



Вестник

Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183



№4 (приложение), 2013

vestnikbgmu.ru

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

№4 (приложение), 2013 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, 2013

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть воспроизведена любым способом без предварительного согласования с издателем

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
БАШКИРСКОЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ «СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ»

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК ЖУРНАЛА
«ВЕСТНИК БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА»**

**Материалы XII-й Межрегиональной научно-практической конференции
«Актуальные проблемы педиатрии»**

1 ноября 2013 г.

УДК 614.2:616 – 053.2
ББК 57.3
А 43

Актуальные проблемы педиатрии: материалы Межрегиональной научно-практической конференции/ под ред. проф. А. Г. Муталова - Уфа: 2013. – 113 с.

В сборнике представлены статьи, представленные на XII-ю Межрегиональную научно-практическую конференцию «Актуальные проблемы педиатрии» и посвященные различным вопросам педиатрии, детского здравоохранения и воспитания детей и подростков. В составлении настоящего сборника приняли участие ученые различных специальностей, врачи практического здравоохранения и педагоги из многих регионов Российской Федерации.

Ответственный редактор специального выпуска:
доктор медицинских наук, профессор Муталов А.Г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

С.В. АВЕРЬЯНОВ, А.В. ЗУБАРЕВА ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.....	7
С.Р. АВХАДЕЕВА, А.И. ПАЛТУСОВА НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕТИНАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ КАМЕРЫ «RET CAM III» В ДИАГНОСТИКЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ.....	11
С.Г. АХМЕРОВА, И.М. ВАЛИАХМЕТОВА, Р.Я. НАГАЕВ ВНЕДРЕНИЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ МИОПИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ.....	14
Р.А. АХМЕТОВА, Р.Т. АХМЕТОВ, А.Г. МУТАЛОВ, С.В. ШАГАРОВА, Г.П. ШИРЯЕВА, Н.А. ДРУЖИНИНА, Г.М. ЯКУПОВА, Г.Р. МУХАМЕТШИНА ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ ПОДРОСТКОВ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	17
Е.К. БАКЛУШИНА, И.А. ЕРЕМЦОВА, М.В. НУЖЕНКОВА ВЗГЛЯД ВРАЧЕЙ НА ПРОБЛЕМУ РЕАЛИЗАЦИИ СРЕДНИМ МЕДПЕРСОНАЛОМ ОТДЕЛЬНЫХ ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ.....	20
И.Р. БИГЛОВА, З.Я. ГАЛИЕВА, Р.М. МУХАМАДЕЕВА, Р.Г. ЯППАРОВ ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.....	25
Г.А. ГУФРАНОВА, Р.К. ШАРИПОВА, Р.К. ЯГАФАРОВА ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАСКИНТЕСТА® В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	31
Н.А. ДРУЖИНИНА, А.Г. МУТАЛОВ, Ч.Р. БАКИЕВА, Г.П. ШИРЯЕВА, С.В. ШАГАРОВА ФАКТОРЫ РИСКА ОЖИРЕНИЯ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.....	33
Н.А. ДРУЖИНИНА, Л.М. НАСИБУЛЛИНА, А.Г. МУТАЛОВ, Г.П. ШИРЯЕВА, С.В. ШАГАРОВА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕСТНОГО САНАТОРИЯ «ДУСЛЫК».....	37
С.С. ЕРЕМИНА, Т.М. ГОРБАЧЕВА, Е.А. ПОТАПОВА, Б.М. БЛОХИН ДИАСКИНТЕСТ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ИЗ СОЦИАЛЬНО-БЛАГОПОЛУЧНЫХ УСЛОВИЙ.....	39
Н.Р. ЗАРИПОВА, А.В. ГОНЧАРОВ, А.В. ЗУБАРЕВА	

«МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ» СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ.....42

Н.А.ЗОТОВ

ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ
С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ.....46

А.К.ИМАЕВА, Н.Г.ХАРИНА

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА,
ОСЛОЖНЕННОГО АСПЕРГИЛЛЕЗНЫМ СЕПСИСОМ.....49

Р.Р.КИЛЬДИЯРОВА, Е.Г.ГАПРИНДАШВИЛИ

МОЛОЧНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА.....52

Р.Р.КИЛЬДИЯРОВА, В.Е.МИЛЕЙКО

ДИАГНОСТИКА ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ.....57

В.Г.КУТЬИНА, С.С.ЕРЕМИНА

СОВРЕМЕННАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ.....60

Н.К.КУУЛАР, Е.В.НИКИТОНОВА, И.Л.КЛОЧЕВА, Н.Ю.СИМАКОВА Е.С.ТЫРЦЕВА, Б.М.БЛОХИН

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....63

Ф.М. ЛАТЫПОВА, Э.Н.АХМАДЕЕВА, Г.Г.ЛАТЫПОВА

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ
ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА.....66

Л.П.МАТВЕЕВА, М.К.ЕРМАКОВА, Г.С.ЛЕБЕДЕВ, К.В.ПОТКИН

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ
С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.....70

Р.Я.НАГАЕВ, С.Г.АХМЕРОВА, А.Г.МУТАЛОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ.....73

Р.Я.НАГАЕВ, З.Х.СЕМЕНОВА, М.А. ГАЗИЗОВ

АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА
15-17 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2012 ГОД.....78

В.Н.ПАВЛОВ, В.В.ВИКТОРОВ, А.Г.КРЮКОВА

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ-НЕОНАТОЛОГОВ В СИСТЕМЕ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	81
О.А. ПЕРМЯКОВА, Н.Л. ЧЕВПЕЦОВА, И.Ф. ТИМЕРБУЛАТОВ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ МЗ РБ.....	84
О.А. РАДЧЕНКО, Е.В. МЯУКИНА, М.В. КОРЕШКОВА, А.Ю. МАШИГИНА, Ю.А. РАХАЕВА, Е.В. КОРЯКИНА, Б.М. БЛОХИН НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	87
Т.В. РУСОВА, Г.А. РАТМАНОВА, В.Н. ФОКИН, О.Ю. ФАДЕЕВА, О.Б. КОЗЛОВА, Э.Ю. КОЛЛЕРОВ, М.В. ЗАВОДИН, Т.В. ЧАСТУХИНА, В.Г. СУББОТИНА ПЕРСИСТИРУЮЩИЕ ЛИМФАДЕНОПАТИИ У ДЕТЕЙ, ТАКТИКА НАБЛЮДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ.....	92
А.В. ТЕЛУНЦ, Е.С. АКОПОВА ВЛИЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ.....	96
Д.Ф. УГЛОВА ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	98
Д.Г. ФАРШАТОВА, А.В. БАЙДАЛИН, Л.К. АМИРХАНОВА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ «САЛЮТ».....	101
С.В. ШАГАРОВА, А.Г. МУТАЛОВ, Р.А. АХМЕТОВА, Г.П. ШИРЯЕВА, Э.З. БИКМЕТОВА ОБ ОСНОВАХ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	104
С.В. ШАГАРОВА, А.Г. МУТАЛОВ, Н.А. ДРУЖИНИНА, Г.П. ШИРЯЕВА, Д.Х. АБИЛОВА ЗАКОНЫ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ, ПРИНЯТЫЕ ГОСДУМОЙ В 2012 ГОДУ.....	108
Р.Г. ЯППАРОВ, И.Р. БИГЛОВА, З.Я. ГАЛИЕВА, Р.М. МУХАМАДЕЕВА НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ РЕБЁНКА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	110

© С.В. Аверьянов, А.В. Зубарева, 2013

С.В. АВЕРЬЯНОВ, А.В. ЗУБАРЕВА
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ
И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Стоматологический статус является одним из основных показателей общего состояния организма, и разработка системы мероприятий, направленных на снижение показателей стоматологической заболеваемости должна быть неотъемлемой частью программ по оздоровлению нации.

Зубочелюстные аномалии, являясь частью стоматологического статуса, отражают общее состояние организма, так как их формирование может быть следствием соматического заболевания. В свою очередь ортодонтическая патология опосредованно может стать одним из этиологических факторов развития заболеваний как стоматологических, так и других органов и систем.

В многочисленных исследованиях выявлена взаимосвязь и взаимовлияние стоматологической патологии и соматических заболеваний, проявляющиеся взаимным отягощением.

В результате проведенного Россиевым Д.А., Левенец А.А., Перовой Е.Г. обследования 800 детей и подростков в возрасте 7-18 лет, проживающих в г. Красноярске, распространенность ортодонтической патологии увеличивалась прямо пропорционально возрастанию степени тяжести общего состояния здоровья. Так, ортодонтический прикус в контрольной группе выявлен у каждого третьего ребенка (33,33%), у детей III третьей группы здоровья – примерно у каждого четвертого (24,43%). Только по одному обследованному IV и V групп здоровья (4,55 и 2,63% соответственно) имели правильный прикус.

Результаты изучения частоты и видов зубочелюстных аномалий у 194 больных в возрасте от 4 до 15 лет, оперированных по поводу деформации перегородки носа, свидетельствуют, что искривление перегородки носа в 88% случаев сочетается с зубочелюстными аномалиями и чаще осложняется сужением верхней челюсти и тесным положением фронтальных зубов (49,4%), верхней прогнатией с сужением верхней челюсти и

тесным положением фронтальных зубов (18,6%), верхней ретрогнатией (14,5%) и открытым прикусом (4,1%) (Хасанов С.А., Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К., Алмаматов А.Т., 2011).

Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с нарушением осанки, по данным Левенец А.А., Перовой Е.Г. (2006), была в 1,61 раза выше, чем в группе физически здоровых детей; в группе 3 – 5-летних детей, страдающих сколиозом, она была выше в 2,6 раза, чем у здоровых, в группе 6 – 9-летних – в 1,79 раза, в группе 10 – 12-летних – в 1,73 раза, в группе 13 – 16-летних – в 1,94 раза.

В настоящее время не уделяется должного внимания профилактике стоматологических заболеваний в молодом возрасте. Хорошо разработана методика проведения профилактических мероприятий в организованных детских и подростковых коллективах. Но за пределами школы профилактика теряет организованный характер. Если она и проводится, то в недостаточном объеме. Студенческая молодежь, представляющая собой важную в социальном отношении категорию, оказывается в профилактическом вакууме.

Нами было проведено стоматологическое обследование 1398 студентов высших учебных заведений г. Уфы в возрасте от 16 до 20 лет. Из них 372 – юноши и 1026 – девушки.

Распространенность зубочелюстных аномалий составила 83,12% (83,43% среди девушек, 82,26% среди юношей).

В структуре зубочелюстных аномалий преобладают сочетанные аномалии (65,23%). Аномалии зубных рядов выявлены у 22,72%, аномалии окклюзии – 6,54%, аномалии отдельных зубов – 5,51%.

Структура зубочелюстных аномалий по половому признаку выглядит следующим образом: аномалии отдельных зубов были диагностированы у 3,77% юношей, у 4,87% обследованных девушек, аномалии зубных рядов у 22,04% юношей, у 17,74% девушек, аномалии окклюзии наблюдались у 4,84% учащихся мужского пола, у 5,65% – женского, сочетанные аномалии были зарегистрированы у 51,61% юношей, у 55,17% девушек. Среди аномалий окклюзии чаще встречалась дистальная окклюзия (49,31%). Глубокая резцовая окклюзия находилась на втором месте – 21,93%. Реже выявлялась вертикальная резцовая дизокклюзия (15,07%). По частоте встречаемости среди аномалий окклюзии перекрестная окклюзия находилась на четвертом месте (10,96%).

Для определения степени тяжести аномалий и нуждаемости в лечении мы применяли рекомендованный ВОЗ эстетический стоматологический индекс DAI (N.C. Cons, 1986). Также оценивался компонент стоматологического статуса DHS индекса нуждаемости в ортодонтической помощи IOTN (Shaw W.C., Evans R., 1987).

Показатели эстетического индекса DAI ниже 25, свидетельствующие о наличии минимальных нарушений прикуса, определены у 78,54% обследованных. Значения DAI, равные 26-30, выявлены у 13,73% учащихся. Они интерпретируются как явное нарушение прикуса, вследствие чего необходимо избирательное лечение. По результатам исследования значения DAI, равные 31 – 35 и характерны для тяжелых нарушений прикуса, встречаются у 4,86% студентов. Показатели эстетического индекса от 36 и выше, определяющие наличие очень тяжелых нарушений прикуса и требующие обязательного лечения, наблюдались у 2,86%.

Согласно интерпретации показателей компонента DHC индекса IOTN 31,69% обследованных не нуждаются в лечении (1-й класс), 44,85% имеют низкую потребность (2-й класс), для 15,74% студентов определена средняя/пограничная степень нуждаемости (3-й класс). 6,58% обследованных имеют высокую потребность (4-й класс) и только для 1,14% существует очень высокая нуждаемость в ортодонтическом лечении (5-й класс).

По данным статистического сборника «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Республики Башкортостан в 2011 году» в структуре заболеваемости по обращаемости детского населения и подростков (на 100 000 населения) на первом месте стоят болезни органов дыхания, на втором – болезни органов пищеварения, на третьем – болезни глаза и его придаточного аппарата.

Согласно отчетам МБУЗ «Поликлиника № 49» г. Уфы, оказывающей медицинскую помощь студентам высших учебных заведений, в структуре общей заболеваемости на первом месте стоят болезни органов пищеварения – 14,1%, на втором – болезни органов нервной системы – 14%, на третьем – болезни органов дыхания – 13,5%, на четвертом – болезни глаза и его придаточного аппарата – 12%, на пятом месте – болезни мочеполовой системы – 11,7%, далее – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 9,4%.

Нами установлена средняя корреляционная зависимость между распространенностью зубочелюстных аномалий и соматическими заболеваниями у студентов города Уфы. Изучение влияния соматической патологии на формирование зубочелюстных аномалий представляет определенный научный интерес. Общие нарушения организма, отражающиеся на морфологии и функциях в зубочелюстно-лицевой области - оториноларингологическая патология; нарушенная осанка и плоскостопие; нарушенное зрение; заболевания дыхательной, пищеварительной, сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной систем и другие нарушения - должны быть частью ортодонтического диагноза. Только с учетом сопутствующей патологии можно разработать полноценный комплекс профилактических мероприятий и, ликвидировав или минимизировав влияние этиологических факторов,

достигнуть положительных и устойчивых результатов лечения. Таким образом, полученные данные можно использовать для разработки организационных принципов профилактики зубочелюстных аномалий и специализированной лечебной помощи студенческой молодежи.

© С.Р. Авхадеева, А.И. Палтусова, 2013

С.Р. АВХАДЕЕВА, А.И. ПАЛТУСОВА

**НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕТИНАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ
КАМЕРЫ «RET CAM III» В ДИАГНОСТИКЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», г. Уфа

Актуальность. В последние годы в связи с ростом количества детей с ретинопатией недоношенных (РН) в Республике Башкортостан встает вопрос о раннем выявлении и диспансерном наблюдении таких пациентов. По данным годового отчета в 2011 году на диспансерном наблюдении находилось 149 детей с ретинопатией недоношенных (1,8 на 10000 детского населения).

Благодаря совершенствованию методов выхаживания, реанимационной службы в отделениях новорожденных выживаемость детей с очень низкой массой тела значительно увеличилась. Важно отметить, что увеличение выживаемости глубоко недоношенных новорожденных сопровождается повышением частоты выявления патологических состояний у детей в различные возрастные периоды их жизни, обусловленных перинатальными проблемами [2].

Среди большого числа проблем перинатальной медицины в последние годы особое внимание обращается на нарушения функционального состояния сенсорных органов, в том числе и на проблему снижения зрения у недоношенных детей. Ретинопатия недоношенных относится к группе заболеваний, требующих наиболее высокотехнологичных подходов к диагностике. Это обусловлено высокой специфичностью ее клинических проявлений, ранним возникновением и стремительным течением.

В последние годы в РФ увеличивается число регионов, оказывающих специализированную офтальмологическую помощь, однако ранняя выявляемость РН остается низкой, и количество пациентов с далекозашедшими формами заболевания возрастает [3].

«Золотым стандартом» диагностики ретинопатии недоношенных считаются скрининговые осмотры детей с низким гестационным возрастом в отделениях выхаживания недоношенных с использованием непрямого бинокулярного офтальмоскопа и ретиальной педиатрической камеры «Ret Cam».

Цель. Оптимизация ранней диагностики и оценка возможностей ретинальной педиатрической камеры «Ret Cam III» в улучшении качества осмотров детей в отделении для выхаживания недоношенных.

Материал и методы. За период с марта 2012 года по январь 2013 г. в отделении для недоношенных и патологии новорожденных Республиканской детской клинической больнице с использованием педиатрической ретинальной камеры «Ret Cam III» было осмотрено 253 новорожденных группы риска. Скрининг проводили с 32-й недели постконцептуального возраста (ПКВ) на 2 – 6-й неделях жизни младенцев. Особое внимание уделялось детям со сроком гестации до 28 недель и массой тела при рождении менее 1000 г. Частота осмотров детей составляла раз в 1 – 2 недели. Обследование осуществляли в условиях медикаментозного мидриаза (инстилляцией атропина сульфата 0,1%). Состояние сетчатки оценивалось на основании Международной классификации РН (1984 г.) с дополнениями, внесенными в 2005 г. [4,5]

Результаты. Преретинопатия была выявлена у 112 детей (44,3%), из них с высоким риском прогрессирования задней агрессивной РН – 6 (5,35%). Различные стадии ретинопатии недоношенных были диагностированы у 141 младенца (55,7%). Из них 1-я стадия РН зарегистрирована у 64 из обследованных младенцев (25,2%), 2-я стадия – у 52 (20,5%), 3-я стадия – 15 (5,92%), задняя агрессивная РН – 10 (3,95%).

При повторном обследовании через 2 недели распределение по стадиям изменилось: развитие преретинопатии в 1 стадию произошло у 20 детей (17,9%), с 1 во 2 стадию ретинопатия развилась у 7 детей (10,9%), со 2 в 3 стадию – у 5 детей (9,6%). Переход преретинопатии в заднюю агрессивную ретинопатию наблюдался у 3 детей (2,7%).

Полученные результаты определяли тактику дальнейшего лечения. При выявлении 2 и 3 стадий РН с высоким риском прогрессирования, а также задней агрессивной ретинопатии недоношенных по согласованию с неонатологами дети направлялись в Уфимский НИИ глазных болезней для проведения лазерной коагуляции сетчатки.

Заключение. Данные по частоте выявляемости ретинопатии недоношенных у новорожденных группы риска, полученные при проведении скрининговых осмотров в отделении выхаживания недоношенных с использованием широкопольной педиатрической ретинальной камеры совпадают со среднероссийскими по перинатальному центру [1,3].

Использование «Ret Cam III» позволяет не только качественно и детально оценить состояние глазного дна, но и зарегистрировать полученные данные для последующего анализа изменений состояния сетчатки в динамике и определения тактики лечения. Визуализация глазного дна происходит в реальном времени. По сравнению с непрямой

обратной офтальмоскопией позволяет получить более информативные результаты обследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбарина Е.Н., Сидоренко Е.И., Дегтярев Д.Н., Асташева И.Б. [и др.]. Анализ факторов риска и частоты ретинопатии недоношенных в современном перинатальном центре. // Невские горизонты-2012: материалы научной конференции офтальмологов. – СПб., 2012. – С. 150-153
2. Ретинопатия недоношенных // Методические рекомендации Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины /под ред. Н.Н. Володина. – М., 2003. – 27 с.
3. Терщенко А.В., Белый Ю.А., Трифаненкова И.Г., Терщенко М.С. [и др.]. Оказание офтальмологической помощи недоношенным детям в центральном регионе России // Невские горизонты – 2012: материалы научной конференции офтальмологов. – СПб., 2012. – С. 180-183.
4. Capone A.Jr., Ells A.L., Fielder A.R. et al. Standard image of plus disease in retinopathy of prematurity. // Arch.Ophthalmol. – 2006. – Vol.124. – N 11. – P. 1669-1670.
5. International Committee for the Classification of ROP. The international classification of retinopathy of prematurity revisited. // Arch. Ophthalmol. – 2005. –Vol.123. – P. 991-999.

© С.Г. Ахмерова, И.М. Валиахметова, Р.Я. Нагаев, 2013

С.Г. АХМЕРОВА, И.М. ВАЛИАХМЕТОВА, Р.Я. НАГАЕВ
ВНЕДРЕНИЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ МИОПИИ
СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

По статистике последних лет в России 50% населения страдают близорукостью. Коррекция зрения у офтальмолога все чаще требуется школьникам и студентам, которые подвергают свои глаза повышенным нагрузкам [1, 2]. В городе Туймазы Республики Башкортостан пациенты с этим тяжелым заболеванием составляют 56% от всех больных, состоящих на диспансерном учете у офтальмологов. Больше половины пациентов – молодые люди в возрасте до 30 лет.

Нами проведено изучение рефракции глаза 313 студентов Туймазинского медицинского колледжа в возрасте от 16 до 20 лет. При выкопировке результатов осмотра офтальмолога из медицинских карт 025 – 3/у выявлены студенты с патологией рефракции в виде миопии.

Анализ образа жизни студентов показал, что у 84% студентов учебная деятельность занимает более 8 часов в день. Продолжительность сна менее 8 часов в сутки отмечена у 67,2% студентов, бывают на свежем воздухе менее 30 минут в день 53,6% студентов, неполноценное питание определено у 56,8% студентов, курят 4,2% студентов, пропускают занятия по физической культуре 40,4% студентов. Недовольны условиями проживания 64,6% студентов. Работают в ночные или вечерние смены 10,5% студентов.

Выявлено значительное число подростков, имеющих низкую физическую работоспособность – 71,2%, быструю утомляемость – 74,4%, обусловленную, прежде всего, малоподвижным образом жизни. При этом пренебрегают профилактическими медицинскими осмотрами 71,9% студентов.

Отметили интенсивную зрительную работу 80,8% студентов. Время, затраченное студентами на зрительную работу в течение суток составило на основное обучение – от 6 до 8 часов (практические и теоретические занятия по расписанию), на дополнительное – от 4 до 6 часов в сутки (занятия в библиотеке, работа за компьютером, заучивание учебного материала). Итого, глазам приходится быть в сильном напряжении по 10-14 часов в сутки. От огромных перегрузок страдают студенты всех курсов. Таким образом, интенсивная

зрительная нагрузка в ходе учебного процесса может явиться причиной снижения остроты зрения.

Выявленные неблагоприятные качества жизни обуславливают развитие хронического утомления, отсутствие готовности к плодотворной учебной работе, снижение двигательной активности. Это может быть связано с низкой эффективностью гигиенического воспитания в семьях и образовательных учреждениях, с недостаточным объемом у студентов медицинских знаний в области здорового образа жизни.

Для решения такой проблемы, как профилактика миопии у подростков на базе Туймазинского медицинского колледжа, для студентов была разработана и внедрена целевая программа по профилактике миопии, включающая совместную деятельность медицинской службы колледжа и психолого-педагогической комиссии.

Задачами для медицинской службы являются: принятие мер для соблюдения гигиенических требований при зрительной работе (правильное освещение и посадка корпуса во время занятий, соблюдение времени непрерывной зрительной работы, организация медицинских осмотров, контроль за физическим развитием). Проводится профилактическая работа, в которой учтены: общее состояние здоровья, уровень умственного и физического развития, степень риска по близорукости, возраст, наследственная отягощенность. Организованы ежеквартальные консультативные приемы у офтальмолога с объективной рефрактометрией, проверкой резерва аккомодации и определением ближайшей точки ясного зрения. Студенты проводят самоконтроль за зрительными функциями. Им предложена самостоятельная работа с полихроматическими таблицами, с таблицей Головина. Студенты, использующие зрительную коррекцию, обучены гигиеническим навыкам.

Работа педагогической службы направлена на гармоничное интеллектуальное развитие студента в той степени, в которой это позволяет сделать уровень нарушения зрения в каждом отдельном случае, становление полноправной личности студентов, формирование у них широкого мировоззрения, развитие способностей, обеспечение образованием путем максимального воздействия на слуховой анализатор [1]. Для родителей студентов разработаны рекомендации по рациональному зрительному режиму в домашних условиях для подростка.

Анализ эффективности предложенного комплекса мероприятий проводился спустя год после его внедрения. Студенты были разделены на 2 группы: основную и контрольную. В основную группу были включены студенты, которые участвовали в реализации всех компонентов профилактической работы (всего 146 студентов). В контрольную группу вошли

студенты, которые не участвовали в реализации профилактической программы (167 студентов).

Анализ результатов внедрения комплекса профилактических мероприятий позволил выявить положительные изменения среди студентов основной группы. В контрольной группе не отмечена положительная динамика в изменении образа и качества жизни:

– число студентов, имеющих продолжительность сна не более 8 часов в сутки, сократилось на $11,9 \pm 3,2\%$ в основной группе и увеличилось на $2,3 \pm 2,1\%$ в контрольной;

– пропуски занятий по физической культуре сократились на $3,8 \pm 2,8\%$ в основной группе и увеличились на $2,6 \pm 2,1\%$ в контрольной группе;

– пребывание на свежем воздухе увеличилось в 2 раза в основной группе и осталось без изменения в контрольной группе.

Было определено уменьшение спазма аккомодации после зрительной работы на близком расстоянии в течение 60 минут у $28,8 \pm 0,3\%$ студентов в основной группе и у $10,2 \pm 0,2\%$ студентов в контрольной группе, $P \leq 0,05$. Число студентов с впервые выявленной сниженной остротой зрения вдаль в основной группе составило $12,6 \pm 0,01$ на 100 обследованных, в контрольной группе – $20,4 \pm 0,2$ на 100 обследованных, $P \leq 0,01$. Среди студентов основной группы оказалось большее число обследованных с нормальной рефракцией глаза: $34,6 \pm 0,3$ на 100 обследованных в основной группе и $25,4 \pm 0,2$ на 100 обследованных в контрольной группе, $P \leq 0,05$.

Таким образом, только комплексная работа в составе преподавателей колледжа, фельдшера, офтальмолога обеспечивает массовую профилактику близорукости среди студентов, а также своевременное выявление начальных этапов прогрессирования миопического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гербекова Д.Ю., Субботина В.Г., Оленко Е.С. Влияние обучения в вузе на психологический портрет студента // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – № 1.
2. Еременко К.Ю., Федорищева Л.Е., Александрова Н.Н. Влияние некоторых внешних и внутренних факторов на течение приобретенной миопии у детей // Российский офтальмологический журнал. – 2011. – №1. – С. 27-30.

