

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА РОССИИ

Наумова А.А., Рубин А.Д.

*Детская специализированная больница восстановительного лечения, Якутск
Комитет по здравоохранению Мурманской области, Мурманск*

Основными принципами медицинской реабилитации детей и подростков в условиях Севера являются: раннее начало восстановительного лечения, особенно в остром периоде заболевания; непрерывность лечебно-восстановительного процесса; индивидуальный подход к каждому ребенку по подбору лечебно-восстановительного процесса; преемственность и этапность в организации восстановительного лечения между ЛПУ, органами социального обеспечения и другими органами. Реабилитация детей после перенесенных острых заболеваний, детей с хронической патологией и детей-инвалидов подразделяется на этапы с подбором оздоровительных и реабилитационных методик коррекции по группам здоровья: 1) амбулаторно-поликлинический этап — организация дневных стационаров на базе детских поликлиник; 2) отделение стационарного восстановительного лечения на базе многопрофильного специализированного соматического стационара или специализированного реабилитационного центра; 3) санаторно-курортное лечение.

Наиболее эффективной формой организации медицинской реабилитации и оздоровления являются реабилитационные центры. МУ «Детская специализированная больница восстановительного лечения» (ДСБВЛ) г. Якутска имеет 50 коек круглосуточного и 105 коек дневного пребывания, где получают специализированное, восстановительное и реабилитационное лечение дети с неврологической, ортопедической и психосоматической патологией в возрасте от 3 мес. до 17 лет. За 12 лет в реабилитационных отделениях ДСБВЛ пролечено более 23 тыс. детей с неврологической, ортопедической и соматической патологией. Из общего числа пролеченных детей и подростков доля городских жителей составила 89,5%, сельских жителей — 10,4%, детей-инвалидов — 10,4%. Удельный вес детей до 2 лет — 24,9%, в возрасте 3–6 лет — 24,1%, 7–17 лет — 50,9%. В структуре госпитализированной заболеваемости среди выписанных больных первое место занимают болезни нервной системы — 72,5%; в том числе с ДЦП ежегодно проходят до 120 пациентов; на втором месте — болезни органов дыхания — 13,8%; на третьем месте — болезни костно-мышечной системы — 5,4%.

Своевременно начатая, адекватно подобранная индивидуальная программа реабилитации, включающая лечебно-диагностические, оздоровительные, психолого-педагогические и социальные коррекционные технологии, позволяет предупредить у ребенка социальную и школьную дезадаптацию в условиях Севера, прогрессирование основного заболевания, предотвратить детскую инвалидность.

АНАЛИЗ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ДЕТЕЙ С ПРИСТУПОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В МОСКОВСКОМ АДМИНИСТРАТИВНОМ РАЙОНЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Незабудкин С.Н., Антонова Т.И., Ростова А.В., Федорова Л.М.

СПбГПМА, Центр восстановительного лечения для детей с аллергологическими заболеваниями Московского административного района, Санкт-Петербург

Цель исследования. Провести анализ вызовов скорой помощи и госпитализации детей и подростков Московского района Санкт-Петербурга, больных бронхиальной астмой (БА), за период 2003–2004 г., оценить количество госпитализаций за период 1994–2005 г.

Материал и методы. На диспансерном учете в поликлиниках Московского района с БА состоят 1060 детей. Из них в центре восстановительного лечения для детей с аллергическими заболеваниями (Центр) на-

блюдаются 895 человек, в других лечебных учреждениях. — 165 детей. Все дети с БА были разделены на 4 группы: 1. наблюдающиеся в Центре и получающие комплексную медикаментозную и немедикаментозную терапию (390 детей); 2. наблюдающиеся в Центре, получающие только медикаментозную терапию (235 детей); 3. состоящие на учете в Центре, получающие только терапию обострения (270 детей); 4. находящиеся на учете в других лечебных учреждениях (165 детей).

Результаты. Распределение вызовов скорой помощи за 2003-2005 г. в среднем в группах: 1 группа — 5, 2 группа — 12, 3 группа — 58, 4 группа — 90. Количество госпитализаций в среднем — 1 группа — 0,3, 2 группа — 2, 3 группа — 8, 4 группа — 11. Количество госпитализаций с 1994 г. (до открытия Центра) по сравнению с 2005 г. снизилось на 66%.

