвычайных ситуаций.

Следовательно, в образовательном пространстве формирование культуры безопасности жизнедеятельности становится метапредметным явлением.

Нами проведено социологическое исследование среди учителей Республики Башкортостан с целью выявления уровня готовности педагогов к оказанию первой помощи. Было опрошено 840 учителей, из них 480 (57,2%) учителя городских школ, 360 (42,8%) – сельских.

Предварительно было проведено определение уровня теоретических знаний посредством тестирования и решения ситуационных задач. В опросные листы были включены вопросы относительно оказания первой помощи в образовательных организациях, на экскурсии, в летних оздоровительных лагерях, при занятиях спортом, на транспорте, в быту. Уровень теоретических знаний при анализе результатов тестирования учителей оказался невысоким – 3,8 балла. При этом учителя городских школ продемонстрировали более высокий уровень знаний по тесту (4,1 балла) в сравнении с сельскими учителями (3,6 балла). Анализ же ситуационных задач позволил выявить более высокий уровень знаний у учителей сельских школ (4,4 балла) в сравнении с учителями городских школ (3,8 балла).

Наибольшие затруднения у учителей встречались при проведении сердечно-легочной реанимации, остановке кровотечений, обработке ран, оказании помощи при утоплении, попадании инородных тел в глазное яблоко и пр.

Учителям были предложены ситуационные задачи и тесты, позволяющие выявить у потенциального спасателя естественные сомнения и страхи, психологическую неготовность к оказанию первой помощи. Оказалось, что 46,8% учителей городских школ и 36,2% сельских школ в реальной ситуации постараются просто наблюдать за развитием событий, либо вообще как можно скорее покинуть место происшествия.

В ранжированном ряду мотивов неготовности оказать первую помощь ведущим оказался страх, связанный с юридической ответственностью («Именно я должен буду принимать решения, и понесу всю тяжесть ответственности», «Если пострадавший погибнет, то мне придется оправдываться, что это не я его убил»). Данную причину указало 52,6% учителей. На втором месте оказался страх того, что потенциальный спасатель своими

неумелыми действиями может навредить пострадавшему (данная причина указана у 34,8% учителей). На третьем месте оказалась боязнь заразиться инфекционным заболеванием, и, наконец, часть учителей заняли отстраненную позицию («Я не вмешиваюсь в чужие дела», «Есть специально подготовленные для оказания помощи люди»).

По данным анкетирования большинство городских учителей считают, что знания и навыки первой помощи в большей степени им необходимы лично для себя и своих родных (73,2%). Напротив, большая часть учителей сельских школ считает, что данные знания и навыки им необходимы для обеспечения безопасности обучающихся и окружающих (62,7%). Возможно, что подобные различия связаны со спецификой работы учителя в условиях сельской школы, в частности, с отсутствием в ряде сельских школ медицинских пунктов, высоким уровнем травматизма при выполнении сельскохозяйственных работ, в походах, в условиях летнего лагеря, отдыха детей и пр.

В ряде случаев в сельской местности учитель может быть единственным человеком, способным оказать неотложную помощь, подготовить к эвакуации пострадавшего или заболевшего человека в медицинскую организацию. В связи с этим у учителей сельских школ может возникнуть необходимость оказывать первую помощь не только школьникам, но и жителям населенного пункта, где расположена школа.

Этот вывод также созвучен идее преобразования школы в социокультурный центр села. Это одно из перспективных направлений повышения эффективности использования кадровых и учебно-материальных ресурсов сельской школы, что позволяет создать солидную и стабильную образовательную организацию на селе. На базе основной школы происходит функционирование учебно-производственного, медико-оздоровительного и культурно-образовательного центров, чем достигается превращение школы в социокультурный центр села, центр для проведения предпрофильного и профильного обучения школьников, получения начального профессионального образования.

Независимо от результатов тестирования 94,2% учителей считают, что в программы курсов повышения квалификации необходимо включить занятия по основам оказания первой помощи детям и подросткам.

При анкетировании было выявлено, какие именно навыки первой помощи учителя хотели бы освоить на курсах повышения квалификации. Был составлен перечень основных травм, отравлений, острых заболеваний и других критических состояний, которые наиболее актуальны для освоения учителями в системе повышения квалификации. Каждый учитель должен быть ознакомлен с алгоритмом оказания первой помощи наиболее простейшими

способами для ее осуществления с использованием, как табельных средств оказания первой помощи, так и подручного материала.

Также в программу повышения квалификации учителей включены психологические тренинги по выработке установки на непременное оказание помощи в условиях образовательной организации, по формированию у потенциального спасателя уверенности в важности и правильности своих действий.

Несомненно, что за последние десятилетия в системе здравоохранения произошло существенное обновление диагностического и лечебного оборудования, интенсивно внедряются новые технологии. В связи с этим мы посчитали целесообразным отдельные практические занятия проводить на базах медицинских организаций (в частности, в больницах скорой помощи). Также курсы повышения квалификации работников образования нуждаются в постоянном оснащении кабинетов медицинской подготовки современными наглядными пособиями, инструментарием, аппаратами.

Следовательно, обучение педагогов навыкам оказания первой помощи является основой для формирования единого научно - образовательного пространства в области безопасности жизнедеятельности в системе общего образования региона, создания безопасных условий для обучения и воспитания детей и подростков.

Г.И. БАШИРОВА, В.А. МАЛИЕВСКИЙ, Г.М. КОНОВАЛОВА, С.А. АЛЕКСАНДРОВА

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Башкирский государственный медицинский университет

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп – самая частая инфекционная патология детского возраста [1]. Проблема гриппа – одна из актуальнейших научных задач последнего столетия. Среди вирусных респираторных инфекций грипп занимает особое место ввиду его распространенности, более тяжелого течения и возможности возникновения жизнеугрожающих осложнений. В современных условиях распространение гриппа обусловлено глобализацией, социально-экономическими факторами, а также несоблюдением мероприятий изоляции больного [2].

Высокий уровень заболеваемости респираторными инфекциями у детей дошкольного и младшего возраста, посещающих образовательные учреждения обусловлен возрастными особенностями иммунитета ребенка, эпидемиологическими предпосылками. Наиболее эффективным способом профилактики инфекционных заболеваний является специфическая иммунизация [3]. Вакцинопрофилактику рассматривают в современных условиях как массовую, эффективную, рентабельную и доступную медицинскую технологию, позволяющую предупреждать возникновение инфекционных заболеваний [4].

Все современные гриппозные вакцины являются тривакцинами, т.к. содержат штаммы (или их антигены) 3 актуальных вирусов гриппа – А (H1N1), А (H1N2) и В. Для иммунизации против гриппа у детей разрешены как живые, так и инактивированные вакцины [3]. В качестве живой вакцины против гриппа используется отечественная «гриппозная аллантоисная живая интраназальная вакцина для детей 3-14 лет». Живые вакцины просты в применении, стимулируют клеточный, секреторный и гуморальный иммунитет. Среди инактивированных гриппозных вакцин различают цельновирионные, расщепленные и субъединичные. Цельновирионные вакцины содержат весь набор антигенов актуальных штаммов вируса гриппа. Иммуногенность цельновирионных вакцин высокая, но данные препараты более реактогенны, кроме этого имеются возрастные ограничения – применять их можно с 7 лет. Расщепленные гриппозные вакцины (сплит-вакцины) содержат поверхностные антигены (гемагглютинин, нейромидаза) и внутренние антигены (типоспецифические белки). Эти вакцины обладают высокой иммуногенностью и имеют низкую реактогенность. К расщепленным вакцинам относятся ваксигрип, бегривак и

флюарикс. Субъединичные гриппозные вакцины содержат только поверхностные антигены (гемагглютинин, нейромидаза), что определяет высокую их иммуногенность и хорошую переносимость (гриппол, агриппал, инфлювак и др.) [3].

С целью определения эффективности проведения вакцинации ребенка против гриппа и ОРВИ в организованных коллективах обследовано 434 детей, которые посещали школьные и дошкольные образовательные учреждения Ленинского района города Уфы (ДОУ № 2, 6, 8, 25, 33, 138, 185, 255, 307; СОШ № 1, гимназии № 39). Методы исследования включали: анамнестический (анализ медицинской документации – медицинские карты ребенка (026/у) и истории развития ребенка (112/у) и анкетирование родителей).

Анализ медицинской документации показал, что вакцинировано против гриппа было всего 164 (37,0%) детей, их них 51 (31,1%) ребенок в возрасте 5 лет, 33 (20,1%) ребенка в возрасте 6 лет, 80 (48,8%) детей в возрасте 7 лет (основная группа). Вакцинация проводилась с октября по декабрь, до подъема уровня заболеваемости. Большинство 5-летних детей (34, 66,6%), 6-летних детей (20, 60,6%), 7-летних детей (43, 53,7%) было привито против гриппа в образовательном учреждении субъединичной вакциной «Гриппол-плюс». Другой субъединичной вакциной «инфлювак» было привито 12 (23,5%) детей в возрасте 5 лет, 6 (18,2%) детей в возрасте 6 лет, 13 (16,2%) детей в возрасте 7 лет. Получили вакцинацию против гриппа «Агриппалом» 2 (3,9%) ребенка 5-летнего возраста, 5 (15,1%) детей 6-летнего возраста, 15 (18,7%) детей 7-летнего возраста. Расщепленной гриппозной вакциной «Флюарикс» было привито 2 (3,9%) ребенка в возрасте 5 лет, 1 (3,0%) ребенок в возрасте 6 лет, 5 (6,2%) детей в возрасте 7 лет. Сплит-вакциной «Ваксигриппом» было привито: 1 (2,0%) ребенок в возрасте 5 лет, 1 (3,0%) ребенок в возрасте 6 лет, 4 (5,0%) ребенка в возрасте 7 лет.

Прививочные реакции в виде подъема температуры тела до 38,5^{o} С на вакцинацию против гриппа отметили 11 родителей (12,8%): у 5-летних детей – 3 случая (5,8%), у 6-летних детей - 2 случая (6,1%), у 7-летних детей – 6 случаев (7,5%).

В основной группе дети (159, 96,9%) получили вакцинацию против гриппа в комбинации с неспецифическими иммунопрофилактическими средствами, которые принимались до и после вакцинации: 50 (31,4%) детей в возрасте 5 лет, 31 (19,5%) ребенок в возрасте 6 лет, 78 (49,1%) детей в возрасте 7 лет. Более трети детей (38%) 5-летнего возраста, 18 детей (58,1%) 6-летнего возраста, 38 детей (48,7%) 7-летнего возраста получали анаферон детский. Менее трети детей (12, 24,0%) в возрасте 5 лет, 11 детей (35,5%) в возрасте 6 лет, 31 ребенок (39,7%) в возрасте 7 лет принимали кагоцел. Более трети детей

(38,0%) 5-летнего возраста, 3 (9,7%) ребенка 6-летнего возраста, 9 (11,5%) детей 7-летнего возраста получали арбидол.

В контрольную группу включены дети, которые получали только неспецифические иммунопрофилактические средства в осенне-зимний период - 270 детей (62,2%), из них 38 (14,1%) детей в возрасте 5 лет, 138 (51,1%) детей в возрасте 6 лет, 94 (34,8%) ребенка в возрасте 7 лет. Более четверти детей (26,%) 5-летнего возраста, 56 (40,6%) детей 6-летнего возраста, 41(43,6%) детей 7-летнего возраста получали анаферон детский. Более трети детей (31,6%) в возрасте 5 лет, 53 (38,4%) ребенка в возрасте 6 лет, 25 (26,6%) ребенок в возрасте 7 лет принимали кагоцел. Более трети детей (38,0%) 5-летнего возраста, 29 (21,0%) детей 6-летнего возраста, 28 (29,8%) детей 7-летнего возраста получали арбидол.

Анализ частоты заболеваемости показал, что в основной группе детей вообще не болели простудными заболеваниями: 1 (0,06%) ребенок 6-летнего возраста и 5 (3,14%) детей 7-летнего возраста. Более половины детей (62,0%) в возрасте 5 лет, 17 (54,8%) детей в возрасте 6 лет, 59 (75,6%) детей в возрасте 7 лет болели простудными заболеваниями 1-2 раза в год. Болели простудными заболеваниями 3-4 раза в год 19 (38,0%) детей 5-летнего возраста, 13 (41,9%) детей 6-летнего возраста, 14 (17,9%) детей 7-летнего возраста. Более трети детей (34,0%) в возрасте 5 лет, 12 (40,0%) детей в возрасте 6 лет, 32 (43,8%) ребенка болели простудными заболеваниями до 3-5 дней. Течение простудных заболеваний от 6 до 10 дней отмечалось у 33 (64,0%) детей 5-летнего возраста, у 18 (58,1%) детей 6-летнего возраста, у 41 (56,2%) ребенка 7-летнего возраста. Осложнений после гриппа и острых респираторных инфекций выявлено не было.

Из контрольной группы детей болели простудными заболеваниями 1-2 раза в год менее четверти детей (21,0%) 5-летнего возраста, 36 (26,1%) детей 6-летнего возраста, 24 (25,5%) ребенка 7-летнего возраста. Отмечались простудные заболевания 3-4 раза в год у 30 (78,9%) детей в возрасте 5 лет, у 102 (73,9%) детей в возрасте 6 лет, у 70 (75,5%) детей в возрасте 7 лет. Менее четверти детей (18,4%) в возрасте 5 лет, 12 (18,8%) детей в возрасте 6 лет, 17 (18,1%) детей в возрасте 7 лет болели простудными заболеваниями до 3-5 дней. Течение простудных заболеваний от 6 до 10 дней отмечалась у 31 (81,6%) ребенка 5-летнего возраста, у 126 (58,1%) детей 6-летнего возраста, у 77 (81,9%) ребенок 7-летнего возраста. Осложнение после простудного заболевания было выявлено у 4 (1,5%) детей, из них у 2 (0,7%) детей 5-летнего возраста – отит среднего уха, у 2 (0,7%) детей 6-летнего возраста – острый бронхит.

Таким образом, иммунопрофилактика гриппа является наиболее эффективным методом снижения уровня заболеваемости, осложненного течения и смертности у детей.

Максимальное снижение заболеваемости острыми респираторными инфекциями, как гриппозной, так и негриппозной этиологии отмечается в тех случаях, когда вакцинацию против гриппа проводят в комбинации с неспецифическими иммунопрофилактическими средствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заплатников, А.Л. Рекуррентные респираторные инфекции у детей: современные возможности иммунопрофилактики / А.Л. Заплатников, А.А. Гирина, В.И. Леписева, Н.С. Глухарева // Практика педиатра. – 2013. – № 2. – С. 20-28.
2. Коровина, Н.А. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра. – М., 2005. - 61 с.
3. Малахов, А.Б. Современный календарь профилактических прививок: достижения и перспективы / А.Б. Малахов, С.М. Харит // Педиатрия. -2012. - № 1. – С. 5-7.
4. Red Book: 2006. Report of the Committee on Infection Diseases. 27 rd: American American Academy of Pediatrics, 2006, 992 p.

Г.И. БАШИРОВА, В.А. МАЛИЕВСКИЙ, Г.М. КОНОВАЛОВА, Р.Я. БАКИРОВА

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Башкирский государственный медицинский университет

Острые респираторные инфекции являются частой инфекционной патологией у детей. Наибольшая заболеваемость острыми респираторными инфекциями встречается у детей дошкольного и младшего школьного возраста [1].

Заболеваемость гриппом и острыми респираторными заболеваниями среди детей подвержена сезонным колебаниям и ежегодна достаточно высока в период с октября по апрель. Высокая заболеваемость детей помимо медицинского аспекта проблемы сопряжена с проблемой социально-экономической: в младшей возрастной группе – с днями нетрудоспособности родителей по уходу за детьми, а у младших школьников – пропуском занятий (как следствие – вероятность срыва адаптации к школе и снижение качества образования) [2].