© Р.А. Ахметова, Р.Т. Ахметов, А.Г. Муталов, С.В. Шагарова, Г.П. Ширяева,
Н.А. Дружинина, Г.М. Якупова, Г.Р. Мухаметшина, 2013

**Р.А. АХМЕТОВА, Р.Т. АХМЕТОВ, А.Г. МУТАЛОВ, С.В. ШАГАРОВА,
Г.П. ШИРЯЕВА, Н.А. ДРУЖИНИНА, Г.М. ЯКУПОВА, Г.Р. МУХАМЕТШИНА
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ
ПОДРОСТКОВ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Гастроэнтерологическая патология занимает одно из лидирующих мест в структуре общей заболеваемости среди детей и подростков, причем число пациентов этого профиля из года в год растет. За последние 5 лет общая заболеваемость детей всех возрастов в России ежегодно возрастала на 5-6 %. Особую тревогу вызывает состояние здоровья детей подросткового возраста (10–18 лет), 70% которых имеют хроническую патологию, социально обусловленные и социально значимые заболевания [Баранов А.А. и др., 2006, 2008, 2010; Теммеева Л.А. и др., 2007; Федорова Г.В., Климшина Т.К., 2010; Грицинская В.Л., 2010].

Патология органов пищеварения занимает одно из приоритетных мест среди заболеваний внутренних органов и, как указывают данные литературы, не имеет тенденции к снижению [Цветкова Л.Н. и др., 2011]. По данным А.А.Баранова (2010), в последние десятилетия распространенность болезней органов пищеварения среди подростков от 15 до 18 лет увеличилась в 1,8 раза. Нет сомнений в том, что хронические заболевания пищеварительного тракта берут свое начало в раннем детском и подростковом возрасте, что в ряде случаев приводит у взрослых к необходимости оперативного вмешательства, стойкой потере трудоспособности и инвалидности [Васильева Т.Г. и др., 2011].

Особое внимание следует уделить детям и подросткам, обучающимся в средних специальных учебных заведениях (ссуз-ах), которые представляют группу риска по возникновению хронических заболеваний органов пищеварения. Остроту данной проблемы подчеркивают низкий социальный статус учащихся, их ограниченные материальные возможности, недостаточная поддержка родителей или ее полное отсутствие, так как многие подростки являются выходцами из социально неблагополучных семей [Елезова Л.И., Шмаков Н.А., 2011; Миронова М.С., Сетко Н.П., 2011; Тернавский А.П. и др., 2011].

К этому печальному факту приводят сложная экономическая ситуация в мире и стране, рост цен на лекарственные препараты, что не позволяет большей части больных проводить комплексное полноценное лечение имеющегося заболевания или предотвратить развитие осложнений. Особого внимания требуют подростки высокого риска, так как своевременно и целенаправленно проведенные профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия дают наибольший эффект по предупреждению формирования у них хронических заболеваний органов пищеварения.

В комплексе мероприятий по оздоровлению подростков выделяют организационное, профилактическое и лечебное направления.

1. Организационное направление включает следующие мероприятия:

- выделение среди подростков групп высокого риска;
- составление для каждого наблюдаемого подростка индивидуального плана по устранению выявленных факторов риска;
- обучение медперсонала проведению лечебно-оздоровительных процедур, повышение квалификации врачей и средних медицинских работников;
- оснащение медицинских кабинетов физиотерапевтическим оборудованием, лечебными травами и лекарственными препаратами;
- обучение подростков и членов их семей принципам здорового образа жизни;
- санитарно-просветительная работа с подростками и их родителями санитарно-гигиеническим навыкам.

2. Профилактическое направление включает следующие мероприятия:

- формирование у подростков здорового образа жизни, негативного отношения к табакокурению, алкоголизму, токсикомании и игромании;
- коррекция режима дня;
- формирование принципов рационального питания;
- устранение психотравмирующих ситуаций;
- закалывающие мероприятия;
- пребывание на природе (особенно в летнее время);
- активный образ жизни, борьба с гипокинезией;
- употребление кисломолочных продуктов: кумыса, корота, айрана, ряженки и др.

3. Среди мероприятий лечебно-профилактического направления (проведение лечебно-оздоровительного комплекса, включая физиотерапевтические процедуры) следует отметить следующее:

- санация полости рта;

- санация ЛОР-органов;
- лечение невротических состояний;
- лечение глистных инвазий и лямблиоза;
- восстановительное лечение после перенесенных острых респираторно-вирусных инфекций и острых кишечных заболеваний;
- лечение аллергических заболеваний и иммунодепрессивных состояний;
- лечение анемии;
- профилактический прием поливитаминных препаратов и при необходимости специфическое лечение заболеваний гастродуоденальной зоны.

Как показали наши исследования, своевременное проведение вышеуказанных профилактических мероприятий позволило значительно сократить группу подростков с высоким риском развития гастродуоденальной патологии.

© Е.К. Баклушина, И.А. Еремцова, М.В. Нуженкова, 2013

Е.К. БАКЛУШИНА, И.А. ЕРЕМЦОВА, М.В. НУЖЕНКОВА
ВЗГЛЯД ВРАЧЕЙ НА ПРОБЛЕМУ РЕАЛИЗАЦИИ СРЕДНИМ МЕДПЕРСОНАЛОМ
ОТДЕЛЬНЫХ ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России, г. Иваново

Интерес к проблеме реализации прав пациентов не иссякает, несмотря на огромное количество публикаций и исследований в этой области. Несмотря на имеющуюся законодательную базу, которая регулирует правоотношения между медработниками и пациентами, возникает ряд проблем в реализации прав пациентов средними медработниками. Эти проблемы связаны с явными пробелами в законодательстве, недостаточным определением роли и функций среднего медицинского работника в реализации отдельных правовых гарантий, недостаточным урегулированием на законодательном уровне взаимоотношений пациента и среднего медработника, среднего медработника и врача.

Целью исследования, проведенного на базе кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФДППО Ивановской государственной медицинской академии, явилось изучение отношения врачей к проблеме реализации отдельных прав несовершеннолетних пациентов средними медработниками. Материалами исследования послужили результаты медико-социологического опроса 417 врачей педиатрического звена, работающих в медицинских организациях Ивановской и Владимирской областей.

В процессе исследования было изучено, как в целом оценивают врачи состояние реализации прав детей-пациентов в медицинских организациях. Среди респондентов основной группы только 35,73% отметили, что права соблюдаются повсеместно и всеми медработниками, 59,47% считают, что медицинские работники не всегда реализуют эти права, а 4,8% считают, что в ЛПУ права пациентов практически не соблюдаются.

По мнению врачей, наиболее часто права пациента нарушают работники регистратуры (40,29 на 100 опр.), на втором ранговом месте оказались средние медицинские работники (26,86 на 100 опр.), на третьем месте - санитарки (24,22 на 100 опр.), на четвертом – организаторы лечебного процесса – представители администрации больниц. Такое мнение имеет каждый пятый опрошенный (20,86 на 100 опр.), и только 11,99 на 100 опр. респондентов в качестве «правонарушителей» отметили врачей.

Также были изучены варианты профессионального поведения средних медицинских работников при реализации отдельных прав пациентов на основе опроса врачей педиатрического звена.

Как показали результаты исследования, принцип уважительного и гуманного отношения к пациентам соблюдается медицинскими сестрами не всегда. Так, по мнению 78,42% респондентов-врачей большинство медсестер соблюдают его, по мнению 11,03% врачей меньшая часть медицинских сестер привержены принципу уважительного и гуманного отношения и только 10,55% врачей считают, что все средние медработники соблюдают данное право при оказании медицинской помощи пациентам-детям.

Большинство опрошенных (68,35%) считают, что для современных средних медицинских работников характерно внимательное и доброжелательное отношение к ребенку. В то же время около трети врачей имеют мнение прямо противоположное, поэтому данный показатель нельзя считать положительным. Данное негативное явление подтверждает и тот факт, что только 32,61% врачей не встречались в своей практике со случаями недоброжелательного и грубого отношения к ребенку-пациенту со стороны среднего медицинского работника.

Принцип уважительного и гуманного отношения к ребенку-пациенту, с точки зрения врачей, чаще всего нарушается медсестрами в условиях поликлиники (50,39 на 100 опр.), приемных отделений больниц (44,74 на 100 опр.), отделений стационаров (30,92 на 100 опр.), в меньшей степени – в школах (10,68 на 100 опр.), детских садах (6,76 на 100 опр.) и при выходе среднего медработника к ребенку на дом (2,14 на 100 опр.).

Среди причин нарушений врачи отметили прежде всего личностные качества (80,43 на 100 опр.), загруженность медицинских сестер (66,55 на 100 опр.), их неумение налаживать отношения с ребенком (55,16 на 100 опр.) и низкую материальную заинтересованность (54,45 на 100 опр.), а также поведение ребенка (32,74 на 100 опр.)

При изучении состояния реализации права пациента на сохранение конфиденциальных сведений медицинскими сестрами были получены следующие данные. Достаточно большая доля опрошенных (45,80%) врачей считают, что медицинским сестрам свойственно разглашать сведения, составляющие врачебную тайну. Примерно такое же количество опрошенных (47,24%) имеют противоположное мнение. И достаточно значимая часть опрошенных (6,96%) не смогли сформулировать определенного мнения по данному вопросу.

Среди врачей, принявших участие в опросе, 24,70% указали, что им известно о случаях разглашения медицинскими сестрами сведений, составляющих врачебную тайну. Однако

возникновение конфликтов между родителями несовершеннолетних пациентов и медсестрами по этому поводу отмечали 19,42% врачей. Причинами нарушения медсестрами права на врачебную тайну большинство врачей считают неправильное понимание понятия врачебной тайны (56,54 на 100 опр.), низкий уровень общей культуры медсестры (52,88 на 100 опр.), просьбы прочих родственников предоставить им информацию о пациенте (31,94 на 100 опр.), менее значимыми оказались требования педагогов (23,56 на 100 опр.) и негативный пример врача (2,09 на 100 опр.). Чаще разглашались сведения о личной жизни семьи несовершеннолетнего пациента (70,16 на 100 опр.), сведения медицинского характера (51,83 на 100 опр.), реже сведения о материальном положении семьи ребенка (26,18 на 100 опр.).

При изучении проблемы участия средних медицинских работников в реализации права несовершеннолетних пациентов на согласие и отказ, результаты опроса показали, что большинство врачей считают недопустимым оформление согласия на медицинское вмешательство у пациента средним медперсоналом (59,95%), 21,82% считают это вполне возможным, 8,64% – только в исключительных случаях. Примерно каждый десятый затруднился с ответом. Это свидетельствует о том, что они никогда не обращали внимания на подобный аспект правоотношений. На вопрос, средние медицинские работники каких специальностей могут получать согласие родителей, большинство респондентов указали фельдшера ФАПа (70,5 на 100 опр.), каждый пятый – медсестер школ и детских садов (21,82 на 100 опр.) и медсестер приемных отделений (21,34 на 100 опр.), реже указывали участковых медсестер (14,39 на 100 опр.), медицинских сестер процедурных кабинетов (3,84 на 100 опр.), медсестер кабинетов здорового ребенка (3,36 на 100 опр.), постовых медсестер (2,64 на 100 опр.).

Практически каждый десятый (9,35%) из опрошенных врачей считает допустимым оформление отказа от медицинских вмешательств средним медицинским работником, 17,03% считают подобное возможным только в исключительных случаях, 61,87% респондентов категорически не допускают оформления отказа на медицинское вмешательство у пациента средним медперсоналом, и 11,75% ответить затруднились. При этом большинство респондентов допускают оформление отказа фельдшером ФАПа (66,91 на 100 опр.), менее трети – медсестрами школ и детских садов (30, 70 на 100 опр.), каждый десятый – медсестрами приемных отделений (11,03 на 100 опр.), реже указывали медицинских сестер процедурных кабинетов (7,19 на 100 опр.), участковых медсестер (6,95 на 100 опр.), медсестер кабинетов здорового ребенка (3,12 на 100 опр.) и постовых медсестер (0,96 на 100 опр.)

Среди опрошенных 31,65% врачей отметили, что в их организациях бывают случаи, когда согласие на медицинское вмешательство у детей получают медсестры единолично, без участия врача. Из них наиболее частыми были ситуации, когда медицинской сестрой оформлялось согласие на прививки в ДОО (40,15 на 100 опр.), значительно реже - на госпитализацию (31,06 на 100 опр.), процедуры, проводимые на дому (31,06 на 100 опр.), в школе или детском саду (23,48 на 100 опр.), в стационаре (13,64 на 100 опр.).

Как показал опрос, 30,45% респондентов встречались с тем, что отказ от медицинского вмешательства у ребенка был оформлен медицинской сестрой единолично, без участия врача.

На наш взгляд, оформление медсестрой без участия врача согласия на медицинское вмешательство, а также отказа от него, что является нарушением процедуры документального закрепления этих прав, не может считаться полноценным вариантом реализации данных правовых гарантий, поскольку данная функция принадлежит лечащему врачу. Также эта обязанность возложена и на фельдшера, поскольку в соответствии с пунктом 7 статьи 70 «Основы охраны здоровья» специалисту такого профиля могут быть переданы функции лечащего врача по оказанию медицинской помощи. Поэтому мнение врачей, не отнесших фельдшеров к медработникам, наделенных полномочиями получения согласия на медицинское вмешательство, не является верным.

Серьезной проблемой на сегодняшний день является правомочность информирования пациентов медицинской сестрой. Как показали результаты исследования, врачи высказывают различные точки зрения по этому поводу. Только 5,28% опрошенных считают вполне возможным информирование родителей средним медицинским персоналом, 30,70% врачей считают, что средние медработники могут предоставлять информацию лишь в исключительных случаях, 56,35% не допускают такой возможности, 7,67% ответить затруднились. На наш взгляд средние медицинские работники могут и должны информировать родителей несовершеннолетних пациентов, но только в пределах своей компетенции. И мнение большинства врачей, не посчитавших средних медицинских работников полномочными предоставлять информацию, нельзя считать верным.

Так, большинство врачей высказали мнение о том, что в компетенции медсестер находится предоставление информации о правилах ухода за здоровым и больным ребенком (82,01 на 100 опр.), о режиме детей – 79,86 на 100 опр., о правилах поведения в медицинских организациях – 68,82 на 100 опр., о питании ребенка – 63,07 на 100 опр., о вакцинации детей – 55,64 на 100 опр., менее половины респондентов-врачей считают, что медсестра обязана информировать о правах и обязанностях пациентов и их законных представителей в сфере

потребления медицинских услуг (48,20 на 100 опр.), о рекомендованных методах профилактики (42,48 на 100 опр.), 14,63 на 100 опр. врачей считают возможным информирование законных представителей несовершеннолетних пациентов о необходимости госпитализации, 8,87 на 100 респондентов – о характере и причинах заболевания ребенка, 8,63 на 100 врачей – о рекомендованных методах лечения, 0,96 на 100 опрошенных – о прогнозе.

Около половины опрошенных врачей (49,64%) когда-либо были недовольны тем, что медицинские сестры предоставляли родителям ту информации, которую медсестры, по мнению врачей, не должны были предоставлять. При этом только 77,22 % врачей, принявших участие в опросе, инструктируют сестринский персонал о правилах предоставления информации родителям детей-пациентов.

Встретившись с нарушениями прав несовершеннолетних пациентов, 90,89% врачей высказали мнение о целесообразности разработки и внедрения в медицинских организациях четких инструкций для средних медработников по правам пациентов. В основной группе 3,11% респондентов посчитали это не обязательным, затруднились ответить 6,00% врачей. Подавляющее большинство опрошенных считают необходимым повышение уровня правовых знаний медицинских сестер (91,13%), 2,16% врачей посчитали это ненужным, 6,71% ответить затруднились.

Таким образом, можно сделать вывод о недостаточной реализации прав несовершеннолетних пациентов средним медицинским персоналом и прежде всего права на уважительное и гуманное отношение, на сохранение в тайне конфиденциальных сведений, на согласие и отказ от медицинского вмешательства. Врачи, неверно представляющие роль средних медработников в реализации прав пациентов на согласие на медицинское вмешательство и отказ от него, негласно делегируют свои обязанности по реализации данных правовых гарантий медсестрам, находящимся в служебной зависимости от врачебного персонала, нарушая процедуру их документального закрепления. С учетом вышеизложенного представляется целесообразным более четкое определение механизмов реализации прав пациентов и роли средних медицинских работников в осуществлении этих прав, в том числе путем разработки локальных нормативных документов медицинских организаций.

© И.Р. Биглова, З.Я. Галиева, Р.М. Мухамадеева, Р.Г. Яппаров, 2013

И.Р. БИГЛОВА, З.Я. ГАЛИЕВА, Р.М. МУХАМАДЕЕВА, Р.Г. ЯППАРОВ
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

ГБУЗ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями», г. Уфа

Рост количества ВИЧ-инфицированных женщин, удельного веса полового пути передачи ВИЧ-инфекции и распространенность эпидемического процесса среди лиц репродуктивного возраста способствуют увеличению количества детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин, и возможности их инфицирования. В Республике Башкортостан ежегодно, за период наблюдения с 2000 по 2012 годы, при обследовании беременных на ВИЧ-инфекцию при постановке на учет в среднем на 100 000 беременных выявляется 80 ВИЧ-инфицированных женщин.

В целях предотвращения инфицирования ребенка беременным с ВИЧ-инфекцией назначается прием противовирусных препаратов во время беременности и в родах. Проводимые мероприятия позволяют снизить до минимума число детей, рожденных с ВИЧ-инфекцией.

Профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ППМР) – это комплекс клинических и вспомогательных услуг, ориентированных на семью, который совместно с мероприятиями общественного здравоохранения направлен на предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Консультирование и тестирование на ВИЧ в учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь беременным женщинам, способствуют раннему выявлению ВИЧ-инфекции и своевременному проведению мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, в том числе высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), безопасным методам родоразрешения и консультированию по вопросам вскармливания.

Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и антиретровирусной профилактики во время беременности, родов и новорожденному осуществляются в соответствии с утвержденным стандартом профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Определены этапы, методы и схемы применения антиретровирусных препаратов,

разрешенных к применению в России, а также методы обследования ВИЧ-инфицированных беременных.

С целью своевременного выявления ВИЧ-инфекции среди беременных проводится двукратное тестирование беременных на ВИЧ-инфекцию – при постановке на учет по беременности в женской консультации и при сроке 30 недель с проведением обязательного до и после тестового консультирования. При постановке на учет беременной рекомендуется проведение обследования на ВИЧ-инфекцию супруга (полового партнера).

Квалифицированное консультирование в процессе тестирования на ВИЧ-инфекцию позволяет сочетать профилактическую работу по изменению поведения с целью предупреждения заражения ВИЧ с индивидуальной психологической поддержкой, что характеризует данный этап борьбы с ВИЧ-инфекцией как личностно ориентированный.

Для каждой ВИЧ-инфицированной беременной составляется индивидуальный план диспансерного наблюдения и лечения. Проводится клиничко-иммунологический мониторинг, который позволяет контролировать течение развития ВИЧ-инфекции, поражением иммунного ответа организма и активностью оппортунистических инфекций (включая оценку иммунного ответа моноклональными антителами с иммунофенотипированием лимфоцитов, диагностика методами иммуноферментного анализа и иммуноблотинга, ПЦР-диагностика), проведением превентивной терапии оппортунистических инфекций.

Радикального лечения ВИЧ-инфекции не существует, но разработан целый ряд антиретровирусных препаратов, которые уменьшают количество вируса в крови больного ВИЧ-инфекцией, повышают количество CD4+ лимфоцитов, что позволяет предупредить развитие инфекционных, онкологических заболеваний. Антиретровирусные препараты особенно эффективны для профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.

Наиболее эффективное снижение риска инфицирования ребенка достигается максимальным подавлением репликации вируса у беременной женщины в период беременности до родов. По данным ВОЗ, риск передачи ВИЧ от матери ребенку без использования современных методов профилактики составляет в Европе примерно 15 – 20%, в США – 15 – 30%, в Африке – 25 – 30%. С внедрением новых методов химиопрофилактики частота вертикальной передачи ВИЧ в США и странах Западной Европы не превышает 1,0 – 1,5%, в то время как в других странах остается на высоком уровне. В России, по данным Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей г. Санкт-Петербурга, частота вертикальной передачи составляет в среднем около 10%.

Для уменьшения риска перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции в Республике Башкортостан в полном объеме проводятся все этапы превентивной антиретровирусной терапии «химиопрофилактика», что позволяет снижать уровень перинатального инфицирования до 2%. Антивирусная терапия состоит из трех этапов: антенатальная (во время беременности ВИЧ-инфицированная женщина получает химиопрофилактику тремя и более препаратами под контролем врача-гинеколога женской консультации и специалистов ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ); интранатальная (под контролем акушера-гинеколога родильного дома по протоколу ВОЗ HIV NET 12 в виде комбинированной антиретровирусной терапии, состоящей из внутривенного введения раствора «Зидовудин» и даче препарата «Невирарпин» в таблетках); постнатальная (прием препаратов новорожденным в виде сиропов «Зидовудин» + «Невирарпин» начинается в родильном доме и продолжается после выписки под контролем участкового врача-педиатра); при отсутствии сиропа «Зидовудин», согласно рекомендации ФКУ «РКИБ» Минздрава России используется препарат «Ламивудин» в виде сиропа для перорального применения в терапевтической дозе сроком 1 месяц.

Плановое кесарево сечение для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ рекомендовано, если имеется одно и более из следующих показаний:

- 1) количество вируса иммунодефицита человека в крови матери (вирусная нагрузка) при последнем исследовании перед родами более 1000 копий/мл;
- 2) нет данных о величине вирусной нагрузки перед родами;
- 3) химиопрофилактика была начата на сроке беременности 34 недели и более;
- 4) химиопрофилактика в период беременности не проводилась;
- 5) нет возможности провести химиопрофилактику в родах.

Решения по оперативному родоразрешению ВИЧ-позитивных женщин принимаются индивидуально для каждой беременной с учетом стадии ВИЧ-инфекции, акушерских показаний, вирусологических («вирусная нагрузка», РНК – ВИЧ) и иммунологических (CD4+-лимфоциты) показателей, сопоставления рисков инфицирования плода и развития послеоперационных осложнений в соответствии с действующими нормативными документами. Плановое кесарево сечение, проведенное до начала родовой деятельности и разрыва плодных оболочек, снижает в два раза риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированной беременной, а затем и за родившимся ребенком осуществляется совместно с врачом акушером-гинекологом женской консультации и врачом-педиатром детской поликлиники согласно графику и объему

обследования детей, принятым и утвержденным в ФКУ «Республиканская клиническая инфекционная больница» и Научно-практическом центре профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных и детей (г. Санкт-Петербург).

Вызывает тревогу рост новых случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин. Если в 2010 году в Республике Башкортостан из обследованных 163 117 беременных ВИЧ впервые выявлен у 134, в 2011 году – у 171 из 139 910 обследованных, то в 2012 году – у 183 из 140 957 обследованных. В 2012 году беременность зарегистрирована у 445 ВИЧ-инфицированных женщин, что на 4,71% больше, чем в 2011 году (425 беременных). Число родов у ВИЧ-инфицированных женщин по сравнению с 2011 годом увеличилось на 19,0% (2011 г. – 248 родов, 2012 г. – 295 родов).

Доля женщин с ВИЧ-инфекцией, желающих сохранить беременность, ежегодно остается на достаточно высоком уровне, в среднем 58,5% за последние 13 лет, начиная с 2000 года.

В течение 2010 – 2012 гг. продолжается рост числа зарегистрированных беременных на 4,7% (в 2012 г. – 445 беременных, в 2011 г. – 425 беременных, в 2010г. – 342 беременные), рост числа родов у ВИЧ-инфицированных беременных на 18,9% (в 2012 г. зарегистрировано 295 родов, в 2011 г. – 248 родов, в 2010 г. – 225 родов); рост числа аборт среди беременных с ВИЧ-инфекцией на 7,5% (в 2012г. закончили беременность прерыванием 142 женщины с ВИЧ-инфекцией, в 2011 г. 132 женщины, в 2010 г. – 98 женщин).

При анализе количества беременных, родов и прерываний беременности по территориям Республики Башкортостан в 2010 – 2012 гг. выявлено, что наибольшее количество беременных женщин и родов зарегистрировано в гг. Уфа, Стерлитамак, Салават, Нефтекамск.

Родоразрешение путем операции кесарева сечения зарегистрировано в 2012 году у 58 женщин (19,6% от числа всех родов), за аналогичный период 2011 года отмечено у 50 женщин (20 % от числа всех родов), в 2010 году – у 46 женщин (20,04%).

Количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин, подлежащих химиопрофилактике, за 12 месяцев 2012 г. – 295 чел., за 2011 – 248 чел., за 2010 г. – 225 чел. Количество ВИЧ-инфицированных беременных, родивших детей и получавших химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку или ВААРТ за 2012 г. – 291 чел. (98,6%), за 2011 г. – 244 чел. (98,4%), за 2010 г. – 220 чел. (97,7%). Количество пар мать – ребенок, которым проводилась трехэтапная химиопрофилактика (во время беременности, родов, ребенку) за 2012 г. – 283 чел. (96%), за 2011 г. – 229 чел. (92,3%), за 2010 г. – 201 чел. (89,3%).

Количество детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, получившими профилактическую антиретровирусную терапию, за 2012 г. – 294 чел. (99,6%), за 2011 г. – 251 чел. (99,6%), за 2010 г. – 224 чел. (100 %).

С целью выявления причин отсутствия полного охвата химиопрофилактикой (далее ХП) проведен анализ проведения ХП в 2010 – 2012 гг. Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, завершивших беременность родами, и не состоявших на учёте в женской консультации, ежегодно снижается и составляет: в 2012 г. – 12 (4,06 %), в 2011 г. – 19 (7,6%) в 2010 г. – 23 (10,2%), в Российской Федерации – 14,6%. Причинами неполного охвата ХП в период беременности и родов являются:

- не в полном объеме проводится стандарт диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентками;
- отсутствие преемственности в работе по диспансерному наблюдению ВИЧ-инфицированных женщин инфекционистом и акушером-гинекологом по месту жительства;
- отсутствие настороженности по выявлению ВИЧ-инфекции у женщин из групп риска;
- сокрытие ВИЧ-инфицированными женщинами наличия у них ВИЧ-инфекции при поступлении на роды (отказ от обследования, лечения, прибытия на роды из другого города без документов).

В Республике Башкортостан с 1987 года по состоянию на 31.12.2012г. от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 1855 детей, снято с учета с диагнозом перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции 1473 ребенка, под наблюдением находится 294 ребенка, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Состоят на учете с заключительным диагнозом ВИЧ-инфекция 127 детей (124 – родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, 2 – заразившихся при парентеральных вмешательствах ВИЧ-инфицированным лицом, 1 – через донорское грудное молоко).