Выводы. Работа центра восстановительного лечения для детей с аллергическими заболеваниями привела к существенному снижению вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций детей с БА, что привело к значимому экономическому эффекту. Подобных результатов удалось добиться за счет ранней диагностики заболевания, своевременно начатого адекватного лечения, комплексного лечения, применения современных технологий, обучения пациентов и медицинских работников. Очевидна экономическая целесообразность организации подобных центров восстановительного лечения, что должно заинтересовать организаторов здравоохранения (рациональное использование ресурсов), врачей практического звена (достижение контроля над заболеванием) и пациентов (обеспечение высокого качества жизни).

КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СУСПЕНЗИИ БУДЕСОНИДА ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР

Незабудкин С.Н., Антонова Т.И., Ростова А.В.

СПбГПМА; Центр восстановительного лечения для детей с аллергическими заболеваниями, С-Петербург

Цель нашей работы — оценить возможность ингаляционного использования через небулайзер будесонида (суспензия пульмикорт, «AstraZeneca») для купирования острого приступа удушья (ОПУ) среднетяжелой степени у детей.

Материал и методы: Под наблюдением в режиме дневного стационара находились 92 больных с аллергической бронхиальной астмой (АБА) в среднетяжелого приступа в возрасте от 1 года до 17 лет. До обращения в центр 84 больных использовали бронхоспазмолитики. Купирование ОПУ начинали с ингаляции через струйный небулайзер Pari Master (Германия) беродуала в дозе 5–20 капель в зависимости от возраста. Через 15 минут ингаляция пульмикорта в дозе 500–1000мкг. Эффект оценивали через 20 минут. В фазе обострения данную схему использовали в течение 5 дней. Оценку эффективности проводили по изменению функциональных показателей на спирографе FUKUDA-5000 (Япония), по динамике клинических симптомов заболевания и физикальных данных.

Результаты: ОПУ был купирован у всех больных: одышка — через 2 суток, хрипы — к 7-му дню, кашель — к 8 дню, функциональные показатели — через 7 дней.

Выводы: Применение суспензии пульмикорта с беродуалом через небулайзер в приступном периоде бронхиальной астмы средней степени тяжести является высоко эффективным методом у детей, что позволяет рекомендовать данную методику на амбулаторном этапе оказания неотложной помощи. Кроме того, данная методика предотвращает утяжеление приступа БА, парентеральное введение сГКС и, что очень важно, госпитализацию больных.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО РЕСПИРАТОРНО- ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА

**Олейникова В.М., Листратенков В.В., Косенкова Т.В., Пунин А.А.,
Маринич В.В., Бекезина Н.Ю.**

*НГОУВПО Смоленский гуманитарный университет;
Детская клиническая больница, респираторно-образовательный центр,
Смоленск*

Проведен анализ экстренных выездов бригад станции скорой медицинской помощи (СМП) г. Смоленска за период работы в городе детской антиастматической программы (респираторно-образовательный центр — РОЦ) с 2000 г. по 2005 г. Установлено, что за последние 4 года количество вызовов скорой помощи к детям, страдающим бронхиальной астмой (БА), снизилось практически в 5 раз (с 198 в 2000 году до 45 в 2003 году и 49 в 2005). При этом в последние годы количество детей, госпитализированных в стационар бригадой СМП, возросло в 2 раза (с 25% в 2000 году до 47% в 2005 году). Изучение распределения обращений больных астмой на станцию СМП в течение суток показало, что количество вызовов значительно возрастало в вечернее время (с 18 до 23 ч). Однако это не соответствует «биологическим часам» БА, но может быть связано с социальными факторами: приход родителей с работы, детей из школы и адекватная оценка тяжести состояния пациента. Анализ обращений на станцию СМП в течение года позволил выявить сезонные колебания. Максимальное число обращений пришлось на осенние месяцы. Преобладание доли экстренных вызовов к больным астмой осенью очевидно связано с частыми вирусными и бактериальными инфекциями в этот период года. Следовательно, вирусная и бактериальные инфекции являются прогностически более неблагоприятными факторами для развития обострения бронхиальной астмы, чем палинация деревьев и трав, так как назначение адекватной базисной противовоспалительной терапии не приводило к росту вызовов СМП в весенне-летнее время. Индивидуальный анализ вызовов СМП позволил установить, что до 2003 года существовал контингент детей, обеспечивающий значительный процент вызовов СМП.

Проведение образовательных программ среди пациентов, родителей и врачей города, назначение адекватной степени тяжести заболевания базисной противовоспалительной терапии, бесплатное и адресное лекарственное обеспечение позволило не только снизить количество вызовов СМП, но и ликвидировать повторные необоснованные обращения за экстренной медицинской помощью.