Несмотря на лечение, у некоторых детей острые респираторные инфекции возникают повторно. Вакцинация является эффективным методом профилактики гриппа за счет формирования специфического иммунитета. Однако в период эпидемии доля вирусов гриппа среди других вирусов составляет 30%-50%, а в неэпидемиологический период – 5%-10%. Эффективным методом неспецифической профилактики острых респираторных заболеваний является элиминационная терапия (полное промывание полости носа). В результате процедуры промывания полости носа происходит элиминация вирусов до того, как они преодолеют защитные барьеры слизистой полости носа.

Слизистая оболочка носа действует как первая линия защиты дыхательной системы. Проходя через нос, воздух в значительной степени согревается. Нос выступает в роли входных ворот для множества воздушно-капельных инфекций. Слизистая носа содержит бактериостатические вещества, такие как лизоцим и лактоферин, а также секреторные антитела [4]. В носу также осуществляется механическая очистка воздуха от частичек пыли, находящихся во взвешенном состоянии. К пылевым частичкам только микроскопического характера относятся находящиеся в воздухе микроорганизмы (вирусы, бактерии, грибы). Они тоже задерживаются в носу и выбрасываются со слизью. Масса их погибает, будучи захвачена фагоцитами или под действием слизи, обладающей бактерицидным действием [4]. При чрезмерном воздействии токсических, аллергических факторов на слизистую оболочку

носа возникает дисбаланс в работе локальной иммунной системы верхних дыхательных путей и как следствие, нарушение функциональной активности слизистой носа, особенно это актуально для детей, проживающих в крупных промышленных регионах с развитым автомобильным движением. Повышенная сухость воздуха, присутствие бытовых аллергенов, биологические загрязнения также могут вызвать у ребенка различные респираторные заболевания [3].

Элиминационная терапия нацелена на очищение и увлажнение слизистой полости носа, нормализацию защитной функции реснитчатого эпителия, образование жидкого секрета (слизи), предотвращение образования корок, уменьшение отека и воспаления слизистой носа, регенерацию поврежденных клеток эпителия, укрепление сосудистых стенок капилляров, восстановление носового дыхания. Вымывание из носа болезнетворных вирусов и бактерий снижает антигенную нагрузку на иммунокомпетентные клетки слизистой оболочки носа, тем самым повышая резистентность ткани к инфекциям. Использование ирригационных растворов позволяет избежать заражения в местах скопления детей [1].

С целью изучения эффективности проведения неспецифической профилактики ОРИ обследовано 499 детей 6-8 летнего возраста, которые посещали школьные и дошкольные образовательные учреждения Ленинского района города Уфы (ДОУ № 2, 6, 8, 25, 33, 138, 185, 255, 307; СОШ № 1, гимназии № 39). Методы исследования включали: анамнестический (анализ медицинской документации – медицинские карты ребенка (026/у) и истории развития ребенка (112/у) и анкетирование родителей).

В основную группу включены 200 детей, которые осуществляли гигиену полости носа и рта (92 (70,2%) ребенка 6-летнего возраста, 80 (65,0%) ребенка 7-летнего возраста, 28 (62,2%) ребенка 8-летнего возраста).

В контрольную группу отобрано 299 детей, которые не проводили элиминационную терапию (131 ребенок 6-летнего возраста, 123 ребенка 7-летнего возраста, 45 детей 8-летнего возраста).

Двухкратно ежедневно промывали полость носа и рта (физиологическим раствором, минерально-растительным средством «Долфин», изотоническим раствором морской воды) в основной группе 18 (13,7%) детей 6-летнего возраста, 20 (16,3%) детей 7-летнего возраста, 7 (15,5%) детей 8-летнего возраста. Однократно после посещения образовательных учреждений промывали полость носа и рта 74 (56,5%) ребенка в возрасте 6 лет, 60 (48,8%) детей в возрасте 7 лет, 21 (46,7%) ребенок в возрасте 8 лет. Из них весь осеннее-зимний

период проводили элиминационную терапию 26 (51,0%) детей 6-летнего возраста, 21 (32,8%) ребенок 7-летнего возраста, 9 (37,5%) детей 8-летнего возраста.

В результате проведенного анализа заболеваемости ОРИ выявлено что, только 1 (0,8%) ребенок 6-летнего возраста вообще не болел простудными заболеваниями, из числа детей основной группы. Менее четверти (21,7%) детей в возрасте 6 лет, 19 (23,7%) детей в возрасте 7 лет, 7 (25,0%) детей в возрасте 8 лет болели простудными заболеваниями 1-2 раза в год. Болели простудными заболеваниями 3-4 раза в год 55 (59,9%) детей 6-летнего возраста, 46 (57,5%) детей 7-летнего возраста, 16 (57,1%) детей 8-летнего возраста. Более 4 раз в год болело 16 (17,4%) детей в возрасте 6 лет, 15 (18,8%) детей в возрасте 7 лет, 5 (17,8%) детей в возрасте 8 лет.

Длительность течения простудных заболеваний до 3-5 дней отмечена в основной группе у 23 (25,0%) детей в возрасте 6 лет, 17 (21,2%) детей в возрасте 7 лет, 6 (21,4%) детей в возрасте 8 лет. Течение простудных заболеваний от 6 до 10 дней отмечалась у 49 (53,4%) детей 6-летнего возраста, у 33 (41,2%) детей 7-летнего возраста, у 11 (39,3%) детей 8-летнего возраста. До двух недель болело 15 (16,3%) детей в возрасте 6 лет, 26 (32,5%) ребенок в возрасте 7 лет, 9 (32,1%) детей в возрасте 8 лет. Более 14 дней болели респираторными вирусными инфекциями 5 (5,4%) детей 6-летнего возраста, 4 (5,0%) ребенка 7-летнего возраста, 3 (10,7%) ребенка 8-летнего возраста.

Осложнения после простудных заболеваний отмечались в основной группе у 11 (11,9%) детей 6-летнего возраста, у 10 (12,5%) детей 7-летнего возраста, у 3 (10,7%) детей 8-летнего возраста (отит среднего уха, обострение хронического ринита, острый бронхит, острый трахеит, острый риносинусит).

В контрольной группе все дети болели в течение года простудными заболеваниями. У 2 (5,1) детей в возрасте 6 лет, у 3 (7,9%) детей в возрасте 7 лет, у 2 (11,8%) детей в возрасте 8 лет были отмечены простудные заболевания 1-2 раза в год. Болели простудными заболеваниями 3-4 раза в год 12 (30,8%) детей 6-летнего возраста, 11 (25,6%) детей 7-летнего возраста, 6 (35,3%) детей 8-летнего возраста. Более 4 раз в год болело 25 (64,1%) детей в возрасте 6 лет, 29 (67,4%) детей в возрасте 7 лет, 9 (52,9%) детей в возрасте 8 лет.

Простудные заболевания выявлены длительностью до 3-5 дней в контрольной группе у 5 (12,8%) детей в возрасте 6 лет, у 4 (9,3%) детей в возрасте 7 лет, у 1 (5,9%) ребенка в возрасте 8 лет. Течение простудных заболеваний от 6 до 10 дней выявлено у 12 (30,7%) детей 6-летнего возраста, у 14 (32,6%) детей 7-летнего возраста, у 6 (35,3%) детей 8-летнего возраста. До двух недель болело 16 (41,0%) детей в возрасте 6 лет, 18 (41,8%) детей в возрасте 7 лет, 8 (47,0%) детей в возрасте 8 лет. Более 14 дней болели

респираторными вирусными инфекциями 6 (15,4%) детей 6-летнего возраста, 7 (16,3%) детей 7-летнего возраста, 2 (11,8%) ребенка 8-летнего возраста.

Осложнения после простудных заболеваний в контрольной группе отмечались у 9 (23,1%) детей 6-летнего возраста, у 11 (25,6%) детей 7-летнего возраста, у 3 (17,6%) детей 8-летнего возраста (отит среднего уха, обострение хронического ринита, острый бронхит, пневмония, острый риносинусит).

Таким образом, профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей дошкольного и школьного возраста с помощью элиминационной терапии снизить заболеваемость гриппом и ОРИ детей в организованных коллективах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов В.А. Применение препарата гудвада в детской оториноларингологии / В.А. Белов // Практика педиатра. – 2013. - № 2. - С. 42-44.
2. Ключников С.О. Некоторые особенности терапии часто болеющих детей /С.О. Ключников // Педиатрия. – 2012. - №1. - С. 48-50.
3. Мокроносова М.А. Ирригационная терапия полости носа с позицийдоказательной медицины / М.А. Мокроносова // Вестник оториноларингологии. - 2009. - №1. – С. 51-53.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М., 2006. - 559 с.

БОГДАНОВА Р.Ф., ШИРЯЕВА Г.П., АМИРОВА В.Р., МУТАЛОВ А.Г.

ПОСЛЕДСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Башкирский государственный медицинский университет

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) беременных в структуре экстрагенитальной патологии занимают ведущее место (Исаева Ю.Р., 2006) и остаются одной из главных причин заболеваемости и смертности, как матери, так и плода (Westhoff-Bleck M. et al., 2008; Jafferani A. et al., 2011). Среди болезней ССС гипертоническая болезнь (ГБ) является одной из ведущих заболеваний. Проблема повышенного артериального давления (АД) при артериальной гипертензии и беременности важна, как в плане клинической эпидемиологии, диагностики, классификационных рамок, так и в плане лечебной тактики и профилактики осложнений (Sibai B.M. et al., 2005). Распространенность ГБ среди женщин России достигает 40,4% (Шальнова С.А., 2006). Около 30% беременностей в различных регионах России протекают на фоне артериальной гипертензии: 70% – это гестоз, 30% – хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) (Макаров О.В., 2008).

Гипертензионные нарушения во время беременности являются частой причиной преждевременных родов и имеют высокий процент перинатальных потерь (Макаров О.В. и др., 2008). Исследование беременных женщин за период с 1998 по 2008 годы, показало, что хроническая гипертензия, как с лечением, так и без него является самостоятельным и значимым фактором риска развития неблагоприятных перинатальных исходов таких, как внутриутробная задержка роста, и преждевременных родов при малых сроках беременности. (Orbach H. et al., 2013) Нерациональное ведение беременных с ХАГ (досрочное родоразрешение, неадекватная антигипертензивная терапия) усугубляет нарушения. Вероятность этих осложнений особенно велика у женщин, в течение длительного времени страдающих тяжелой гипертензией или имеющих сердечно-сосудистую и почечную патологию. Кроме того, материнская и детская заболеваемость и смертность повышается, если у беременной женщины на протяжении первого триместра диастолическое давление составляло 110 мм. рт. ст. и более (Пристром А.М., 2011).

Гипертензивные нарушения при беременности оказывают значительное негативное влияние на формирование плацентарного ложа и плаценты (Nahar L. et al., 2013). При исследовании плаценты отмечается снижение ее веса, площади, уменьшение количества семядолей, в 95% случаев выявляются синцитиальные узлы, в 80% случаев - фибриноидный некроз, склероз, выражены процессы кальцификации. При этом для преэклампсии

характерна первичная плацентарная недостаточность в отличие от ХАГ, при которой формируется вторичная плацентарная недостаточность. По некоторым данным у беременных с ХАГ в связи со спастическим состоянием микроциркуляторного русла маточно-плацентарные артерии не завершают гестационную перестройку. Это приводит к первичной плацентарной недостаточности уже на ранних сроках беременности (от имплантации плодного яйца до 16–17 недели), что в дальнейшем обусловливает гипоплазию плацентарной ткани и синдром задержки развития плода, который наблюдается у каждой четвертой больной (Nahar L. et al., 2013).

Нормальное развитие плаценты возможно только в условиях нормальной регуляции ангиогенных процессов, в то же время гипертонические процессы часто ассоциированы с сосудистыми нарушениями (Debbabi H. et.al., 2006; Serne E.H., 2001). Волковой Е.В. было установлено, что в конце второго триместра явные изменения уровня ангиогенных факторов при беременности с хронической артериальной гипертензией не выявляются. Однако к середине третьего триместра, а именно в сроки гестации 28–34 нед., наблюдается сильный дисбаланс по уровню про- и антиангиогенных факторов в сыворотке крови, выражающийся в увеличении содержания антиангиогенных sFlt-1 и эндоглина и снижении концентрации проангиогенного PlGF, что может свидетельствовать о нарушениях процессов плацентации (Волкова Е.В. и др., 2013).

Изучение ангиогенных факторов роста у беременных с ГБ 1-й и 2-й стадии позволило выявить, что у пациенток с ГБ и неосложненным течением гестации значения ангиогенных факторов роста были ниже, чем при физиологической беременности, однако достоверно не отличались от нормативных значений (Стрижаков А.Н. и др., 2011). При развитии гестоза средней степени тяжести и субкомпенсированной плацентарной недостаточности уровень сосудисто-эндотелиального фактора роста -1 (СЭФР Р-1) возрастал в 2,6 раза, однако инсулиноподобный фактор роста 1 (ИФР-1) и плацентарный фактор роста были снижены в 2,1 и 1,9 раза соответственно. При развитии тяжелого гестоза и декомпенсированной плацентарной недостаточности значения СЭФР Р-1 возрастали в 4 раза, ИФР-1 и плацентарный фактор роста были снижены в 2,3 и 3,5 раза соответственно. Степень возрастания уровня СЭФР Р-1 при гестозе и плацентарной недостаточности соответствует степени уменьшения концентрации плацентарного фактора роста, что подтверждает их специфическое взаимодействие и высокую ценность определения этих факторов для прогнозирования развития гестоза и плацентарной недостаточности на доклиническом этапе (Karthikeyan V.J. et al., 2012). Мониторинг содержания ангиогенных факторов в группе

беременных с артериальной гипертензией может помочь в диагностике преэклампсии и присоединении гестоза (Perni U. et al., 2012).

Наличие артериальной гипертензии может привести к множеству тяжелых состояний, среди которых отслойка нормально расположенной плаценты, отслойка сетчатки, эклампсия с нарушением мозгового кровообращения и полиорганной недостаточностью, тяжелые формы синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (Berti I.R. et al., 2012; Lecarpentier E. et al., 2013). Осложнениями артериальной гипертензии также являются прогрессирующая плацентарная недостаточность, преждевременные роды (Berti I.R. et al., 2012; Spiegler J. et al., 2013), синдром задержки роста плода (Berti I.R. et al., 2012; Love ER. et. al., 2012), а в тяжелых случаях — его асфиксия и гибель.

В настоящее время, несмотря на достижения современной медицины, не существует критериев назначения антигипертензивной терапии у беременных с различными формами артериальной гипертензии. (Molvi S.N. et al., 2012; Moser M. et al., 2012). Имеются исследования подтверждающие вредное воздействие данных препаратов на плод и новорожденного (Макаров О.В., 2008; Занина Е.В., 2012), поиск лекарств, оказывающих наименьшее повреждающее действие на организм ребенка является востребованным.

Таким образом, ведение беременных с гипертонической болезнью представляет значительные трудности, поскольку нет однозначной информации в отношении влияния антигипертензивных препаратов на развитие плода и его последующего нейрокогнитивного развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова, Е.В. Ангиогенные факторы при беременности с хронической артериальной гипертензией / Е.В. Волкова, Л.С. Джохадзе, Е.Ю. Лысюк // СТМ. – 2013. – № 5(1). – С. 91-96.
2. Влияние антигипертензивной терапии, применяемой во время беременности, на особенности течения адаптационного периода у новорожденных / Е.В. Занина [и др.] //Уральский медицинский журнал. – 2012. – №11(103). – С.121-124.
3. Исаева, Ю.Р. Сердечно-сосудистая патология у беременных женщин / Ю.Р. Исаева // Вестник РГМУ. – 2006. – № 2. : – С. 217-220.
4. Макаров, О.В. Прогнозирование течения беременности, родов и постнатальных исходов у беременных с гестозом и гипертонической болезнью / О.В. Макаров, Е.В. Волкова, Г.А. Корниенко // Материалы III Ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины и VI Съезда Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины

«Современная перинатология: организация, технологии и качество». – Москва: 2008. – С.34.