Показатель передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в республике составляет 7,97% (в Российской Федерации – 9,6%, в Приволжском федеральном округе – 8,3%).

Таким образом, несмотря на высокий охват матерей с ВИЧ-инфекцией и их детей программами ППМР, доля детей с вертикальным путем передачи ВИЧ-инфекции остается высокой.

Тем не менее работа в данном направлении проводится, специалисты первичного звена в медицинских организациях обучены методам профилактики ВИЧ-инфекции. В 2012 году была принята ведомственная целевая программа на 2013-2015 годы «Анти-ВИЧ/СПИД»,

утвержденная приказом Минздрава РБ от 12 ноября 2012 г. № 2776-Д общим объемом финансирования более 50 млн. рублей. В программу включены новые разделы: проведение постконтактной химиопрофилактики на рабочих местах; приобретение оборудования для лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции, а также экспресс-тестирование ВИЧ-инфекции у беременных женщин с неизвестным ВИЧ-статусом в предродовом периоде и обеспечение адаптированными молочными смесями для искусственного вскармливания детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей (на 6 804,0 тыс. рублей).

Таким образом, проводимая в Республике Башкортостан пренатальная профилактика ВИЧ-инфекции заключается в своевременном выявлении ВИЧ-инфицированных беременных, проведении всех этапов превентивной комбинированной химиопрофилактики (до родов, во время родов и новорожденному после родов), индивидуальном клинико-иммунологическом мониторинге ВИЧ-позитивных беременных и рожденных от них детей.

© Г.А. Гуфранова, Р.К. Шарипова, Р.К. Ягафарова, 2013

Г.А. ГУФРАНОВА, Р.К. ШАРИПОВА, Р.К. ЯГАФАРОВА
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАСКИНТЕСТА® В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА
РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ГБУЗ «Республиканский противотуберкулезный диспансер», г. Уфа
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

Цель исследования: изучить информативность кожной пробы с препаратом Диаскинтест® (ДСТ) в сравнении с пробой Манту с 2 ТЕ (ПМ) при различных проявлениях туберкулезной инфекции у детей и подростков.

Материалы и методы. Проанализированы 135 историй болезни детей в возрасте от 8 мес. до 17 лет, пролеченных в детском стационарном отделении Республиканского противотуберкулезного диспансера с октября 2009 по октябрь 2012 года.

Результаты. Из 135 детей у 7 (5,2%) инфицирование *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) по результатам ДСТ не выявлено. Это 3 ребёнка с внебольничной пневмонией (средний размер папулы при ПМ 8,5мм) и 4 ребёнка с поствакцинальным осложнением вакцинации БЦЖ (средний размер папулы при ПМ 6,0мм). Из 128 детей, инфицированных МБТ, 47 (36,7%) инфицированы без клинических и лабораторных признаков заболевания, у 81 (63,3%) ребенка наблюдался локальный туберкулезный процесс органов дыхания (ТОД) и внелегочной локализации (ТВЛ).

Из 47 детей, инфицированных МБТ без локальных проявлений туберкулеза, у 11 (23,4%) детей диагностирован выраженный туберкулиновой реакции, у 20 (42,6%) – гиперергическая реакция на туберкулин, 16 (34%) детей инфицированы МБТ с прошлых лет (со средним размером папулы на ПМ 10,4 мм), ДСТ у половины из них был отрицательным, у остальных 8 детей средний размер папулы на ДСТ 6,1 мм. У детей с выраженным туберкулиновой реакции и с гиперергической реакцией на туберкулин средний размер папулы при ПМ 14,8мм, а результат ДСТ у всех детей носил гиперергический характер (папула в среднем 16,8мм).

ДСТ детям с локальными формами туберкулеза всех локализаций в нашем отделении проводился до начала проведения специфического лечения, в процессе лечения и в конце основного курса химиотерапии с целью определения эффективности проведенного лечения.

Из 81 ребенка с локальными формами туберкулеза у 67 (82,7%) диагностирован ТОД, у 14 (17,3%) детей – ТВЛ.

Из 67 детей с ТОД у 30 (44,8%) выявлены первичные формы туберкулеза (туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и первичный туберкулезный комплекс). До начала лечения размер папулы на ДСТ у них составлял в среднем 15,1 мм (гиперергический результат), при ПМ – 13,5 мм (нормергический результат). После проведенного основного курса лечения у детей с ТОД первичного генеза ДСТ угасал, составив в среднем 10,1 мм, при этом средний размер папулы при ПМ практически не менялся (13,1 мм).

Перед началом курса химиотерапии у 37 детей с вторичными формами ТОД (очаговый туберкулез, инфильтративный туберкулез, хронический диссеминированный туберкулез, туберкулема) ДСТ и ПМ были нормергическими (8,3 мм и 10,8 мм соответственно). В результате проведенного курса антибактериального лечения ДСТ уменьшился до 6,2 мм, а ПМ снизилась до 8,9 мм.

Из 14 детей с ТВЛ только у 1 ребенка с туберкулезным мезаденитом отмечался гиперергический результат ДСТ (ПМ 15 мм), у 1 ребенка с туберкулезным менингоэнцефалитом в процессе лечения – нормергический ДСТ (ПМ 7 мм). У остальных 12 детей с ТВЛ отмечался отрицательный результат на ДСТ, при среднем размере папулы при ПМ 12,1 мм.

Выводы. Исследования показали, что диагностическая информативность Диаскинтеста® по сравнению с пробой Манту выше у детей в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции и у детей с первичным туберкулезом органов дыхания. Результат Диаскинтеста® в данных группах детей был более выраженным (гиперергическим), чем при пробе Манту.

Динамическое использование Диаскинтеста® весьма информативно при оценке эффективности лечения первичных форм туберкулеза органов дыхания у детей. Диаскинтест® оказался не столь показательным тестом по сравнению с пробой Манту у детей с вторичными формами туберкулеза органов дыхания и у детей с внелегочной локализацией туберкулезного процесса.

© Н.А.Дружинина, А.Г.Муталов, Ч.Р.Бакиева, Г.П. Ширяева, С.В.Шагарова, 2013

Н.А.ДРУЖИНИНА, А.Г.МУТАЛОВ, Ч.Р.БАКИЕВА, Г.П. ШИРЯЕВА, С.В.ШАГАРОВА
ФАКТОРЫ РИСКА ОЖИРЕНИЯ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Ожирение – это хроническое многофакторное заболевание, которое развивается в результате длительного нарушения энергетического баланса в организме, когда поступление энергетических субстратов превалирует над энергетическими затратами. Масштабы распространенности данной патологии столь велики, что в 1997 г. Всемирной организацией здравоохранения ожирение было объявлено «неинфекционной эпидемией, которая влияет на здоровье населения больше, чем традиционные проблемы здравоохранения, в частности голодание и инфекционные болезни [1]. В настоящее время на нашей планете насчитывается около 1,7 млрд человек с ожирением, и их число увеличивается. Известно, что в странах Западной Европы от избыточной массы тела и ожирения страдают до 25% населения [2]. В России не менее 30% трудоспособного населения имеют избыточную массу тела и 25% – ожирение [3].

Параллельно с увеличением числа случаев ожирения у взрослых с каждым годом увеличивается количество случаев ожирения у детей. Неуклонный рост избыточного веса у детей и подростков позволяет прогнозировать рост ожирения и дальше, так как почти у 60% взрослых ожирение начинается в детском и подростковом возрасте [4].

По данным ВОЗ, в мире более 155 млн детей имеют избыточный вес, более 40 млн – клиническое ожирение, причем у 20 млн детей ожирение выявлено в возрасте младше 5 лет [5].

Установлено, что ожирение у детей и подростков является полиэтиологичным заболеванием, имеющим сложный и многообразный патогенез, протекающим с нарушением обмена веществ.

Проблема избыточной массы тела у лиц молодого возраста в настоящее время особенно актуальна, так как именно в этой возрастной группе быстро увеличивается распространенность осложнений, ассоциированных с ожирением, входящих в группу метаболического синдрома [10].

В формировании ожирения играют роль многие факторы риска, в том числе перинатальные, факторы наследственной предрасположенности (генетические), факторы

внешней среды (образ жизни, пищевое поведение, характер питания, физическая активность), нейроэндокринные и др. О значительной роли наследственной предрасположенности к ожирению убедительно свидетельствуют исследования разных авторов [11].

Целью настоящего исследования явилось определение факторов риска формирования ожирения у девочек подросткового возраста.

Проведено клинико-anamnestическое исследование, включающее в себя изучение анамнеза, анкетирование детей и их родителей, оценка состояния здоровья, характера питания и уровня физической активности. Основная группа включала в себя 73 девочки с ожирением различной степени в возрасте от 10 до 17 лет, средний возраст составил $14,5 \pm 1,7$ года. Контрольная группа представлена девочками такого же возраста, антропометрические данные которых соответствовали средневозрастным показателям. Критериями включения в исследование явились соответствующий возраст и в основной группе ИМТ более 28.

При проведении анкетирования детей и родителей и изучении первичной медицинской документации были выявлены особенности семейного анамнеза. Наследственная отягощенность по ожирению была установлена у 32 девочек (43,8%), один из родителей которых имел избыточную массу тела, у (67,1%) близкие родственники с избыточной массой тела выявлены у 67,1% обследуемых основной группы, тогда как в контрольной группе подобных отягощающих факторов ($P < 0,05$). Исследование наследственного анамнез подтверждает роль семейной отягощенности в развитии ожирения.

Анализ питания на первом году жизни в основной группе показал, что на естественном вскармливании до года находилось лишь 15,6% девочек, но при этом отмечено: в этой группе имело место раннее с 3мес. введение прикорма в виде манной каши на коровьем молоке, введение в рацион кефира с 5 – 6-месячного возраста. Преобладающим видом питания у 84,4 % девочек было искусственное вскармливание с первых месяцев жизни, а также ранний необоснованный прикорм неадаптированными продуктами.

В контрольной группе преобладали девочки, большинство (87,23%) из которых находились на естественном вскармливании и получали прикорм в виде инстантных каш и овощных пюре.

Средний возраст манифестации ожирения среди обследованных девочек составил $7,8 \pm 1,6$ года.

При проведении опроса детей и родителей об образе жизни ребенка было установлено, что только 8 (10,9%) девочек с ожирением посещают спортивную секцию или

танцевальную студию. У 65 (89,1%) девочек более 3-4 часов в день занимает просмотр телевизионных передач и пользование компьютером. Анализ физической активности показал, что формирование ожирения выявлялось в 2 раза чаще у девочек с пассивным двигательным режимом.

Все девочки вели пищевой дневник, где отмечали время и кратность приема пищи, перечень продуктов и блюд, перекусы. При анализе питания было выявлено, что после 21 часа плотно едят 22 девочки (30,1%), в ежедневном рационе всегда присутствуют сладости и выпечка у 50 (68,4%) девочек, у 52 (71,2%) девочек – картофель, у 30 (41,0%) девочек – макароны. Причем почти все девочки не считали вредными и калорийными перекусы печеньем, сухариками, чипсами, леденцами и шоколадными батончиками. Нерациональное питание на первом году жизни, а также превышение потребления жиров и углеводов в последующие годы жизни в сравнении с рекомендованными нормами позволяет сделать заключение о превышении суточной калорийности рациона, что приводит к нарастанию избыточной массы тела.

Таким образом, в формировании ожирения у девочек значимую роль играют факторы наследственной предрасположенности, факторы внешней среды (образ жизни, пищевое поведение, характер питания, физическая активность). Ожирение у девочек подросткового возраста часто обусловлено неблагоприятными факторами организации питания на первом году жизни

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. Obesity: eventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. WHO: Geneva, 1997.
2. Дороднева, Е.Ф. Метаболический синдром/Е.Ф. Дороднева, Т.А.Пугачева, И.В.Медведева //Тер. Архив. – 2002. – № 10. – С. 7-12.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты: руководство для врачей. – М., 2004. – 312 с.
4. Вербова, А.Ф. Грелин и гормонально-метаболические показатели у юношей с ожирением и избыточной массой тела /А.Ф. Вербова, О.И. Решетова// Пробл. эндокринологии. – 2009. – № 55(2). – С. 23-26.
5. WHO WHO: Obesity and overweight. [http:// www. who. int\ entity\ gho\ ned\ risk_ factors\ overweight\ en\](http://www.who.int/entity/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/)
6. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. NEJM, 2004; 350: 2362-2374.

7. Orsi CM, Hale DE, Lyncj JL. Pediatric obesity epidemiology. *Curr. Opinion in Endocr. Diabetes & Obesity*. 2011; 18: 14-20.
8. Zimmermann M. B. et al. Overweight and obesity in 6-12 year old children in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 2004; 134: 523-8.
9. Stamatakis E. et al. Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: what is the role of the socioeconomic factors? *Archives of Disease in Childhood* 2005; 90: 999-1004.
10. Васюкова, О.В. Инсулинорезистентность при ожирении у детей: спорность оценки /О.В. Васюкова, А.В. Витебская// Пробл. эндокринологии. – 2002. – № 55 (3). – С. 8-12.
11. Строев Ю.И., Чурилов Л. П. Ожирение у подростков. – СПб: Элби, 2003. – С. 49-57.

© Н.А.Дружинина, Л.М.Насибуллина, А.Г.Муталов, Г.П.Ширяева, С.В.Шагарова, 2013

**Н.А.ДРУЖИНИНА, Л.М.НАСИБУЛЛИНА,
А.Г.МУТАЛОВ, Г.П.ШИРЯЕВА, С.В.ШАГАРОВА**
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕСТНОГО
САНАТОРИЯ «ДУСЛЫК»**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Детский санаторий «Дуслык» МЛПУ ГО, г. Уфа

Одним из основных этапов медицинской реабилитации детей является санаторно-курортное лечение, которое способствует предупреждению развития заболеваний, сокращению числа рецидивов при хронических заболеваниях, тем самым решаются вопросы первичной и вторичной профилактики.

Развитие санаторно-курортной системы в Республике Башкортостан находится под пристальным вниманием Правительства и Президента республики. Основные направления отрасли изложены в «Концепции развития санаторно-курортной системы РБ», утвержденной в 2000 году, и в «Программе развития санаторно-курортной системы РБ до 2010 года», принятой в республике в 2002 году.

Оптимальным для обеспечения санаторно-курортным лечением детского населения является развитие сети местных лечебно-оздоровительных учреждений. Эффективность лечения в местных санаториях при многих заболеваниях зачастую превосходит эффективность лечения в отдаленных курортах – исключается отрицательное воздействие адаптационной перестройки организма, что особенно выражено у детей младшего возраста.

Детский санаторий «Дуслык» располагается в зеленой зоне столицы и предназначен для оздоровления детей в возрасте от 5 до 11 лет.

Целью настоящей работы была оценка эффективности реабилитации детей в условиях местного детского санатория.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 552 ребенка в возрасте от 5 до 7 лет, получивших повторное оздоровление в санатории с интервалом 6-8 месяцев. Оценка эффективности проводилась методом объективного осмотра детей и анкетирования родителей через год после повторного курса реабилитации ребенка в санатории.

Обсуждение и результаты исследования. Все исследуемые дети по состоянию здоровья соответствовали общепринятым в педиатрии критериям «Часто болеющие дети». В

санатории дети получили комплекс лечения, который включал: лечебно-охранительный режим, полноценное шестиразовое питание, кумысолечение, кислородный коктейль, массаж грудной клетки и ЛФК, лечение в галокамере.

Изучение отдаленных результатов эффективности оздоровления детей проводилось путем анкетирования родителей через год после выписки из санатория и путем анализа истории развития ребенка (ф.112). Анкета содержала следующие вопросы:

1. Каков был эффект от пребывания Вашего ребенка в санатории? Варианты ответов: (+++), (++), (+), (0).

2. Улучшилось ли самочувствие ребенка (аппетит, настроение, поведение)?

3. Изменилась ли частота заболеваемости ОРВИ?

4. Посещает ли ребенок детский коллектив?

5. Какова частота оформления листов нетрудоспособности в год по причине заболеваемости ребенка?

В 92,2% (509) случаев в анкетах родители отметили высокую эффективность пребывания их ребенка в санатории, у 5,4% (30) детей эффект был незначительный (+), в 1,4% (8) случаев эффекта не было, в 0,9% случаев ответ не был получен. В анкетах большая часть родителей (96%) отметили, что их ребенок стал более спокойным, нормализовались сон и аппетит, ребенок стал более бодрым и активным. С удовлетворением родители также отмечали, что ребенок стал более самостоятельным, освоил гигиенические навыки и умение. Частота заболеваемости ОРВИ, как и частота оформления листков нетрудоспособности родителям, резко сократилась после второго курса реабилитации до 2-3 раз в год, и дети стали посещать детские коллективы с большим удовольствием и меньшими пропусками.

Таким образом, у значительного количества детей (92,2%), получивших повторный курс реабилитации в условиях местного городского детского санатория, по отдаленным результатам оздоровления были отмечены положительные результаты в состоянии здоровья. Кроме того, были отмечены положительные изменения психологического характера, признаки социальной адаптации в детском коллективе и поведение ребенка в семье. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности практики повторной реабилитации детей в условиях детского санатория «Дуслык» с целью первичной профилактики хронических заболеваний и повышения психологического и соматического статуса ребенка.

© С.С. Еремина, Т.М. Горбачева, Е.А. Потапова, Б.М. Блохин, 2013

С.С. ЕРЕМИНА, Т.М. ГОРБАЧЕВА, Е.А. ПОТАПОВА, Б.М. БЛОХИН
ДИАСКИНТЕСТ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ
ИЗ СОЦИАЛЬНО-БЛАГОПОЛУЧНЫХ УСЛОВИЙ

ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ, г. Москва

Актуальность: В настоящее время сохраняется напряженная эпидемическая ситуация по туберкулезу как среди взрослого населения, так среди детей и подростков. На протяжении многих десятилетий работа по выявлению туберкулеза у детей и подростков строилась на основании туберкулинодиагностики (у подростков с применением флюорографического обследования). Известно, что различные факторы, в том числе и наличие сопутствующей патологии, могут влиять на чувствительность к туберкулину. В последние годы в качестве дополнительного диагностического метода широко применяется инновационный внутрикожный диагностический тест – Диаскинтест.

Цель: оценить частоту встречаемости сопутствующей патологии и результаты применения пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л, а также пробы с препаратом Диаскинтест у детей из социально-благополучных условий.

Материалы и методы: обследовано 145 детей в возрасте 5-12 лет. Средний возраст детей составил $8,2 \pm 2,3$ г. Оценивались вакцинация (ревакцинация) БЦЖ (БЦЖ-М), результаты ежегодной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л, пробы с препаратом Диаскинтест, наличие сопутствующей соматической патологии (в том числе носительство бактериальных и вирусных инфекций), данные физикального, рентгенологического (в том числе компьютерной томографии) и лабораторного обследований. В исследование включались дети из полных семей, с хорошими бытовыми условиями, родители имели образование и стабильный доход, не злоупотребляли спиртными напитками, владели культурой воспитания. По результатам ежегодной туберкулинодиагностики выделено 3 группы детей.

Результаты: 1-ю группу составили 15 детей с отрицательными результатами пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л и отрицательными результатами пробы с препаратом Диаскинтест, расцененные как не инфицированные микобактериями туберкулеза. Все дети привиты вакциной БЦЖ-М в родильном доме, величина поствакцинального знака составила 3-5 мм. Средний возраст детей составил $6,4 \pm 2,2$ г. Сопутствующие заболевания в данной группе детей отмечались следующие: в 37% случаев патология ЛОР-органов (гипертрофия аденоидов), в 25% случаев – аллергопатология (поллиноз, аллергический ринит), в 17,5%

случаев – эндокринная патология (зоб эндемический), в 15% случаев – дети из группы частоболеющих, в 10% случаев отмечалось носительство вируса герпеса VI типа и наличие антител JgG к Chl. pneumoniae. 2-я группа – 18 детей с положительными результатами пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л, отрицательными результатами пробы с препаратом Диаскинтест, расцененными как поствакцинная аллергия с учетом проведенной вакцинации (ревакцинации) и возраста детей. Средний возраст детей составил $5,1 \pm 2,4$. Все дети привиты вакциной БЦЖ-М в родильном доме, 5 детей ревакцинированы вакциной БЦЖ, величина поствакцинального знака у вакцинированных детей составила 2-5 мм, у ревакцинированных – 4-7 мм. При этом чувствительность к туберкулину у половины детей отмечалась средняя, в 40% случаев – слабая и только в 1-м случае высокая. Сопутствующая патология в данной группе детей представлена: в 36,8% случаев заболеваниями ЛОР-органов (гипертрофия аденоидов), в 31% случаев – аллергопатологией (поллиноз), в 18,4% случаев – эндокринной патологии (ожирение I степени, зоб эндемический), в 13,2% случаев – гастропатологией (дискинезия желчевыводящих путей, хронический гастрит), в 13,1% случаев – дети из группы частоболеющих, в 18,4% случаев отмечалось носительство вируса Эпштейна-Барра, в 15,8% – вируса герпеса VI типа. 3-я группа – 112 детей с положительными результатами пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л, расцененные как инфицированные микобактериями туберкулеза более 1 года. Сопутствующая патология: в 14,3% случаев – заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит), в 10,7% – аллергопатология (бронхиальная астма, поллиноз, аллергический ринит), в 9,8% – гастропатология (хронический гастрит), в 6,5% – эндокринная патология (ожирение I степени, зоб эндемический), в 8,9% – дети из группы часто болеющих. Герпетическая инфекция встречалась в 8,7% случаев, в 7,1% случаев – оппортунистическая инфекция вне обострения. Чувствительность к туберкулину в 61,1% случаев преобладала средняя, в 22,4% – высокая и в 16,4% – слабая. Результаты пробы с препаратом Диаскинтест в 92% случаев отрицательные, у 6 (5,3%) детей – сомнительные, из них 2 детей имели высокую чувствительность к туберкулину, у 3 (2,6%) детей положительные, из них 1 ребенок имел высокую чувствительность к туберкулину. У всех детей исключены семейные контакты и другие факторы риска. Детям с сомнительными и положительными результатами пробы с препаратом Диаскинтест проведено дополнительное обследование, включающее компьютерную томографию. Локальный процесс исключен, проведен курс превентивной терапии двумя препаратами в течение 3-х месяцев в соответствии с методическими рекомендациями по применению пробы с препаратом Диаскинтест. Повторная проба с препаратом Диаскинтест в динамике в 7 случаях стала отрицательной, в 2-х случаях сохранилась положительная, при этом с уменьшением размера

папулы. Повторная проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л в динамике в данной группе детей, проведенная на фоне антигистаминных препаратов, во всех случаях – нормергическая.

Выводы: Среди сопутствующей патологии у детей всех наблюдаемых групп в основном преобладала патология ЛОР—органов, аллергопатология и эндокринная патология. В группе детей, инфицированных микобактериями туберкулеза, в том числе с положительными результатами пробы с препаратом Диаскинтест, преобладала патология лорорганов, аллергопатология и гастропатология. Целесообразно проведение пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л детям с сопутствующей патологией, особенно с заболеваниями аллергологического профиля, на фоне антигистаминных препаратов. Для улучшения качества диагностики туберкулеза пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л необходимо сочетать с постановкой пробы с препаратом Диаскинтест.

© Н.Р.Зарипова, А.В.Гончаров, А.В.Зубарева, 2013

Н.Р.ЗАРИПОВА, А.В.ГОНЧАРОВ, А.В.ЗУБАРЕВА
«МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ» СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Клиническая стоматологическая поликлиника, г. Уфа
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

Состояние здоровья студентов (в том числе стоматологического) является барометром социального благополучия и медицинского обеспечения предшествующего периода, а также предвестником изменений в здоровье в последующие годы. Охрана здоровья молодежи остается прерогативой медицинских работников, однако врачи могут оказать действенную помощь в случае обращения к ним.

Одной из ведущих состояний образа жизни является «медицинская активность», под которой понимается комплекс медицинских факторов, связанных с установками человека по отношению к своему здоровью.

Сюда входят своевременные обращения в лечебно-профилактические учреждения при заболеваниях или ухудшении состояния здоровья.

Цель исследования: изучение частоты посещения студентами врача стоматолога; субъективная оценка общесоматического и стоматологического здоровья студентов.

Задачи исследования: разработка мероприятий по профилактике и снижению стоматологической заболеваемости среди студенческой молодежи.

Методика исследования

Частота посещаемости студентами врача-стоматолога, а также субъективная оценка студентами своего стоматологического здоровья были изучены путем анкетирования. Анкетирование проводили среди студентов высших учебных заведений г. Уфы. В исследовании приняли участие 1265 студентов. Результаты исследования анализировали с помощью показателей, рассчитанных на 100 опрошенных.

Результаты анализа проведенного анкетирования показали следующее: практически не посещают врача-стоматолога 21,6% обследованных нами студентов. Среди тех, кто не обращается к стоматологу, лиц мужского пола больше, чем женского (соответственно 28,9% и 16,2%; $p < 0,001$). Почти каждый второй студент (48,3%) посещает стоматолога 1 раз в год, 27,0% обращаются к врачу-стоматологу 2-3 раза в год, 3,1% студентов посещают

стоматолога 4 и более раз в год. Среди тех, кто посещает врача-стоматолога, женщин достоверно больше, чем мужчин (соответственно 83,8% и 71,1%; $p < 0,001$) (табл. 1).

Таблица 1

Частота посещения врача-стоматолога студентами (на 100 опрошенных)

Посещение врача- стоматолога	Мужчины	Женщины	Всего
Не посещают	28,9	16,2	21,6
1 раз в год	45,6	50,4	48,3
2 раза в год	19,3	24,0	22,0
3 раза в год	3,7	5,9	5,0
4 и более раз в год	2,5	3,5	3,1

Примерно половина (45,4%) студентов, которые не посещали стоматолога или посещали редко, объясняли это тем, что в этом нет необходимости; 20,6% обследованных не обращались к стоматологу из-за страха, из-за боязни боли. Свое несвоевременное обращение к врачу 22,7% объясняли нехваткой времени, у 8,1% не было желания посещать стоматолога.

Отсутствие желания посещать стоматолога высказали почти вдвое большее количество лиц мужского пола (65,6%), чем женского (34,4%). Среди тех, кто боится лечить зубы, женщин оказалось втрое больше, чем мужчин (75,2% женщин и 24,8% мужчин). Результаты субъективной оценки здоровья студентов приведены в табл. 2.