Назначение адекватной базисной терапии, проведение индивидуальных образовательных программ привело к стабилизации состояния, наступлению медикаментозной, а в последствии и клинической ремиссии и значительному снижению обращений на СМП и госпитализаций в стационар уже к 2004 году.

ОПЫТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

Олейникова В.М., Косенкова Т.В., Бекезина Н.Ю., Маринич В.В.

*Смоленский гуманитарный университет;
Детская клиническая больница, респираторно-образовательный центр,
Смоленск*

Одним из ведущих направлений в лечении детей, больных бронхиальной астмой (БА), является психологическая реабилитация в условиях специализированного центра, так как существование неконтролируемого хронического заболевания может способствовать нарушению гармоничного развития личности ребенка. При этом БА рассматривается как соматическая манифестация психодинамического конфликта

при отсутствии вытеснения агрессии. Психологическая реабилитация детей и подростков осуществлялась нами на базе городского респираторно-образовательного центра для детей и подростков МЛПУ «Детская клиническая больница» г. Смоленска.

Система включала психодиагностику во время индивидуальной беседы с психологом с оценкой эмоциональной сферы ребенка и некоторые формы коррекционной работы (индивидуальной и групповой). Выявлялся психологический климат в семье, проводилась психодиагностика нарушений во взаимоотношениях между родителями и ребенком, создавались условия для возникновения партнерских отношений между ними. Использовался метод позитивной психотерапии — ребенок должен ощутить себя центральной фигурой, задействовать ресурсы борьбы с недугом.

Основной задачей взаимодействия психолога и пациента явилось создание ощущения единения с другими, получение знаний о собственной личности, ее развитие и раскрытие, несмотря на болезнь.

Как показали проведенные исследования, дети, регулярно посещающие занятия психолога, отличались большей комплаентностью лечения основного заболевания. Ремиссия у таких детей наступала быстрее, стабилизация состояния была более успешной даже при тяжелом течении БА, отсутствовала обращаемость за экстренной медицинской помощью.

АНТИЯДЕРНЫЕ И АНТИРЕЦЕПТОРНЫЕ АНТИТЕЛА В ДИАГНОСТИКЕ ЮВЕНИЛЬНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Осминина М.К., Тугаринова Г.В., Гитель Е.П., Подчерняева Н.С., Тоневицкий А.Г., Рабиева Г.М.

*Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, Москва;
НИИ Трансплантологии и искусственных органов, Москва*

Ювенильная склеродермия (ЮС) — разнородная группа заболеваний, включающая системную склеродермию (ССД), линейную склеродермию (ЛС), гемисклеродермию лица (ГЛ), очаговые (ОС) и распространенные (РС) формы локализованной склеродермии, а также, по мнению ряда авторов, смешанное заболевание соединительной ткани или синдром Шарпа. Диагноз ЮС ставится главным образом, клинически. Однако в случае необходимости дифференцировать ЮС с перекрестными синдромами, ювенильным дерматомиозитом (ЮД), синдромом Шарпа (СШ) и многочисленной группой псевдосклеродермических состояний используют антиядерные антитела (АЯА).

Нами обследованы 91 ребенок с ЮС на наличие АЯА и 50 детей на наличие аутоантител к b1-адренорецепторам (антиР). Среди них 26 с ССД, 12 с ЛС, 14 — ГЛ, 14 — ОС, 13 — РС, 8 с СШ, 4 — с перекрестными синдромами (ПР). Концентрацию АЯА измеряли в сыворотке крови методом ИФА («Orgentec», Германия). Определение антиР проводилось методом ИФА с использованием в качестве антигена синтетического фрагмента, содержащего 26 аминокислот второй петли b-1 адренорецептора (197–222), плазму здоровых доноров принимали за отрицательный контроль. Оптическую плотность (ОП) измеряли при длине волны 280 нм. Результаты считали положительными в случае трехкратного и более увеличения величины ОП по сравнению с отрицательным контролем (0,213).

Среди обследованных пациентов АЯА выявили у 15,1% больных, антирецепторные — у 31% детей. При этом анти Scl-70 (антитопоизомеразные антитела) выявлены у 4,4% обследованных, все при ССД. Антицентромерные антитела не выявлены ни у одного из больных. Также не было выявлено анти-SSB, анти-Jo-1 у всех обследованных. В группе ГЛ и ЛС SSA антитела выявлены у 2,2% детей соответственно.