5. Макаров, О.В. Анализ показателей маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков у беременных с артериальной гипертензией / О.В. Макаров, Е.В. Волкова, М.А. Пониманская, В.В. Майорова // Материалы III Ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины и VI Съезда Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины «Современная перинатология: организация, технологии и качество». – Москва: 2008. –С.34.-35.
6. Пристром, А.М. Артериальная гипертензия беременных: Диагностика, классификация, клинические формы / А.М. Пристром. – Минск.: БелМАПО, 2011. – 103 с.
7. Стрижаков, А.Н. Клиническое значение исследования факторов роста и их рецепторов в прогнозировании осложнений беременности / А.Н. Стрижаков, И.В. Добровольская, И.В. Игнатко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. –Т.10. – №2. – С. 5–12.
8. Шальнова, С.А. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // С.А. Шальнова // Российский кардиологический журнал. – 2006. –№6. – С. 45-50.
9. Angiogenin and hemoxygenase in pregnancy: influence of hypertension / V.J. Karthikeyan [et al.] // Angiology. – 2012. – V. 63(3). – P. 194-198.
10. Angiogenic factors in superimposed preeclampsia: a longitudinal study of women with chronic hypertension during pregnancy / U. Perni [et al.] / Hypertension. – 2012. – V. 59(3). – P. 740-746.
11. Berti, I.R. Chronic hypertension and pregnancy at a tertiary-care and university hospital / I.R. Berti, D.K. Sochio, R. Bampi / Hypertension in Pregnancy. – 2012. – V. 31(3). – P. 350-356.
12. Debbabi, H. Increased skin capillary density in treated essential hypertensive patients / H. Debbabi, L. Uzan, J.J. Mourad et al. // Am J Hypertens. – 2006. – V. 19(5). – P. 477-483.
13. Hypertension and antihypertensive drugs in pregnancy and perinatal outcomes / H. Orbach [et al.] / American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2013. – V. 208(4). – P. 301-306.
14. Impaired skin capillary recruitment in essential hypertension is caused by both functional and structural capillary rarefaction / E.H. Serne [et al.] // Hypertension. – 2001. – V. 38(2). – P. 238–242.

15. Love, E.R. Independent effects of pregnancy induced hypertension on childhood development: a retrospective cohort study / E.R. Love, J. Crum, S. Bhattacharya // European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology. – 2012. – V. 165(2). – P. 219-224.
16. Management of heart diseases in pregnancy: rheumatic and congenital heart disease, myocardial infarction and post partum cardiomyopathy / M. Westhoff-Bleck [et al.] // Internist. – 2008. – V. 49(7). – P. 805-810.
17. Moser, M. Hypertension in pregnancy: is it time for a new approach to treatment? / M. Moser, C.M. Brown, C.H. Rose, V.D. Garovic // Journal of Hypertension. – 2012. – V. 30(6). – P. 1092-1100.
18. Placental changes in pregnancy induced hypertension / L. Nahar [et al.] // Mymensingh Medical Journal. – 2013. – V. 22(4). – P. 684-693.
19. Pregnancy risk factors for very premature delivery: what role do hypertension, obesity and diabetes play? // J. Spiegler [et al.] // Archives of Gynecology & Obstetrics. – 2013. – V. 288(1). – P. 57-64.
20. Risk factors of superimposed preeclampsia in women with essential chronic hypertension treated before pregnancy / E. Lecarpentier [et al.] // PLoS ONE [Electronic Resource]. – 2013. – V. 8(5). – P. 62140.
21. Role of antihypertensive therapy in mild to moderate pregnancy-induced hypertension: a prospective randomized study comparing labetalol with alpha methyldopa / S.N. Molvi [et al.] // Archives of Gynecology & Obstetrics. – 2012. – V. 285(6). – P. 1553-1562.
22. Sibai, B.M. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia / B.M Sibai // Obstet Gynecol. – 2005. – V. 105(2). – P. 402–410.
23. Surgical management of valvular heart diseases in pregnancy / A. Jafferani [et al.] // European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology. – 2011. – V. 159(1). – P. 91-94.

Н.А. ДРУЖИННА, Ч.Р.БАКИЕВА , Г.П. ШИРЯЕВА, А.Г. МУТАЛОВ, С.В. ШАГАРОВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ШКОЛЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Башкирский государственный медицинский университет

На сегодняшний день одной из наиболее актуальных проблем в здравоохранении является ожирение. Однако, несмотря на несомненную актуальность проблемы, сохраняется низкая информированность и настороженность населения. Наличие избыточной массы тела у ребенка не считается поводом для беспокойства, поэтому в большинстве случаев родители обращаются к врачу через несколько лет после начала заболевания. При этом чаще всего поводом для обращения к врачу служит не избыток массы тела, а появление у ребенка на фоне ожирения осложнений. Ожирение подросткового возраста рассматривается предиктором смертности и сердечно-сосудистых заболеваний .

Школа рационального питания организована на базе клиники дружественной к молодежи в детской поликлинике г. Октябрьского.

На начальном этапе лечебно-профилактической работы использованы методы, направленные на снижение избыточной массы тела: оптимизация пищевого поведения, физической активности, режима дня, стимулирование мотивации ребенка на здоровый образ жизни.

Формирование навыков здорового образа жизни и рационального питания требует от участников занятий и её родителей упорства, терпения, дисциплины, организованности и силы воли. Перед началом занятий был проведен анализ пищевого поведения, уровня физической активности, выявлены основные факторы, способствующие развитию ожирения у каждого ребенка. В рамках работы Школы было проведено 4 занятия,

Цель школы – снижение массы тела участников занятий и оценка эффективности работы «школы рационального питания» у детей с ожирением.

Выборка слушателей проведена среди девочек школьного возраста от 10до 17 лет с ИМТ 85-97%. Окружностью талии более 82-84 см. Количество обучающихся составило 29 . Занятия посещали девочки в течении полугода по тематике :1.Избыточная масса тела-фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний.2.Избыточная масса тела и ожирение. Профилактика и лечение 3.Метаболический синдром. 4. Физическая активность при ожирении

Структура занятия: Знакомство членов школы(рассказы о себе, своих болезнях. Мотивах снижения веса). Разъяснения врача: чем опасно ожирение. Знакомство с понятием нормальная масса тела. ИМТ, представление о степенях ожирения, индивидуальный подсчет слушателями своего ИМТ и выяснение степени ожирения. Принципы здорового питания,режима, принципы энергетического равновесия. Управление стрессом и контроль физической активности.

При анализе массы тела по центильным таблицам T. Cole избыточная масса тела (ИМТ 85-97$^0/_{00}$) выявлена у 17 девочек, средний возраст 12,6+_2,1 года, ожирение (ИМТ более 97$^0/_{00}$) - у 12 девочек, средний возраст 14,1 + _3,3 лет.

Всем девочкам было проведено комплексное обследование, включающее биохимический анализ крови, гормональный профиль, по показаниям ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ органов брюшной полости, почек, органов малого таза, щитовидной железы, измерение артериального давления. По результатам обследования девочки распределились на 2 группы: 1 группа-22(75,8%)-ожирение 2и3 степени. 2 группа -7 (24,2%) –метаболический синдром

Девочки, посещающие занятия в школе питания наблюдались в течении полугода. Положительная динамика снижения массы тела выявлена у 18девочек (62,1%), которая проявилась в редукции веса на 4,7±2.1кг, что составило более 11% от первоначальной массы. Достигнутое снижение веса сопровождалось клиническими симптомами улучшения состояния здоровья и настроения участников. У 4(13,7%) девочек зафиксирована стабилизация веса. Продолжали набирать вес 7(24,1%)девочек из 2 группы наблюдения с диагностированным метаболическим синдромом.(МС)

Заключение: занятия в школе питания для девочек с ожирением и метаболическим синдромом в течении полугода имели положительные результаты. Достигли снижения веса -11% девочек. Постоянный контакт с врачом и выполнение рекомендаций по изменению образа жизни, характера питания и увеличению физической активности является эффективным методом по снижению массы тела у девочек –подростков.

Лучшие результаты по редукции веса достигнуты в группе девочек с ожирением по сравнению группой с диагностированным МС

ЗАЙНУЛЛИНА О.Н., ШИРЯЕВА Р.Р.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Башкирский государственный медицинский университет
ООО «Клиника современной косметологии «Секреты совершенства», г.Уфа

Одним из факторов, снижающих эффективность мероприятий по профилактике и лечению заболеваний, является низкий уровень комплайенса – невыполнение в том или ином объеме предписанной врачами терапии. Широко известна низкая комплаентность в отношении рекомендаций по лечению при хронических заболеваниях. Чем сложнее предписанное врачом амбулаторное медикаментозное лечение, тем меньшую комплаентность проявляют пациенты. Несоблюдение рекомендаций может достигать 40% [12].

Нами проведено изучение приверженности к лечению 122 больных хроническими аллергодерматозами, находившихся на стационарном лечении в Республиканском кожно-венерологическом диспансере г. Уфы.

На вопрос: «Забываете ли Вы принимать предписанные Вам лекарства?» – ответили отрицательно 95 опрошенных (77,9%), среди больных атопическим дерматитом таких было 61,76%, среди больных экземой – 84,09% ($p<0,05$).

Были невнимательны к времени приёма лекарств 25,41% пациентов. При этом среди мужчин дали положительный ответ 32,76%, среди женщин – 17,19% ($p<0,05$).

Около половины обследованных (48,36%) прекращают принимать лекарства при улучшении состояния. Диагноз и пол пациентов не оказал достоверного влияния на данный показатель. Если пациент чувствовал, что от приёма лекарств ему становилось хуже, то он прекращал приём лекарств в 77,87% случаев (в 79,41% случаев среди больных атопическим дерматитом и в 77,27% – среди больных экземой).

Нами проведён анализ приверженности к медикаментозному лечению у больных хроническими аллергодерматозами в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей соматической патологии (первая и вторая группа, соответственно).

На вопрос: «Забываете ли Вы принимать предписанные Вам лекарства?» – в первой группе было в 2,26 раза больше ответивших отрицательно, чем во второй группе (15,38 и 6,82% соответственно; $p<0,05$). Удельный вес тех, кто невнимательно относится к времени приёма лекарств в первой и второй группах был примерно на одном уровне (24,36% в первой и 27,27% во второй группах). Если пациенты чувствуют улучшение состояния, то в 55,13%

случаев в первой группе и в 36,36% во второй группе они прекращают принимать лекарства ($p<0,05$). Также достоверно чаще в первой группе, чем во второй, больные прекращают принимать лекарства, если чувствуют ухудшение состояния на фоне их приёма (84,62 и 65,91% соответственно; $p<0,05$).

Таким образом, установлено, что забывающих принимать лекарства достоверно больше среди больных экземой, чем среди больных атопическим дерматитом. Невнимательны к времени приёма лекарств достоверно чаще мужчины, чем женщины. Около половины обследованных прекращают принимать лекарства при улучшении состояния, три четверти больных – при ухудшении состояния на фоне приёма лекарств. Среди больных хроническими аллергодерматозами с хроническими соматическими заболеваниями по сравнению с больными хроническим аллергодерматозом без сопутствующей соматической патологии было больше тех, кто забывал принимать лекарства, а также тех, кто прекращал принимать лекарства, когда чувствовал улучшение или ухудшение на фоне приёма лекарств.

В настоящее время ведется поиск способов повышения эффективности лечения хронических заболеваний через повышение приверженности пациентов к лечению. Проведено исследование и доказана эффективность образовательных и психологических программ при кожных заболеваниях [2, 3, 5, 7, 8]. Около 20–30% пациентов с атопическим дерматитом, обращающихся в дерматологические клиники, хотели бы посещать такие тренинги [10]. Поиск эффективных немедикаментозных методик во многом определяется значительными экономическими затратами на лечение [9]. В медико-экономических стандартах страховых компаний Германии реализация обучающих программ для лиц с атопическим дерматитом включена в перечень терапевтических мероприятий, что говорит об их финансовой выгоде. Клиническая эффективность образовательных программ при атопическом дерматите констатируется в ряде исследований. Так, у 95% больных атопическим дерматитом, участвовавших в образовательной программе «Атопическая школа», выявили значительно более динамичное улучшение кожного процесса по индексу SCORAD, чем у пациентов, получавших лишь традиционное лечение [6]. Оценка дерматологического статуса больных тяжёлыми формами атопического дерматита через 6 и 12 месяцев показала, что комбинированный подход с использованием образовательных программ и психотерапии способствовал значительно большей продолжительности ремиссий, чем у пациентов, получавших лишь медикаментозную терапию всем арсеналом современных средств [11]. Использование обучающей программы наряду с традиционным лечением у больных атопическим дерматитом снизило частоту рецидивов и увеличило

продолжительность ремиссий кожного процесса [1]. Результатами внедрение обучающей программы для семей, имеющих больных атопическим дерматитом, было относительная клиническая ремиссия, длительное благоприятное течение и, как следствие, значительное снижение затрат на лечение [4].

С целью повышения медикаментозного комплаенса, нами было проведено обучение 42 пациентов, находившихся на стационарном лечении. До начала обучения 5 пациентов (11,91%) указали, что они забывают принимать лекарства, через полгода после обучения на этот фактор указали 2 пациента (4,76%). Удельный вес пациентов, невнимательных ко времени приема лекарств в начале обучения составлял 26,19%, через полгода после обучения снизился до 21,43%. Установлено достоверное снижение числа пациентов, которые переставали принимать лекарства при улучшении состояния, с 20 (47,62%) больных в начале обучения до 16 (38,09%) через полгода обучения ($p<0,05$). Практически никак не изменилось отношение пациентов к приёму лекарств при ухудшении состояния на фоне их приёма: доля таких пациентов была довольно высокой во весь период наблюдения (78,57–78,57–73,81%).

На сегодняшний день специалистами разработано множество образовательных методик для взрослых пациентов с атопическим дерматитом. Исследования же, посвящённые образовательным или психологическим программам для детей и их родителей были редкими, что обусловило необходимость дальнейшего научного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов, О. Школа для больных атопическим дерматитом: новая реабилитационная обучающая программа / О. Иванов, А. Львов, Т. Косцова // Врач. – 2007. – № 2. – С. 56–58.
2. Косцова, Т.Б. Совершенствование терапии, профилактики и психореабилитации больных атопическим дерматитом в процессе разработки групповых обучающих программ: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 24 с.
3. Нимайер, Ф. Образовательные программы в дерматологии: данные доказательных исследований при атопическом дерматите и псориазе / Ф. Нимайер, Й. Купфер, У. Гилер // Рос. журнал кож. и вен. болезней. – 2008. – № 1. – С. 11–21.
4. Современные подходы к организации специализированной помощи детям, больным хроническими дерматозами / Н.В. Кунгуров, Н.П. Торопова, Ю.В. Кениксфест [и др.]. – Курган: Зауралье, 2009. – 212 с.

5. Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial / D. Staab, T.L. Diepgen, M. Fartasch [et al.] // Br. Med. J. – 2006. – Vol. 332. – P. 933–38.
6. Assessment of an education program in an «Atopic School»: pilot study in 40 patients / J.M. Chavigny, F. Adiceom, C. Bernier [et al.] // Ann. Dermatol. Venereol. – 2002. – Vol. 129. – P. 1003–1007.
7. Atopic eczema prevention programs – a new therapeutic concept for secondary prevention / U. Gieler, J. Kupfer, V. Niemeier [et al.] // Dermatol. Psychosom. – 2000. – Vol. 1. – P. 138–47.
8. Education programs on atopic eczema. Design and first results of the German randomized intervention multicenter study / T.L. Diepgen, M. Fartasch, J. Ring [et al.] // Hautarzt. – 2003. – Bd. 54. – S. 946–51.
9. Emerson, R.M. What is the cost of atopic dermatitis in preschool children? / R.M. Emerson, H.C. Williams, B.R. Allen // Br. J. Dermatol. – 2001. – Vol. 143. – P. 514–22.
10. Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis / D. Staab, U. von Rueden, R. Kehrt [et al.] // Pediatr. Allergy Immunol. – 2002. – Vol. 3, № 2. – P. 84–90.
11. Gieler, U. Atopic eczema school – a new and successful patient management program / U. Gieler, G. Schmid-Ott // Dermatol. Psychosom. – 2004. – № 5. – P. 114–16.
12. Patients with psoriasis and their compliance with medication / H.L. Richards, D.G. Fortune, T.M. O'Sullivan [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 1999. – Vol. 41. – P. 581–3.

КАЛИМУЛЛИНА А.Р., АЗНАБАЕВА Л.Ф., АМИРОВА В.Р.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Башкирский государственный медицинский университет

Формирование и функциональное становление системы иммунитета в процессе роста ребенка все больше привлекают внимание отечественных и зарубежных исследователей. Период новорожденности и первый год жизни ребенка считаются критическими периодами становления иммунной системы и имеют особое значение для формирования в последующем адекватного иммунного ответа. Несмотря на довольно широкий спектр исследований в области иммунологии детского возраста, возрастные аспекты становления местного иммунитета слизистых оболочек органов и систем у детей остаются недостаточно изученными.

Целью настоящего исследования явилась оценка возрастной динамики местного иммунитета слизистых оболочек верхних дыхательных путей у детей первого года жизни.

Иммунологическое исследование в динамике первого года жизни проводили у 30 здоровых доношенных детей в возрасте 1, 6 и 12 месяцев жизни. Биологическим материалом для исследований являлись смывы со слизистой оболочки носа и ротоглотки. Определение уровня антител (секреторный IgA, общий IgG, общий IgE) и цитокинов (TNF- α, IL-1β, IF-γ) в биологических жидкостях проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием тест - наборов ИФА – БЕСТ производства ЗАО «Вектор–Бест» (г. Новосибирск).

Как показало проведенное исследование, показатели антительной защиты на слизистой ротоглотки на протяжении первого года жизни практически не менялись, преобладающими антителами являлись sIgA и IgE. В возрасте 1 мес. уровень sIgA составил 0,28 (0,08-0,44) мг/мл, в возрасте 6 мес. – 0,16 (0,69-0,43) мг/мл, в возрасте 12 мес. – 0,24 (0,11-0,63) мг/мл; уровень IgG составил соответственно 0,07 (0,05-0,09) мг/мл, 0,06 (0,05-0,08) мг/мл, 0,06 (0,06-0,08) мг/мл; уровень IgE - 0,4 (0,21-0,52) нг/мл, 0,38 (0,19-0,64) нг/мл, 0,42 (0,29-1,61) нг/мл.

На слизистой носа отмечалось постепенное нарастание содержания всех классов иммуноглобулинов, при этом преобладающим на протяжении всего первого года жизни был IgG. В возрасте 1 мес. уровень sIgA составил 0,84 (0,54-2,44) мг/мл, в возрасте 6 мес. – 1,79 (0,36-3,09) мг/мл, в возрасте 12 мес. – 2,36 (1,09-2,94) мг/мл; уровень IgG составил

соответственно 2,37 (1,04-7,95) мг/мл, 4,21 (2,38-9,35) мг/мл, 5,54 (2,38-9,35) мг/мл; уровень IgE - 0,53(1,34-12,32) нг/мл, 0,87 (0,33-1,26) нг/мл, 1,90 (0,41-1,80) нг/мл.

Сопоставление данных антительной защиты на различных участках верхних дыхательных путей показало, что на протяжении первого года жизни уровни всех иммуноглобулинов на слизистой носа достоверно превышали таковые на слизистой ротоглотки: отмечалось более чем десятикратное превышение уровней sIgA и IgG, трехкратное превышение уровня IgE.

Таким образом, у доношенных детей антительная защита слизистых оболочек верхних дыхательных путей характеризуется постепенным нарастанием содержания sIgA, IgG, IgE на слизистой носа в течение всего первого года жизни, что свидетельствует об активации адаптивных защитных факторов. На слизистой ротоглотки отмечается более низкий уровень защитных антител и стабильность их концентрации на протяжении всего первого года жизни, что может быть расценено как проявление толерантности на пищевые антигены. Имеются особенности в спектре антител в зависимости от локализации: на слизистой ротоглотки превалирующими являются sIgA и IgE, на слизистой носа превалирует IgG.

Изучение характера цитокиновой регуляции на слизистых верхних дыхательных путей показало, что на протяжении первого года жизни уровень всех изучаемых цитокинов практически не менялся. При этом на слизистой ротоглотки наблюдалось преобладание IF-γ, в то время, когда на слизистой носа преобладали IL-1β и IF-γ. На слизистой ротоглотки в возрасте 1 мес. уровень IL-1β составил 3,32 (1,70-5,47) пг/мл, в возрасте 6 мес. – 3,76 (1,90-6,10) пг/мл, в возрасте 12 мес. – 3,36 (2,54-5,26) пг/мл; уровень IF-γ составил соответственно 11,90 (8,68-17,64) пг/мл, 12,18 (9,03-17,64) пг/мл, 12,16 (6,26-17,13) пг/мл; уровень THFα - 0,53(1,34-12,32) пг/мл, 0,87 (0,33-1,26) пг/мл, 1,90 (0,41-1,80) пг/мл.

На слизистой носа в возрасте 1 мес. уровень IL-1β составил 13,40 (6,51-75,50) пг/мл, в возрасте 6 мес. – 11,61 (6,75-22,93) пг/мл, в возрасте 12 мес. – 10,14 (3,31-28,51) пг/мл; уровень IF-γ составил соответственно 10,46 (5,54-18,26) пг/мл, 17,45 (8,19-27,50) пг/мл, 14,49 (11,75-19,87) пг/мл; уровень THFα – 2,61(1,69-4,06) пг/мл, 3.99 (2,87-6,30) пг/мл, 2,27 (1,01-2,97) пг/мл.

Сопоставление показателей содержания цитокинов на различных участках верхних дыхательных путей показало трехкратное преобладание уровня IL-1β на слизистой носа по сравнению с таковым на слизистой ротоглотки.

Следовательно, ведущим цитокином, формирующим направленность иммунного реагирования на слизистой оболочке верхних дыхательных путей (нос и ротоглотка), является IF-γ. При этом на слизистой носа на первом году жизни наблюдается более бурный

иммунный ответ: изначально высокий уровень IL-1β свидетельствует об активном формировании иммунного реагирования по Th2-пути; повышение в возрасте 6 месяцев жизни уровня IF-γ указывает на активацию интерфероновой защиты.

Таким образом, у здоровых доношенных детей имеются определенные особенности формирования иммунной системы верхних дыхательных путей. Так, на слизистой носа в течение первого года жизни происходит активация иммунной системы по Th2-пути (активизируется гуморальный путь), сопровождающаяся увеличением уровней sIgA, IgG, IgE. В возрасте 6 месяцев жизни происходит подключение иммунных механизмов противовирусной защиты (IF-γ). Характер иммунного реагирования на слизистой ротоглотки в течение первого года жизни практически не меняется, что свидетельствует о сформированности местного иммунитета ротоглотки уже к первому месяцу жизни и развитии иммунологической толерантности. Преобладание на слизистой ротоглотки IF-γ указывает на преимущественную активацию противовирусной защиты.

Представляется возможным использовать полученные результаты в организации мероприятий по оптимизации процессов становления местного иммунитета верхних дыхательных путей и укреплению здоровья детей первого года жизни.

КАМАЛОВ Э.М., АМИРОВА В.Р., ГРЕШИЛОВ А.А., КУЗНЕЦОВА Ж.Р., БОГДАНОВА С.Ю., БРЮХАНОВА О.А., АРИНАРХОВА О.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В УСЛОВИЯХ МЕЖРАЙОННОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

МБУЗ Клинический родильный дом №4, г. Уфа

Недоношенные дети представляют собой одну из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Актуальность изучения проблемы недоношенности в Российской Федерации существенно возросла в последнее время в связи с внедрением в 2012 году новых критериев живорождения, рекомендуемых ВОЗ.

Сегодня в большинстве промышленно развитых стран мира недоношенными рождается 5-12,5% детей. По данным ВОЗ (2012г.), частота рождения детей недоношенными составляет более 10% (около 15 миллионов детей ежегодно), а в некоторых наиболее бедных регионах планеты этот показатель может достигать 20%. В Российской Федерации в последние десятилетия не менее 9-10% детей рождаются недоношенными и с низкой массой тела (Баранов А.А., 2012). При этом частота рождения детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) составляет 1-1,5%, с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) – 0,4-0,5%. Именно на недоношенных новорожденных приходится 70% неонатальной заболеваемости и 75% неонатальной смертности.

В приводимой публикации представлен опыт работы межрайонного перинатального центра (МПЦ) Республики Башкортостан (Клинический родильный дом №4 г. Уфа) по выхаживанию новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ.

Клинический родильный дом №4 оказывает высококвалифицированную медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным группы высокого перинатального риска из г. Уфы и 14 территорий Республики Башкортостан. Кроме того, МПЦ оказывает консультативную, диагностическую и лечебную помощь всем проживающим в республике беременным женщинам, имеющим заболевания сердечно-сосудистой системы (врожденные, приобретенные пороки сердца, гипертоническая болезнь и др.).

Ежегодно в стенах МПЦ рождается более 7 000 детей, 10% из которых являются недоношенными. В 2012-2013гг. в перинатальном центре родилось 95 детей с ЭНМТ и 81 ребенок с ОНМТ.

Респираторный дистресс-синдром (РДС) является одной из главных причин заболеваемости и неблагоприятных исходов у детей с ЭНМТ и ОНМТ. Своевременная профилактика и адекватная терапия РДС, проводимые с позиций доказательной медицины, позволяют снизить частоту и тяжесть патологии. Алгоритмы лечебно-профилактических мероприятий отражены в разработанных в МПЦ протоколах антенатальной профилактики РДС и введения сурфактанта. В работу учреждения внедрена и с успехом используется тактика «продленного раздувания легких», раннего CPAP/PEEP, неинвазивного введения сурфактанта детям с ЭНМТ в условиях родильного зала. Транспортировка глубоко недоношенных новорожденных из родильного зала проводится в пластиковой пленке в транспортной системе «AVIATOR» с респираторной поддержкой. Оснащение отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных высококлассной дыхательной аппаратурой позволяет проводить ИВЛ с учетом современных концепций респираторной терапии: традиционная, неинвазивная, высокочастотная вентиляция легких, назальный CPAP.

Одной из патологий, усугубляющих тяжесть состояния глубоко недоношенных детей, является функционирование открытого артериального протока (ОАП). Для медикаментозного закрытия ОАП под контролем эхокардиографии используется ибупрофен для внутривенного введения. Медикаментозная терапия гемодинамически значимого ОАП показала свою высокую эффективность (более 70%) и низкий процент осложнений.

В целях ранней диагностики характера и тяжести патологии ЦНС в МПЦ широко используются ультразвуковое исследование головного мозга, допплерографическое исследования сосудов головного мозга, амплитудно-интегрированная электроэнцефалография.

Ретинопатия недоношенных (РН) остается одной из серьезных проблем современной педиатрии. Это тяжелое вазо-пролиферативное заболевание сетчатки является ведущей причиной детской слепоты в развитых странах мира. Внедрение в работу МПЦ ретинальной педиатрической системы (цифровой фундус-камеры) позволяет объективно оценить состояние глазного дна у детей с РН, проводить раннюю диагностику и динамическое наблюдение за течением заболевания, своевременно решать вопрос о необходимости хирургического вмешательства.

Вскармливание новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ проводится в соответствие с созданными в МПЦ протоколами энтерального и парентерального питания, предусматривающими принципы поддержки грудного вскармливания, обеспечения «минимального» энтерального (трофического питания), парентерального питания с

«форсированной дотацией нутриентов», использование обогатителей грудного молока и специализированных смесей.

В целом использование современных неонатальных технологий позволило повысить выживаемость новорожденных с ЭНМТ более чем в 2 раза: до 2012г. выживало около 30%, в 2012-2013гг. - 65% детей. Выживаемость новорожденных с ОНМТ в последние годы составляет 90-95%.

Таким образом, разработка и широкое внедрение в медицинскую практику современных технологий по выхаживанию и лечению новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ позволит снизить показатели младенческой смертности, улучшить отдаленные исходы и повысить качество жизни этого контингента детей.

МУТАЛОВ А.Г., ШИРЯЕВА Г.П., ШАГАРОВА С.В., САЛИМОВА Л.Я.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РОЖДАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Башкирский государственный медицинский университет

Медико-демографическая ситуация в России с конца XX века характеризуется целым рядом неблагоприятных тенденций: снижением рождаемости, ростом младенческой и детской смертности, высоким уровнем материнской смертности. Современные параметры рождаемости в России меньше требуемого для положительного прироста населения почти в 2 раза, детское население за последние 5 лет сократилось на 12,3%. Растет заболеваемость девочек-подростков. Только за последние годы уровень заболеваемости возрос на 17,2%. Рост обусловлен, прежде всего, болезнями эндокринной системы, психическими расстройствами и расстройствами поведения, новообразованиями, врожденными аномалиями развития.

Таблица 1

Динамика показателей рождаемости в Республике Башкортостан за 2009-2013 гг.

годы	Число родившихся (в тыс.)	Коэффициент рождаемости (на 1000 населения)	Число умерших (в тыс.)	Коэффициент смертности (на 1000 населения)
2009	55,6	13,7	53,2	13,1
2010	57,1	14,0	54,5	13,4
2011	56,0	13,8	54,4	13,4
2012	39,0	13,3	63,0	13,3
2013	59,4	14,6		13,2

Коэффициент рождаемости в 2013 году в Республике Башкортостан составил 14,6 на 1000 населения, что превысило коэффициент смертности. Уровень рождаемости по муниципальным образованиям республики значительно варьировал и отличался в 2,0 раза, между самым высоким и низким показателями.

Около 40% детей рождаются больными или заболевают в периоде новорожденности. Из общего числа умерших до года половина детей (51,9%) родились при сроке беременности до 37 недель. Из общего числа умерших до года - дети с нормальным весом при рождении составили (47,3%). Из общего числа умерших до года 52,7% имели низкую массу тела при

рождении (до 2,5 кг). Из них с ЭНМТ (до 1000,0 грамм) – 50,2%, с ОНМТ (от 1000,0 грамм до 1500,0 грамм) – 5,4%, с массой от 1,5 до 2,5 кг – 34,4%.