Таблица 2

Субъективные оценки здоровья студентов и оценка состояния зубов

Субъективная оценка состояния	Оценка состояние здоровья (на 100 опрошенных)	Оценка состояния зубов (на 100 опрошенных)
Отличное	7,8	7,0
Хорошее	51,5	45,4
Удовлетворительное	32,8	35,6
Плохое	5,7	9,7
Очень плохое	2,2	2,3

Среди студентов, оценивших свое состояние как отличное, 77,8% обращаются к врачу сразу, как только обнаруживают кариес, откладывают визит к врачу-стоматологу 17,8% и только 4,4% ждут, когда зуб заболит и только тогда идут к врачу. Те студенты, которые

оценили состояние зубов как плохое и очень плохое, поступают совсем наоборот: сразу обращаются к врачу-стоматологу только 4,1 и 6,7% соответственно; 40,0% опрошенных студентов идут к стоматологу, когда заболит зуб (табл. 3).

Таблица 3

Обращение студентов за стоматологической помощью
 в зависимости от субъективной оценки состояния здоровья зубов

Субъективная оценка состояния зубов	Обращение за стоматологической помощью при обнаружении кариеса		
	сразу	не сразу	когда заболит зуб
Отличное	77,8	17,8	4,4
Хорошее	47,5	42,8	9,8
Удовлетворительное	21,7	55,1	23,2
Плохое	4,1	55,4	40,5
Очень плохое	6,7	53,3	40,0

Субъективные оценки здоровья студентов нельзя назвать высокими. Как отличное (наиболее высокая оценка по пятибалльной схеме) оценили свое здоровье менее 10% молодежи. Отличное и хорошее состояние зубов только у тех студентов, которые заботятся в целом о своем здоровье.

Таким образом, анализ полученных данных показал необходимость разработки мер по снижению стоматологической заболеваемости, психоэмоционального напряжения, страха перед стоматологическим обследованием. Популяризация здорового образа жизни, приобщение к санитарно-просветительской деятельности каждого стоматолога и расширение контактов лечебно-профилактических учреждений стоматологического профиля с учебными заведениями (вузами) остаются наиболее действенными способами снижения стоматологической заболеваемости. Мотивация пациента к рациональному уходу за полостью рта – одна из наиболее ответственных сторон лечебной работы врача-стоматолога независимо от его специализации.

Таким образом, профилактические мероприятия, проводимые в строгой последовательности самими студентами и врачами-стоматологами, способствуют снижению стоматологической заболеваемости среди студенческой молодежи. Популяризация здоровья полости рта должна рассматриваться как составная часть популяризации здорового образа жизни человека в целом. На эмоциональном уровне его сознания должны формироваться

определенные жизненные ценности и среди них должна быть такая ценность, как важность, значимость здоровья полости рта, гордость своими зубами.

На сегодняшний день очевидно, что легче предотвратить развитие многих заболеваний, чем впоследствии вкладывать большие моральные и материальные силы в их устранение.

© Н.А.Зотов, 2013

Н.А.ЗОТОВ

**ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ У МАЛЬЧИКОВ- ПОДРОСТКОВ С
РАЗНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ**

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»

Минздрава России, г. Казань

Актуальность

Во время постоянных занятий спортом наибольшей нагрузке подвергается, прежде всего, опорно-двигательный аппарат, в связи с чем неблагоприятное влияние занятий физической культурой и спортом особенно заметно проявляется на нем. Сам процесс тренировки стимулирует интенсивное расходование минеральных веществ и витаминов, в ряде случаев провоцируя нарушение различных подсистем организма, в частности костной.

Одно из самых частых нарушений метаболизма при этом происходит в костной системе в виде остеопороза и характеризуется прогрессирующим снижением минерализации скелета и нарушением микроархитектоники костной ткани, что в итоге приводит к повышению хрупкости костей, а в тяжелых случаях и к травматизму. Причины остеопоротических изменений полиэтиологичны, включают первичные (генетические, половые, определяющие особенности костного обмена) и вторичные (нарушения гормональной сферы, желудочно-кишечного тракта, травматизм, двигательная активность, иммобилизация и др.). Наиболее важным, простым и безопасным методом профилактики остеопороза является физическая активность (Ligata A.A., 1988; Aloia J.F., 1989).

Проведенные эпидемиологические исследования (Л.А.Щеплягина, Т.Ю. Моисеева, И.В.Круглова, А.О.Богатырева, 2003-2004) практически здоровых детей 5-16 лет выявили снижение костной минеральной плотности (остеопению/остеопороз) у 10 - 30% обследованных в зависимости от возраста. Остеопения существенно чаще регистрировалась в подростковом возрасте. В период формирования костного скелета у 15-25% детей и подростков регистрируются переломы и уже к 15 годам около 10% подростков переносят хотя бы один перелом.

Цель исследования

Целью исследования явилось изучение минеральной плотности у мальчиков – подростков с различным уровнем физической активности.

Пациенты и методы

Нами были обследовано 474 мальчика-подростка в возрасте от 10 до 18 лет, средний возраст $14,2 \pm 0,1$ года. В основную группу вошли 122 ребенка, профессионально занимающиеся легкой атлетикой и футболом, со стажем в спорте более 3-х лет. Группу сравнения составил 281 ребенок, занимающийся физкультурой в основной группе и не посещающий профессиональных секций.

В контрольную группу включен 71 ребенок, имеющий хроническую патологию различных органов и систем, не посещающий профессиональные секции, имеющий подготовительную и специальную физкультурные группы.

Проводили общий осмотр, измерение антропометрических показателей с помощью программы WHO AnthroPlus, калиперометрию.

В качестве скринингового метода обследования минеральной плотности костей использовали ультразвуковую остеоденситометрию на аппарате Omnisense 7000 как наиболее распространенный, безопасный и портативный метод оценки данных показателей у детей.

Результаты

При изучении физического развития обращает на себя внимание невысокий уровень дисгармоничного развития в основной и группе сравнения (35,5% и 33% соответственно) в сравнении с контрольной группой (55,7%) ($p < 0,01$). Данные физического развития отражены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели физического развития у мальчиков-подростков
 с разным уровнем физической активности, %

Группа	Дисгармоничное развитие	Низкий рост	Высокий рост	Дефицит массы	Избыточная масса
Основная, n=122	35,5**	7,4	33,1*	14,9 *	20,7
Сравнения, n=281	33**	14,2	13,4 *	10 *	23
Контрольная, n=71	55,7	9,8	23	30	26,2

* $p < 0,001$, ** $p < 0,01$ – достоверность различий по сравнению с контрольной группой.

При исследовании МПКТ ее снижение и на верхних, и на нижних конечностях составило в основной группе 25,4 %, в группе сравнения 21,1 %, в контрольной группе 49,1 %. Показатели снижения МПКТ на лучевой и большеберцовой кости представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели минеральной плотности костной ткани у мальчиков-подростков с разным уровнем физической активности, %

Группа	Снижение МПКТ лучевой кости	Снижение МПКТ большеберцовой кости

Основная, n=122	25,4*	0,8 *
Сравнения, n=281	14,8*	9,7*
Контрольная, n=71	22,6	39,6

** $p < 0,001$ – достоверность различий по сравнению с контрольной группой.*

Кроме того, в основной группе у футболистов и легкоатлетов есть четкая корреляционная зависимость снижения минерализации кости с наличием переломов в анамнезе за последние 2 года.

Заключение

Высокий риск патологии костной ткани заставляет уделять этой проблеме большое внимание и проводить комплексное обследование спортсменов, включающее анамнез, общий осмотр, лабораторные и инструментальные методы, а имеющийся в арсенале метод ультразвуковой остеоденситометрии упростит и ускорит раннюю диагностику сниженной минерализации костной ткани на этапе скрининга.

© А.К.Имаева, Н.Г.Харина, 2013

А.К.ИМАЕВА, Н.Г.ХАРИНА

**КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА
СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОГО АСПЕРГИЛЛЕЗНЫМ СЕПСИСОМ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа

В последние годы проблема аспергиллеза является актуальной. Аспергиллез – болезнь, вызываемая различными видами плесневых грибов рода *Aspergillus*. Чаще протекает с преимущественным поражением легких. У лиц с иммунодефицитами принимает тяжелое септическое (генерализованное) течение. В частности, у 20% таких больных развиваются микозы, а среди последних более 70% приходится на аспергиллез [1,3]. Отмечаются внутрибольничные заражения пациентов пылью, содержащей аспергиллы. Предрасполагающими факторами являются перитонеальный диализ, постановка венозных катетеров, операции на грудной клетке, длительная антибиотикотерапия. Также болезнь может иметь эндогенное происхождение, так как в слизистой оболочке зева здоровых людей иногда обнаруживаются аспергиллы. Возможны поражения кожи, слизистых оболочек носа и придаточных пазух. Прорастание в кровеносные сосуды вызывает их тромбоз и может сопровождаться распространением возбудителя гематогенным путем в различные органы и ткани. Среди висцеральных форм аспергиллеза самой частой является бронхолегочный, который может развиваться и как самостоятельная форма, и как вторичный процесс на фоне бронхоэктазов и каверн [1]. Диагностика легочных форм основана на рентгенологическом методе, когда выявляется характерный ореол вокруг треугольной или округлой формы уплотнения («симптом серпа»). В крови выявляется увеличение содержания IgE, в посевах смыва полости носа и бронхов нередко обнаруживают элементы гриба. Морфологическим методом, способным выявить наличие в тканях мицелия аспергилл, является серебрение. При этом грибок окрашивается в темно-серый цвет [1]. Широкое распространение получил аспергиллезный сепсис в связи с учащением вмешательств на сосуды [2,3]. Прогноз септической формы аспергиллеза неблагоприятный, летальность достигает 90% [4,5].

Представляем клинико-анатомический анализ случая. Пациент мужского пола 2 месяца страдал врожденным пороком сердца – транспозиция магистральных сосудов, дефект межжелудочковой перегородки, открытое овальное окно. Ребенок был рожден от 4-й

беременности, вторых родов, масса при рождении 2900 г, рост 55 см. Через 5 дней был выписан из роддома и переведен в Республиканский кардиологический диспансер с диагнозом ВПС, вентиляторассоциированная пневмония, острое течение, тяжелая форма. Реактивный гепатит. При поступлении проведено обследование, в анализах выявлены признаки выраженного метаболического ацидоза, лейкоцитоз. Состояние расценивается как критическое и по жизненным показаниям выполняется операция атриосептотомия в условиях окклюзии венозного притока, модифицированный шунт Беллока справа. В послеоперационном периоде состояние больного крайне тяжелое, применялись большие дозы кардиотоников, катетеризация подключичных вен, перитонеальный диализ, антибиотикотерапия (цефтриаксон, амикацин, клексан). Однако, несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние ребенка ухудшалось, нарастали признаки отека головного мозга, отмечалось формирование очагов расплавления мягких тканей конечностей и спины. На фоне прогрессирующего отека головного мозга и нарастающей интоксикации, спустя 23 дня после проведения хирургического вмешательства наступила смерть ребенка.

При проведении патологоанатомического исследования умершего на коже туловища и конечностей были отмечены участки некроза темно-красного цвета, пустулезные элементы. Со стороны центральной нервной системы –выраженный отек и полнокровие мозговых оболочек, лейкомаляция вещества головного мозга, а также очаги кровоизлияния в правом боковом желудочке и в перивентрикулярной области правого полушария размерами до 2,5х3 см. При исследовании сердечно-сосудистой системы в просвете верхней полой вены вокруг катетеров обнаружили пристеночные тромботические массы, створки трикуспидального клапана были изъязвлены, покрыты красноватого цвета крошащимися тромботическими наложениями. В толще миокарда отмечались очаги неравномерного кровенаполнения. Легкие были отечные, полнокровные, субплеврально – множественные очажки диаметром до 3 мм желтого цвета. Аналогичные изменения выявлены в тканях печени, селезенки, почек и надпочечников. При гистологическом исследовании полученного на вскрытии материала в паренхиматозных органах отмечались микроабсцессы с наличием в их центре мицелия аспергилл, с инвазией грибами стенок сосудов и развития тромбоза. В ткани головного мозга выявлены очаги некроза, очаговая воспалительная инфильтрация, выраженный отек, кровоизлияния, элементы мицелия аспергилл с прорастанием стенок сосудов.

Представленный случай иллюстрирует аспергиллезный сепсис у ребенка двух месяцев с врожденным пороком сердечно-сосудистой системы, перенесшего операцию на сердце. Выявлено поражение кожи, внутренних органов (легких, миокарда, почек, печени,

селезенки, надпочечников, кишечника, брюшины) и головного мозга с развитием некротического энцефалита; тромбофлебит верхней полой вены, тромбоэндокардит трехстворчатого клапана.

Таким образом, дети, подвергающиеся хирургическим вмешательствам на сердце и сосудах, получающие массивную антибиотикотерапию, могут иметь осложнения в виде генерализованной грибковой инфекции с летальным исходом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева Т.В, Щерба Ю.В. Аспергиллез. Вестник инфектологии и паразитологии. URL: <http://www.infectology.ru/publik/stat44.aspx> (дата обращения 11.10.2013)
2. Миненкова Т.А. Клинические особенности аллергического бронхолегочного аспергиллеза у детей/ Котов В.С., Мизерницкий Ю.Л., Ружицкая Е.А., Окунева Т.С.// Земский врач. – 2011. – № 5. – С.5-8.
3. Руководство по инфекционным болезням /под ред. Ю.В.Лобзина. – СПб.: Фолиант, 2000. – 936 с.
4. Сахарчук И.И., Ильницкий Р. И. Воспалительные заболевания легких и плевры. – К.: «Книга плюс», 2006. – 296 с.
5. Manuel R.J., Kibbler C.C. The epidemiology and prevention of invasive aspergillosis // J. Hosp. Infect. – 1998. – Vol. 39. – P. 95-109.

© Р.Р.Кильдиярова, Е.Г.Гаприндашвили. 2013

Р.Р.КИЛЬДИЯРОВА, Е.Г.ГАПРИНДАШВИЛИ
МОЛОЧНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Минздрава России, г. Ижевск

ОАО «НЕСТЛЕ» (Швейцария), г. Екатеринбург

Правильная организация питания ребенка в раннем возрасте играет важную роль в профилактике и лечении многих заболеваний. Исследования по включению молока у детей второго года жизни при переводе с последующей молочной смеси на коровье молоко (как молочную составляющую рациона) показали снижение уровни содержания железа, цинка и витамина Е. Преимущества последующих молочных смесей для детей старше года в сравнении с коровьим молоком очевидны: это сниженная и более высокая усвояемость белка, преобладание сывороточных белков, сниженные антигенные свойства белка; стабильный и гарантированный состав макро- и микронутриентов; содержание незаменимых полиненасыщенных жирных кислот, витаминов и микроэлементов, необходимых для нормального роста ребенка. Сухие быстрорастворимые смеси *Nestogen-3* и *Nestogen-4* (*Nestle*, Швейцария), имеющие сертификаты соответствия РФ, не содержат консервантов, красителей, ароматизаторов, генетически модифицированных ингредиентов, а присутствие в них натуральных пребиотиков (галакто- и фруктоолигосахаридов) оказывает благотворное влияние на моторику кишечника, облегчение процессов пищеварения, присутствие цинка и селена обеспечивают антиоксидантную защиту.

Целью исследования явилась оценка эффективности использования последующих смесей в питании детей старше года. Было сформировано 2 группы детей от 1 года 4 месяцев до 3 лет 6 месяцев, проживающих в Доме ребенка детской городской больницы №3 «Нейрон» г. Ижевска. Дети группы наблюдения ($n = 25$) получали «Детское молочко с пребиотиками» по 150 мл 2 раза в день. К ним относились десять детей средней группы (*Nestogen-3*) и 15 – 3-й старшей группы (*Nestogen-4*). Дети группы сравнения ($n = 25$) 2-й старшей группы принимали молоко по 150 мл 2 раза день. Обследование проводилось до начала приема «Детского молочка с пребиотиками» или коровьего молока и через 24 дня. Дизайн исследования включал комплексную оценку здоровья детей. Контроль эффективности питания в начале исследования и после 24-дневного применения смесей

проводился по росту и массе; симптомам функциональных расстройств ЖКТ; полному анализу крови и кала.

Изучение *факторов онтогенеза*, которые оказывали значительное влияние на состояние здоровья детей-сирот, выявило, что почти у всех временно помещенных детей (92%) родители страдают алкоголизмом (в т. ч. наркоманией), безработные (100 %), без определенного места жительства (25 %) и т.д. Эти дети имеют выраженную отягощенность по социальному анамнезу и относятся к диспансерной группе. Акушерско-биологический анамнез высокой степени отягощенности был у всех детей: инфекции, передающиеся половым путем (72 %), вирусные гепатиты В и С (56 %), ВИЧ-инфекция (16 %), предыдущие аборт (100 %), хронические заболевания (100 %) и т.д. *Физическое развитие* (ФР) – рост, масса тела, гармоничность – оценивали по стандартным перцентильным диаграммам. Мы не обнаружили ни одного ребенка с антропометрическими показателями выше среднего, а гармоничность ФР объяснима лишь равномерным отставанием как в росте, так и в массе тела (табл. 1).

Таблица 1

Физическое развитие детей в группе сравнения

Уровень ФР	Дефицит массы тела	Гармоничность
Очень низкое – 48% (12%)*	Дефицит массы тела I степени – 8% (40%)*	Гармоничное – 44% (48%)
Низкое – 8% (20%)**	Дефицит массы тела II степени – 20% (0)	Дисгармоничное – 56% (52%)
Ниже среднего – 16% (20%)*	Дефицит массы тела III степени – 20 (0)	
Среднее – 34% (48%)	Без дефицита массы тела – 33% (60%)*	

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ (здесь и в табл. 2 и 3)

Результаты исследования *нервно-психического развития* (НПР), согласно общепринятой оценке по К.Л. Печоре (1986), не выявили ни одного ребенка с показателями НПР, соответствующими возрасту ребенка. Всем детям (100 %) выставлен диагноз задержка речевого развития, а в 48 % случаев – задержка психического развития. II группа НПР выставлена 21 % детей (в группе сравнения – 70 %), III группа – 73 % (10 %) и IV-V группы – 6 % (20 %). *Резистентность* – количество перенесенных ребенком острых заболеваний, а также оцениваемая по индексу острых заболеваний, у всех детей была снижена.

Полученные данные по ФР и НПР, резистентности разноречивы в группах наблюдения и контроля, так как они обобщены со средней группой, в которой уровень здоровья детей более раннего возраста (от 16 до 24 месяцев) особенно отличался низкими

показателями. Поэтому в дальнейшем для контроля эффективности питания дети средней группы были рассмотрены отдельно; проведен сравнительный анализ критериев эффективности у детей старших групп, сопоставимых по возрасту, состоянию здоровья, заболеваниям.

Функциональное состояние органов и систем, психическое здоровье всех детей Дома ребенка нарушены, что связано с наличием заболеваний и врожденных пороков развития. Они имеют резидуально-органическое поражение ЦНС, каждый второй – функциональную кардиопатию, гипотрофию, врожденные пороки сердца (неоперированные – 12%), анемию и рахит (по 12 %). В обеих старших группах были по два ребенка с болезнью и синдромом Дауна, в средней группе – 15-месячный ребенок с синдромом Дубовица.

По данным ряда исследователей, функциональные нарушения ЖКТ (запоры) наблюдаются у 16 % детей в возрасте 22 месяцев. В Доме ребенка таковых детей было значительно больше с учетом многообразной патологии других органов и систем и, прежде всего, со стороны ЦНС. Клиническая характеристика функциональных нарушений ЖКТ у обследуемых детей характеризовалась разнообразной симптоматикой (табл. 2).

Таблица 2

Клиническая симптоматика функциональных расстройств ЖКТ

Признак	Группа наблюдения (n=25)	Группа сравнения (n=25)
Запоры, сменяющие диарею	20 %	16 %*
Запоры	40 %	32 %**
Метеоризм	32 %	28 %*
Боли в животе	8 %	8 %

Нами проведен анализ макро- и микронутриентов, энергетической ценности 15 стола при приеме коровьего молока или «Детского молочка с пребиотиками» за один день, который наглядно показал, что введение сухих смесей дважды в день обогащает рацион ребенка необходимыми для данного возраста микроэлементами и витаминами, обеспечивая его селеном, йодом, витамином Е и др., практически отсутствующими ингредиентами в иных продуктах питания, а также снижает антигенную белковую нагрузку, при этом калораж питания соответствует возрастным нормам.

Положительная динамика увеличения роста и массы тела (по 1 баллу), исчезновения/уменьшения симптомов функциональных нарушений ЖКТ (1 балл), улучшения анализов крови (1 балл) и кала (1 балл) до и после исследования оценивалась

нами как «отличный результат» (5 баллов). Соответственно, 4 балла – хороший; 3 балла – удовлетворительный и 1-2 балла – неудовлетворительный результат.

Период адаптации детей в старшей и средней группах к молочным смесям протекал отлично и хорошо. В безусловном выигрыше оказались дети, с удовольствием принимающие молочную смесь *Netstogen-4* (табл. 3).

Таблица 3

Оценка эффективности применения молочной смеси формулы 4
 и молока у детей старшей группы

Результат	Группа наблюдения (n=25)	Группа сравнения (n=25)
Отличный (5 баллов)	40 %	–
Хороший (4 балла)	36 %	40 %*
Удовлетворительный (3 балла)	24 %	40 %*
Неудовлетворительный (1-2 балла)	–	20 %

Отмечалась положительная динамика антропометрических показателей у всех обследуемых детей, но получены достоверные отличия ($p < 0,001$) по росту и массе тела: дети группы наблюдения выросли на $2,1 \pm 0,3$ см, в то время как в группе сравнения – на $0,41 \pm 0,1$ см (до исследования рост детей 3-й старшей группы был равен $85,5 \pm 1,6$ см, после – $87,7 \pm 1,5$ см; во 2-й старшей группе – $87,0 \pm 0,7$ и $87,4 \pm 0,7$ см соответственно). Прибавка массы тела в группе наблюдения равнялась 1 кг, в группе сравнения – 200 г.

У детей, принимающих «Детское молочко с пребиотиками» при запорах стул становился мягким и ежедневным; уменьшались проявления функциональной диареи в случае сочетания с запорами; проходили явления метеоризма и, соответственно, болевого синдрома ($p < 0,05$). У детей, получающих коровье молоко, такой динамики не наблюдалось.

Исследование показателей красной крови включало анализ содержания количества эритроцитов ($\times 10^{12}/л$), гемоглобина (*Hb*, г/л), среднего объема эритроцита – *MCV*, гемоглобина в эритроците – *MCH* и т.д. Применение «Детского молочка с пребиотиками» привело к более выраженной положительной динамике в росте эритроцитов и *Hb* ($p > 0,05$).

При копрологическом исследовании у каждого четвертого ребенка выявлялись энтероколитический синдром и проявления внешнесекреторной панкреатической недостаточности (креаторея, амилорея, лиенторея, стеаторея). В результате приема молочной смеси формулы 4 наблюдалось уменьшение указанных синдромов ($p < 0,05$).

Проведенный нами корреляционный анализ показал положительную связь использования «Детского молочка с пребиотиками» с увеличением уровня ФР у детей ($\rho=0,62$; $p<0,01$), массы тела ($\rho=0,53$; $p<0,01$), купированием дисфункций ЖКТ ($\rho=0,42$; $p<0,05$) и нормализацией анализа кала ($\rho=0,31$; $p<0,05$).

Таким образом, в организации питания детей-сирот Дома ребенка, страдающих серьезной патологией ЦНС и рядом других заболеваний, относящихся ко II Б – III – IV группам здоровья, имеющих функциональные нарушения ЖКТ, необходимо применение молочных смесей, показанных и с лечебной целью. На фоне их приема заметно улучшается общее самочувствие, увеличиваются уровень развития и масса тела ($p<0,001$), купируются симптомы функциональных расстройств ЖКТ ($p<0,05$), отмечаются отличный (40 %) и хороший (36 %) результаты при оценке эффективности смесей; нормализуются показатели анализа крови ($p>0,05$) и кала ($p<0,05$).

© Р.Р.Кильдиярова, В.Е.Милейко, 2013

Р.Р.КИЛЬДИЯРОВА, В.Е.МИЛЕЙКО
ДИАГНОСТИКА ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Минздрава России, г. Ижевск;

ООО «Синтана СМ», г. Санкт-Петербург

В формировании хронической гастроэнтерологической патологии у детей большое значение играет роль перенесенных инфекционных и паразитарных заболеваний желудочно-кишечного тракта, причем наибольшую информативную ценность имеет лямблиоз (Р.Н. Ямолдинов, 2012). Особую актуальность приобретают вопросы активного выявления и санирования лямблионосителей. Почти полное отсутствие эпидемиологических мероприятий в отношении лямблиоза привело к высокой инвазированности лямблиями, особенно ослабленных детей. Уровень официальной заболеваемости лямблиозом населения России колеблется в пределах от 0,5 до 18%, реальная заболеваемость значительно выше. Признаки лямблиоза регистрируется у 27–80% инфицированных детей.

Согласно рабочему протоколу диагностики и лечения лямблиоза у детей (Международный конгресс детских гастроэнтерологов, М., 2012), при заболевании любой формой и носительстве проводят: серологические, трехкратные копрологические исследования, обнаружение антигенов лямблий в кале методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), бактериологические исследования испражнений и рвотных масс, обнаружение лямблий в биоптате двенадцатиперстной кишки гистологическим методом или методом ПЦР.

Недостаток «золотого стандарта» (обнаружение цист или вегетативных форм лямблий в кале) заключается в том, что требуется неоднократное исследование кала, поскольку цисты выделяются непостоянно. Рекомендуют исследовать кал 3-4 раза с промежутком 1–2 дня, причем анализ нативного кала редко дает положительный результат, поэтому применяются методы обогащения – проводят физико-химическую обработку кала и выделение цист. Серологический способ диагностики лямблиоза основан на обнаружении в крови антител, специфичных к антигенам лямблий. Уровень антител, относящихся к различным классам иммуноглобулинов (*A*, *G*, *M*), зависит от особенностей иммунной системы хозяина, интенсивности инвазии, формы течения заболевания и ряда других факторов. Антитела к антигенам лямблий появляются на 10-14-й день после начала инвазии и присутствуют в

крови и секретах человека практически на всех ее стадиях. Через 1-2 месяца после полной элиминации паразита концентрация специфических *IgG* в крови человека резко снижается (А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитонов, 2013). Недостатком данного способа является то, что в детском возрасте иммуноферментный анализ часто дает ложноположительные или ложноотрицательные результаты. Другие же методы обнаружения лямблий применяются в педиатрии значительно реже ввиду инвазивности (проведение эндоскопических исследований с биопсией) или невозможности исследований ввиду высокой стоимости (ПЦР).