Антирецепторные антитела коррелировали ($P < 0,05$) с синдромом Рейно (4 пациента) и вторичным антифосфолипидным синдромом (6 детей). RNP-70 и RNP-Sm были позитивными у 11% обследованных, главным образом при СШ и ПР, а также при ГЛ (10,7% детей) и ЛС (12,5%).

Наибольшее количество серопозитивных пациентов было в группе СШ и ПР (соответственно 62,5 и 61,5%).

Полученные нами данные согласуются со сведениями мировой литературы по антиядерным антителам при ССД у детей. Меньший процент позитивных больных в нашей когорте обусловлен, по-видимому, мас-

сивной иммунодепрессивной терапией, на фоне которой проводился забор проб у ряда пациентов. Анти-RNP-70 и анти-RNP-Sm важны для дифференциальной диагностики СШ и ПР. Формы ЮС по типу ГЛ и ЛС могут трактоваться как системные на основании клинической картины, соответствующих висцеральных изменений и позитивных АЯА и антиР-антител.

ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ГОРОДЕ ОРЕНБУРГЕ

Перепелкина Н.Ю., Чолоян С.Б., Удотова О.В., Боев В.А.

*Оренбургская государственная медицинская академия;
Муниципальная детская городская клиническая больница, Оренбург*

Январь 2006 года в России — начало реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, который призван повысить качество оказания первичной медико-санитарной помощи, включая скорую и неотложную медицинскую помощь. Сегодня, как никогда, необходимо внедрение рациональной и эффективной системы оказания скорой и неотложной помощи, ее разделение, и оказание последней в амбулаторно-поликлинических условиях.

В Муниципальной детской городской клинической больнице (МДГКБ), которая обслуживает 1/3 детского населения Оренбурга, с октября 1998 года функционируют бригады неотложной помощи. В каждой бригаде работает врач-педиатр и медсестра. Бригады оснащены медицинским транспортом, рацией, небулайзером, медицинским инструментарием и сумкой-укладкой с медикаментами. Порядок взаимодействия Станции скорой медицинской помощи г. Оренбурга (ССМП) и бригад неотложной помощи поликлиник МДГКБ утвержден Временной инструкцией о взаимодействии этих учреждений.

Динамический (за период с 2000 по 2004 годы) сравнительный анализ показателей деятельности бригад скорой и неотложной помощи показал, что за прошедшие годы в МДГКБ было обслужено: в 2000 г. — 3971 вызов; в 2001 г. — 3623; в 2002 г. — 5655; в 2003 г. — 5827; в 2004 г. — 3348. При этом бригадами ССМП обслужено: в 2000 г. — 6573 вызова к детям; в 2001 г. — 5452; в 2002 г. — 3622; в 2003 г. — 4472; в 2004 г. — 4715. Таким образом, работа бригад неотложной помощи поликлиник МДГКБ позволила сократить объем обслуженных вызовов ССМП.

В структуре обращений на ССМП более половины вызовов составили травмы, отравления, ожоги и острая хирургическая патология, тогда как основными причинами вызова бригад неотложной помощи детских поликлиник МДГКБ были: гипертермический синдром — 80,9%; диспептический синдром — 6,8% (в том числе, рвота — 52,7% и жидкий стул — 47,8%); синдром экзантемы — 4,3% и обструктивный синдром — 3,9%.

Опыт работы бригад неотложной помощи детских поликлиник МДГКБ свидетельствует о целесообразности их функционирования в амбулаторно-поликлинических условиях.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

**Перепелкина Н.Ю., Павловская О.Г., Николаева Т.В., Судоргина Е.Ф.,
Боброва И.Н.**

Оренбургская государственная медицинская академия

В Оренбургской области на фоне общего ухудшения состояния здоровья детского населения отмечен рост показателя общей инвалидности, который в 2004 году соответствовал 240,9 на 10 000 детей, что на 20% превысило средне российский показатель. За последние годы, несмотря на некоторое снижение абсолют-

ного числа детей-инвалидов в регионе (на 1 января 2005 года численность инвалидов среди детского населения области составила 11 870 человек), сохраняется их высокий удельный вес в популяции, который достиг 2,4% детского населения, в РФ — около 2%.

Динамика уровня общей инвалидности детей в Оренбургской области имела негативную тенденцию: 2000 г. — 121,8 на 10 000; 2001 г. — 137,9 на 10 000; 2002 г. — 159,2 на 10 000; 2003 г. — 235,1 на 10 000; 2004 г. — 240,9 на 10 000.