Таблица 2

Отдельные причины младенческой смертности в Республике Башкортостан за 2009 – 2013 годы (данные Госкомстата РБ на 10 тысяч родившихся)

причины смерти	годы				
	2009	2010	2011	2012	2013
Отдельные состо-яния перинаталь-ного периода	30,0	36,0	35,1	42,6	41,5
Врожденные аномалии	17,7	10,9	19,1	14,9	16,7
Болезни органов дыхания	4,5	3,2	3,2	5,9	6,1
Инфекционные болезни	1,3	1,4	0,4	0,7	0,3
Травмы, отравления	2,5	2,1	1,2	2,7	1,2

В 2012 году отмечается снижение общей заболеваемости новорожденных по сравнению с 2008 годом на 14,9%. Ведущие места в структуре заболеваемости новорожденных занимают внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах (36,1%), респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде (19,1%), неонатальная желтуха (18,3%). Общая заболеваемость новорожденных в РБ снизилась за 5 лет на 26,4%. Заболеваемость недоношенных детей за анализируемый период снизилась на 10,9%. Таким образом, заболеваемость новорожденных по-прежнему остается высокой и составляет 19-23 %, половина из которых имеет гипоксическое поражение ЦНС, внутриутробное гипоксическое повреждение ЦНС. За последние годы наблюдается увеличение числа детей имеющих клинику врожденной пневмонии и длительно протекающей желтухи новорожденных.

В соответствии с международными рекомендациями в России на протяжении 15 лет проводится массовое обследование новорожденных на фенилкетонурию и врожденный гипотериоз. В настоящее время в национальном проекте «Здоровье» предусмотрено расширение неонатального скрининга и проводится обследование новорожденных на галактоземию, муковисцидоз и адреногенитальный синдром, а также аудиологический скрининг детей первого года жизни. Для этих целей обновлено оборудование для неонатального скрининга, в субъекты РФ поставлены диагностические тест-системы. Неонатальный скрининг позволяет обеспечить раннее выявление и своевременное лечение заболевания, остановить развитие его тяжелых проявлений, ведущих к инвалидности.

Эффективным методом раннего выявления и профилактики инвалидности при наследственных болезнях обмена веществ является неонатальный скрининг, охват новорожденных которым в 2012-13 годах составил 99,9%. В 2012 году проведена диспансеризация 837,5 тыс. детей и 58,0 тыс. беременных женщин.

Вместе с тем, в связи с переходом на новые критерии рождения, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, за 12 месяцев 2012 года младенческая смертность выросла на 17,9% и составила 7,9 человек на 100 детей, родившихся живыми, что на 11% ниже среднероссийского показателя. В структуре младенческой смертности на первом месте находятся отдельные состояния перинатального периода.

В структуре перинатальной смертности первое место занимают внутриутробные инфекции у новорожденного, 1-2% новорожденных, после проведения комплекса реанимационных мероприятий в родильном зале, нуждаются в непрерывном наблюдении и уходе в палате интенсивной терапии. Коренное изменение ситуации с младенческой смертностью требует интенсификации процесса оказания стационарной помощи, улучшения качества диагностики и лечения, диспансерного наблюдения детей и беременных женщин на всех этапах оказания медицинской помощи.

Таблица 3

Мертворождаемость (на 1000 родившихся живыми и мертвыми) по данным учреждений родовспоможения

Годы	2008	2009	2010	2011	2012	2013
мертворождаемость	4,5	4,5	4,1	4,3	5,7	5,9
антенатальная смертность	3,8	3,8	3,3	3,8	5,1	-
интранатальная смертность	0,7	0,7	0,8	0,6	0,5	-

Высокие показатели мертворождения наблюдались в Архангельском, Кушнаренковском, Благоварском районах (185, 125,0, 14,3 соответственно).

В республике для обеспечения круглосуточной лечебно-консультативной помощью беременных, рожениц в Республиканской клинической больнице им. Г.Г. Куватова создан акушерско-гинекологический реанимационно-консультативный центр.

На базе Республиканской детской клинической больницы действует детский реанимационно-консультативный центр, который осуществляет круглосуточное дистанционное наблюдение за детьми, с выездом и транспортировкой при необходимости, там же с 2001 года функционирует республиканский неонатальный центр, включающий

отделение реанимации новорожденных, патологии новорожденных, хирургии новорожденных.

Таблица 4

Смертность и летальность новорожденных, родившихся массой тела 500-999г.

наименование заболеваний	смертность (на 1000 родившихся живыми)		летальность (%)	
	2012	2013	2012	2013
родовая травма	0	4,5	0	100,0
внутрижелудочковые кровоизлияния	59,5	85,6	31,4	35,2
внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	86,5	63,1	18,0	12,2
дыхательное расстройство у новорожденного (дистресс)	118,9	72,1	14,9	9,1
инфекции перинатального периода	140,5	130,6	83,9	72,5
врожденные аномалии	10,8	0	33,3	0
ВСЕГО по РБ	432,4	373,9	43,2	37,4

Имеется стабильная тенденция к увеличению числа детей приложенных к груди матери в родзале в первые полчаса жизни, что имеет прямую зависимость от числа нормальных родов и квалифицированного оказания первичной помощи новорожденным в родзале. Дети, извлеченные путем кесарева сечения, сразу после рождения прикладываются к груди в операционной, при эндотрахеальном наркозе получают молозиво в первый час жизни. Значительно возросло число детей, находящихся на полном грудном вскармливании при выписке из родильного дома (99%), искусственное питание получают только “отказные” дети и дети от ВИЧ инфицированных матерей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственные доклады по состоянию здравоохранения РБ за 2011-2013гг.
2. Статистические отчеты МЗ РБ за 2011-2013гг.

НАГАЕВ Р.Я., АХМЕРОВА С.Г., СЕМЕНОВА З.Х.

РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ПОТРЕБНОСТИ ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г.Уфа

В современных условиях развитие специализированной подростковой службы должно идти в направлении обеспечения адекватного пубертатного развития, с учетом особенностей состояния здоровья и образа жизни контингента, решения широкого спектра медико-социальных проблем.

В соответствии с приказом МЗ РФ от 5 мая 1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста», а также приказом Минздравсоцразвития «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» (от 16.04.2012 г. № 366н) в структуре детской поликлиники предусматривается наличие отделения/кабинета медико-социальной помощи (МСП).

На заседании Координационного совета при Президенте по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы было подчёркнуто, что по сравнению с 2011 годом, почти в два раза увеличилось количество кабинетов медико-социальной помощи. Эта мера способствовала снижению числа детей с психическими и эмоциональными расстройствами и уменьшению в два раза за пять лет числа подростковых суицидов. По итогам диспансеризации 2013 года среди детей 15–17 лет число абсолютно здоровых подростков увеличилось на 6%, на 5% стало меньше подростков, имеющих хронические заболевания.

Нами проведен анализ показателей, характеризующих деятельность и ресурсное обеспечение отделений МСП детских поликлиник/амбулаторий Республики Башкортостан за три года. Анализ проводился по данным ежегодных статистических отчетов подростковой службы, отчетным формам № 30, № 31, ежегодным статистическим сборникам.

В настоящее время в Республике Башкортостан на 29 территориях организованы медико-социальные отделения и кабинеты, 5 специализированных Центров здоровья для детей, шесть Клиник, дружественных к молодежи.

Анализ кадрового обеспечения показывает, что, несмотря на увеличение числа кабинетов и отделений МСП для детей и подростков, происходит сокращение ставок как медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), так и психологов и социальных работников (табл. 1).

Снижается занятость специалистов. Коэффициент совмещения среди медицинских работников составляет 1,1, среди психологов – 1,05. Наиболее низкий коэффициент совмещения определен среди социальных педагогов (1,01). Следует отметить, что в штате кабинетов и отделений МСП отсутствуют ставки юриста (юрисконсульта). При необходимости на договорной основе необходимую консультативную помощь оказывает юрист детской поликлиники.

Таблица 1

Кадровое обеспечение медико-социальных кабинетов и отделений

Должность	2010 год		2011 год		2012 год	
	Выделено	Занято	Выделено	Занято	Выделено	Занято
Врач-педиатр	50,25	50,25	48,5	39,75	43,75	36,25
Медсестра	67,75	67,75	48,5	38,0	51,00	46,50
Психолог	45,0	45,0	41,0	38,5	48,50	44,0
Социальный работник	31,75	31,75	26,75	23,75	28,75	28,00
Психотерапевт	3,5	3,5	1,0	1,0	3,00	2,00
Всего	198,25	198,25	169,0	144,0	175,00	156,75

Анализ работы различных структур, оказывающих медико-социальную помощь подросткам, выявил различия в приоритетах деятельности отделений и кабинетов МСП при детских поликлиниках, центров здоровья и Клиник, дружественных к молодежи.

Отделения и кабинеты МСП при детских поликлиниках основной акцент делают на медико-социальном патронаже неблагополучных семей, детей, находящихся в трудных жизненных условиях и детей-сирот, выявлении поведенческих нарушений и различных форм проявления социального неблагополучия в семьях, профилактику суицидальных тенденций у детей и подростков. Во всех кабинетах и отделениях МСП ведется регистр семей и детей, попавших в неблагоприятные условия жизни, проводится обеспечение межведомственного взаимодействия по охране жизни и здоровья детей. В ряде отделений подростки могут записаться на консультацию к подростковому акушеру-гинекологу, урологу-андрологу.

Основными задачами Центров здоровья для детей является выявление факторов риска развития соматической патологии, проведение скрининговых обследований, информационная поддержка мер, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни.

Специалистами Клиник, дружественных к молодежи, особое внимание уделяется проблемам репродуктивного здоровья подростков, планирования семьи, подготовке к осознанному родительству. На базе КДМ подростки могут пройти обследование у врача

акушера-гинеколога, врача детского уролога-андролога, получить консультацию по гигиене пола, контрацепции, профилактике заболеваний, передающихся при половых контактах, ВИЧ-инфекции. Психологами проводятся тренинги по решению проблем в семейных отношениях, повышению коммуникативных навыков.

Таким образом, практически нереализованным остается такой пласт работы с подростками, как формирование здорового образа жизни, врачебно-профессиональное консультирование, включая определение профпригодности и медицинское обеспечение профессиональной ориентации подростков, организация социально-правовой работы, медицинское обеспечение приписки и призыва юношей на воинскую службу, обеспечение адекватного лечения и поддержки подросткам с хроническими заболеваниями и инвалидностью, профилактика, раннее выявление потребления психоактивных веществ и др.

Анкетный опрос врачей медицинских организаций, обслуживающих детское и подростковое население, показал, что в совершенствовании сегодня нуждается система оздоровления подростков (62,4%), реабилитация (43,2%), система их профилактических осмотров (37,4%). 98,4% респондентов считают, что в детских поликлиниках необходимо создать центр подростковой медицины или медико-социальную службу по работе с подростками.

По мнению 73,8% респондентов создание отделений профилактической работы и медико-социальной реабилитации необходимо для улучшения качества медицинской помощи и уменьшения нагрузки на участковых врачей. 86,9% респондентов считают необходимым введение в подростковую службу детской поликлиники представителей военкоматов, психологов, специалистов по социальной работе, юристов, наркологов. В данном центре должны быть предусмотрены ставки: психолога (отметили 84,3% респондентов), социального педагога (81,3%), социального работника (78,6%), подросткового гинеколога (96,9%), подросткового нарколога (82,4%), юриста (72,6%).

Большинство врачей считают, что после профилактических осмотров подростков дальнейшие лечебные и реабилитационные мероприятия либо не проводятся (на данный факт указало 43,2% врачей), либо, по мнению 26,4% врачей, проводятся не в полном объеме. Поэтому оздоровительные и реабилитационные мероприятия, рекомендованные подростку по итогам медицинских осмотров, наши респонденты предлагают организовывать на базе подростковых центров. 37,2% врачей считают, что на специалистов подростковых центров можно возложить информирование родителей о состоянии здоровья подростка.

Опрос подростков выявил, что 82,4% подростков заинтересовано в посещении такого центра. Большинство подростков (86,8%) считают, что требования, которые

предъявляет к ним общество, их образ жизни, поведение и потребности соответствуют особенностям взрослого человека. 72,4% подростков считают, что в их возрасте в большей степени нужна не лечебно-оздоровительная помощь, а медико-социальная, консультации и коррекция образа жизни и поведения. Поэтому им предпочтительнее было бы решать медико-социальные и психологические проблемы в отдельном центре.

Таким образом, выявлена потребность в создании специального комплексного центра, на базе которого могли бы быть решены проблемы медицинского, педагогического, социального и юридического профиля, связанные со специфическими особенностями развития подростков.

Перспективным направлением оптимизации системы медицинского обеспечения и медико-социальной помощи подросткам и молодежи, увеличения объема и придания приоритетного характера превентивным мерам, могло бы стать создание на базе детских амбулаторно-поликлинических организаций подросткового центра, объединяющего в себя функции отделения медико-социальной помощи детской поликлиники и подразделения по типу модели «Клиника, дружественная к молодежи».

САКАЕВА Г.Д., ЭТКИНА Э.И., ГУРЬЕВА Л.Л., ОРЛОВА Н.А., ФАЗЫЛОВА А.А., Ф.ФАТКУЛЛИНА Р.Ш., УХАНОВА Д.П., ФРЕНКИНА Г.А.

РОЛЬ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ПОРАЖЕНИИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ.

Башкирский государственный медицинский университет

Герпесвирусные инфекции (в том числе цитомегаловирусная (ЦМВ) и Эпштейн-Барр вирусная инфекции (ВЭБ)) относятся к наиболее распространенным инфекционным заболеваниям среди детского населения. В настоящее время известно, что к 5-летнему возрасту около 60% детей инфицировано какими-либо герпесвирусами, а к подростковому возрасту – около 90% детей. Клинические проявления герпесвирусных инфекций часто обладают выраженным полиморфизмом и требуют в определенных случаях обширного диагностического поиска.

Цель исследования: изучение этиологичеких факторов и особенностей течения неревматических миокардитов у детей на фоне заболеваний респираторного тракта.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 23 ребенка в возрасте от 1 до 12 лет с неревматическим миокардитом на фоне заболевания органов дыхания, находившихся на лечении в I и II педиатрических отделениях Клиники ГБОУ ВПО «БГМУ» МЗ РФ. Всем пациентам было проведено необходимое клинико-лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови) и инструментальная диагностика (рентгенография органов грудной клетки, элекрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХО-КГ)) с целью постановки диагноза и подтверждения сопутствующей патологии. Для определения этиологического фактора были проведены исследования анализов крови на маркеры Herpesviridae.

Результаты и обсуждение. Обследованные дети были госпитализированы по поводу заболеваний органов дыхания. У 52,1% пациентов имело место поражение бронхиального дерева в виде простого или обструктивного бронхита, у 30,4% - выявлена пневмония. Оставшиеся дети переносили острое респираторное заболевание. Данные клинического осмотра и дополнительного обследования у 91,3% обследованных детей характеризовались типичными проявлениями бронхолегочной патологии и неревматического миокардита, у 2 детей (8,7%) - сопутствующее поражение сердечно-сосудистой системы протекало по типу миоперикардита. В 95,7% случаев отмечалось средне-тяжелое течение миокардита, у одного ребенка - тяжелое течение миоперикардита. Кардиоторакальный индекс по данным рентгенологического обследования детей составил 54±2,3%, фракция выброса по данным ЭХО-КГ- 56±4,7. При анализе биохимических

показателей крови выявлены признаки воспалительной активности: С-реактивный белок (52,4±8,4 мг/мл), серомукоды (38,2±12,3 Ед). У 78,2% детей отмечалось повышение показателей АЛТ и АСТ и составило: 54±7,2 Ед/л и 67±14,3 Ед/л соответственно. Маркеры повреждения миокарда (КФК-МВ, ЛДГ) у всех детей выходили за пределы допустимых величин и составили: 67±29,4 Ед/л и 580±64,7 Ед/л соответственно. По данным ЭКГ выявлялись следующие изменения: снижение вольтажа зубцов в основных отведениях (82,6%), синусовая аритмия и синусовая тахикардия (91,3%), брадиаритмия (4,3%), наджелудочковые экстрасистолии (8,6%). Нарушение процессов реполяризации выявлено у всех обследованных пациентов. Маркеры цитомегаловирусной инфекции выявлены в сыворотке крови у 5 детей (21,7% обследованных), в том числе у 4 детей были обнаружены только IgG, которые значительно превышали допустимые значения и характеризовали латентную фазу инфекции (индекс авидности более 60%). Маркеры Эпштейн-Барр вирусной инфекции определялись у 9 пациентов (39,1%), причем у трех из них выявлены антитела VCA IgM, которые свидетельствовали об активном процессе. Латентная фаза герпес-вирусной инфекции ВПГ1 (IgG в титре 1:3200) отмечалась у 17,3% детей. У каждого пятого ребенка выявлялись сочетанные герпесвирусные поражения (ЦМВ и ВЭБ инфекция или ВЭБ и ВПГ 1).