Нами предлагается неинвазивная методика диагностики острой или хронической форм лямблиоза с использованием одноразовых индикаторных трубок в качестве простейших газоаналитических приборов. Это известный способ исследования воздуха ротовой полости по определению базальной и нагрузочной концентраций аммиака в ротовой полости – Хелик-тест. Учитывая, что *Helicobacter pylori* (*HP*) – уреазопродуцент, понятны оценка содержания аммиака в воздухе ротовой полости и диагностика *HP*-инфекции. Уровень инфицированности детского населения России *HP* достаточно высок (60-80%). Детям до 5 лет при *HP*-инфекции бесперспективно проводить санацию при постоянном контакте с зараженным взрослым населением, дающим прирост инфицированных детей примерно 5-10% в год от их общего числа. А проведение антипаразитарной терапии у детей при обнаружении лямблий обязательно. Согласно нашим представлениям лямблии «протаскивают» *HP* за слизистую оболочку желудка, что в последующем может привести к хроническому воспалительному и эрозивно-язвенному процессам (гастрит, гастродуоденит, эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенная болезнь).

Нами рекомендуется исследование воздуха ротовой полости, забираемого натошак или через 2 часа после приема пищи с использованием микрокомпрессора *Elite* и индикаторной трубки ИТ- NH_3 . Предлагаемый нами способ диагностики течения лямблиоза у детей базируется на более чем 2 тыс. исследований, проведенных в детских клиниках городов Ижевска и Санкт-Петербурга.

После забора 20 мл воздуха через индикаторную трубку, помещенную под углом 45° к небу так, чтобы трубка не касалась его, оценивают базовую концентрацию воздуха (C_1) ротовой полости по высоте окрашенного столба линейкой в мм, которую умножают на 0,3, получая число в $\text{мг}/\text{м}^3$. Далее обследуемому дают выпить 500 мг карбамида в 10 мл воды дополнительно, запивают 10 мл воды. Спустя $3,0 \pm 0,1$ мин вновь забирают 20 мл воздуха из ротовой полости тем концом индикаторной трубки, который был свободен при первом измерении. Полученное число будет означать нагрузочную концентрацию аммиака в

ротовой полости (C_2). Затем вычесть из C_2 C_1 . Полученное число ΔC , мг/м³ – прирост нагрузочной концентрации аммиака в воздухе ротовой полости. При увеличении изучаемого показателя в 7,4 раза можно диагностировать хроническую стадию лямблиоза, а при увеличении в 9,8 раза – острую стадию лямблиоза. Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица

Показатели прироста нагрузочной концентрации аммиака в воздухе ротовой полости у здоровых и больных детей

Контрольная группа и стадии заболевания	ΔC , мг/м ³	увеличение, %
Здоровые дети (контроль)	$0,3 \pm 0,3$	–
Хроническая стадия лямблиоза	$2,22 \pm 0,45$	740,0
Острая стадия лямблиоза	$2,93 \pm 0,50$	976,6

Таким образом, возможна диагностика хронической стадии лямблиоза путем исследования биоматериала по определению нагрузочной концентрации аммиака в ротовой полости по увеличению его уровня в 7,4 раза, острой стадии лямблиоза – по увеличению в 9,8 раза по сравнению с показателями данного показателя у здоровых детей.

© В.Г.Кутьина, С.С.Еремина, 2013

В.Г.КУТЬИНА, С.С.ЕРЕМИНА
СОВРЕМЕННАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ
ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ
ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ, г. Москва

Значительная распространенность заболеваний легких и бронхов в условиях экологического неблагополучия определяет необходимость совершенствования профилактики, диагностики и рациональной терапии как острых, так и хронических бронхолегочных заболеваний. Нередко диагностика пневмонии затруднена отсутствием классических патогномичных признаков, описываемых в учебниках. На сегодняшний день без использования традиционной рентгенодиагностики трудно представить постановку и уточнение диагноза, определение распространенности патологического процесса и оценку эффекта от проведенного лечения. При этом необходимо учитывать своевременность и качество проведенного рентгеновского исследования.

Доказано, что однократное фронтальное рентгенологическое исследование легких недостаточно для диагностики пневмонии у детей. Также определяющее значение имеют возраст ребенка, продолжительность и этиология заболевания.

Критерием диагностики воспалительных изменений наряду с клинической симптоматикой является наличие инфильтративных изменений в легких, документированных рентгенограммами. Вместе с тем рентгенологическое исследование у детей связано с определенной лучевой нагрузкой, что в ряде случаев вызывает обсуждение его проведения.

Развитие электроники и вычислительной техники позволило оцифровывать и регистрировать рентгеновские изображения в электронном виде с последующим их анализом и обработкой на рабочей станции, входящей в состав автоматизированного рабочего места врача-рентгенолога. По сравнению с обычными рентгеновскими аппаратами, цифровое оборудование позволяет снизить лучевую нагрузку на ребенка.

Целью нашего исследования было показать возможности диагностики заболеваний органов дыхания у детей с использованием цифровой аппаратуры на примере работы рентгеновского кабинета поликлиники.

Использовалась цифровая рентгенодиагностика на аппарате «АХИОМ Aristos MX» фирмы Siemens Германия. Аппарат оснащен органо-специфическими программами, которые

автоматически подбирают фильтры для излучения, регулируют экспозицию (продолжительность излучения) и параметры обработки изображения. Предельно высокая скорость расчетов и цифровые технологии позволяют преобразовывать рентгеновские лучи непосредственно в цифровое изображение, обработанное и усиленное, мгновенно появляющееся на дисплее.

Программно-технический комплекс – автоматизированная телемедицинская радиологическая информационная система (АТРИС) – обеспечивает автоматизацию процесса ввода, обработки, хранения и передачи по каналам связи данных исследований (диагностических изображений, протоколов исследований). Высокое качество диагностики обуславливает цифровая обработка рентгенограмм с помощью компьютерных технологий, т.е. применение методов пространственной линейной фильтрации (ПДФ).

Возможность работать с рентгеновскими изображениями в режиме субтракции, менять параметры яркости, контрастности, выделять контуры патологических образований, проводить объективную количественную оценку «зон интереса» рентгенограмм чрезвычайно эффективна и наглядна при исследовании органов дыхания.

Диагностические изображения также могут быть введены (импортированы) в АТРИС из файлов в стандартных графических форматах. Есть возможность импорта (оцифровки) изображений с обычных пленочных рентгенограмм, выполненных в других учреждениях, с помощью планшетного сканера Epson, а также для сухой печати снимков в кабинете установлена мультиформатная лазерная камера Kodak.

Высокое качество рентгенологической диагностики позволяет говорить об уровне и характере поражения анатомических структур, подобрать адекватное лечение и курс реабилитации, определить сроки контрольного исследования.

В случаях дифференциальной диагностики, в том числе при обследовании детей из групп риска по заболеванию туберкулезом, используется томографическое исследование. Эффективность данного метода исследования все время повышается благодаря усовершенствованию техники, расширению диапазона послойного рентгенологического исследования и применению новых видов томографии. Для успешного проведения томографии имеют значение такие факторы, как правильная укладка больного, спокойное состояние ребенка и умение держать дыхание, правильный выбор исследуемого слоя и соблюдение технических условий.

При послойном исследовании корней легких мы применяли поперечный тип размазывания теней. При этой методике значительно устраняются (размазываются) интенсивные тени позвоночника, средостения, мышц плечевого пояса и повышается

контрастность изображения скрытых за ними образований. Объяснима целесообразность применения данной методики при изучении поражения внутригрудных лимфатических узлов, позволяющая выявлять измененные лимфатические узлы в 1,5 раза чаще, чем при использовании обычной методики с продольным типом размазывания теней. Наибольшая информация достигается при проведении томограмм в 2-х взаимно перпендикулярных проекциях. Такое исследование лучше уточняет локализацию процесса, детализирует структуру патологических образований: конгломератность очагов, элементов пневмосклероза в легочной ткани, а также структуру пораженных лимфоузлов. Томография корней легких с поперечным типом размазывания мешающих теней снижает облучение смежных с зоной исследования областей, таких как голова, брюшная полость, таз. Также для уменьшения лучевой нагрузки на пациента мы применяем томографическое исследование с выделением широкой зоны изображения (зонография).

Данная методика позволяет более детально характеризовать структуры, входящие в широкий слой – 3 см (при томограмме – 1 см), проследить, например, ход сосудов VII-VIII порядков. Качественная характеристика исследования зависит от возраста, конституции, формы патологического состояния (локализации, протяженности, фазы процесса). Высокое качество рентгенодиагностики позволяет дифференцировать случаи рентгенологических находок.

В связи с наличием большого арсенала средств лучевой диагностики нередко возникают серьезные трудности при выборе наиболее информативных исследований. Их рациональное использование возможно лишь при условии алгоритмического подхода, наличия тесного контакта больного с лечащим врачом и четкой регламентации показаний к назначению адекватной методики исследования. Во многих случаях рентгенологическое исследование является наиболее оптимальным и эффективным. Используемая в нашей поликлинике цифровая аппаратура в сочетании с программно-техническим комплексом позволяет повысить качество диагностики за счет:

- цифровой обработки изображений: изменения диапазона рентгеновской плотности, применения различных фильтров, выделения областей интереса;
- возможности сохранения большого объема информации;
- оперативного доступа к базе данных;
- возможности одновременной визуализации на одном рабочем месте результатов исследований, полученных на разных модальностях или в разное время с целью динамического наблюдения или ретроспективного анализа.

© Н.К.Куулар, Е.В.Никитинова, И.Л.Ключева,
 Н.Ю. Симакова Е.С.Тырцева, Б.М.Блохин, 2013

**Н.К.КУУЛАР, Е.В.НИКИТОНОВА, И.Л.КЛОЧЕВА,
 Н.Ю.СИМАКОВА Е.С.ТЫРЦЕВА, Б.М.БЛОХИН**
ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
 ФБГУ «Детский медицинский центр» УДП РФ, г. Москва

Ожирение у детей и подростков является одной из актуальных и высоко значимых проблем современного здравоохранения. За последние годы во многих странах мира наблюдается неуклонный рост ожирения у детей и подростков. Распространенность ожирения среди детского населения в России колеблется от 3-5 до 20%. Наибольшими темпами ожирение нарастает у подростков.

По данным ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ (ДМЦ) можно четко проследить неуклонный рост заболеваемости детей и подростков избыточным весом и ожирением. Если в 2006 г. доля страдающих указанной патологией составляла 35% (186 на 1000 человек), то уже к 2009г. показатели возросли до 56% (311 на 1000 человек). В 2009г. избыточный вес и ожирение впервые стали лидирующими в структуре эндокринопатий. В 1,4 раза увеличились показатели впервые выявленных случаев заболевания.

Изучены средние уровни показателей основного обмена у пациентов с избыточным весом и ожирением, которые представлены в табл. 1.

Таблица 1

Средние уровни	Избыточный вес		Ожирение	
	мальчики N=115	девочки N=87	мальчики N=10	девочки N=5
Холестерин, ммоль/л	4,6 От 3,0 до 7,1	3,9 2,9-8,9	4,4 3,1-6,2	5,2 4,4-5,8
Глюкоза, ммоль/л	4,7 4,1-5,7	4,7 3,8-5,5	4,8 4,0-5,4	4,7 4,5-5,3
НbA1c,%	4,9 3,5-5,9	4,9 4,0-5,7	4,9 4,4-5,5	4,5 4,3-4,6
Инсулин, мед/мл	7,2 2,0-23,8	8,6 2,0-23,8	11 2,0-32,1	12,1 2,9-24,9

Как видно из табл. 1, максимальные значения уровня холестерина (до 7,1 ммоль/л у мальчиков, до 8,9 ммоль/л у девочек) и гликированного гемоглобина (у мальчиков – 5,9%, у девочек – 5,7%) выше у детей и подростков в группе с избыточным весом. В стадии ожирения отмечен максимально уровень базального инсулина (у мальчиков – 32,1 мед/мл, у

девочек – 24,9 мед/мл), что говорит о метаболических нарушениях и диктует необходимость раннего старта коррекции метаболических нарушений.

Известно, что на фоне ожирения, особенно висцерального типа, уже в детском возрасте могут развиваться инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия, так называемый метаболический синдром.

По данным исследований в ДМЦ среди детей и подростков с ожирением больные с метаболическим синдромом составляют 14% (в среднем по России данный показатель составляет 8 – 20%), из них 12% – мальчики, 2 % – девочки. Надо отметить, что метаболические нарушения были отмечены у подростков в 4,5% случаев с избыточным весом и в 9,5% случаев – у подростков с ожирением.

Неуклонно возрастающая распространенность ожирения, риск раннего развития метаболического синдрома с последующими осложнениями и отсутствие панацеи в решении данной проблемы явились основанием для создания в 2007 г. в условиях ДМЦ Школы контроля веса для детей и их родителей. Программа обучения в Школе включает: формирование у детей и подростков с ожирением и их родителей мотивации к уменьшению массы тела, изменению образа жизни, используя правильное рациональное питание и увеличение физической активности детей.

Общеизвестно, что ожирение и метаболический синдром сопровождаются выраженными психосоматическими отклонениями. В условиях ДМЦ дети и подростки с избыточным весом и ожирением консультируются психологом. Важным моментом данной консультации является психологическая адаптация детей и подростков к выполнению предложенной программы Школы контроля веса. Положительное влияние проблемно-целевого образования на качество жизни детей и подростков с избыточным весом и ожирением невозможно переоценить.

Учитывая, что ожирение и метаболический синдром включают и выраженный психосоматический компонент, дети и подростки с избыточным весом и ожирением направляются на консультацию к психологу.

Осмотр психологом детей и подростков с избыточным весом и ожирением в условиях ДМЦ за 2012г, представлен в табл. 2, %.

Среднее число осмотренных психологом за 2012г в центре, составило 41% детей и подростков. Больше всего (75%) осмотрены мальчики до пубертатного возраста с ожирением.

Таблица 2

Пол	Избыточный вес		Ожирение	
	до пубертат	пубертат	до пубертат	пубертат
Мальчики	36	41	75	33
Девочки	25	42	–	40

В Школе контроля веса за период с 2008 по 2012 гг. были обучены 113 детей и подростков в возрасте от 7 до 14 лет с избыточным весом и ожирением. Из них 69,9% обучались в поликлинике с родителями и 29,1% детей и подростков самостоятельно в загородном реабилитационном отделении.

Результаты. В Школе контроля веса в реабилитационном отделении на первом году обучения улучшение было отмечено в 78% случаев без случаев выздоровления, а на третий год обучения уже было дополнительно отмечено в 14% случаев выздоровления пациентов. В целом применение программы Школы позволило стабилизировать распространённость ожирения.

Вывод. Комплексная программа Школы контроля веса, возможно, является не универсальной, но уникальной технологией преодоления проблемы избыточной массы тела и ожирения. Несомненно, требуется возрастающий охват детей и подростков с данной патологией и постоянный контроль обучающихся не только врачом-эндокринологом, но и психологом. Создание культуры здорового образа жизни в семье – базовая составляющая в борьбе с ожирением.

© Ф.М. Латыпова, Э.Н.Ахмадеева, Г.Г.Латыпова, 2013

Ф.М. ЛАТЫПОВА, Э.Н.АХМАДЕЕВА, Г.Г.ЛАТЫПОВА
ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ
И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В
РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Значительные успехи в лечении атрезии пищевода, достигнутые в последние годы в связи с совершенствованием медицинских технологий, достижениями в неонатологии, детской хирургии, интенсивной терапии и анестезиологии новорожденных, привели к существенному увеличению выживаемости детей с данной патологией до 70-90% [4]. Однако идеально выполненное хирургическое вмешательство – это только начало длительной работы по выхаживанию ребенка. Восстановление анатомической и функциональной полноценности пищевода необходимо для начала энтерального питания и нормализации нутритивного статуса, являющихся жизненно важным и для младенца и определяющими течение процесса адаптации ребенка к внешнему миру, возможности роста и развития детского организма [5].

Важным фактором, определяющим соматические и неврологические исходы у детей с атрезией пищевода, является необходимость проведения агрессивных реанимационных мероприятий в послеоперационном периоде. Состояние здоровья детей, перенесших неонатальную реанимацию, характеризуется отставанием физического и нервно-психического развития, низкой резистентностью к острым заболеваниям [1].

Следовательно, проблемы повышения качества жизни детей данного профиля, их отдаленного развития и социализации приобрели особую актуальность. Возможности решения этих проблем связаны не только с предотвращением или смягчением перинатальных поражений центральной нервной системы (первичная профилактика), но и с адекватной медико-педагогической коррекцией функциональных дефектов, в т.ч. первично-психической деятельности у пострадавших детей (вторичная профилактика) [2]. Последнее приобретает особую важность, поскольку детский организм обладает значительными пластическими возможностями, и именно младший возраст является критическим периодом детства, характеризующимся активностью психомоторного развития и формированием вербальных, сенсорных, мыслительных, практических функций ребенка [6, 9].

По отношению к новорожденным и детям первых месяцев жизни ведущие отечественные специалисты считают более точным термин «абилитация», т.е. не столько восстановление утраченных функций, сколько создание условий для адекватного возрастного формирования умений и навыков. Каждый ребенок имеет свои индивидуальные возможности в саморазвитии. Абилитация направлена на совершенствование ресурсов его саморазвития, а также на развитие тех способностей, которые могли бы компенсировать имеющиеся у него недостатки [7]. Точкой приложения абилитационных воздействий являются не проявления заболеваний, а их последствия. Абилитация предусматривает лечебно-педагогическую коррекцию двигательной, психической и речевой сфер детей раннего возраста.

Сроки абилитации зависят от возраста. Чем раньше она начата, тем меньше нанесено вреда организму ребенка болезнью и вредоносными препаратами, тем больше у него осталось ресурсов здоровья для полноценного восстановления, тем выше его абилитационный потенциал.

Во многих специализированных стационарах под восстановительным лечением новорожденных и детей раннего возраста подразумевают в первую очередь медикаментозные воздействия. Не отрицая важной роли лекарственной терапии, следует указать, что применение медикаментов у детей периода новорожденности и раннего возраста имеет ограничения по причине возможности побочных эффектов вследствие незрелости ферментных систем, а также опасности полипрагмазии. Кроме того, в последние годы во всем мире прослеживается тенденция к ограничению использования лекарственной терапии, что объясняется значительным распространением аллергических заболеваний и загрязнением окружающей среды. Поэтому для абилитации детей данной возрастной группы ведущую роль играют немедикаментозный метод воздействия, характеризующийся более мягкой, щадящей нагрузкой на организм [2, 8].

В России служба абилитации новорожденных и детей раннего возраста с перинатальной патологией на сегодняшний день развита крайне слабо, существующие схемы часто носят формальный характер, переданы общей участковой практике и, как показывает опыт, малоэффективны [3].

В основу абилитации новорожденных и детей раннего возраста, перенесших хирургическое лечение по поводу атрезии пищевода в раннем неонатальном периоде, положен комплексный подход, включающий воздействия на первичные и вторичные нарушения с широким использованием компенсаторных механизмов.

Немедикаментозная абилитация новорожденных и детей раннего возраста, перенесших хирургическое лечение в раннем неонатальном периоде по поводу атрезии пищевода, включает:

- адекватную транспортировку – транспортные инкубаторы, реанимобили, санавиация;
- работу отделения по принцип у «Мать и дитя»;
- использование принципов NIDCAP: N – neonatal, I – individualized, D – developmental, C – care, A – assessment, P – program;
- защиту от боли, шума, яркого света;
- предотвращение потерь тепла и перегрева младенца (инкубаторы с двойными стенками, шапочки, носочки);
- физическую абилитацию – лечение «положением» (укладки, тугоры, «воротники» и т. д.), лечебный массаж, лечебная гимнастика;
- мягкую нейросенсорную стимуляцию – офтальмохромотерапию, пальчиковую стимуляцию кистей пальцев рук и ног, музыкотерапию, ароматерапию;
- психотерапевтическую коррекцию в диаде «мать-дитя» (контакт «кожа к коже», «кенгуру») и в целом в семье больного ребенка, а также коррекционную (кондуктивную) педагогику.

Важное значение для развития ребенка на первом году жизни, особенно в первые месяцы жизни, имеет питание. Необходимо в послеоперационном периоде ежедневно взвешивать ребенка, после выписки из стационара еженедельно на первом – втором месяце жизни, с третьего месяца – один раз в 2 недели. При недостаточной прибавке массы тела необходимо корректировать режим кормления. При выявлении гастроэзофагального рефлюкса необходимо наряду с лечением давать ребенку перед каждым кормлением 30 мл антирефлюксной смеси. Для естественного бужирования пищевода необходимо более раннее введение прикормов(с 4 месяцев)

Рождение ребенка с особыми потребностями оказывает сильное влияние на каждого члена семьи и на всю систему отношений. Задача всех специалистов — помочь родителям воспринять ребенка на личностном безоценочном уровне, без конкретных ожиданий и требований, признать самооценку и уникальность ребенка.

В этой связи есть несколько универсальных рекомендаций, которых должны неукоснительно придерживаться родители ребенка с особыми потребностями:

1. Обеспечить малыша грамотным уходом, включающим элементы развития; максимально прививать ему навыки самообслуживания, способствовать его социализации.

2. Поддерживать здоровую психологическую атмосферу в семье; не обделять вниманием и любовью друг друга, а также других детей и членов семьи; стремиться к тому, чтобы у всех членов семьи была возможность саморазвития и полноценной жизни.

Таким образом, абилитация новорожденных и детей раннего возраста, перенесших оперативное лечение в раннем неонатальном периоде по поводу атрезии пищевода, должна носить комплексный характер, что предполагает взаимодействие специалистов разного профиля, использование физических, психологических, медикаментозных и других методов, активное осознанное участие в процессе членов семьи ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмадеева, Э.Н. Показатели здоровья детей, перенесших неонатальную реанимацию / Э.Н. Ахмадеева, А.Я. Валиулина // Медицинский Вестник Башкортостана. – 2007. – № 1. – С. 34-37.
2. Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных детей / под ред. Г.В. Яцык. – М.: ПедиатрЪ, 2012. – 156 с.
3. Здоровый старт, хорошее начало. Перинатология ставит новые вопросы и требует грамотных ответов // Медицинская газета, № 80 - 26. 10. 2012. – С. 5.
4. Ковальчук, В.И. Сравнительная оценка результатов оперативного лечения атрезии пищевода / В.И. Ковальчук, В.В. Новосад // Детская хирургия. – 2010. - № 3. – С. 97-102.
5. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / под ред. А.А.Баранова, В.А. Тутельяна. – М., 2010. – 68 с.
6. Ратнер, А.Ю. Невропатология новорожденных. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2006. – 368 с.
7. Социально-педагогический словарь / М.Н. Бурмистрова, Л.Л. Васильева, А.В. Кашеева [и др.]. – Саратов: ИЦ «Наука», 2007. – 116 с.
8. Avery's Neonatology: Pathophysiology and management of the newborn (6-th edition) / A.V. Gordon, M.G. Mhairi, M.D. Mullett, M.M. Seshia. - Lippincott Williams & Wilkins 2005; 1504 p.
9. Sheridan M.D. From birth to five years. Taylor and Francis Group. London and New York, 2007. – 112 p.

© Л.П.Матвеева, М.К.Ермакова, Г.С.Лебедев, К.В.Поткин, 2013

Л.П.МАТВЕЕВА, М.К.ЕРМАКОВА, Г.С.ЛЕБЕДЕВ, К.В.ПОТКИН
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ
С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Минздрава России, г. Ижевск

Дневной стационар является одной из основных форм внебольничной медицинской помощи, поскольку способствует сокращению сроков пребывания больных в стационарах, увеличению доступности восстановительного лечения для большого числа больных. Диагноз бронхиальная астма (БА) является одним из показаний к направлению пациентов в дневной стационар.

С целью изучения социальной удовлетворенности детей, страдающих БА, или их родителей организацией медицинской помощи в условиях дневного стационара было проведено анкетирование по специально разработанной нами «Анкете изучения мнения пациентов об организации медицинского обслуживания». Анкета включала вопросы, характеризующие различные стороны организации лечения и оценку отношения медицинского персонала к больному ребенку. Свои исследования мы проводили на базе дневного стационара Детской городской поликлиники №8 г. Ижевска. В опросе приняли участие 56 детей с БА в возрасте от 3 до 15 лет. В основном это были дети со среднетяжелым (55,4%) и легким (44,6%) неконтролируемым или частично контролируемым течением заболевания.

В дневном стационаре, как правило, получают лечение дети того района города, который обслуживает поликлиника. Поэтому добираться до дневного стационара не занимает большого количества времени. Так, 89,3% пациентов отметили, что время, затраченное на дорогу, составляет менее 30 минут. Дневной стационар работает в двухсменном режиме, что позволило пациентам проходить лечение, не изменяя учебный график и посещение детского сада. Это было подтверждено результатами анкетирования семьи больного ребенка, где 64,3% опрошенных предпочли лечение в дневном стационаре в связи с возможностью продолжить учебу совместно с лечением.

Перед поступлением в дневной стационар пациентам было проведено комплексное диагностическое обследование, включающее исследование функции внешнего дыхания и при необходимости консультации узких специалистов. В отношении диагностического

обследования 26,8% опрошенных пациентов были полностью удовлетворены, частично удовлетворены 44,6% и 28,6 % затруднились с ответом.

В среднем пациенты находились в условиях дневного стационара 5 часов в день. За это время они охватывали весь спектр предлагаемого им лечения: ингаляционные глюкокортикостероиды, бронхолитики короткого и длительного действия, отхаркивающие, антигистаминные препараты, витамины. Из немедикаментозного лечения пациенты получали физиопроцедуры, массаж, ЛФК. По желанию предлагалось посещение бассейна и сауны. По мнению пациентов и их родителей, качество лечения полностью устроило 83,9% опрошенных, 10,7% были не довольны предложенным лечением, 5,4% опрошенных затруднились с ответом.

Ребенок ежедневно осматривался врачом. Работу врача по пятибалльной системе пациенты оценили следующим образом: 37,5% опрошенных на 4 балла, 62,5% пациентов оценили на 5 баллов. Большинство пациентов (69,6% опрошенных) были удовлетворены режимом работы дневного стационара, не совсем устраивал режим работы 19,7%, затруднились с ответом 10,7% пациентов.

В обязанности медсестер отделения дневного стационара входило составление информационного листа с расписанием прохождения процедур, выдача медикаментов, антропометрия, измерение температуры тела, обучение родителей массажу, элементам ЛФК. Работу медицинских сестер дневного стационара по пятибалльной системе пациенты оценили следующим образом: на 3 балла-7,1%, на 4 балла-25,0%, оценку 5 баллов дали 67,9% пациентов.