Отмечено, что в Оренбуржье уровень первичной инвалидности детей в возрасте от 0 до 17 лет ежегодно увеличивался и к 2004 году был равен 44,8 на 10 000 детского населения. Таким образом, доля детей, которым оформлена инвалидность впервые, возросла до 18,5%.

На 1 января 2005 года в регионе в структуре причин детской инвалидности первое ранговое место занимали психические расстройства и расстройства поведения (распространенность 53,8 на 10 000 — 22,4%), второе — врожденные аномалии (46,9 на 10 000 — 19,1%), третье — болезни нервной системы (40,8 на 10 000 — 17,0%).

В 2004 году в Оренбургской области распределение детей-инвалидов по главному нарушению в состоянии здоровья было следующим: висцеральные и метаболические нарушения отмечались у 33,1% детей-инвалидов; двигательные нарушения — у 22,2%; умственные — у 19,9%. Основной причиной ограничения жизнедеятельности детей-инвалидов являлась невозможность адекватно себя вести — 39,2%. На втором месте регистрировались ограничения в передвижении (25,4%), на третьем — ограничения при общении с окружающими (14,0%).

Таким образом, результаты исследования выявили региональные особенности в виде негативной динамики и высоких значений уровней общей и первичной инвалидности детей, большого удельного веса врожденных пороков развития в структуре детской инвалидности.

РЕБЕНОК-ГИГАНТ

Пигалов А.П., Багаутдинова Т.Ш., Кулакова Г.А., Соловьева Н.А., Курмаева Е.А.

Казанский государственный медицинский университет

Проведено многолетнее изучение здоровья детей, начиная со стадии внутриутробного развития, у женщин, работающих на предприятиях с комплексом химических вредностей. Установлено, что степень неблагоприятного воздействия зависит от продолжительности работы женщины, концентрации химических веществ и их химического состава. По мнению ведущих гигиенистов, все химические вещества реализуют токсический эффект по принципу внутриутробной гипоксии. Установлено, что влияние отдельных или совокупности химических веществ в предельно допустимой концентрации сопровождается адаптацией внутриутробного плода и проявляется реакцией стимуляции или угнетения внутриутробного развития. Выделено три стадии адаптации беременной и плода: напряжения, умеренной адаптации и срыва адаптации. Каждая из них проявляется особенностями физического развития, электролитного, минерального, белкового, углеводного, жирового обмена, гуморального иммунитета, функционального состояния нейтрофильного и лимфоцитарного звена крови. Ежегодно в городе рождается от 8,5 до 11,4% крупных детей и 0,03–0,2% — гигантов. Представляет эксклюзивный интерес случай рождения девочки весом 7070 г от пятой беременности. Матери 30 лет, вес 130 кг, рост 170 см. Проф. вредность матери: краски, лаки, растворители. Вес предыдущих детей: 4400 г, 4700 г, 5000 г. До года жизни девочка развивалась нормально, но достигла только 12 кг при росте — 85 см. В последующем, по росту и весу значительно опережает сверстников. Пошла в школу с шести лет, учится успешно. Любит спорт. Через пять лет после родов у матери развился сахарный диабет. Вполне допустимо, что рождение ребенка гиганта обусловлено наследственностью, латентным течением сахарного диабета у матери, однако нельзя исключить сопричастность профессиональной химической вредности.

РОЛЬ СОМАТИЧЕСКОЙ И ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ В ФОРМИРОВАНИИ СИНДРОМА ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ У ШКОЛЬНИКОВ ЭВЕНКИИ

**Поливанова Т.В., Лаптева Л.В., Тимофеева С.А., Ковальская В.Г.,
Гончарова М.В.**

ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск

Цель: Изучить влияние перенесенных соматических, инфекционных заболеваний и гельминтозов на риск формирования синдрома желудочной диспепсии (СЖД).

Материал и методы: Проведено одномоментное поперечное клиническое исследование детей в возрасте 7–16 лет, проживающих в центральном районе Эвенкии (п. Байкит). Охват школьников поселка составил 91,0%. Обследовано 543 детей (114 эвенков и 394 детей пришлого населения — европеоиды). В ходе обследования были выделены дети с СЖД согласно Римских критериев II (1999).

Результаты: У европеоидов Эвенкии сведения о перенесенном гепатите имели 8,2% детей с СЖД и 2,5% детей без диспепсии ($p = 0,0106$), Сведения о перенесенных кишечных инфекциях имели 18,2% детей пришлого населения Эвенкии с СЖД и 9,4% детей без его наличия. Сведения о перенесенных гельминтозах в анамнезе имелись у 14,5% европеоидов Эвенкии с СЖД и у 3,8% без синдрома диспепсии,. У эвенков с СЖД различий в частоте сведений о перенесенных кишечных инфекциях и гельминтозах в анамнезе с детьми без СЖД не выявлено.