Обследованные дети получали этиопатогенетическую терапию (антибактериальную и/или специфическую вироцидную) по поводу основного заболевания и сопутствующей патологии. Базисная терапия при ЦМВ-инфекции включала препарат Неоцитотек (курс из 3-5 внутривенных инфузий), при ВЭБ-инфекции – препарат инозин пранобекс (Изопринозин) в комбинации с препаратами ИФН (Виферон 1, 2). В полном объеме проводилась кардиотрофическая и посиндромная терапия. Все пациенты были выписаны из стационара с положительной динамикой по данным клинического и лабораторно-инструментального обследования.

Выводы: полное комплексное обследование детей с заболеваниями органов дыхания и неревматическими миокардитами с уточнением этиологического фактора позволяет проводить целенаправленное лечение с достижением оптимального результата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология.- М., 2004.- 600 с.
2. Дроздова М.В., Тырнова Е.В. Клинико-лабораторный мониторинг хронической Эпштейна-Барра вирусной инфекции у детей с лимфопролиферативным синдромом. Российская оториноларингология, №6, 2008 г., с.50-55.

3. Емельянова, Г.А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики [Электронный ресурс] / Г.А. Емельянова, Т.С. Мякенькая. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411353.html.
4. Котлова В.Б. Перинатальная Эпштейна-Барр вирусная инфекция. Вестник новых медицинских технологий. 2013 г., Т.XX., №2., с. 94-97.
5. Осидак Л.В., Образцова Е.В. Результаты изучения включения препарата инозин пранобекса в терапию острых ресрираторных вирусных инфекций у детей. Лечащий врач., №10, 2012 г., с. 1-4.

САМИГУЛЛИНА Н.В., ФАЙЗУЛЛИНА Р.М., ТЕВДОРАДЗЕ С.И., КАЗАКОВАИ.В.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГБОУ ВПО Башкирский Государственный Медицинский Университет МЗ РФ,
ГБУЗ РБ Больница Скорой Медицинской Помощи г.Уфа

Бронхиальная астма (БА)- одно из самых частых хронических заболеваний детского возраста, которое на ранней стадии часто остается нераспознанным и нередки случаи поздней диагностики [1]. В основе патогенеза БА лежит генетическая предрасположенность к атопии, гиперреактивность бронхов, сенсибилизация организма, иммунные и нейроэндокринные нарушения, которые реализуются под влиянием разнообразных факторов внешней среды, приводя к развитию и прогрессированию аллергического воспаления дыхательных путей [2].

Целью нашего исследования было изучение иммунологических показателей у детей при бронхиальной астме и здоровых детей, перенесших в раннем возрасте повторные эпизоды бронхиальной обструкции.

Для реализации цели исследования нами было проведено комплексное иммунологическое обследование 52 ребенка с верифицированным диагнозом БА в период клинической ремиссии в возрасте от 0 до 15 лет, находящихся на диспансерном учете у аллерголога (основная группа). В качестве контроля было обследовано 48 клинически здоровых детей, перенесших в раннем возрасте повторные эпизоды бронхиальной обструкции, не имевших на момент обследования каких-либо жалоб со стороны респираторной системы.

Всем детям было проведено комплексное лабораторное обследование- общеклинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови. Исследовались уровни общего и специфических IgE в сыворотке крови. Кроме того, всем пациентам проводилась оценка показателей клеточного и гуморального иммунитета и неспецифической резистентности организма: определение основных классов иммуноглобуллинов, абсолютного и относительного количества Т- и В-лимфоцитов, фагоцитарной активности нейтрофилов, показателей НСТ-теста (завершенности фагоцитоза) и фагоцитарного числа.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием статистической программы «Statistica 6.0» (StatSoft).

Анализ полученных результатов показал снижение относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов (54,16±5,62) у детей с БА по сравнению со здоровыми детьми (73,27±5,23) ($p<0,05$). Одновременно у больных детей наблюдается увеличение количества

В-лимфоцитов. Выявленные нарушения характеризуют выраженное угнетение Th-1типа иммунного ответа и преобладание Th-2 типа иммунного ответа.

Исследование факторов гуморального иммунитета выявило снижение уровня иммуноглобуллина А, повышение уровня иммуноглобуллина G и усиление образования циркулирующих иммунных комплексов у пациентов с БА по сравнению со здоровыми детьми ($p<0,05$).

При исследовании показателей неспецифической резистентности было выявлено снижение фагоцитарной активности нейтрофилов (43,81±4,28), снижение фагоцитарного числа (4,1±1,02) и снижение показателей НСТ-теста (32,34±5,44) у детей с БА по сравнению со здоровыми детьми, также при БА отмечено значительное снижение переваривающей способности фагоцитов.

В основной группе наблюдалось повышение уровня общего иммуноглобуллина Е у 41 (79)% больных, в контрольной группе – у 4 (8%) ($p<0,05$).

При исследовании спектра сенсибилизации у детей с бронхиальной астмой на первом месте была выявлена бытовая сенсибилизация (65% детей), на втором месте – эпидермальная сенсибилизация (42% пациентов), на третьем месте- пищевая сенсибилизация (26% детей), пыльцевая сенсибилизация была установлена у 13 % пациентов, также у одного ребенка была выявлена грибковая сенсибилизация. Лишь у 9% детей была установлена сенсибилизация к 1 аллергену (моновалентная сенсибилизация), у 18 % детей выявлена сенсибилизация к 2 аллергенам (бивалентная сенсибилизация), у большинства - 67% детей выявлена сенсибилизация к нескольким аллергенам (поливалентная сенсибилизация), у 5% пациентов выявить причинно-значимый аллерген не удалось.

Таким образом, у детей с бронхиальной астмой установлено повышенное содержание общего иммуноглобуллина Е, поливалентная сенсибилизация и, кроме того, наблюдаются достоверно значимые нарушения со стороны морфологического и функционального состояния клеточного, гуморального и неспецифического звеньев иммунной системы, что может способствовать прогрессированию заболевания и нарушению качества жизни ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство/ В.К. Таточенко.- новое изд., доп.- М.: «ПедиатрЪ», 2012.- 480 с.
2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика».- 4-е изд., перераб. и доп.- Москва: Оригинал-макет, 2013.- 184 с.

ЧУРБАКОВА О.В.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С У ДЕТЕЙ В 2012Г. -2013Г.Г. В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Проблема вирусных гепатитов, в том числе с парентеральным механизмом передачи возбудителей, сохраняет свою актуальность как для Российской Федерации, так и для Самарской области (Трипак, 2012). Особенно настораживает факт «омоложения» хронических вирусных гепатитов. В этиологической структуре вирусные гепатиты у детей занимают ведущее место. Хронические вирусные гепатиты В и С (ХГВ и ХГС) – серьезная медицинская и социальная проблема. Среди указанных заболеваний наибольшую опасность сегодня представляют хронические, а не острые гепатиты В и С (Шульгина Н.И., 2012). Для современного этапа эволюции вирусных гепатитов у детей характерно снижение заболеваемости ХГВ (хронический вирусный гепатит В) на фоне повышения заболеваемости ХГС (хронический вирусный гепатит С). Показатели заболеваемости населения вирусным гепатитом является важным для оценки эпидемиологической обстановки как по стране, так и в отдельном регионе.

Нами была проанализирована заболеваемость хроническими вирусными гепатитами В и С у детей в 2012-2013 годы в Самарской области.

Наметившаяся тенденция снижения заболеваемости в 2003 году хроническим гепатитом В детского и взрослого населения продолжается по настоящее время. Одной из главных причин снижения заболеваемости гепатитом В у детей явилась вакцинопрофилактика детей и подростков против вирусного гепатита В в рамках национального календаря профилактических прививок, которая проводится в Российской Федерации с 2001г. При анализе общей заболеваемости детей с хроническим вирусным гепатитом В (ХГВ) в Самарской области в 2012 и 2013 годах заболеваемость составила 42,1 и 47,7 на 100 тыс. населения соответственно. В 2013 году произошел рост заболеваемости на 11,7% по отношению к 2012 году. При этом впервые заболевших детей от 1 года до 14 лет в 2012 и 2013 годах зарегистрировано 13,51 и 12,62 на 100 тыс. населения соответственно, 15-18 лет – 28,59 и 35,08 на 100 тыс. населения.

В 2013 году в детское инфекционное отделение ГКБ №2 им. Н.А. Семашко с диагнозом гепатита В было госпитализировано 2 ребенка, что на 80% меньше, чем в 2012 году. На амбулаторном приеме в консультативно-диагностическом кабинете при ГКБ №2

проконсультировались 75 детей. Это на 37,5% меньше числа обратившихся за консультацией, чем в 2012 году.

Доля гепатита В в структуре острых гепатитов у детей постоянно снижается в связи с проведением вакцинации и в настоящее время составляет не более 5-10%, однако в структуре хронических гепатитов HBV-инфекция по-прежнему доминирует, составляя около 50% (Каплина Н.А., Шабунина Е.И., Жукова Е.А., 2008; Учайкин В.Ф., 2001).

В отличие от хронического ГВ, доля ХГС в этиологической структуре хронических вирусных гепатитов неуклонно растет, что приводит к увеличению роли вируса ГС в этиологии первичного рака печени (Шахгильдян И.В., Ершова О.Н., Михайлов М.И. и др., 2011). Как и по всей стране, после 2005 в Самарской области начался рост заболеваемости хронического гепатита С у детей.

Общая заболеваемость хроническим гепатитом С детей в 2012 и 2013 годах составила 97 и 110,55 на 100 тыс. населения соответственно. В 2013 году произошел рост заболеваемости детского населения на 12,3% по отношению к 2012 году. При этом заболеваемость среди детского населения до года 7,69 и 10,22 на 100 тыс. населения, от 1 до 14 лет – 26,53 и 24,78 на 100 тыс. населения, 15-19 лет – 62,78 и 75,55 на 100 тыс. населения в 2012 и 2013 годах соответственно. В этиологической структуре хронических вирусных гепатитов у детей из года в год возрастает доля хронического гепатита С (Д.А. Джаррахова, 2012; Садовникова И.В., 2008).

В 2013 году количество госпитализированных детей в ДИО ГКБ №2 им. Н.А. Семашко с гепатитом С составило 30 человек, это на 30,2% меньше госпитализированных, чем в 2012 году. На амбулаторном приеме в консультативно-диагностическом кабинете при детском инфекционном отделении ГКБ №2 им. Н.А. Семашко проконсультировались 264 человек, что на 14,4% меньше количества побывавших на консультации, чем в 2012 году.

Наибольший прирост заболеваемости в 2012 и 2013 годах среди детского населения отмечался в возрасте от 15-19 лет как при хроническом гепатите В, так и при хроническом гепатите С. Особую роль в передаче гепатита С играет возрастание наркомании, вовлечение детей 11-15 лет (внутривенное введение наркотических веществ).

В последнее десятилетие благодаря повсеместной проведенной вакцинопрофилактике гепатита В резко уменьшается число вновь заразившихся данным заболеванием. Но тем не менее эпидемиологическая ситуация с вирусными гепатитами требует активной работы по профилактике этих инфекций, которая заключается в проведении вакцинопрофилактики против гепатита В всего населения страны; быстрейшей разработке вакцины против гепатита С и дальнейших разработок в плане диагностики и

лечения. Решение данной проблемы требует дальнейшего углубленного анализа современных проявлений эпидемического процесса хронических вирусных гепатитов, что особенно важно для совершенствования профилактических мероприятий.

ШАГАРОВА С.В.[1], МУТАЛОВ А.Г.[1], ШИРЯЕВА Г.П.[1], АХМЕТОВА Р.А.[1], ДРУЖИНИНА Н.А.[1], САЛИМОВА Л.Я.[1], ХАКИМЬЯНОВА Э.Х.[2]

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ УФИМСКОГО РАЙОНА

[1]Башкирский государственный медицинский университет

[2]Центральная районная поликлиника Уфимского района

Уфимский район – это крупнейший пригородный район Республики Башкортостан, Расположенный вокруг столицы г. Уфы. Район является агропромышленным с высоко развитой экономикой.

Район отличается большой миграцией населения, особенно в летний период.

Наличие судоходства, федеральных и региональных автомагистралей и железной дороги способствует росту показателей заболеваемости, а также смертности от внешних причин (ДТП, травмы, несчастные случаи).

Особенностью района является разветвленная сеть ЛПУ, отсутствие центральной районной больницы. С другой стороны, близость г.Уфы и хорошее развитие дорожной сети способствуют оперативному решению вопросов здравоохранения.

За три года снизилась общая смертность на 5,8% на фоне роста рождаемости на 13%.

Коэффициент естественной прибыли населения положительный.

Обеспеченность койками, врачами и средним медперсоналом удовлетворительная, хотя и ниже среднереспубликанских показателей.

В районе широко разветвлена сеть амбулаторно-поликлинических учреждений. Начат переход работы врачебных амбулаторий по принципу врача общей практики, увеличивается количество мест в дневных стационарах. Тем самым решаются такие задачи, как переход от стационарной медицинской помощи - к амбулаторной, специализированной помощи - к общей врачебной практике.

В районе сформировала стабильная структура лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающая сбалансированность всех видов квалифицированной медицинской помощи населению.

Организация стационарной медицинской помощи детскому населению Уфимского района

Доступность медицинской помощи обеспечивают 41 лечебно-профилактическое учреждение, в том числе центральная районная поликлиника, 3 участковые больницы, 12 врачебных амбулаторий, 25 фельдшерско-акушерских пунктов.

По состоянию на 01.01.2013 года в районе развернуто 163 сметных коек, в том числе по ОМС - 140 коек (98 круглосуточных и 40 дневного при стационаре). Всего круглосуточных коек - 123, в том числе 98 - по ОМС, 25 - по бюджету (ОСУ- отделение сестринского ухода).

Обеспеченность населения койками в последние годы имеет тенденцию к снижению, как по муниципальным образованиям, так и в среднем по республике. В Уфимском районе в связи с отсутствием центральной районной больницы процент ежегодного снижения составляет 10%. Оптимизации коечного фонда, объемы муниципального задания оказания гражданам бесплатной медицинской помощи проводятся по Программе государственных гарантий.

За последние 7 лет в Уфимском районе коечная сеть круглосуточных коек сокращена на 24% (с 215 коек - в 2008 году до 163 коек – в 2014 году) по Программе государственных гарантий, организация стационара дневного пребывания.

Таблица 1

Обеспеченность населения койками в динамике (на 10 тыс.)

Годы	Количество коек	Обеспеченность койками в районе	Обеспеченность койками по РБ
2008	215	36,4	86,8
2009	195	32,5	86,4
2010	175	28,5	84,7
2011	165	26,8	82,6
2012	165	26,8	82,4
2013	165	26,8	82,3
2014	163	22,8	82,3

На территории Уфимского района на 01.01.2014 года проживает 17 040 детей, в том числе 14 924 - дети от 0 до 14 лет, 2 116 человек – подростки 15-17 лет.