По данным опроса, 78,6% опрошенных посчитали необходимым проведение дополнительного образования по вопросам БА, поэтому для пациентов и их родителей была организована астма-школа, занятия в которой проводили сотрудники кафедры пропедевтики детских болезней. Однако на занятиях присутствовало лишь 10,7% респондентов. Такую низкую посещаемость родители объясняли нехваткой времени.

Наиболее важным критерием для оценки результатов лечения является динамика клинических симптомов. Под влиянием терапии 82,1% детей отметили в целом улучшение состояния при выписке, а именно: уменьшение одышки, улучшение носового дыхания, исчезновение кашля, купирование астеновегетативного синдрома. Лишь 19,9% респондентов отметили, что их состояние в результате лечения не изменилось.

Полученные в нашем исследовании данные показали медицинскую и социальную эффективность лечения детей в условиях дневного стационара. Удобное расположение дневного стационара, внимательное и качественное обслуживание пациентов медицинским

персоналом, высокий уровень комфортности, сохранение установившегося уклада жизни, возможность совмещать лечение с продолжением учебы в школе, а также улучшение состояния здоровья и удовлетворенность проводимым лечением подавляющего большинства детей обуславливают в дальнейшем предпочтение лечения детей с БА в условиях дневного стационара.

© Р.Я.Нагаев, С.Г.Ахмерова, А.Г.Муталов, 2013

Р.Я.НАГАЕВ, С.Г.АХМЕРОВА, А.Г.МУТАЛОВ
ОРГАНИЗАЦИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Подростковый возраст, сопровождающийся изменениями в поведении и жизнедеятельности подростков, обусловлен, с одной стороны, возрастными физиологическими изменениями, а с другой – социальными и экономическими факторами окружающей среды.

Исследования последних 20 лет показали, что образ жизни российских детей и подростков претерпевает определенные изменения. В частности, уменьшается объем двигательной нагрузки, меньше внимания уделяется чтению художественной литературы, больше времени дети и подростки проводят за компьютерными играми, реальное общение со сверстниками заменяется общением в социальных сетях, снижается нижняя граница приобщения к психоактивным веществам, отмечается ранняя трудовая занятость, которая часто приводит к повышению риска влияния негативных форм поведения взрослых [1, 2, 4].

Нами проводилось изучение образа жизни школьников 15-17 лет. В исследовании приняло участие 467 школьников, из них 212 (41,9%) мальчиков и 255 (58,1%) девочек. Исследование проводилось в г. Сибее. Город Сибай является центром Башкирского Зауралья, одного из основных поставщиков концентратов медно-цинко-колчедановых руд металлургическим предприятиям. В ряде исследований показана экологическая обусловленность нарушений здоровья детей, проживающих в г. Сибее. Согласно официальным отчетным данным Министерства здравоохранения Республики Башкортостан в г. Сибее показатель общей заболеваемости детей по обращаемости превышает общереспубликанский показатель не менее чем в 1,5 раза [5, 7].

По данным нашего исследования, 82% школьников соблюдают определенный распорядок дня в будние дни и не придерживаются строго распорядка дня в выходные дни. В структуре режима дня элементы, связанные с учебной деятельностью, составляют не более 8 часов в день.

В свободное время большинство школьников смотрят телевизор (66,2%), читают книги, журналы, газеты (36,4%), помогают дома по хозяйству (36,1%), посещают кружки по

интересам или спортивные секции (28,9%), встречаются с друзьями (78,4%), посещают игровые клубы, дискотеки (26,5%), другие увлечения имеют 4,3% школьников. Посещение кинозалов, театров, выставок и других культурно-массовых мероприятий составляет около 2 часов в месяц. Занятия на компьютере с учебной и развлекательной целью, общение в сети Интернет занимают от 2 до 8 часов в день. Следовательно, имея достаточный объем свободного времени, школьники тратят его на пассивно-развлекательные, а не на познавательные виды досуга. Зачастую досуг подростков по структуре приближается ко времяпровождению взрослых людей: посещение клубов, дискотек, просмотр ночных телепередач, периодическая трудовая деятельность.

У школьников отмечен дефицит пребывания на свежем воздухе во время учебного периода. Большинство школьников бывают на свежем воздухе не менее 30 минут только в выходные дни. В каникулярное время гуляют по 1,5-2 часа в день 68,3% школьников.

Режим питания не соблюдает только 38,4% школьников. В рационе питания школьников большой удельный вес занимают макаронные и крупяные блюда, консервы и продукты длительного хранения, бутерброды, чипсы, кондитерские изделия и пр.

Около четверти школьников пробовали курить, 16,5% школьников курят эпизодически или регулярно. Алкогольные напитки 10% учащихся употребляет несколько раз в год, по праздникам. Ежедневно алкогольные напитки употребляет 10,4% школьников, еженедельно 22,4% школьников. Наиболее потребляемыми алкогольными напитками оказались пиво и газированные алкогольные коктейли.

Отмечена низкая медицинская активность подростков. Готовы в случае необходимости пройти амбулаторное или стационарное обследования 12,4% подростков. В случае заболевания сразу обращаются к врачу 10,4% подростков. В полном объеме выполняют рекомендации врача 21,3% подростков. Обращаются к врачу в основном только за освобождением от учебы или работы 31,7% подростков.

Соответственно, подростковая амбулаторно-поликлиническая служба должна соответствовать выявленным специфическим потребностям и образу жизни современных подростков [6, 8].

Нами был проведен опрос медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих детское и подростковое население. В исследовании приняло участие 208 врачей.

По мнению респондентов, в существенной трансформации сегодня нуждается система оздоровления подростков (62,4%), реабилитация (43,2%), система профилактических осмотров подростков (37,4%), учетно-отчетная документация (24,7%). Учитывая

особенности поведения и образа жизни подростков, подавляющее большинство респондентов (98,4%) считают, что для более качественного и квалифицированного обследования подростков, медицинского обеспечения подготовки к трудовой деятельности, военной службе, реализации репродуктивной функции в детских поликлиниках необходимо создать центр подростковой медицины или медико-социальную службу по работе с подростками. Подобная медико-социальная служба должна обеспечивать межведомственное взаимодействие учреждений здравоохранения, образования, молодежных организаций, социальной службы.

По мнению врачей, в данном центре должны быть предусмотрены ставки: психолога (необходимость отметили 64,3% респондентов), социального педагога (61,3%), социального работника (38,6%), подросткового гинеколога (76,9%), подросткового нарколога (42,4%), юриста (22,6%). Подобное медико-социальное направление позволит разработать комплексную программу ведения подростка, включающую медицинское обеспечение, психосоциальное вмешательство на микросоциальном уровне, контроль за соблюдением прав в области охраны здоровья подростка.

С 1999 года Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) в сотрудничестве с федеральными и региональными органами власти, учреждениями здравоохранения и социальной защиты, молодежными и общественными организациями проводит работу по развитию сети медико-социальных служб для подростков и молодежи, внедрению инициативы «Клиника, дружественная к молодежи» (далее - КДМ) [3].

КДМ рассчитаны на молодых людей в возрасте от 12 лет. Целью КДМ является оказание комплексной медико-психолого-социальной помощи по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности. Основными направлениями деятельности КДМ являются решение медико-социальных, правовых и психологических проблем подростков и охрана репродуктивного здоровья подростков.

Штаты клиники составляют врачи узких специальностей, психологи, социальные педагоги, юристы. На базе КДМ проводятся оздоровительные, реабилитационные, санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, организуется волонтерское движение. В клинике можно пройти обследование, получить лечение, проконсультироваться у психолога, юриста, посмотреть видеофильмы, брошюры, буклеты по вопросам здорового образа жизни, охраны здоровья семьи, планирования семьи, по профилактике наркомании, алкоголизма и табакокурения. На базе ряда КДМ организована диспансеризация детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Контроль за деятельностью КДМ, обеспечение взаимодействия с учреждениями здравоохранения, социального развития, физической культуры представителями общественности осуществляют муниципальные органы управления здравоохранения.

На сегодняшний день в Российской Федерации создано более 130 КДМ. В Республике Башкортостан работают шесть КДМ: в городах Уфа, Октябрьский, Нефтекамск, Сибай. Так, Главой Администрации ГО г. Сибай утверждена городская целевая программа «Клиника, дружественная к молодежи», направленная на профилактику социально-значимых заболеваний в подростково-молодежной среде. КДМ на базе детской поликлиники г. Сибая организована в 2007 году. В августе 2010 года она прошла аттестацию на статус «Клиника, дружественная к молодежи».

Повторный опрос врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих подростковое население, показал, что 92,8% респондентов одобрили деятельность КДМ, 76,4% отметили, что КДМ во многом позволяет разгрузить участкового педиатра и узких специалистов на амбулаторном приеме, 54,2% отметили, что наблюдение подростка в КДМ позволяет более качественно проводить профилактику социально обусловленных заболеваний.

Большинство врачей считают, что после профилактических осмотров подростков по месту их обучения 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 проводить на базе КДМ. 37,2% респондентов считают, что на врачей КДМ можно возложить информирование родителей о состоянии здоровья подростка.

Таким образом, развитие на базе детских поликлиник модели «Клиника, дружественная к молодежи» является наиболее оптимальным вариантом трансформации подростковой службы, ее соответствия специфическим потребностям и образу жизни современных подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амлаев, К.Р. Результаты изучения некоторых аспектов образа жизни молодежи ряда российских городов / К.Р. Амлаев, М. А. Ашихмина, Е.В. Крылова, Н.В. Загребина [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 1. – С. 8-11.
2. Белова, Н.И. Парадоксы здорового образа жизни учащейся молодежи / Н.И.Белова // Социологические исследования – 2008. – № 4. – С. 84-86.
3. Клиники, дружественные к молодежи: пособие для организатора. – Новосибирск: ЮНИСЕФ, 2002. – 235с.

4. Константиновский, Д.Л. Жизненные траектории молодежи: 10 лет спустя. Социологическое исследование / Д.Л. Константиновский, Е.Д. Вознесенская, Г.А. Чердниченко, Ф.А. Хохлушкина. – М.: Институт социологии РАН, 2010. – 277с.
5. Рафикова, Ю.С. Микроэлементный статус населения г.Сибай в условиях техногенного загрязнения : автореф. дис. ...канд. биол. наук / Ю.С. Рафикова. – Сибай, 2010. – 28с.
6. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков) / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева [и др.] – М.: Изд-во НИЦ ЗД РАМН, 2010. – 54 с.
7. Терегулова, З.С. Особенности загрязнения среды обитания и заболеваемость населения в горно-добывающем регионе Республики Башкортостан / З.С. Терегулова, И.Н. Белан, Р.А. Аскарлов [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – Т. 4, № 6. – С. 20-25.
8. Чичерин, Л.П. Медико-психологическая помощь детям и подросткам на амбулаторном этапе: трудности становления и перспективы / Л.П. Чичерин // Бюллетень НИИ общественного здоровья РАМН. – 2013. – Вып. 1. – С. 32-36.

© Р.Я.Нагаев, З.Х.Семенова, М.А. Газизов, 2013

Р.Я.НАГАЕВ, З.Х.СЕМЕНОВА, М.А. ГАЗИЗОВ
АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО
ВОЗРАСТА 15-17 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2012 ГОД

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

Лечебно-профилактическая работа среди детей подросткового возраста 15-17 лет проводится детскими лечебно-профилактическими учреждениями республики.

По данным ЦСУ, на начало 2012 г. в республике зарегистрировано 142121 детей 15-17 лет. Сохраняется демографический провал – число подростков 15-17 лет уменьшилось на 38,7 % по сравнению с 2002 г.

В республике ежегодно проводится диспансеризация детей подросткового возраста. В 2012 г. по формам № 30 и 31 подлежало периодическому осмотру 132787 подростков, охвачено осмотром 132455, что составило 99,7% (99,9% в 2011 г.).

Заболеваемость подростков по обращаемости на 100 тысяч подростков в течение 30 лет выше, чем в среднем по России, за счет повышающегося качества периодического осмотра и имеет стойкую тенденцию к росту. В 2012 г. заболеваемость подростков увеличилась с 244927 на 100 тыс. в 2011 г. до 252501,7 на 100 тыс. Первичная заболеваемость по обращаемости среди подростков 15-17 лет также увеличилась с 144709,1 на 100 тыс. в 2011 г. до 148484,7 на 100 тыс. в 2012 г.

При сравнении заболеваемости подростков РБ с данными по РФ в течение многих лет выявлено, что чаще регистрируются нарушения питания и заболевания эндокринной системы, болезни системы пищеварения, мочеполовой системы, нервной системы, крови и глаз. В динамике отмечается рост практически всех болезней, за исключением новообразований, инфекционных и паразитарных болезней.

В 2012 г. в педиатрической сети выявлен 141 (162 в 2011 г.) подросток – потребитель токсических веществ. Число выявленных потребителей наркотических веществ уменьшилось с 185 в 2011 г. до 98 в 2012 г. Число выявленных потребителей алкоголя с 2244 в 2011 г. до 2117 в 2012 г. Под наблюдение наркологов передан 1251 (1811 в 2011 году) подросток.

По данным Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, в 2012 г. зарегистрировано 13 ВИЧ-инфицированных учащихся, из них 5 учащихся ПУ, 3 лицеев, 5 школ.

Число заболеваний у диспансерных больных увеличилось с 513,0 в 2011 г. до 539,0 на 100 тыс. в 2012 г. В структуре заболеваний у диспансерных больных, как и прежде, наибольший удельный вес составляют болезни глаз, системы пищеварения, нервной, костно-мышечной системы, нарушения питания и болезни мочеполовой системы.

Число пролеченных в круглосуточном стационаре в 2012 г. составило 6,0 % от общего числа подростков (в 2011 г. 5,4%). В 2012 г. в РБ санаторно-курортное лечение получили только 2434 подростка (2042 в 2011 г.), что составило 1,7%, от наблюдающихся на педиатрических участках (в 2011 г. 1,2%). Число пролеченных на базе дневных стационаров снизилось от 3349 в 2011 году до 3335 в 2012 г. Охват подростков оперативным лечением составил в 2012 г. 77,6%, в 2011 г. – 85,1%.

В большинстве сельских районов в 2012 г. санация зубов у подростков проведена в достаточном объеме и с хорошим охватом из числа нуждающихся. Всего по РБ в санации нуждалось 41633 подростка, из них санировано 33920, охват санацией составил 81,5% (в 2011 г. – 80,4%).

Объем оздоровления подростков в лагерях (базах отдыха) в 2012 г. по сравнению с 2011 г. значительно снизился. В 2012 г. в лагерях оздоровлено 8335 подростков, в 2011 г. 9427 подростков.

Специалистами лечебно-профилактических учреждений республики и педагогами выполняется большой объем работы по формированию здоровья и здорового образа жизни у учащейся молодежи. Тем не менее табакокурение, потребление пива, алкогольных коктейлей энергетических напитков, навязанных рекламой, остаются в субкультуре подростков и требуют дальнейшего усиления работы по формированию ЗОЖ.

В 2012 г. у подростков 15-17 лет зарегистрировано 130 попыток суицида, из них в 21 случае суицид завершился смертью. По сравнению с 2011 г. вырос показатель смертности с 0,68 на 1000 в 2011 г. до 0,8 на 1000 населения 15-17 лет в 2012 г.

В имеющихся медико-социальных отделениях в целом обеспечен учет неблагополучных семей и детей, находящихся в трудных условиях жизни. Патронаж детей в таких семьях является важным фактором защиты их от насилия и профилактики суицидальных тенденций.

Число неблагополучных семей снизилось с 5997 в 2011 г. до 4622 в 2012 г.

Число безнадзорных подростков снизилось с 346 в 2011 г. до 165 в 2012 г., то есть в два раза. Все обследованы и получили необходимое лечение и социально- психологическую реабилитацию.

По сравнению с 2010 г. имеется положительная динамика показателей эффективности лечебно-оздоровительной работы среди юношей 15-16 лет: процент охвата юношей профилактическим осмотром вырос на 0,4 %; число юношей, состоящих под диспансерным наблюдением с функциональными нарушениями, на 0,4%; охват юношей лечением вырос на 1,4%; охват юношей оздоровительными мероприятиями вырос на 0,4 %.

Положительным моментом является то, что число юношей 15-16 лет, состоящих в третьей диспансерной группе, снизилось на 0,8 %. Это результат того, что в 2011-2012 гг. проведена углубленная диспансеризация подростков 14 лет. По результатам диспансеризации организованы индивидуальные лечебно-оздоровительные мероприятия и их контроль, что позволило снизить количество 14-летних детей, наблюдающихся в третьей диспансерной группе.

Для улучшения медицинского обеспечения детей подросткового возраста в Республике Башкортостан необходимо обеспечить преемственность в охране здоровья детей и подростков между учреждениями здравоохранения, образования, комитетами по молодежной политике, физической культуре и спорту и профилактической службой МВД.

© В.Н.Павлов, В.В.Викторов, А.Г.Крюкова, 2013

В.Н.ПАВЛОВ, В.В.ВИКТОРОВ, А.Г.КРЮКОВА
СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ-НЕОНАТОЛОГОВ В СИСТЕМЕ
ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

В рамках реализации программы развития Башкирского государственного медицинского университета в 2012 году на базе Клиники БГМУ открылся новый учебный центр симуляционного послевузовского и последипломного обучения. Открытию центра предшествовала серьезная работа по приобретению необходимого оборудования, подготовке преподавателей, разработке рабочих учебных программ. Кафедрой факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром для обучения врачей неонатологов, детских анестезиологов-реаниматологов родовспомогательных учреждений организовано обучение на цикле тематического усовершенствования «Интенсивная терапия в неонатологии практические навыки и умения (на базе обучающего симуляционного центра)». Цикл рассчитан на 72 часа, основное время (до 90%) занимают семинарские и практические занятия по работе с фантомами и компьютерными манекенами, 10% времени рассчитано на лекции и зачеты.

Цель тренингов: обучить курсантов теоретически и практически правильно осуществлять манипуляции в соответствии с современными алгоритмами и региональными стандартами оказания неотложной помощи.

Соответственно утвержденной рабочей программе курсанты проходят несколько этапов обучения: теоретический курс, тестирование, этапы приобретения практических навыков, использования реанимационных инструментов, умения пользоваться различной аппаратурой, отработки навыков первичной реанимации новорожденных и детей с экстремально низкой массой тела. Заключительный этап включает в себя проведение тренингов на время, прогнозирование изменений состояния «больного», выявление и коррекция допущенных ошибок при оказании экстренной помощи, анализ и обсуждение ошибок, а также поиск альтернативных решений ситуационных задач и предложения по совершенствованию обучения.

В основу обучения курсантов положен принцип оказания неотложной помощи «оценка-решение-действие». На тренингах отрабатывается умение анализировать и

адекватно оценивать состояние пациента в ситуации с острым дефицитом времени. Курсант оценивает состояние фантома по объективным данным: оценка сознания, пальпация большого родничка, характер крика, дыхания, изменение цвета кожных покровов, аускультация легких, изменение ритма и характера тонов сердца, выслушивание шума перистальтики кишечника, оценка мышечного тонуса.

В зависимости от модели фантома или манекена эффективность проведенных манипуляций оценивается различными способами. Правильность наложения лицевой маски, этапы интубации трахеи, установки ларингиальной маски, отработки движений компрессии грудной клетки при проведении непрямого массажа сердца, катетеризации периферических вен и пупочной вены контролируется преподавателем. Задача данного этапа обучения – формирование мышечной памяти, достигающееся многократными повторениями манипуляций, тренировкой движений.

Для решения ситуационных задач используются компьютерные манекены с искусственным интеллектом. Разработанный сценарий «ситуации» изменяется в зависимости от правильности действий испытуемого, эффективность манипуляций оценивает компьютерная программа.

За 2012-2013 учебный год в симуляционном центре прошли обучение 82 курсанта нашей кафедры. Качественный состав курсантов следующий: 9 врачей анестезиологов-реаниматологов со стажем работы до 5 лет, 14 участковых педиатров и 59 врачей-неонатологов.

Отмечено, что неэффективность действий врачей и позднее начало оказания помощи обусловлены различными факторами: неправильная оценка или неспособность оценить «состояние» манекена, неорганизованность, боязнь принятия на себя ответственности за свои распоряжения перспектива неоказания помощи, неэффективности манипуляций и/или проведения неправильных действий («вдруг неправильно»). Например, в группе неонатологов, имеющих большой стаж работы, при проведении сердечно-легочной реанимации характерны чрезмерные манипуляции: компрессия грудной клетки и сжатие дыхательного мешка выше «зеленого коридора».

Особенно активизирует курсантов работа на время, однако большинство (94,1 %) курсантов забывали включить таймер. Перед началом работы курсанты не озвучивали основное правило оказания неотложной помощи «позвать на помощь», несмотря на то, что в своей повседневной работе они редко оказывают неотложную помощь в одиночку. Врачи-неонатологи, работающие в условиях центральных районных больниц, быстрее создавали команду и организовывали распределение в ней обязанностей для оказания помощи.

Положительный результат обучения способствовал дальнейшему проведению тренингов и переходу к более сложным заданиям.

Стимулированием к работе в симуляционном центре важная роль отводится компетенции преподавателя, способности ясно и доступно преподавать материал, владеть манипуляциями и приемами решения ситуационных задач. Необходимо поддерживать обучающихся, поощрять правильные действия, при проведении первых занятий рекомендуется увеличивать процент ошибки и/или время обдумывания ситуации и проведения действий.

Использование симуляционного обучения в послевузовском образовании врачей позволяет приобретать, тренировать практические навыки и умения, способствует совершенствованию профессиональных компетенций и эффективности профессиональной коммуникации.

© О.А. Пермякова, Н.Л.Чевпцова, И.Ф.Тимербулатов, 2013

О.А. ПЕРМЯКОВА, Н.Л.ЧЕВПЦОВА, И.Ф.ТИМЕРБУЛАТОВ
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С
ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ МЗ РБ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

ГАУЗ «Республиканский клинический психотерапевтический центр», г. Уфа

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации головного мозга), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов. Термин "синдром дефицита внимания" был выделен в начале 80-х годов из более широкого понятия "минимальная мозговая дисфункция".

Актуальность проблемы определяется высокой частотой данного синдрома в детской популяции и его большой социальной значимостью. Дети с СДВГ имеют нормальный или высокий интеллект, но, как правило, имеют трудности обучения, двигательную гиперактивность, дефекты концентрации внимания, отвлекаемость, импульсивность поведения, проблемы во взаимоотношениях с окружающими. Частота расстройств у школьников по данным разных авторов варьирует от 2,2 до 18%. Подобные различия объясняются несоблюдением четких критериев диагноза. Согласно данным Американской ассоциации психиатров СДВГ страдают около 5% детей школьного возраста. Практически в каждом школьном классе есть, по крайней мере, один ребенок с данным заболеванием. В исследовании Н.Н. Заваденко (2005) частота синдрома у школьников составила 7,6%. Мальчики страдают в 2 раза чаще девочек.

Критерии диагноза и клинические проявления. Адекватная диагностика СДВГ невозможна без четкого соблюдения критериев диагноза. К ним, согласно DSM-IV, относятся:

- наличие у ребенка дефицита внимания и/или гиперактивности;
- раннее (до 7 лет) появление симптомов и длительность (более 6 месяцев) их существования;
- некоторые симптомы наблюдаются и дома и в школе;

- симптомы не являются проявлением других заболеваний;
- нарушены обучение и социальные функции.

Следует отметить, что наличие нарушений обучения и социальных функций является необходимым критерием для установления диагноза, который может быть поставлен только тогда, когда очевидны трудности в обучении (т. е. не ранее 5-6-летнего возраста), хотя нередко клинические проявления возникают уже на 1-м году жизни. Ребенок школьного возраста при нормальном или высоком интеллекте имеет нарушения навыков чтения и письма, не справляется со школьными заданиями, совершает много ошибок в выполненных работах и не склонен прислушиваться к советам взрослых. Он является источником постоянного беспокойства для окружающих (родителей, педагогов, сверстников), так как вмешивается в чужие разговоры и деятельность, берет чужие вещи, часто ведет себя совершенно непредсказуемо, избыточно реагирует на внешние раздражители (реакция не соответствует ситуации). Такие дети с трудом адаптируются в коллективе, их отчетливое стремление к лидерству не имеет под собой фактического подкрепления. В силу своей нетерпеливости и импульсивности они часто вступают в конфликты со сверстниками и учителями, что усугубляет имеющиеся нарушения в обучении. Ребенок также не способен предвидеть последствия своего поведения, не признает авторитетов, что может привести к антиобщественным поступкам. Особенно часто асоциальное поведение наблюдается в подростковом периоде, когда у детей с СДВГ возрастает риск формирования стойких нарушений поведения и агрессивности. Подростки с данной патологией склонны к раннему началу курения и приему наркотических препаратов, чаще получают черепно-мозговые травмы. Родители ребенка, страдающего СДВГ, иногда сами отличаются резкой сменой настроения и импульсивностью. Вспышки ярости, агрессивные действия и упрямое нежелание ребенка вести себя в соответствии с родительскими правилами могут приводить к неконтролируемой реакции со стороны родителей и к физическому насилию.

Мы проанализировали случаи обращения детей с СДВГ в Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ за 10 месяцев. Всего обратилось 87 больных в возрасте от 5 до 11 лет, что составило 24, 2 % от всех обратившихся детей с различной патологией. Среди них 68 мальчиков и 19 девочек. В 41 случае (47,1%) пациенты получили консультацию, рекомендации и повторно не обращались. 46 детей (52,9%) обращались повторно. Им было проведено комплексное лечение с использованием фармакотерапии ноотропами, сосудистыми препаратами и психотерапии. Основной упор делался на психотерапию, цель которой – оказание детям помощи в адаптации к существующим условиям жизни с учётом симптоматики данного заболевания.

Треть детей получали только индивидуальную терапию из-за личных особенностей и невозможности удержаться в группе. Наши усилия направлялись на выявление сильных сторон ребенка (умений, навыков, черт личности), что помогало ему ощутить себя успешным, повышало самооценку, мотивацию достижений в разных областях деятельности. Для формирования нового стереотипа поведения, которого не было в репертуаре пациента, использовали техники поведенческой терапии, основанные на оперантном подходе. Для снижения эмоционального напряжения, уровня тревожности применяли игровую терапию как в директивной, так и в недирективной форме, сказка-терапию, арттерапию.

В 30 случаях (63,8 %) индивидуальная терапия сочеталась с групповой. Группа состояла из 5-8 человек, в нее включались также дети с другой патологией – неврозами, поведенческими расстройствами, нарушением адаптации. Сессии проводились 1 раз в неделю. Использовались упражнения и техники для объединения детей, формирования эмпатии и снятия психоэмоционального напряжения и тревоги. Наиболее эффективными показали себя игровые приемы, арттерапия, релаксационные техники. На первых занятиях отмечалось непослушание, проявления активной и пассивной агрессий, в дальнейшем прослеживалась положительная динамика: ребята начинали дружить, делиться своими достижениями, заниматься творчеством. Родители отмечали, что дети становились спокойнее, послушнее, повысилась успеваемость в школе.