Влияние соматической патологии на формирование СЖД в изучаемых группах школьников было менее значимо. У европеоидов Эвенкии имелись сведения о частых респираторно-вирусных заболеваниях ($p < 0,0001$) по сравнению с детьми без диспепсии.

В целом, у эвенков с СЖД отсутствовали в анамнезе сведения о рассматриваемых заболеваниях в 22,9% случаях по сравнению с 46,7% у детей без синдрома желудочной диспепсии. У европеоидов Эвенкии данные показатели составили соответственно 20,8% и 47,2%.

Заключение: перенесенная соматическая и инфекционная патология суммарно увеличивает риск формирования СЖД у школьников независимо от и этнической принадлежности. Значимость влияния конкретных нозологических форм патологии в формировании СЖД у детей в определенной степени имеет этнические особенности.

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ ЭВЕНКИИ С СИНДРОМОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

**Поливанова Т.В., Манчук В.Т., Терещенко С.Ю., Лаптева Л.В.,
Горбачева Н.Н., Гончарова М.В.**

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск

Цель: Изучить физическое развитие детей Эвенкии с синдромом желудочной диспепсии (СЖД) в зависимости от этнической принадлежности.

Материал и методы: Проведено одномоментное поперечное клиническое исследование детей в возрасте 7–16 лет, проживающих в центральном районе Эвенкии (п. Байкит). Охват школьников поселка составил 91,0%. Обследовано 543 детей (114 эвенков и 394 детей пришлого населения — европеоиды). В ходе обследования были выделены дети с СЖД, (Римские критерии II, 1999). Проведена оценка физического развития детей, согласно, методических указаний межрегиональных нормативов для оценки длины и массы тела детей от 0 до 14 лет.

Результаты: В характеристике весо-ростовых показателей не было установлено значимых различий между детьми этнических групп с СЖД. Частота отклонений весо-ростовых показателей в группах колебалась в пределах 15,0–22,0%

У эвенков с СЖД наблюдались более существенные отклонения ростовых показателей по сравнению с детьми без диспепсии. У европеоидов данной закономерности не установлено. При этом, у эвенков с СЖД наблюдалось значимое увеличение количества детей с низкими ростом (27,6%, у европеоидов — 11,8%). Кроме того, у эвенков с СЖД количество детей с ростом выше среднего было больше, чем в группе здоровых. У европеоидов при СЖД значимых различий в отклонении роста с детьми без СЖД не было.

Заключение: Отмечаются этнические различия физического развития детей с СЖД, выражающиеся в резком замедлении ростовых показателей у эвенков. Не исключено, что это может являться у детей коренных жителей адаптивной реакцией, сформировавшейся в процессе длительной эволюции к проживанию в экстремальных условиях региона

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СУБИНГИБИРУЮЩИХ ДОЗ АЗИТРОМИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХОЛЕГОЧНОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Радионович А.М., Каширская Н.Ю., Капранов Н.И.