Анализ возрастной структуры детского населения района показывает, что в последние годы отмечается относительная стабильность детского населения, растет число детей во всех возрастных группах за счет увеличения рождаемости и притока населения. Однако, вместе с тем, уменьшается количество подростков с 15,3% до 12,4% в связи с низкой рождаемостью в начале 90-х годов.

Отмечается рост на 20% обеспеченности педиатрами. Показатель обеспеченности педиатрическими койками превышает среднереспубликанский показатель на 28%. Младенческая смертность ниже среднереспубликанского показателя на 14%.

Таблица 2

Анализ основных качественных показателей педиатрической службы за 2011-2013 годы

№	Показатели	2011г.		2012г.		2013г.	
		РБ	Район	РБ	Район	РБ	Район
1.	Обеспеченность педиатрами на 10 тыс. детского населения (0-14 л)	22,3	13,3	24,3	13,7	25,3	16,0
2.	Обеспеченность койками на 10 тыс. детского населения	33,8	46,1	33,1	42,1	33,2	42,6
3.	Работа койки	328	325	321	341	332	176
4.	Заболеваемость детей 1-ого года жизни (1000 детей данного возраста)	2527,8	1859,0	2597,6	2005,8	2633,3	2332,0
5.	Младенческая смертность	7,9	4,0	10,9	7,2	7,7	5,3

Деятельность стационара. Детское отделение Дмитриевской участковой больницы расположено на 1-ом этаже двухэтажного здания и занимает правое крыло, имеет отдельный вход.

Детское отделение рассчитано на 20 коек: 10- дневного пребывания, 10 - круглосуточных коек.

Медицинским персоналом укомплектовано на 100%, работает врач- педиатр, 4 медсестры, 4 санитарки.

Отделение обслуживает детское население Уфимского района в возрасте от 0 до 18 лет. Очередности на госпитализацию в детские отделения нет.

Заполнение палат осуществляется по мере госпитализации, с учетом заболевания и возраста пациента.

В отделении 2-4 местные палаты, имеются: палата интенсивной терапии с небулайзером, палата для новорожденных и детей первого года жизни с детскими кроватками, столовая, процедурная, санузел. Палат для выхаживания новорожденных и недоношенных нет, так как в районе нет учреждений родовспоможения. Отделение обеспечено центральным водоснабжением, горячей и холодной водой, искусственной вентиляцией, переносными бактерицидными пампами. На посту имеется вся необходимая документация, соблюдается режим проветривания и кварцевания. Постоянно ведется контроль за санитарно-эпидемическим состоянием отделения.

Особое внимание уделяется вопросам сохранения грудного вскармливания, что крайне важно для больного ребенка, поэтому в педиатрических отделениях больницы созданы условия для нахождения детей до года вместе с матерями. Дети, находящиеся на

искусственном и смешанном вскармливании обеспечиваются специализированным детским питанием (сухие молочные смеси, каши).

При организации питания детей от 1 года до 3 лет максимально соблюдаются принципы полноценности питания, соответствия возрасту и состоянию здоровья детей. Меню составляется диетсестрой участковой больницы. Питание матерей, находящихся по уходу за детьми осуществляется в соответствии с нормативными требованиями.

Лечебный процесс в Дмитриевской участковой больнице организован в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи детям. Плановая госпитализация детей осуществляется при наличии свидетельства о рождении, медицинского полиса, справки об отсутствии контакта с инфекцией, выписки из амбулаторной карты, данных обследований, профилактических прививок. У госпитализированных по уходу имеются: флюорография, осмотр гинеколога.

В 2014 г. планируется проведение капитального ремонта в отделении.

За последние 3 года средняя длительность пребывания на койке сохраняется на одном уровне, в среднем - 9,6.

Оборот койки, показатель средней годовой занятости койки количество пролеченных больных в 2013 году уменьшились, что связано с сокращением коек в декабре 2013 года, согласно Программе государственных гарантий.

По заболеваемости в детском отделении на 1 месте – заболевания органов дыхания (91,2- 93,6 % больных), на 2 месте - заболевания нервной системы на 3 месте - заболевания органов пищеварения. Материнской смертности нет. Младенческая смертность снизилась с 7,7 до 5,3 на 1 тыс. родившихся в 2013г.

Максимальное количество больных через отделение проходит в осенне-зимний период, что связано с увеличением простудных заболеваний и выявлением заболеваемости детей после осеннего медицинского осмотра в школе.

В 2014-2015 гг. будет продолжено внедрение стационарозамещающих методов медицинского обслуживания населения (дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационары на дому), меры по укреплению кадрового потенциала учреждений здравоохранения района путем участия в федеральном проекте «Земский доктор».

Проводится целенаправленная работа по повышению квалификации медицинских работников.

Осуществляется планомерная работа по реализации федеральных, 14 республиканских, 3 районных целевых программ.

ШАКИРОВА Р.М., АМИРОВА В.Р., БРЮХАНОВА О.А., ХАСАНОВА Г.В., ФАТЫХОВА А.И.

ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

МЗ РБ,
МБУЗ Клинический родильный дом №4 ГО г. Уфа РБ,
ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ,
МБУЗ Детская поликлиника №8 ГО г. Уфа РБ,
МБУЗ Городская детская городская больница № 17 ГО г. Уфа РБ

Одной из наиболее частых проблем новорожденных и детей первых лет жизни являются респираторные инфекции, нередко требующие медицинского вмешательства, а в некоторых случаях и госпитализации. В настоящее время во всем мире основной причиной инфекций нижних дыхательных путей (ИНДП) у детей раннего возраста является респираторно-синцитиальный вирус (РСВ). Известно, что подавляющее большинство детей в возрасте до двух лет жизни переносит хотя бы один эпизод РСВ инфекции, половина детей переносит инфекцию дважды. В развитых странах примерно у трети детей, госпитализированных по поводу ИНДП, диагностируется РСВ инфекция. По данным проведенного в России проспективного многоцентрового эпидемиологического исследования, в эпидемический сезон 2008-2009 гг. РСВ явился причиной 38% госпитализаций с ИНДП у детей первых двух лет жизни. В России, также как и в Европе в целом, вспышки РСВ инфекции приходятся на сезон «осень-весна» и ассоциируются со значительным повышением показателей заболеваемости и смертности у детей раннего возраста. Группу риска по тяжелому течению РСВ обусловленной патологии нижних дыхательных путей составляют недоношенные дети (срок гестации менее 35 недель), дети с бронхолегочной дисплазией (БЛД) и гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца (ВПС).

Случаи тяжелого течения заболевания отмечаются чаще всего у детей в возрасте между 2 и 3 месяцами жизни. При этом могут наблюдаться повторные случаи заболевания в один и тот же сезон. Большинство случаев госпитализации у недоношенных детей приходится на первые 3-6 месяцев жизни. Необходимость в госпитализации по поводу РСВ бронхиолита недоношенных детей без других факторов риска, таких как БЛД или ВПС, составляет около 6-10%.

Летальность детей групп риска (недоношенные, дети с ВПС), госпитализированных по поводу РСВ инфекции, составляет 1,1-5,3%.

В настоящее время возможности лечения РСВ инфекции у детей ограничены. В связи с этим особую актуальность приобретает профилактика РСВ-ассоциированной патологии.

В последние годы для иммунопрофилактики РСВ инфекции применяется паливизумаб – гуманизированные моноклональные антитела, способные связываться с F-белком РСВ. ным препаратом с доказанной эффективностью для пассивной иммунопрофилактики РСВ инфекции у детей. Достаточное количество проведенных в мире крупных клинических исследований являются доказательной базой эффективности и безопасности паливизумаба. Снижение частоты госпитализации было получено при реализации Московской программы иммунопрофилактики у детей группы риска тяжелого течения РСВ инфекции в эпидемический сезон 2011-2012 гг..

Пассивная иммунизация детей позволяет корригировать отдаленные эффекты РСВ инфекции. Проведение курса иммунопрофилактики приводит к существенному улучшению функции дыхания и снижению частоты свистящих хрипов у детей первых двух лет жизни, родившихся на сроке гестации менее 35 недель. Профилактика РСВ инфекции паливизумабом предотвращает повторные стенозы на первом году жизни, в частности у детей, не страдающих атопией.

Результаты фармакоэкономического анализа в большинстве случаев свидетельствуют об экономической целесообразности иммунопрофилактики РСВ инфекции.

Цель исследования: оценка эффективности препарата паливизумаб в профилактике тяжелых форм РСВ инфекции у детей групп риска в г.Уфа в эпидемиологический сезон 2012-2013 г.г.

Материалы и методы исследования. В период с 21 декабря 2012 года по 13 мая 2013 года в г.Уфа был осуществлен пилотный проект по профилактике РСВ инфекции у детей групп риска: недоношенных новорожденных, детей, сформировавших БЛД и детей, имеющих гемодинамически значимый ВПС. Паливизумаб был введен 151 ребенку: 80 девочкам и 71 мальчику. Группу иммунизации составили 138 недоношенных детей, родившихся до 35 недели гестации (91,4% наблюдений) в возрасте от 1 месяца до 1 года на начало иммунизации, 6 детей с БЛД (4% наблюдений) в возрасте от 2 месяцев до 1 года 10 месяцев на начало иммунизации и 7 детей с ВПС (4,6% наблюдений) в возрасте от 15 дней до 1 года 9 месяцев на начало иммунизации. Среди недоношенных детей 45 (32,6% наблюдений) имели респираторный дистресс синдром, 15 (10,9% наблюдений) страдали

внутриутробной пневмонией, у 78 детей (56,5% наблюдений) респираторный дистресс синдром сочетался с пневмонией. 93 ребенка группы иммунизации (61,6% наблюдений) нуждались в проведении искусственной вентиляции легких. Первую инъекцию паливизумаба дети получали в отделениях реанимации новорожденных МБУЗ Клинический родильный дом №4 г.Уфа и МБУЗ Городская детская клиническая больница №17 г.Уфа. Последующие введения препарата осуществлялись в отделениях патологии новорожденных МБУЗ Клинический родильный дом №4 г.Уфа и МБУЗ Городская детская клиническая больница №17 г.Уфа, в МБУЗ Детская поликлиника №8 г.Уфа. Паливизумаб вводился ежемесячно с интервалом между введениями 30±5 дней в дозе 15 мг/кг массы тела внутримышечно.

Результаты и их обсуждение. По окончании эпидемиологического сезона была проведена оценка эффективности иммунопрофилактики РСВ инфекции у детей групп риска. Одно введение препарата получили 8 детей (5,3% наблюдений), два введения — 6 детей (3,9% наблюдений), три введения — 84 ребенка (55,6% наблюдений), четыре введения — 32 ребенка (21,3% наблюдений), пять введений — 21 ребенок (13,9% наблюдений). Таким образом, подавляющее большинство детей (90,8% наблюдений) получили три и более введений препарата. 5 детей не прошли полный курс иммунопрофилактики препаратом Паливизумаб в связи с отказом родителей.

Оценка эффективности паливизумаба проводилась по изменению частоты госпитализации в связи с ИНДП в анализируемой группе во время эпидемического сезона:

с 1 октября 2012 года по 20 декабря 2012 года, когда дети не получали паливизумаб;

с 21 декабря 2012 года по 17 мая 2013 года, когда дети получали паливизумаб.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте госпитализации в связи с ИНДП у детей групп риска тяжелого течения РСВ инфекции, составившей 8,6%, что согласуется с литературными данными. В период от начала проведения программы иммунопрофилактики РСВ инфекции частота госпитализации в связи с ИНДП в иммунизируемой группе снизилась в 6,6 раза и составила 1,3%.

Безопасность паливизумаба оценивалась по данным регистрации любых отклонений в состоянии здоровья, развивавшихся у детей, получивших данный препарат. Ни у одного из детей, получивших инъекции паливизумаб, не наблюдались побочные реакции. Наше исследование еще раз подтвердило безопасность использования данного препарата в профилактике РСВ инфекции у детей групп риска.

Заключение. Результаты пилотного проекта иммунопрофилактики тяжелого течения РСВ инфекции у детей групп риска продемонстрировали высокую эффективность и

безопасность препарата паливизумаб. Следует ожидать, что включение большего числа недоношенных детей в программу обеспечит значительное снижение показателя заболеваемости ОРВИ и госпитализаций в связи с ИНДП среди детей первого года жизни. Полученный опыт позволяет рекомендовать включение препарата паливизумаб в стандарты лечения недоношенных детей, детей с хроническими заболеваниями дыхательной системы, врожденными пороками сердца, а также в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

ШАМГУЛОВА С.Ф., НАГАЕВ Р.Я., АХМЕРОВА С.Г., САФАРОВ Р.Э., АБИЛОВА Д.Х.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И МОТИВАЦИОННЫЕ УСТАНОВКИ ДОПРИЗЫВНОЙ МОЛОДЕЖИ

Башкирский государственный медицинский университет

Сохранение здоровья детей подросткового возраста является самым важным вкладом, которое государство может сделать для своего перспективного развития в ближайшем будущем. От уровня здоровья в подростковом периоде жизни зависит реализация жизненных планов, в том числе профессиональная подготовка, стремление к социальному развитию, создание семьи и рождение детей, то есть именно те факторы, которые предопределяют развитие страны в целом [1, 2, 3, 6].

В последние годы руководство государства определило основные направления решения задачи оздоровления молодого поколения, сделало их приоритетными и выделило соответствующее целевое финансирование из средств бюджетов разных уровней, что послужило эффективному решению самых острых социальных задач в охране здоровья детей. [1, 6].

В частности, в федеральные национальные программы развития здравоохранения были включены такие направления, как оказание высокотехнологичной медицинской помощи детям, проведение углубленной диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Однако и на сегодняшний день остаются неразрешенными проблемы здоровьесбережения подростков призывного возраста. У каждого второго призывника заболевание с выраженными клиническими проявлениями выявляют только на призывном пункте.

Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года определяет целью снижение количества граждан, не соответствующих по состоянию здоровья и уровню физического развития требованиям военной службы. [5].

В Концепции подчеркивается, что одной из основных причин низкого качества подготовки молодого пополнения, поступающего в войска в период призывной кампании, продолжает оставаться низкий уровень морально-психологического состояния основной массы граждан, призванных на военную службу, связанный с отсутствием осознанной мотивации к прохождению военной службы.

Военная служба требует наличия таких моральных качеств, как чувство патриотизма, осознанная убежденность в необходимости защищать свое Отечество, способность стойко переносить тяготы военной службы. Говоря о мотивациях, следует иметь ввиду, что они складываются, наверное, из совокупности показателей, к которым относится не только физическое развитие подростка, но и психологическое развитие, связанное с воспитанием, способным привить приоритет добра и семейных ценностей; с окружением, способным сформировать человека, независимо от социального статуса; с престижем военной службы в наши дни.

Справедливо будет отметить, что российское общество неоднородно в своем отношении к армии, что продиктовано интересами каждого субъекта. Так, в обществе существуют родители призывников, обеспокоенные будущим своих детей, и потому также серьезно и даже порой более серьезно, чем сами призывники, озабоченные положением дел не столько в армии, в целом, сколько состоянием военной службы по призыву, в частности. Существует студенчество – одна из наиболее негативно относящихся к армии групп. Для многих учащихся обучение в вузе является средством избежать службы в армии, армия воспринимается ими как жестокая машина, покушающаяся на их жизненные планы, карьеру и здоровье. Существуют средства массовой информации, которые для поддержания собственного рейтинга, нередко склонны раздувать истории о «дедовщине» в армии. [4, 7].