Важным аспектом терапии является создание комфортной психологической атмосферы, в которой ребёнок не только ощущает себя в безопасности, но и успешно реализует свой потенциал, поэтому необходима работа с родителями, которые сами нередко страдают эмоциональной лабильностью, вспыльчивостью, непоследовательны в воспитании, обеспокоены проблемами с ребенком, испытывают стресс. Мы изучали особенности функционирования семейной системы, при необходимости проводили терапию супружеских и семейных отношений. Параллельно в 16 случаях (53,3%) проводились занятия в родительской группе, где родители получали эмоциональную и информационную поддержку, делились опытом, имели возможность корректировать личностные проблемы. Мы знакомили их с рекомендациями по воспитанию гиперактивных детей, составленными Н.Н. Заваденко (2001, 2005), Е.К.Лютовой и Г.Б. Мониной (2000). Необходимо отметить, что в таких случаях эффективность терапии повышалась, улучшался климат в семье, налаживался контакт между родителями и детьми.

Таким образом, СДВГ является распространенным заболеванием, нарушающим адаптацию детей в социуме. Необходимо комплексное лечение с активным проведением психотерапии, в том числе групповой и семейной.

© О.А.Радченко, Е.В.Мяукина, М.В.Корешкова, А.Ю.Машигина,
Ю.А.Рахаева, Е.В.Корякина, Б.М.Блохин, 2013

**О.А.РАДЧЕНКО, Е.В.МЯУКИНА, М.В.КОРЕШКОВА, А.Ю.МАШИГИНА,
Ю.А.РАХАЕВА, Е.В.КОРЯКИНА, Б.М.БЛОХИН
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

ФГБУ «Детский медицинский центр» Управления делами Президента РФ, г. Москва

Лечение и профилактика респираторных заболеваний остаются в центре внимания педиатров, так как на их долю, особенно в осенне-зимний период, приходится более 90% всех обращений. Одной из причин, способствующих высокой заболеваемости, является дисбаланс в функционировании ЦНС с пониженной устойчивостью к изменяющимся факторам внешней среды. Проблема актуальна также в связи с тем, что такие дети могут испытывать трудности в обучении и социальной адаптации в связи с повышенной утомляемостью и на этом фоне снижением работоспособности в целом. Отсюда приоритетность исследований по изучению причин, приводящих к частой заболеваемости, и разработке мер превентивной коррекции и активной реабилитации с учётом того, что состояние ЦНС играет важную роль в формировании реактивности.

Цель работы: выявление и коррекция нейропсихологических нарушений у детей с респираторными заболеваниями. Задачи исследования: провести клинико-физиологические и психоневрологические исследования часто болеющих детей (ЧБД) на фоне нейрореабилитации в сравнении с редко болеющими детьми (РБД). Сопоставить их с результатами объективных исследований методами функциональной диагностики: исследования ночного сна, электронейромиографическое – дыхательных мышц, нейросонографическое в период раннего возраста по данным катамнеза, кардиоинтервалографическое исследование с сопоставлением данных вегетативного состояния с психоэмоциональными особенностями детей в группах сравнения. Изучить применение метода нейрореабилитации и его влияние на состояние здоровья ЧБД. В исследованиях участвовали 618 детей в возрасте от 3 до 15 лет и 358 матерей. В результате целенаправленной выборки все дети подразделялись по полу, возрасту, нозологическим формам педиатрического и неврологического статуса. Проведена характеристика респираторных заболеваний, динамики их течения, обострений, включая как осложненные формы, так и структуру хронической заболеваемости.

Объективные исследования: ЭНМГ (электронейромиография) с регистрацией активности мышц диафрагмы рта, оксиметрии с непрерывным измерением уровня насыщения артериальной крови кислородом по спектрофотоэлектрическому принципу; кардиоинтервалография (КИГ) на электрокардиографе "Schiller AT-10"; НСГ - аппарате "Acuson".

Лечебно-реабилитационные программы: нейрореабилитация в НСК «Снузлин» с применением музыка-, аромо-, сказко-, игротерапии (вариант «кедровая комната» с использованием полипропиленовой пены в детензоре и релаксирующей капсулы с эффектами аэроионотерапии, аппаратно-программный комплекс «Ауторелакс», кинезотерапия, массаж. 68,2% (32) ЧБД имели преморбидный фон в виде резидуально-органической недостаточности ЦНС, обусловленной патологией беременности (66,3%-23,4), родов (42,4%-2,3), в меньшей степени недостаточностью грудного вскармливания (32,8%-32,4) и особенно неблагоприятным течением перинатального периода (74,1%-12,3). Личностные особенности были выявлены у 38,6% (12) родителей, в основном у матерей, и представлены чаще всего тревожной мнительностью, истероидностью. Отрицательное психосоциальное воздействие у 48,2% (14,2) ЧБД связано в основном с неправильным воспитанием преимущественно по типу кумира и гиперопеки. Отсюда приоритетное внимание направлено на наличие «эмпатичного материнства», важность связи «мать – ребенок» с первых мгновений жизни, что и определяет в основном развитие каждого отдельного ребенка.

По данным анамнеза, в группе ЧБД чаще встречалась слабость родовой деятельности. А это как раз тот фактор, который в большей степени предполагает возможность применения механической родостимуляции. В связи с этим особое место занимают родовые повреждения на уровне шейного отдела позвоночника, учитывая то, что на уровне С-4 расположен спинальный дыхательный центр, ядро диафрагмального нерва в клетках передних рогов спинного мозга, который у новорожденного является ведущим водителем дыхания и наиболее уязвимым местом. При нагрузках, падающих во время родов на эту область, возможны повреждение, приводящее к дыхательным нарушениям разной степени выраженности: ателектазы, синдром дыхательных расстройств, респираторный дистресс-синдром, парез диафрагмы, что обычно обозначают термином "асфиксия новорожденного", которая, по сути, является вторичной. Все дети в зависимости от типа неврологических нарушений в периоде новорожденности подразделялись на 4 основные группы в зависимости от ведущего механизма повреждения, из них 74,3 % детей имели гипоксические

повреждения мозга с разделением на церебральную ишемию (71,1%) и внутрисердечные кровоизлияния (3,2%) с последующей подробной раскладкой по синдромам.

По результатам комплексного психологического тестирования в группе ЧБД чаще встречался более высокий уровень утомляемости, чем в группе РБД (69%, 15%). Идентичные результаты получены и при исследовании зрительной памяти в группах сравнения. У ЧБД при снижении объема зрительной памяти чаще встречались изменение направления копирования и в 2 раза чаще ошибки, связанные с точностью изображения, что анатомически указывает на снижение функционального состояния правого полушария относительно контрольной группы. При изучении эмоционально-адаптивной сферы применялись модифицированная методика рисуночных тестов и цветовой тест Люшера с использованием 8 цветов, который показал, что большинство (78,9%-52,4) ЧБД в качестве пары первых цветов выбирали фиолетовый и красный или фиолетовый и коричневый, что можно было характеризовать как быструю и чрезмерную возбудимость, эмоциональную напряжённость, утомляемость, трудности адаптации, потребность в расслаблении и покое. В качестве последних двух цветов ряда выбирались серый и чёрный (67,4%12,4), что могло свидетельствовать о вегетоэмоциональной неустойчивости, противодействии внешнему давлению различным агрессивным факторам окружающей среды в качестве возможной компенсации социальных ущемлений.

По данным КИГ, в обеих группах присутствовали различные варианты вегетативных реакций. Однако среди ЧБД чаще отсутствовала реакция со стороны систолического и диастолического давлений, что отражало ригидность сегментарных вазомоторных механизмов. У ЧБД чаще отмечалось повышение ЧСС, обусловленное, скорее всего, однонаправленной динамикой амплитуды симпатических влияний. В подгруппе ЧБД отмечалась более низкая реактивность гемодинамических показателей и избыточная по сравнению с РБД реактивность, что можно квалифицировать как респираторный тип реагирования.

Сопоставление данных литературы и наших исследований позволило предположить, что возраст как ЧБД, так и РБД влияет на вегетативные показатели. Так, у детей младшего возраста чаще обнаруживалась симпатикотония, у старших – ваготония. Вероятность ваготонии нарастала по мере обострения респираторного заболевания. Суммируя результаты всего комплекса использованных психологических методик, мы определили, что, например, ЧБД с ваготонией в большей степени свойственны ранимость, сосредоточенность на своих проблемах, болезненное самолюбие, высокий уровень утомляемости. Здоровые ваготоники также отличались избирательностью в контактах со сверстниками, но это не вызывало у них

подъема уровня тревожности. Ваго- и симпатотонический исходный тип характеризовался гиперсимпатической реактивностью при ортопробе, что могло указывать на высокие физиологические затраты и возможности адаптации. У ЧБД с эйтоническим типом связи уровня тревожности с выраженностью симпатической активности не выявлено, что можно объяснить несформированностью приспособительного эмоционально-вегетативного комплекса и расценить как дизадаптивный психосоматический синдром.

При оценке параметров поверхностной ЭНМГ во всех группах исследуемых мышц при произвольном максимальном усилии регистрировался интерференционный тип кривой. Отмечалось снижение ЭМГ – кривой межреберных мышц у 25,1% пациентов, что указывало на повышение синхронизации работы двигательных единиц (ДЕ) в режиме максимального напряжения мышцы. У 24,6% пациентов выявлены признаки корешковой дисфункции на уровне С-2-4 с двух сторон, у 48,9% – корешковая заинтересованность на уровне С-5-6 с двух сторон, что указывало на то, что снижение функциональной активности дыхательных мышц может лежать в основе респираторной дисфункции наравне с бронхиальной обструкцией. При патологии амплитуда фоновой активности концевых пластинок мышц возрастала до 10 мкВ и более в связи с повышением функционального состояния нейромоторного аппарата. При этом амплитуда потенциалов фасцикуляций превышала 100 мкВ при ритмичной частоте разрядов в среднем 2-6 в секунду, что было характерно для ирритативного поражения периферических мотонейронов преимущественно именно на уровне передних рогов шейного отдела спинного мозга и при поражении корешков и периферических нервов. При поражении передних рогов спинного мозга структура ЭМГ приобретала гиперсинхронный, частично уреженный, частокольный рисунок с повышением амплитуды, что было обусловлено компенсаторным возрастанием процессов синхронизации разрядов ДЕ и формированием гигантских ДЕ за счет реинвазионного процесса.

Нейрореабилитация всем детям проводилась на фоне лёгочного комплекса респираторной терапии как обязательного компонента программы. При проведении массажа учитывалась связь кожной воротниковой зоны с шейными и верхнегрудными сегментами спинного мозга и образованиями шейного отдела ВНС, связанными с вегетативными центрами головного мозга путями, иннервирующими органы дыхания. На зоны, иннервируемые сегментами спинного мозга С-3-4-D-3-9 (соответствуют сегментарной иннервации легких и бронхов) назначался сегментарно-рефлекторный массаж (86%). Объективным критерием функционального состояния дыхательного аппарата считались данные поверхностной ЭНМГ. В группе больных с применением физических факторов отмечено возрастание М-ответа с диафрагмы на 23%. Но более оптимальным и значимым

показателем эффективной коррекции синдрома утомления дыхательной мускулатуры является не только оценка динамики М-ответа с дыхательных мышц до и после лечения, но и динамика М-ответа на нагрузочные тесты в ходе лечения. Нами установлено, что у 78% пациентов, получавших комплексную терапию с проведением сегментарно-рефлекторного массажа, происходит не только восстановление нормальных показателей М-ответа с дыхательных мышц, но и исчезает его изменение после нагрузочных тестов.

Таким образом, в ходе проводимой комплексной реабилитации отмечено: 63% ЧБД стали реже болеть ОРВИ в период с октября по май с двумя сезонными подъемами заболеваемости. При оценке заболеваемости ОРВИ по обращаемости за год отмечалось, что за медицинской помощью обратились 91% всех детей школьного возраста, в то время как из группы наблюдения с этой же проблемой обратились 44%. Обращений по поводу обострений хронических заболеваний было меньше почти в 2 раза. Продолжительность ремиссии как эффекта от реабилитационного курса составила: 4 месяца в 76% (1,8) случаев, до 6 месяцев – в 32% (4,3) случаев, до 1 года – в 11% (39) случаев, что явилось показанием для проведения повторных курсов реабилитации с кратностью 3-4 раза в год.

© Т.В. Русова, Г.А. Ратманова, В.Н. Фокин, О.Ю. Фадеева,
О.Б. Козлова, Э.Ю. Коллеров, М.В. Заводин, Т.В. Частухина, В.Г.Субботина, 2013

**Т.В. РУСОВА, Г.А. РАТМАНОВА, В.Н. ФОКИН, О.Ю. ФАДЕЕВА, О.Б. КОЗЛОВА,
Э.Ю. КОЛЛЕРОВ, М.В. ЗАВОДИН, Т.В. ЧАСТУХИНА, В.Г.СУББОТИНА
ПЕРСИСТИРУЮЩИЕ ЛИМФАДЕНОПАТИИ У ДЕТЕЙ,
ТАКТИКА НАБЛЮДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ**

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия», г. Иваново

Областная клиническая больница, г. Иваново

Лимфаденопатия – это реакция лимфоидной ткани, выражающаяся в изменении лимфоузлов (по размеру, количеству, консистенции) в ответ на воздействие экзогенного (инфекция) или эндогенного (обменно-пролиферативные нарушения, опухоли) характера.

Нормой можно считать состояние, когда удастся пропальпировать не более трех групп лимфоузлов (подчелюстные, подмышечные, паховые), обычно величина их менее 1,0 см, они подвижные, мягкоэластичные и безболезненные. Допустимый параметр нормальных значений лимфоузлов – до 2,5 см. Увеличение лимфоузлов может быть множественное – число пальпируемых групп лимфоузлов более 3-х или/и увеличение числа лимфоузлов в группе более 3-х.

Окончательное формирование лимфатического узла (ЛУ) как органа происходит к 8-12 летнему возрасту и этим объясняется лабильность лимфатической системы ребенка.

Особого внимания заслуживают дети с лимфаденопатиями неясного генеза и персистирующими вариантами лимфаденопатий, при которых отсутствует обратное развитие лимфоузла в течение 4–8 недель. Самой частой причиной лимфаденопатий у детей являются инфекции, но увеличение лимфоузлов генерализованное или локальное может быть одним из ранних симптомов грозных злокачественных заболеваний (лейкоз, лимфома Ходжкина, неходжкинская лимфома и др.).

Под нашим наблюдением находились 379 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с лимфаденопатией. При обследовании у 370 детей диагностированы различные инфекционные процессы. Группу часто болеющих с очагами воспаления в носоглотке составили 112 (33,3%) детей, цитомегаловирусная инфекция определена у 84 человек (22,7%), персистенция вируса Эпштейна-Барра выявлена у 52 детей (14,1%), антитела к хламидиям обнаружены у 32 (8,6%) пациентов. Токсокароз перенесли 12 (3,2%), токсоплазмоз 12 (3,2%), листериоз 2 (0,5%) ребенка. У 54 детей (14,6%) доступными

методами определить причину лимфаденопатии выявить не удалось. В течение 6-12 месяцев наблюдения состояние лимфоузлов в этой группе детей нормализовалось.

Первые 2 месяца педиатр консультировал ребенка 2-3 раза в месяц, затем ежемесячно до снятия с учета.

Целью осмотра является: выявление факторов и заболеваний, способствующих развитию и сохранению лимфаденопатии, контроль состояния лимфатической системы, в том числе на фоне проводимой терапии, исключение онкологических заболеваний, коллагенозов и системных заболеваний крови, определение показаний для консультаций врачей-специалистов, лабораторных и инструментальных обследований, назначение и оценка эффективности профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

При осмотре определялось количество пальпируемых групп лимфоузлов, размеры лимфоузлов, их консистенция, связь с окружающими тканями, болезненность, увеличение в динамике наблюдения количества и/или размеров лимфоузлов, состояние внутригрудных и внутрибрюшных лимфоузлов, размеры печени и селезенки.

Проводилась оценка результатов консультаций врачей-специалистов и лабораторных и инструментальных методов обследования.

Наблюдение осуществлялось совместно с врачом-гематологом. Как правило, дети наблюдались ежемесячно, затем ежеквартально, при необходимости консультация гематолога проводилась по индивидуальной программе. Дети наблюдались стоматологом 1-2 раза в год с целью профилактики лечения кариеса зубов. Консультации оториноларинголога проводились при увеличении лимфоузлов подчелюстной и шейных групп. Иммунолог консультировал детей при планировании вакцинации в случае отклонения показателей иммунного статуса. При подострых и хронических лимфаденитах детей консультировал фтизиатр для исключения туберкулезного процесса. Совместно с детским хирургом определялись показания для проведения биопсии лимфоузла при одностороннем опухолевидном увеличении лимфоузлов без признаков воспаления и без эффекта от проводимой терапии.

Для уточнения диагноза использовались лабораторные и инструментальные методы исследования, такие как клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, определением длительности кровотечения, времени свертывания с частотой 1 раз в месяц в первые 3 месяца наблюдения, затем ежеквартально и при снятии с диспансерного учета.

Общие анализы мочи выполнялись в случаях увеличения внутрибрюшных лимфоузлов и лимфоузлов забрюшинного пространства.

С целью контроля эффективности проводимой терапии или исключения онкологических заболеваний 1-2 раза за время диспансерного наблюдения проводился биохимический анализ крови (белок и белковые фракции, сиаловая проба, СРБ, ЛДГ, АСТ, АЛТ, калий, натрий, фосфор) и УЗИ органов брюшной полости для контроля за состоянием внутрибрюшных лимфоузлов, печени, селезенки. При необходимости проводилась рентгенограмма или компьютерная томограмма грудной полости для исключения увеличения внутригрудных лимфоузлов. По показаниям проводились повторные иммунологические исследования и проба Манту.

В случаях предшествующего инфекционного процесса или наличия очага инфекции проводились следующие мероприятия: назначение курса антибиотиков широкого спектра действия по возможности с учетом чувствительности микрофлоры (предпочтительнее парентеральное введение препаратов), терапия антигистаминными препаратами в течение 6-8 дней со сменой препарата, санация очагов инфекции (зубы, носоглотка и др.), витаминотерапия с использованием витаминно-минеральных комплексов, после консультации иммунолога по показаниям курс иммуномодулирующей терапии. Физиотерапевтические воздействия проводились на очаги инфекций, но не на лимфоузлы.

На консультацию гематолога или онколога направлялись дети, у которых не было эффекта от проводимой терапии или отмечалось сочетание следующих признаков: прогрессирующее асимметричное увеличение лимфоузлов при отсутствии воспалительных изменений, генерализованное (более чем в трех группах периферических лимфоузлов) увеличение лимфоузлов без обратной динамики процесса в течение 2-х недель, наличие «малых опухолевых признаков» (недомогание, потеря массы, извращение вкуса или отвращение к пище, субфебрилитет, анемизация, изменение эмоционального фона, ограничение круга интересов), безболезненность лимфоузлов при пальпации, симптомы интоксикации, гепатоспленомегалия, длительный субфебрилитет, наличие «температурных свечек», изменения в крови.

Плановая госпитализация проводилась в случаях отсутствия положительной динамики состояния лимфоузлов и появления «малых опухолевых признаков». При данной системе наблюдения было выявлено 9 детей с лимфопролиферативными заболеваниями (лимфома Ходжкина, неходжкинские лимфомы, лангенгарсовоклеточный гистиоцитоз). Вопросы вакцинопрофилактики у детей с персистирующими или неясного генеза лимфаденопатиями нуждаются в тщательной проработке в каждом конкретном случае. После перенесенных инфекций при сохраняющейся лимфаденопатии рекомендован медицинский отвод от прививок на 6-8 недель. За это время в большинстве случаев

происходит обратное развитие лимфоузлов. В сомнительных случаях вопрос следует решать после консультации гематолога и иммунолога и определения иммунологического статуса.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения: уменьшение или нормализация размеров лимфоузлов, отсутствие осложнений (нагноение лимфоузла), снижение частоты ОРВИ.

Длительность наблюдения устанавливается в индивидуальном порядке. При нормализации размеров лимфоузлов ребенок может быть снят с диспансерного учета. Критерии прекращения наблюдения – отсутствие отклонений в состоянии здоровья, нормализация размеров лимфоузлов.

Из наших материалов следует, что дети с персистирующими лимфаденопатиями неясного генеза для уточнения этиологической природы процесса нуждаются в длительном (6-12 месяцев) наблюдении врачами различных специальностей и проведении оздоровительных мероприятий. Несмотря на современные методы исследования, включая открытую биопсию лимфоузлов, в 14% случаев причину лимфаденопатии так и не удалось выяснить.

© А.В.Телунц, Е.С.Акопова, 2013

А.В.ТЕЛУНЦ, Е.С.АКОПОВА
ВЛИЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

ФГБУ «Детский медицинский центр» Управления делами Президента РФ, г. Москва

Рост заболеваемости молочных желез в различных возрастных группах, отмеченный во всем мире за последние десятилетия, значительно повысил интерес к изучению различных аспектов физиологии и патологии молочных желез. Многочисленные данные подтверждают, что в критические периоды жизни женщины, каким является и пубертатный период, отмечается изменение активности щитовидной железы.

Цель данной работы – изучить влияние функции щитовидной железы на рост и развитие молочных желез у девочек-подростков.

Было проведено обследование 30 практически здоровых девушек от 13 до 17 лет с регулярным менструальным циклом.

Критериями отбора являлись:

1. Регулярная менструальная функция.
2. Отсутствие отклонений физического и полового развития.
3. Отсутствие хронических соматических заболеваний.
4. Отсутствие отягощенности семейного анамнеза опухолями, гиперпластическими

процессами различной локализации.

Обследование начиналось с тщательного сбора анамнеза, оценки физического и полового развития. Гинекологическое исследование включало в себя осмотр наружных половых органов, ректальное исследование.

Путем осмотра и пальпации изучалась степень развития молочных желез (по Таннеру): форма, размеры, консистенция молочных желез, их однородность, состояние кожных покровов, характер выделений из соска, а также состояние регионарных лимфатических узлов.

Для уточнения размеров органов малого таза и молочных желез проводилось ультразвуковое исследование прибором «Алока SSD -4000» с использованием датчиков с частотой 6,0 и 13,0 МГц.

Оценка состояния тиреоидной системы проводилась клиническим осмотром и пальпацией щитовидной железы. Проводилось УЗИ щитовидной железы с помощью сканера

(PHILIPS) линейным датчиком частотой 10,0 МГц. Определялись локализация, размеры, структура и экзогенность щитовидной железы. Объем щитовидной железы рассчитывали по формуле I.Brunn.

При проведении ультразвукового исследования молочных желез в 43,4% (13) случаев были обнаружены структурные и очаговые изменения. Так, в 10% случаев обнаружены фиброаденомы, в 16,7% – кисты молочных желез, в 10% – структурные нарушения в виде диффузной гипоплазии железистой ткани и в 6,6% случаев – диффузную гипоплазию железистой ткани с выраженной фиброзной тяжестью. Гипоплазия железистой ткани – это частичное диффузное замещение функциональных структур молочной железы жировой тканью.

При этом из этих 13 девочек при проведении ультразвукового исследования щитовидной железы у 11(84,6%) было выявлено небольшое диффузное увеличение объема щитовидной железы, а у трех (23%) – эхопризнаки хронического тиреоидита.

Увеличение щитовидной железы и появление диффузных и очаговых изменений молочных желез у подростков позволяют предполагать нарушения секреции гормонов в пубертатном периоде.

Изучение секреции гонадотропных, стероидных и тиреоидных гормонов показало, что у трех (10%) девочек при нормальных значениях тиреоидных гормонов были повышены антитела к тиреопероксидазе. У четырех (13,3%) девочек уровень тиреотропного гормона превышал возрастную норму. У пяти (16,7%) девочек уровень тестостерона слегка превышал нормативные значения.

Таким образом, из 30 обследованных у 7 (23,4%) обнаружены нарушения функции щитовидной железы. Надо отметить, что у 6 из этих 7 девочек (89%) в молочных железах были обнаружены очаговые или диффузные изменения.

Обобщая написанное выше, следует отметить, что девочек-подростков с нарушениями функции щитовидной железы следует считать группой риска развития патологических изменений молочных желез. И в случае обнаружения очаговых или диффузных изменений молочной железы рекомендуется проводить УЗИ щитовидной железы для определения уровня половых гормонов и гормонов щитовидной железы.

© Д.Ф. Углова, 2013

Д.Ф. УГЛОВА
ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН
С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ
С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

БУЗ УР «Республиканский клинико-диагностический центр» МЗ УР, г. Ижевск

Сердечно-сосудистая патология является основной причиной инвалидизации взрослого и детского населения России и обуславливает более 55 % всех случаев смертей. Большое значение в ее структуре имеют состояния, связанные с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТ). Уникальность структуры и функции соединительной ткани создает условия для возникновения огромного числа ее аномалий, врожденных пороков сердца (ВПС). Более четко определяется связь между кардиологической патологией у детей и таковой у их родителей, что требует новых подходов к их профилактике.

Цель исследования – на основе изучения акушерского анамнеза женщин с ВПС, ассоциированными с ДСТ, ранней постнатальной адаптации новорожденных спрогнозировать возможность формирования сердечно-сосудистой патологии у детей.

Группу наблюдения составили 68 беременных с ВПС и ДСТ и их доношенные новорожденные. Группу сравнения составили 50 практически здоровых беременных и их доношенные дети такого же возраста, родившиеся также в родильном доме № 6 БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР». Среди ВПС рассматривались только септальные пороки сердца без признаков недостаточности кровообращения. Средний возраст женщин с ВПС и ДСТ $27,1 \pm 5,2$ года существенно не отличался от группы сравнения – $24,8 \pm 4,9$ года ($p > 0,05$). Проведенный нами анализ экстрагенитальной патологии показал, что около половины – $47,1 \pm 7,7$ на 100 обследованных женщин группы наблюдения имели до беременности разнообразную хроническую патологию. В группе сравнения хроническая патология составила $34,0 \pm 7,2$ на 100 обследованных, что статистически не значимо. Наиболее часто у женщин с ВПС выявлялись заболевания половой сферы – хронический сальпингоофарит, эрозия шейки матки, вагинит, фибромиома и эндометриоз: $69,7 \pm 7,0$ против $23,8 \pm 6,4$ на 100 обследованных ($p < 0,001$). Все женщины были обследованы на носительство инфекций, передаваемых половым путем. Выявлено, что наличие инфекций у беременных сравниваемых групп было приблизительно одинаковым и достоверно не отличалось.