Медико-генетический научный центр РАМН

Введение: Известно, что макролиды, помимо антибактериального действия, оказывают противовоспалительный и иммуномодулирующий эффект. В последнее время именно это свойство используется в терапии заболеваний, характеризующихся хроническим инфицированием *Pseudomonas aeruginosa*, в том числе и муковисцидоза (МВ). Цель: изучить клиническую эффективность низких доз азитромицина (А) у больных МВ при длительном применении. Материалы и методы: 25 детей с МВ основной группы (6,1–16,7 лет) и 30 детей контрольной группы с МВ (4–16 лет) с хроническим инфицированием *Ps. aeruginosa*. Изучаемые показатели: ФВД (ОФВ1; ФЖЕЛ), вес, весо-ростовой коэффициент (ВРК), сатурация кислородом, тяжесть состояния по шкале Швахмана-Брасфильда, рентгенологический индекс, частота обострений хронического бронхолегочного процесса (ЧОБП), изменение бактериологического пейзажа мокроты (в основной и контрольной группах); маркеры воспаления в плазме (ИЛ-4, ИФН- γ , ИФН- γ /ИЛ-4) и мокроте (эластаза, ИЛ-8, ФНО- α , белок, ИЛ-4, ИФН- γ , ИФН- γ /ИЛ-4) (в основной группе). Контрольная группа получала только базисную терапию МВ, а основная группа — еще и азитромицин в дозе 250 мг через 2 дня на 3-й в течение 18 мес. Результаты: Через 12 мес. основная группа стала достоверно отличаться от контрольной по следующим показателям: ОФВ1 ($86,8 \pm 17,6\%$ и $58,2 \pm 9,0\%$, $p < 0,05$, соот-но), ФЖЕЛ ($89,0 \pm 18,8\%$ и $66,7 \pm 7,8\%$, $p < 0,05$), тяжести состояния ($72,3 \pm 8,6$ и $58,1 \pm 7,6$ баллов, $p < 0,05$, соответственно). ЧОБП в основной группе за 1 год уменьшилась с $3,5 \pm 0,45$ до $2,03 \pm 0,38$ ($p < 0,001$) и стала отличаться от контрольной ($2,03 \pm 0,38$ и $3,33 \pm 0,41$, $p < 0,001$). Через 18 мес. ОФВ1 продолжал отличаться от контрольного: ($88,4 \pm 23,0\%$ и $59,3 \pm 8,9\%$, $p < 0,05$, соответственно). Увеличение ИЛ-8 в мокроте было статистически достоверным (с 2,49 до 8,21 нг/мг белка ($p < 0,02$)) в течение года приема препарата, в то время как содержание других цитокинов и белка оставалось относительно стабильным, что не исключает «стабилизирующий» эффект А. У пациентов подгрупп: гомозиготное состояние по мутации $\Delta F508$ (ОФВ1, масса), возраст (4–11 лет, (ОФВ1 и ФЖЕЛ)), пол (девочки (масса)), указанные показатели были достоверно выше, чем в других подгруппах ($p \leq 0,05$) на фоне приема А. Макролид не оказал бактериологического действия на частоту, степень обсемененности и повышения чувствительности *Ps. aeruginosa* к ципрофлоксацину. Заключение: Азитромицин обладает общим и местным противовоспалительным действием у больных МВ при длительном применении, что подтверждается заметным и пролонгированным улучшением клинико-лабораторных показателей, что способствует улучшению качества и продолжительности жизни больных МВ.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ревякина В.А., Сенцова Т.Б., Филатова Т.А.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Исследовали профилактическую эффективность иммуномодулятора и индуктора интерферонов (ИФН) $-\alpha/\beta$, $-\gamma$ — анаферона детского по отношению к ОРВИ у детей в возрасте с аллергическими заболеваниями. В исследование были включены 56 детей в возрасте от 2 до 6 лет, страдающих бронхиальной астмой (БА, 35 детей) и атопическим дерматитом (АД, 21 ребенок) легкой и средней степеней тяжести. Было сформировано 2 группы с использованием метода простой рандомизации. 34 ребенка основной группы (23 — БА, 11 — АД) для профилактики ОРВИ получали анаферон детский по 1 таблетке 1 раз в день в течение всего периода наблюдения (3 месяца). Детям контрольной группы (22 человека) не проводилось медикаментозной иммунопрофилактики. У части детей опытной и контрольной групп (9 и 6, соответственно), оценивали уровень индуцированной продукции интерферонов $-\alpha$ и $-\gamma$ методом иммуноферментного анализа.

При оценке заболеваемости среди детей основной и контрольной групп было отмечено, что в основной группе в целом дети болели ОРВИ в 1,8 раз реже, чем в группе контроля. Различные данные были получены при анализе заболеваемости у детей с разной патологией. В основной группе заболеваемость детей с БА была в 1,9 раз меньшей, чем у детей контрольной группы с аналогичной нозологией. Вместе с тем, различия в заболеваемости детей с АД в опытной и контрольной группах, были менее выраженными (1,5 раза). В течение всего периода наблюдения отмечалась хорошая переносимость анаферона детского и не было зарегистрировано развития побочных эффектов и нежелательных реакций. При исследовании уровня индуцированной продукции интерферонов было отмечено умеренное увеличение данных показателей в опытной группе (ИФН- γ — в 1,4 раза и ИФН- α — в 1,3 раза) что коррелировало с клиническими изменениями. В виду малой выборки анализ показателей ИФН у детей с различной нозологией не проводился.

Согласно полученным данным, можно отметить, что анаферон детский эффективен для профилактики ОРВИ и может безопасно применяться у детей с аллергическими заболеваниями. Профилактическая эффективность анаферона детского по отношению к ОРВИ более выражена у детей, страдающих бронхиальной астмой. Возможно, что выраженный профилактический эффект анаферона детского обусловлен повышением показателей индуцированной продукции интерферонов ($-\alpha$ и $-\gamma$).

ПРОГНОЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ С ЕГО РАННЕЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ

Репецкая М.Н., Молокова Г.В.

*Пермская государственная медицинская академия;
Городская детская клиническая больница № 13, Пермь*

Современное течение атопического дерматита характеризуется клиническим полиморфизмом, стадийным течением и развитием сопутствующих патологических изменений во многих системах и органах растущего организма.

Цель нашей работы заключалась в отслеживании динамики клинических проявлений тяжелых форм атопического дерматита с манифестацией в раннем детском возрасте.

В катамнезе осмотрено 10 детей в возрасте от 11 мес. до 1 г. 8 мес. (средний возраст — 13,7 мес.). Преобладали мальчики (80%). У всех детей первые проявления кожного аллергического процесса отмечались в возрасте от 1 до 4 месяцев.

Все дети при манифестации кожного аллергического процесса находились на стационарном лечении в городском отделении алергодерматозов ГДКБ № 13 г. Перми. Наиболее часто первые кожные проявле-

ния локализовались на коже щек (90%), в 10% случаев отмечалось поражение кожи голени. В дальнейшем у всех детей процесс приобрел распространенный характер. В стационаре дети получали адекватную терапию и были выписаны с клиническим улучшением.

Через 6 месяцев после лечения все дети осмотрены в катамнезе. У 40% пациентов кожные покровы полностью очистились, то есть наступила стойкая клиническая ремиссия. У 30% детей сохранялись кожные изменения, но они варьировали по шкале SCORAD от 5% до 30%. Практически без изменений кожный процесс остался у 30% детей. Эти дети составили группу риска по хронизации атопического дерматита, а также по высокой заболеваемости детскими инфекциями, так как именно им не проводилась профилактическая вакцинация в декретированные сроки.

Таким образом, при ранней манифестации кожного аллергического процесса у детей (в виде тяжелых форм атопического дерматита) риск хронизации составляет не менее 30%. Эти же больные не позволяют сформироваться хорошей иммунной прослойке среди детей раннего возраста, так как в силу тяжести заболевания не подвергаются своевременной вакцинации. Все это свидетельствует об актуальности антенатальной и постнатальной профилактики развития атопического дерматита.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АНТИСЕКРЕТОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЕТЕЙ С РЕФЛЮКС-АССОЦИИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Розов Д.Н., Апенченко Ю.С., Иванова И.И., Сизова И.А.

Тверская ГМАМЗ и СР РФ, Тверь

Цель работы: оценить эффективность лечения детей с рефлюкс-ассоциированной БА.

Материал и методы. 141 ребенку с БА в возрасте от 8 до 17 лет проведено клиничко-anamnestическое обследование, оценка функции внешнего дыхания, эзофагогастроуденоскопия, суточная рН-метрия пищевода и желудка.

Результаты. Патологический гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) выявлен у 94 детей с БА (66,7%). Антирефлюксная терапия была проведена 42 детям с БА в сочетании с патологическим ГЭР (омепразол или рабепразол по 20 мг в сутки в течение 2-х недель) в период «стихающего обострения», группу сравнения составили 31 ребенок с патологическим рефлюксом, не получавшие антисекреторных препаратов. На фоне лечения ингибиторами протонной помпы у детей с БА отмечается более быстрая положительная динамика диспепсических ($p < 0,01$) и респираторных симптомов ($p < 0,05$), сокращение сроков достижения ремиссии ($p < 0,05$), нормализации показателей спирометрии — ФЖЕЛ, ОФВ1 ($p < 0,05$), уменьшение времени «защелкивания» в пищеводе ($pH < 4,0$) по сравнению с детьми без антирефлюксной терапии ($p < 0,01$). У детей, получавших антисекреторные препараты, при катамнестическом наблюдении установлено более низкая частота ночных симптомов БА, приступов одышки ($p < 0,05$) и частота использования β_2 -агонистов ($p < 0,05$) за 1 неделю меньше по сравнению с детьми, получавших стационарное лечение без антисекреторных препаратов.

Выводы:

1. Наличие патологического гастроэзофагеального рефлюкса диктует необходимость назначения антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы.
2. У детей с БА, получавших антисекреторную терапию, происходит более быстрое купирование респираторной симптоматики и диспепсических симптомов по сравнению с детьми, не получавших ингибиторы протонной помпы.
3. В результате антирефлюксной терапии отмечается снижение выраженности ГЭР по данным суточной рН-метрии пищевода и желудка.