Нами проведено изучение мотивационных установок и самонаправленности юношей на военную службу. В исследовании приняли участие 1025 юношей, проживающих в г. Уфа. Исследование проводилось дважды: при первоначальной постановке юношей на воинский учет в 16 лет и при достижении этими же юношами 18-летнего возраста. Среди 16-летних 45,3% учились в школе, 49,2% - в учреждениях начального и среднего профессионального образования (НиСПО), работали 3,0%, нигде не работали и не учились 2,5%. Среди 18-летних учащиеся НиСПО составили 34,7%, студенты вузов 33,9%, только работали 23,7% респондентов, нигде не работали и не учились 7,7% опрошенных. Почти половина подростков воспитывалась в неполных семьях, а у пятой части респондентов родного родителя заменяли отчим или мачеха.

Среди 16-летних юношей настрой на службу в армии выше, чем среди 18-летних: категорически против службы в армии 12,3±1,0% 16-летних и 51,0±1,5% 18-летних ($P \leq 0,01$). По мнению подростков к их возможной службе в армии отрицательно относятся 46,7% родителей, одобрительно или терпимо 44,3%, безразлично – 9,1%. При повторном исследовании число родителей, отрицательно относящихся к службе их сына в армии,

возросло до 62,4%. Следовательно, отношение к службе в армии определяется семейным настроем.

Среди причин, по которым юноши не желают служить в армии, преобладает боязнь попасть в горячие точки и опасения неуставных отношений. Данные причины отметили 29,8% и 27,7% соответственно юношей при первоначальном исследовании и 34,1% и 29,9% при повторном.

39,7% 16-летних и 60,3% 18-летних считают, что служить в армии им не позволяет состояние здоровья. Основными заболеваниями, которые, по мнению подростков, являются препятствием для их службы в армии, названы заболевания опорно-двигательного аппарата (62,4% 16-лтних и 58,3% 18-летних), заболевания органов пищеварения (43,4% и 32,1% соответственно), заболевания органов зрения (32,7% и 38,4% соответственно), психические расстройства и заболевания нервной системы (26,2% и 31,6% соответственно).

Следовательно, чем старше возраст допризывников, тем более явственно проявляется негативный настрой к службе в армии. Основными причинами, препятствующими желанию служить в армии, являются опасения неуставных отношений и боязнь попасть в «горячие точки». Более трети 16-летних и около двух третей 18-летних считают, что их состояние здоровья не позволяет им служить в армии.

Изучение образа жизни этих же позволило сделать вывод, что большинство юношей не имеют четкого распорядка дня, оптимального двигательного режима, не придерживаются основ рационального питания, досуг зачастую не организован должным образом, значительно распространено в среде подростков табакокурение и употребление алкоголя. Наиболее существенные негативные изменения в образе жизни отмечены среди юношей, которые нигде не учатся и не работают, и среди юношей, которые только работают и нигде не учатся. Для данной категории юношей необходима разработка и реализация особых молодежных программ по оздоровлению образа жизни, в том числе с привлечением средств массовой информации, общественных организаций, молодежных центров.

Кроме того, наряду с перечисленными, как показывают события, существует ещё большая сила, опасность которой продиктована её теневым свойством, транснациональным характером, высокой доходностью - наркобизнес. Опасность её состоит и в том, что она может явиться реальным разрушителем генофонда нации, так как в большинстве массы потребителей - самая эмоционально уязвимая часть населения – подростки допризывного возраста.

В связи с изложенным, представляется необходимым разработка и применение специальных программ для лиц допризывного возраста по углубленному психологическому

тестированию, внедрение системы мероприятий по оздоровлению дошкольников и школьников, по реализации концепции «здоровьесберегающего» поведения, по психологической адаптации и подготовке к военной службе, по медико-социальной помощи детям из семей социального риска с целью формирования положительной динамики в сознании призывников и отношении общества к военной службе, т.е. в конечном итоге, способствующим более эффективному решению задач, стоящих перед Вооруженными Силами в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Кучма В.Р. Профилактическое основы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей // Здравоохранение РФ. - 2008. - №1. - С.10 - 11.
2. Белогоров С.Б., Тарасов А.Ю., Смирнов Е.JI. Здоровье юношей призывного возраста // Актуальные вопросы практического здравоохранения: Матер. научн.-практ. конф. - Тамбов, 2011. - С. 13-17.
3. Зеленков М.Ю. Система формирования положительного отношения российского общества к Вооруженным Силам (научно-практический аспект). – М.: Изд-во МГУПС (НИИТ), 2008. – 312 с.
4. Кучма Р.В., Раппопорт И.К. Научно-методические основы охраны и укрепления здоровья подростков России // Гигиена и санитария. 2011. - № 4. -С. 53-59.
5. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 03.02.2010 г. №134-р «О Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года» // Российская газета – 2012, 12 февраля.
6. Смирнов С.В., Кузьмин С.А. Здоровье и физическая подготовленность призывников, проживающих в сельской местности (на примере Оренбургской области) // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2014, № 3 . – С. 14-17.
7. Согияйнен А.А. О состоянии здоровья юношей призывного возраста и проблемах медицинского обеспечения подготовки к службе в Вооружённых силах Российской Федерации // Вестник Уральской государственной медицинской академии. - Екатеринбург, 2012.- С. 160-161.

ШЕВЧЕНКО З.Р., ИДРИСОВА Д.М., САЛИМОВА Л.Я., РОГОВА Е.В.

ОПЫТ РАБОТЫ ПО ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА БАЗЕ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА ГКБ № 8 Г.УФЫ.

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет,
МБУЗ Родильный дом ГКБ №8, г. Уфа

Акушерский стационар ГКБ №8 города Уфы первым в РБ и Уральском регионе за успехи в работе по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания было удостоено звания Всемирной организации здравоохранения и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» и получила специальный диплом Министерства здравоохранения Российской Федерации. В настоящее время инициатива ВОЗ / ЮНИСЕФ «Больница доброжелательная к ребенку», признана частью национальной политики в деле охраны материнства и детства в России и Башкортостане и имеет нормативно-правовую базу. Работа по внедрению инициативы ВОЗ в родильном отделении была начата в 1996 году при активной поддержке администрации больницы и в тесном взаимодействии с Городским управлением здравоохранения и Министерством здравоохранения РБ.

В настоящее время в акушерском стационаре полностью внедрены современные перинатальные технологии по гуманизации выхаживания новорожденных: гуманизация родов, совместное пребывание матери и ребенка, партнерские роды, раннее прикладывание к груди, исключительно грудное вскармливание новорожденных, кормление по требованию ребенка, свободное пеленание, а также обстановка приближенная к домашней, участие родственников в уходе за ребенком и ее матерью. В 2006, 2011 году была успешно проведена переаттестация акушерского отделения больницы № 8 на звание «Госпиталь доброжелательной к ребенку». Согласно программе ВОЗ / ЮНИСЕФ в родильном доме разработана и усовершенствована «Политика грудного вскармливания» – свод правил и законов, который соблюдает весь медицинский персонал и с которой знакомятся пациентки. Доступно и достаточно информативно оформлена наглядная, инструктивная и просветительская информация по грудному вскармливанию.

В дородовом отделении организованы индивидуальные и групповые занятия психолога и акушера-гинеколога по предродовой подготовке: правильному питанию в период беременности и кормлении грудью, проводится психофизическая подготовка для обеспечения полноценного грудного вскармливания на протяжении первых двух лет жизни ребенка. Доступно и достаточно информативно оформлена наглядная, инструктивная и просветительская информация по грудному вскармливанию.

В родильном блоке оборудованы индивидуальные залы, где обеспечены оптимальные условия для оказания первичной и реанимационной помощи всем новорожденным, которая проводится согласно приказа № 921 от 15 ноября 2012 года, а самое главное и мама и ее ребенок находятся в условиях максимального охранительного режима. В первую очередь индивидуальные условия предупреждают распространение перекрестной и госпитальной инфекции. Созданы условия и отработана тактика скорейшего воссоединения ребенка и его мамы сразу после рождения для формирования положительного импритинга (запоминания) и чувства защищенности у новорожденного, а у мамы укрепление материнской доминанты. С первых минут после рождения, обученный персонал помогает маме начать кормление грудью и во время нахождения в родильном зале мама с ребенком не разлучаются. В родах практикуется присутствие и поддержка близких людей. Женщина в родах свободна, активна и может рожать любым из альтернативных способов, каким владеет.

В отделении «мать и дитя» налажен режим круглосуточного пребывания мамы и ребенка, что особенно важно для формирования стойкого полноценного эубиоза у новорожденного и предупреждения распространения госпитальной инфекции. С этой же целью в роддоме практикуется ранняя (на 3-4 сутки) выписка новорожденных. За время нахождения в роддоме обученный персонал, в том числе и инструктор по грудному вскармливанию, обучают мам кормлению грудью, согласно правилам ВОЗ и ЮНИСЭФ, а также использованию современных технологий по становлению и поддержке лактации, применению современных аксессуаров при различных затруднениях при кормлении грудью у мамы и грудного вскармливания младенцев. В случаях извлечения детей путем кесарева сечения, при плановой операции под общим наркозом, у мам собирается молозиво в стерильную посуду, и после рождения, такие дети тоже получают первые капельки молозива (что очень важно для формирования их иммунитета), а как только родильница будет в состоянии реагировать на ребенка – осуществляется визуальный и кожный контакт и прикладывание его к груди мамы. При применении перидуральной анестезии, новорожденных прикладывают к груди матери в течение первых 30 минут жизни ребенка, прямо в операционной, сразу после их оперативного извлечения. В дальнейшем новорожденные вскармливаются грудью по требованию и находятся на совместном пребывании в зависимости от состояния мамы. При недостаточной и еще не установившейся лактации, в случае необходимости докорма, используются технологии совместимые с грудным вскармливанием. Домой дети выписываются обычно на 4-5 сутки. Недоношенные дети на кувезном выхаживании, находятся в материнской палате. Недоношенные дети при

зондовом кормлении, получают грудное молоко через зонд у груди матери (как бы имитируя кормление грудью).

Кормление новорожденных – свободное, по требованию ребенка, обязательное ночное кормление. Дополнительное питание проводится только по медицинским показаниям, а также практикуется использование индивидуального банка грудного молока. В случаях, при докорме, присоединения кишечных колик, используется посуда с усовершенствованным эффектом против колик. А до появления сосательного рефлекса у недоношенного ребенка, его маму обучают поддерживать лактацию, с использованием удобных и общедоступных технологий и аксессуаров.

Сегодня весь цивилизованный мир понимает важность психологического комфорта матери и ребенка грудного и раннего возраста для сохранения и укрепления их здоровья, а в связи с этим важность просвещения и обучения родителей, матерей и членов их семей. Во многих странах работает широкая сеть не медицинских центров (Голландии, Дании, Англии, Франции, США, Канады) дородовой подготовки и пренатального воспитания, а также материнских центров, в которых проводят «роды без вмешательств», условия приближенные к домашним. Что способствует сохранению психологического комфорта матери и ребенка, делает течение родов естественным и снижает вероятность многих осложнений. Широко проводится работа по поддержке и поощрению грудного вскармливания. Ее ведут Международная Молочная Лига (LLLi), ИБФАН (IBFAN), ВАБА (WABA), являющиеся общественными не медицинскими организациями. По данным ВОЗ физиологически нормальный срок кормления грудью 1,5 – 2 года. В России – до 3 мес –55%, 6 мес- 22%, 1 год-14%.

Остается высоким и имеет тенденцию к увеличению числа детей приложенных к груди матери в родзале, что имеет прямую зависимость от увеличения числа нормальных родов. Дети, извлеченные путем кесарева сечения при эпидуральной анестезии прикладываются к груди в операционной. На кожный и визуальный контакты детей приносят мамам на 1 часу жизни. Значительно возросло число детей, находящихся на полном грудном вскармливании при выписке из родильного дома (99%). Искусственное питание получают только “отказные” дети и от ВИЧ инфицированных матерей.

Основой здоровья и полноценности будущих поколений являются благополучная беременность, естественные роды и грудное вскармливание. Обеспечить эти важные моменты можно за счет популяризации знаний по перинатальной психологии, грудному вскармливанию, психологии новорожденного и грудного ребенка, психологии беременной, а

также обучение матерей практике грудного вскармливания, уходу за новорожденным, грудным ребенком и детьми раннего возраста.

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Редакция журнала руководствуется положениями "Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы".

Статья должна быть представлена в редакцию (на адрес электронной почты: vestnikbgmu@gmail.com) в электронном виде в документе winword любой версии.

Оригинальные статьи должны быть построены по традиционному принципу для мировой научной периодики и структурированы по плану: актуальность, цель работы, материалы и методы, результаты и обсуждение, завершаться выводами.

Титульная страница должна содержать: УДК статьи, инициалы и фамилию автора (авторов), название статьи. Название организации представившей статью для публикации на русском и английском языках. Дополнительно отдельно необходимо представить фамилию, имя, отчество (полностью) авторов, с указанием должности, ученой степени, звания, места работы и адреса организации. Обязательно необходимо указать автора (фамилия, имя, отчество) ответственного за контакты с редакцией, его телефон и адрес электронной почты.

Краткое резюме на русском языке отражающее основную цель исследования и его результат, ключевые слова (не более пяти)

На английском языке: название статьи, инициалы и фамилии авторов, название организации, резюме и ключевые слова.

Текст статьи, напечатанным шрифтом Times New Roman, 12 кеглем, через 1,5 интервала, поля 2,0 без переноса. Рекомендуемый объем статьи, включая таблицы, рисунки, литературу и аннотацию до 15 страниц формата А4. Все страницы должны быть пронумерованы.

Текст статьи, все приведенные цитаты должны быть автором тщательно выверены, проверены по первоисточникам. Цитируемая литература приводится в конце статьи на отдельном листе. Список литературы печатается в алфавитном порядке, сначала - русские, затем зарубежные авторы, согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008. В тексте ссылки даются в квадратных скобках (если ссылка на несколько источников - то через запятую без пробелов) в соответствии с номером в списке литературы.

Следует использовать только общепринятые сокращения. Не следует применять сокращения в названии статьи. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, следует расшифровать при первом упоминании его в тексте. Не требуется расшифровки стандартных единиц измерения и символов.

Таблицы должны иметь порядковый номер расположенный в правом верхнем углу, название таблицы. Рекомендуется представлять наглядные, компактные таблицы. Все числа в таблицах должны быть выверены и соответствовать числам в статье.

При использовании результатов статистического анализа данных обязательным условием является указанием использованного программного пакета и его версии, названий статистических методов, приведение описательных методов статистики и точных уровней значимости при проверке статистических гипотез. Для основных результатов исследования рекомендуется рассчитывать доверительные интервалы.

Единицы измерения физических величин должны представляться в единицах Международной метрической системы единиц- СИ.

Рисунки и диаграммы должны представляться отдельными графическими файлами в форматах bmp, jpg, tiff с указанием названия рисунка/диаграммы, его порядковым номером с разрешением не менее 300 dpi. В статье необходимо указывать место положения рисунка/диаграммы.

Все статьи, поступающие в редакцию проходят многоступенчатое рецензирование, замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. После получения рецензий и ответов автора редколлегия принимает решение о публикации статьи.

Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин. Очередность публикаций устанавливается в соответствии с редакционным планом издания журнала.

Редакция оставляет за собой право сокращать, редактировать материалы статьи независимо от их объема, включая изменения названия статей, терминов и определений. Небольшие исправления стилистического, номенклатурного или формального характера вносятся в статью без согласования с автором. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки к публикации, датой поступления считается день поступления окончательного текста.

Публикация статей в журнале бесплатная.

Направление в редакцию статей, которые уже посланы в другие журналы или напечатаны в них, не допускается.

Номера выходят по мере накопления статей, планируемая частота выхода - 6 номеров в год.