Сравнительная клиническая оценка течения гестационного процесса у женщин исследуемых групп показала, что в группе наблюдения достоверно чаще, чем в группе сравнения, диагностировались различные осложнения беременности. Хроническая внутриутробная гипоксия плода и задержка внутриутробного развития также достоверно чаще регистрировались в группе наблюдения. Анализируя течение родов у женщин обеих групп, были выявлены достоверные различия в течение интранатального периода: по слабости родовой деятельности ($p < 0,01$), родостимуляции ($p < 0,05$), патологии пуповины – чаще в группах наблюдения ($p < 0,05$), амниотомии – чаще в группе сравнения ($p < 0,001$).

Практический интерес представляет анализ адаптационного периода обследуемых новорожденных. Новорожденные сравниваемых групп родились доношенными в сроке гестации $38,5 \pm 0,3$ недели. Статистически значимых различий в антропометрических показателях новорожденных детей в сравниваемых группах не наблюдалось, кроме массы тела ($p < 0,05$). Средняя оценка по шкале Апгар у детей группы наблюдения на 1-й минуте составила $7,2 \pm 0,5$ балла и достоверно не отличалась от детей группы сравнения – $7,8 \pm 0,4$. На 5-й минуте эти показатели улучшились в обеих группах и составили соответственно $8,3 \pm 0,6$ и $8,6 \pm 0,4$ балла ($p > 0,05$). Нейросонография была проведена всем детям. У новорожденных группы наблюдения в единичных случаях отмечались признаки незрелости мозговых структур, перивентрикулярная ишемия. У новорожденных группы сравнения патологии в структурах головного мозга и ликворной системе не обнаружено.

Физиологическая желтуха у новорожденных группы наблюдения отмечалась в $95,6 \pm 3,3$ % случаев, у детей группы сравнения – в $88,0 \pm 4,9$ %. Наличие сердечных шумов, тахикардии, мраморности и периферического цианоза кожных покровов, приглушенности тонов сердца было расценено как дезадаптация сердечно-сосудистой системы у $28,6 \pm 6,9$ % детей группы наблюдения. Таковых детей в группе сравнения не было. Открытое овальное окно, дефект межпредсердной перегородки были диагностированы у 7 (7,1%) новорожденных только при наличии ДСТ у матерей с ВПС. Стигмы дисэмбриогенеза (короткая шея, полидактилия стопы, низкий рост волос, низкое расположение пупочного кольца) достоверно чаще встречались в группе детей, рожденных у матерей с ВПС на фоне ДСТ, – у 6 (8,6%) детей против 1 ребенка группы сравнения (короткая шея) ($p < 0,05$). Фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани сердца в обеих группах новорожденных детей при физикальном обследовании не выявлены

В обеих исследованных группах ни одного ребенка с I группой здоровья не оказалось. Новорожденные дети обеих групп неврологически были здоровы, но почти все отнесены к группе риска по постгипоксическому поражению центральной нервной системы, то есть ко

IIА группе здоровья. Поскольку у женщин во время беременности выявилось носительство внутриутробной инфекции, новорожденные данной группы были отнесены к группе риска по реализации внутриутробной инфекции.

Таким образом, несмотря на хорошие антропометрические показатели при рождении, новорожденные у матерей с ВПС на фоне ДСТ демонстрировали признаки общей незрелости, нарушение течения периода адаптации. Они отнесены к группе риска по перинатальному поражению ЦНС. ООО, ДМЖП выявились только у новорожденных, рожденных у матерей с ВПС на фоне ДСТ. Фенотипические признаки ДСТ отсутствовали, но стигмы дисэмбриогенеза достоверно чаще встречались именно в этой группе наблюдения.

© Д.Г.Фаршатова, А.В.Байдалин, Л.К.Амирханова, 2013

Д.Г.ФАРШАТОВА, А.В.БАЙДАЛИН, Л.К.АМИРХАНОВА
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ
В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ «САЛЮТ»

ГУП СОЛ «Салют» РБ, г. Уфа

Санаторно-оздоровительный лагерь круглогодичного действия “Салют” РБ является специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для комплексного лечения детей в возрасте от 3 до 17 лет с одновременным обучением по программе средней школы. “Салют” имеет прекрасную лечебную и диагностическую базу, дети находятся под постоянным наблюдением квалифицированных врачей-специалистов, прошедших специальную подготовку по курортологии и физиотерапии.

Атопический дерматит (МКБ-10: L20) - хроническое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, которое в типичных случаях начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте и приводит к физической и эмоциональной дизадаптации пациента и членов его семьи. Это одно из самых распространенных заболеваний аллергического характера, поражающее кожу и проявляющееся в тяжелой форме. За последние три десятилетия распространенность заболевания возросла. В развитых странах, по мнению разных авторов, на 10-15% у детей в возрасте до 5 лет и на 15-20% у школьников. Распространенность атопического дерматита среди детей, получивших санаторно-курортное лечение в лагере «Салют», составляет 14-15 %. Распространенность атопического дерматита среди пролеченных детей по месту жительства составляет: город Уфа – 35%, города РБ – 30%, районы РБ – 35%. Атопический дерматит развился в раннем детском возрасте у 79 %, в более старшем возрасте у 21 % детей. Основным фактором развития атопического дерматита у детей, пролеченных в санаторно-оздоровительном лагере «Салют», являются пищевые аллергены – 86,5 %. Ограниченная форма атопического дерматита наблюдается у 88 % детей, распространенная форма – у 11%, диффузная форма – у 0,5%. В 3% случаев атопический дерматит являлся основным заболеванием, для его лечения ребенок направлялся в санаторно-оздоровительный лагерь, в остальных случаях сопутствующим заболеванием.

В связи с тем, что атопический дерматит значительно влияет на качество жизни, врачом решается вопрос лечения основного заболевания и атопического дерматита как сопутствующего заболевания. Продолжительность лечения составляет 21 день, состоит из

двух основных блоков: диагностического и лечебного. В диагностический блок входят: прием и наблюдение врача педиатра, лабораторная диагностика (клинический анализ крови, мочи), консультации диетолога, физиотерапевта. При наличии соответствующих показаний проводилась: электрокардиография, консультация специалистов санатория (невролога), (аллерголога, гастроэнтеролога) ДРКБ. Объем диагностических исследований, виды лечения, количество процедур определяются врачом с учетом показаний и противопоказаний, исходя из патогенеза, степени тяжести заболевания, давности патологического процесса, сопутствующей патологии, основного заболевания. Задачей санаторно-курортного лечения детей с atopическим дерматитом является достижение полной длительной ремиссии с целью улучшения качества жизни.

Лечебный блок включает:

- режим: щадяще-тренирующий, с переходом на тренирующий,
- диета: базисная диета, основной вариант стандартной диеты, назначаемой при различных болезнях без нарушения функции пищеварительной системы,
- климатотерапия: солнечные и воздушные ванны,
- бальнеотерапия: хлоридно-натриевые ванны, приготовленные из крепкого рассола источника №2191 с. Ундоры в разведении 1 литр рассола на 100 литров воды, температура воды 36-37°C, продолжительность процедуры 10 минут, через день, курс лечения 8-10 процедур, при ограниченных формах – в виде примочек рассола, начиная с разведения 1 : 4, постепенно переходя к раствору в разведении 1 : 2, 1 – 2 раза в сутки, 10-15 дней,
- питьевая минеральная вода «Красноусольская» 5 мл/кг веса 3 раза в день за 20 минут до еды 18-20 дней,
- аппаратная физиотерапия: светотерапия аппаратом «Биоптрон». Полихроматический некогерентный поляризованный свет благоприятно влияет на клиническое течение atopического дерматита у детей, способствует регрессу кожного воспалительного процесса, уменьшению отека, кожного зуда, экскориаций, воздействует на очаги поражения, рефлекторно- сегментарные зоны шейно-грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника (1-4 поля, по 2-4 минуты на поле) от аппарата «Биоптрон-2» с расстояния 10-15 см. Суммарная экспозиция – в зависимости от возраста: от 3-х до 6 лет – 4-6 минут, от 6 до 10 лет – 6-8 минут, от 10 до 14 лет – 8-10 минут, курс лечения 8-10 процедур ежедневно, воздействие низкоинтенсивной лазеротерапии проводилось местно на небольшие зоны поражения. При этом происходят повышение активности ферментных и обменных процессов, повышение уровня потребления кислорода тканями и окислительно-восстановительного потенциала, усиление биоэнергетических и биосинтетических

процессов, низкоинтенсивное лазерное чрескожное надвенное облучение крови. Клиническая эффективность определяется активацией ферментных систем эритроцитов, приводящей к увеличению кислородной емкости крови, повышается фагоцитарная активность облученных клеток, что улучшает микроциркуляцию. Лечение проводится аппаратом «Мустанг 0-26» на курс 6-8 процедур.

Оценочными критериями эффективности лечения являются: улучшение самочувствия, уменьшение зуда, исчезновение кожных проявлений, положительная динамика в состоянии вегетативной нервной системы, нормализация сна, исчезновение головных болей, повышение эмоционального тонуса.

Анализ эффективности проведенного лечения показал, что 96-98% детей с атопическим дерматитом выписываются из санатория с улучшением, в том числе 20-20,5% детей со значительным улучшением.

Таким образом, опыт применения данного комплекса в санаторно-курортном лагере «Салют» РБ показал его высокую эффективность и значимость в реабилитации детей с атопическим дерматитом.

© С.В.Шагарова, А.Г.Муталов, Р.А.Ахметова, Г.П.Ширяева, Э.З.Бикметова, 2013

**С.В.ШАГАРОВА, А.Г.МУТАЛОВ, Р.А.АХМЕТОВА,
Г.П.ШИРЯЕВА, Э.З.БИКМЕТОВА**
**ОБ ОСНОВАХ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Детская поликлиника № 2, г. Уфа

21 ноября 2011 года Государственной думой Российской Федерации принят, Советом Федерации одобрен, подписан президентом РФ Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323 (вместо закона № 5487 от 1993 г.). Новый закон содержит 90 статей, в которых отражены основные принципы охраны здоровья и введены новые пункты, например такие, как недопустимость отказа в оказании медицинской помощи, соблюдение врачебной тайны (ст. №4). Обособо вниманя заслуживают следующие статьи указанного закона:

Статья № 19. Право на медицинскую помощь. Каждый гражданин имеет право на получение помощи бесплатно в соответствии с Программой госгарантий, получение платных услуг в соответствии с договором добровольного медицинского страхования. В статье определено право на бесплатную медицинскую помощь иностранных граждан и лиц без гражданства.

Статья № 27. Обязанности граждан. В сфере охраны здоровья граждане обязаны проходить медицинское обследование и заниматься профилактикой заболеваний. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения в медицинских организациях.

Статья № 28. Определены права общественных организаций в сфере охраны здоровья. Общественные объединения могут принимать участие в разработке норм и правил, но не должны заниматься рекламой лекарственных препаратов, медицинских изделий, продуктов лечебного питания.

Статья № 29. Организация охраны здоровья. Организация охраны здоровья осуществляется путем правового регулирования, разработки мер по профилактике заболеваний, в т.ч. при орфанных заболеваниях, обеспечения социально-эпидемиологического благополучия, лекарственного обеспечения.

Статья №30. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляются путем профилактики инфекционных заболеваний путём иммунопрофилактики. Профилактика неинфекционных заболеваний проводится на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами всех уровней власти. Формирование здорового образа жизни, начиная с детского возраста, обеспечивается путём проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска, создание условий для ведения здорового образа жизни.

Статья 31. Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается военнообязанными, пожарниками, водителями, спасателями, имеющими подготовку и навыки по перечню, утвержденному уполномоченным Федеральным органом.

Статья 32. Медицинская помощь. К видам медицинской помощи относятся первичная медицинская помощь, специализированная, в т.ч. высокотехнологичная, скорая, паллиативная медицинская помощь. Формы медицинской помощи: экстренная, неотложная, плановая.

Статья 36. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан.

Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи. Порядок оказания медицинской помощи включает в себя: 1) этапы оказания медицинской помощи (правила организации медицинского учреждения, оснащение, штаты); 2) стандарты медицинской помощи.

Статья 38. Медицинские изделия. К медицинским изделиям относятся инструменты, приборы, аппараты. Требования к медицинским изделиям: качество, эффективность, безопасность, регистрация, правила ввоза и вывоза из страны, ремонт, сертификат качества.

Статья 39. Лечебное питание. Лечебное питание является компонентом лечебного процесса, включает в себя пищевые рационы и специализированные продукты лечебного питания.

Статья 40. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение. Санаторно-курортное лечение включено в раздел медицинской реабилитации; порядок и перечень медицинских показаний утверждается Федеральным органом исполнительной власти.

Статья 44. Медицинская помощь гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями. Редкие (орфанные) заболевания имеют распространённость не более 10 на 100 тыс. населения. Уполномоченный Федеральный орган исполнительной власти ведёт регистр орфанных заболеваний.

Статья 46. Медицинские осмотры и диспансеризация. К видам медицинских осмотров относятся: 1) профилактический, 2) предварительный, 3) периодический, 4) предменструальный, послеменструальный.

Статья 48. Врачебная комиссия и консилиум врачей. Врачебная комиссия (ВК) принимает решение в конфликтных случаях, определение трудоспособности, проводит оценку качества, назначение и коррекцию лечения. Обеспечение лекарственными препаратами, трансплантация органов и тканей человека, решение ВК оформляется протоколом. Консилиум врачей – совещание нескольких врачей для установления правильности лечения, диагностики, рекомендации по реабилитации, необходимость направления в другие ЛПУ. Решение оформляется протоколом.

Статьи 51, 52. Права семьи, беременных женщин и матерей. Каждый гражданин по показаниям имеет право на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи. В период беременности и родов женщина обеспечивается бесплатной медицинской помощью в рамках программы госгарантий.

Статья 53. Рождение ребенка. Считается момент отделения плода от организма матери посредством родов.

Статья 63. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией. Порядок проведения экспертизы связи заболевания с профессией устанавливается Федеральным органом исполнительной власти.

Статья 64. Экспертиза качества определяется на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

Статья 65. Медицинское освидетельствование. Виды: 1) освидетельствование на состояние опьянения; 2) психиатрическое; 4) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; 5) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.

Статья 74. Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтов при осуществлении ими профессиональной пригодности: не имеют права принимать вознаграждение, подарки (кроме договоров при клинических испытаниях).

Статья 84. Оплата медицинских услуг. Имеются ввиду платные медицинские услуги на основании договоров.

В 12 главе Закона определены понятия всех видов контроля в сфере здравоохранения ст. 85,86,87,88,89,90.

Таким образом, в соответствии с законом №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» все учреждения здравоохранения подчинены ведомству

«Здравоохранение». Придана приоритетность профилактическому направлению, декларировано активное формирование здорового образа жизни. С целью обеспечения гарантированных Конституцией Российской Федерации прав и свобод граждан к основным принципам охраны здоровья граждан отнесены добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, а также запрет на клонирование человека. Подчеркнута недопустимость отказа в оказании медицинской помощи при угрозе жизни человека. Выделены и отдельные статьи: врачебная тайна и запрет эвтаназии.

© С.В.Шагарова, А.Г.Муталов, Н.А.Дружинина, Г.П.Ширяева, Д.Х.Абилова

С.В.ШАГАРОВА, А.Г.МУТАЛОВ, Н.А.ДРУЖИНИНА,

Г.П.ШИРЯЕВА, Д.Х.АБИЛОВА

**ЗАКОНЫ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ, ПРИНЯТЫЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМОЙ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2012 ГОДУ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

В течении 2012 года деятельность комитетов Государственной думы Российской Федерации была направлена на своевременное законодательное обеспечение важнейших направлений государственной политики: модернизации отраслей общественной жизни, совершенствование эффективности органов государственной власти и местного самоуправления, повышение уровня и качества жизни граждан. К приоритетным вопросам относились вопросы развития здравоохранения, социальной политики, образования, культуры, молодежной политики. Особого внимания заслуживают следующие законы:

«О донорстве крови и ее компонентов» №632282-5 от 30.07.2012 г. и "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" №625497-5 от 07.06.2012 г. В законах говорится об улучшении материальной базы, оснащении станций переливания крови. Кормление доноров на 220 рублей (договора со столовой). Почетные доноры через Министерство социальной защиты получают 1 тыс. рублей в месяц. В РБ открыты 5 филиалов республиканских станций переливания крови (города Кумертау, Сибай, Учалы, Белорецк, Октябрьский). Доноры после сдачи крови отдыхают 2 дня (день сдачи и 2-й день).

Усилена административная ответственность должностных и юридических лиц за несоблюдение санитарно-эпидемиологических требований к условиям отдыха и оздоровления детей, воспитания и обучения. За несоблюдение указанных требований налагается штраф для юридических лиц – 30-70 тыс. рублей; для должностных лиц – 3-7 тыс. рублей.

Закон № 42364 от 03.12.2012 г. о внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ». В части установления порядка изъятия полномочий РФ в сфере обязательного медицинского страхования, переданных органа государственной власти субъекта РФ в случае их неисполнения или ненадлежащего исполнения.

Закон № 65000-6 от 25.06.2012 г. ст. № 101 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Утверждение порядка государственной регистрации медицинских изделий.

Закон № 134007-6 от 26.12.2012 г. внесены изменения в ФЗ «Об обращении лекарственных средств (в части предметно-количественного учета лекарственных средств для медицинского применения: наркотики, психотропные вещества и их прекурсоры). Учет лекарственных средств в специальных журналах, правила ведения и хранения специальных журналов. Отсрочка закона на 180 дней (до 04.2013 г.).

Закон № 136482-6 от 26.12.2012 г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», внесены изменения в ст. 20 в части установления индексации ежемесячной денежной компенсации при поствакцинальных осложнениях.

Закон № 27453 от 29.12.2012 г. «О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную помощь в виде социальных услуг по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов на 2013 год – 638 рублей медицинских изделий, финансовые затраты граждан на бесплатные лекарства.

Таким образом, нормативные документы, принятые Госдумой в 2012 г., касаются многих вопросов здравоохранения: лекарственная помощь, упорядочение работы станций переливания крови, регистрация медицинских изделий, финансовые затраты граждан на бесплатные лекарства.

ЛИТЕРАТУРА

Сборник законов, принятых в 2012 году Госдумой Российской Федерации.

© Р.Г.Яппаров, И.Р.Биглова, З.Я.Галиева, Р.М.Мухамадеева

Р.Г.ЯППАРОВ, И.Р.БИГЛОВА, З.Я.ГАЛИЕВА, Р.М.МУХАМАДЕЕВА
НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ РЕБЁНКА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

ГБУЗ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом
и инфекционными заболеваниями», г. Уфа

В настоящее время вопросы перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции становятся одной из актуальных проблем здравоохранения, сформировываясь в самостоятельный раздел знаний, представляющих большой интерес для врачей, сталкивающихся с вопросами репродуктивного здоровья ВИЧ-инфицированных пациентов.

Особенностью эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Республике Башкортостан за последние годы является интенсивное вовлечение женщин детородного возраста и увеличение числа беременных и детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, что обусловлено сохранением наркотизации среди женщин, ростом гетеросексуального распространения ВИЧ-инфекции, увеличением риска перинатальной трансмиссии ВИЧ. В результате женщины все более интенсивно вовлекаются в эпидемический процесс, и следствием этого является рост числа детей, родившихся от ВИЧ-матерей и увеличение частоты передачи инфекции от матери к ребенку.

Все вышеуказанное свидетельствует о новых неблагоприятных тенденциях в развитии распространения инфекции, вызываемой ВИЧ, и определяет организацию и проведение профилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции одной из приоритетных задач здравоохранения.

С ухудшением эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции среди беременных и новорожденных в Республике Башкортостан создана законодательная и нормативная база по борьбе с ВИЧ/СПИД, включающая оказание медицинской помощи данной категории пациентов.

К ней, прежде всего, относится принятый Закон Республики Башкортостан от 21 декабря 1998 года № 209-з «О предупреждении распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека». Этот закон определил основу государственной политики по борьбе с этой инфекцией, государственные гарантии доступности диагностики, лечения и профилактики, а также меры социальной защиты ВИЧ-инфицированных лиц.

Министерством здравоохранения Республики Башкортостан изданы приказы об оказании специализированной медицинской помощи ВИЧ - инфицированным беременным; проведении обследования беременных на ВИЧ-инфекцию с до- и послетестовым консультированием; родоразрешении и этапов «химиопрофилактики» для уменьшения риска передачи ВИЧ от матери к ребенку; регистрации детей, рожденных матерями с ВИЧ-инфекцией и учете случаев завершения беременности у ВИЧ-позитивной женщины.

В Республике Башкортостан с 1987 года от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 1855 детей, сняты с диспансерного учета с диагнозом перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции 1 473 ребенка, под наблюдением находится 294 ребенка, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей. Состоят на учете с заключительным диагнозом ВИЧ-инфекция 127 детей.

Анализ причин инфицирования детей, выявленных в 2012 году, показал, что в 43,5 % (10) случаев в период беременности и родах ВИЧ-статус матери ребёнка был отрицательным (период серонегативного окна) – ВИЧ-инфекция у матери была выявлена после рождения ребенка.

Рассмотрим клинический случай: ребенок К., 2004 года рождения, диагноз ВИЧ-инфекция выставлен в возрасте 8,5 года. При эпидемиологическом расследовании выявлено, что родители ребенка состоят на диспансерном учете в ГБУЗ РЦПБ с диагнозом СПИД и ИЗ с 2010 года. После выявления ВИЧ-инфекции у родителей ребёнок на ВИЧ-инфекцию по контакту не был обследован.

Мать ребенка встала на учет в женскую консультацию по месту жительства при сроке беременности 9 недель. В течение беременности женщина двукратно обследована на ВИЧ-инфекцию при сроке 12 и 28 недель. Беременность желанная, течение беременности без особенностей. Ребенок родился в родильном доме ЦРБ при сроке 39 – 40 недель через естественные родовые пути. К груди приложен в первые сутки. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции ребенку не была проведена. Вскармливание естественное до 2 лет. Вакцинация БЦЖ проведена в родильном доме.

Ребенок наблюдался в детской поликлинике по месту жительства. В течение первого года перенёс несколько раз ОРВИ, в возрасте 1,6 года – стоматит, ранний кариес, лимфаденопатия. С 2,5 до 7 лет посещал ДОУ, в 2011 году поступил в первый класс. Состояние здоровья резко ухудшилось во время поездки на отдых в Египет в марте 2012 года: повысилась температура, отмечались обморочные состояния, изменилось поведение, ребёнок потерял интерес к играм, перестал общаться с друзьями. Родители ребенка в детскую поликлинику не обращались, прошли компьютерное обследование в частной

клинике, консультированы нейрохирургом, неврологом. По данным МРТ: признаки демиелинизирующего заболевания головного мозга с медленно-волновой активностью в центральных теменных областях. Дисфункция срединных структур. В частной клинике назначена терапия резидуальной энцефалопатии. Рекомендовано дообследование в РДКБ. Мама от дообследования отказалась. На ВИЧ-инфекцию ребёнок не обследовался. На фоне терапии состояние ребёнка не улучшалось, прогрессировала моторная дисфункция, увеличился вес ребёнка, ребёнок стал много, быстро, торопливо есть, утрачивались ранее достигнутые навыки, ребёнок с трудом закончил первый класс. В ноябре 2012 года ребенок подавился пищей и с признаками клинической смерти госпитализирован в ЦРБ, где проводилась реанимационная, интенсивная, посиндромная терапия.

В декабре 2012 года ребенок переводится в специализированный детский неврологический стационар с диагнозом вегетативное состояние вследствие острой атаксии мозга. В стационаре ребёнку назначены клиничко-лабораторные, инструментальные методы диагностики, продолжена реанимационная, интенсивная, посиндромная, реабилитационная терапия, проведён забор крови на ВИЧ. После получения положительного результата крови на ВИЧ ребенок консультирован педиатром и клиническим эпидемиологом ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ, выставлен клинический диагноз ВИЧ-инфекция С 3 (по классификации CDC 1994 года). Стадия вторичных заболеваний (IV B) (по российской классификации 2001 года). Тяжелый иммунодефицит. Клинические проявления: СПИД. Распространённый кандидоз слизистой полости рта, пищевода, внебольничная пневмония. Пневмоцистная пневмония? Персистирующая генерализованная лимфаденопатия. Гепатоспленомегалия. ВИЧ-энцефалопатия».

Сопутствующий диагноз вегетативное состояние вследствие острой атаксии мозга, аспирационной этиологии. Прогноз для жизни крайне неблагоприятный. Учитывая, клиническое течение инфекции, данные вирусологического, иммунологического обследований, наличие тяжелого иммунодефицита, клинических проявлений, с целью подавления репликации вируса ВИЧ в организме ребёнка, для восстановления иммунной системы назначена высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) препаратами по схеме: ламивудин, абакавир, лопинавир/ритонавир, энфувердит в стандартных дозировках. При повторном исследовании через 2 недели вирусная активность снизилась с 6,1 до 3,45 log, CD₄ выросла с 2 до 6 кл/мкл.

Назначенная антиретровирусная терапия дала противовирусный эффект. Однако, несмотря на проводимую ВААРТ, терапию вторичных заболеваний, интенсивную терапию, ребенок умер в марте 2013 года.

Таким образом, особенностями ВИЧ-инфекции у детей с перинатальным инфицированием являются: необходимость ранней диагностики с помощью молекулярных методов; быстрое прогрессирование ВИЧ-инфекции; специфичность показаний к АРВТ в зависимости от возраста; сложности выявления ВИЧ у детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных родителей, необходимость консультирования лиц, ухаживающих за ребёнком, а также самого ребенка с учетом его возрастных особенностей.

Учитывая уровень пораженности населения ВИЧ-инфекцией, необходимо усилить настороженность специалистов, оказывающих медицинскую помощь детям и подросткам, с целью раннего выявления ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.В. Клинические рекомендации ВИЧ-инфекция и СПИД. – М., 2010г. – 190 с.
2. Хоффман К., Рокштро Ю. Лечение ВИЧ-инфекции. – 2011. – М., 2012.
3. Бартлетт. Д. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции // Медицинская школа Университета Джона Хопкинса. – М., 2012. – 496 с.
4. Покровский В.В., Юрин О.Г., Кравченко А.В. и др. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией. Национальное научное общество инфекционистов. «Эпидемиология и инфекционные болезни». Актуал. вопр. 2012г.; приложение. 27 с.
5. Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку. Клинический протокол// Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2013, № 3.