

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО"



Архив
**клинической
и экспериментальной
медицины**

ТОМ 31, Приложение 2

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО"

АРХИВ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

ARCHIVES OF CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

Научно - практический журнал

Основан в 1992 году

Том 31, Приложение 2

Редакционно-издательский отдел
ГОО ВПО "ДонНМУ им. М. Горького"

УДК 61+378

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор: Г.А. Игнатенко

Д.О. Ластков (*заместитель глав. редактора*)

Д.Ю. Кустов (*ответственный секретарь*)

В.А. Абрамов **К.П. Павлюченко**

Э.Ф. Баринов **А.П. Педорец**

Ю.Г. Выхованец **А.С. Прилуцкий**

Г.А. Городник **В.Н. Романенко**

А.М. Кардаш **Э.Я. Фисталь**

Н.Е. Моногарова **В.К. Чайка**

С.В. Налетов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.Н. Бондаренко (*Донецк*)

И.П. Вакуленко (*Донецк*)

С.В. Витрищак (*Луганск*)

В.К. Денисов (*Донецк*)

Т.Л. Зефирова (*Казань*)

С.Е. Золотухин (*Донецк*)

Б.В. Крылов (*Санкт-Петербург*)

Г.В. Лобанов (*Донецк*)

А.Д. Луговсков (*Луганск*)

Л.В. Начева (*Кемерово*)

Е.В. Прохоров (*Донецк*)

Н.Г. Семикоз (*Донецк*)

Т.П. Тананакина (*Луганск*)

И.В. Чижевский (*Донецк*)

Ответственный за выпуск: Д.Ю. Кустов

Авторы несут ответственность за достоверность и точность предоставленной информации.

© Архив
клинической
и экспериментальной
медицины (ISSN 1605 - 9360)

Архив клинической и экспериментальной медицины

Периодичность:

4 раза в год

Свидетельство

о регистрации средства
массовой информации ДНР
от 25 августа 2017 г.
Серия ААА №000156

Издатель журнала:

ГОО ВПО "ДонНМУ
им. М. Горького".

Рекомендовано к изданию
Ученым советом ГОО ВПО
"ДонНМУ им. М. Горького"
протокол №7 от 10.11.2022 г.
Журнал включен в "Перечень
рецензируемых научных изда-
ний, в которых должны быть
опубликованы основные науч-
ные результаты диссертаций".
Журнал зарегистрирован и
индексируется в Российском
индексе научного цитирования
(РИНЦ).

Дизайн, верстка, тех. сопровождение:

Кустов Д.Ю.

Подписано в печать: 11.11.2022
Формат 60x84/8
Гарнитура Cambria.
Усл. печ. л. 7.32
Печать офсетная.
Бумага Tecnis.
Заказ №15-11 Тираж 100 экз.

Адрес редакции:

83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16
Телефон: (071)35-92-318
E-mail: physiolog@mail.ru

Отпечатано в типографии с оригинала
макета заказчика. ГОО ВПО "ДонНМУ
им. М. Горького", ДНР,
283003, г. Донецк, ул. Ильича, 16.

Распространяется бесплатно.

МАТЕРИАЛЫ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ
И ДЕТСКОЙ КАРДИОЛОГИИ»,
ПОСВЯЩЕННОЙ ПАМЯТИ
ПРОФЕССОРА С.С. ОСТРОПОЛЬЦА

29 СЕНТЯБРЯ 2022 Г.

Г. ДОНЕЦК

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Г.А. Игнатенко, А.В. Дубовая, Е.В. Бордюгова</i> ДЕЛО, КОТОРОМУ МЫ СЛУЖИМ (К 50-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ПЕДИАТРИИ №3 ФАКУЛЬТЕТА ИНТЕРНАТУРЫ И ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ).....	6
<i>Г.И. Баешко, Н.Н. Канана, Е.Н. Марченко</i> ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНБАССА.....	14
<i>Б.А. Безкаравайный</i> ОТЕЧНЫЙ СИНДРОМ НОВОРОЖДЕННЫХ – НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ.....	15
<i>Б.А. Безкаравайный, Л.В. Башкатова, Л.В. Ткаченко</i> ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	16
<i>М.В. Бондаренко, А.В. Миргородская, Т.А. Сиротченко, О.А. Бугаенко, К.А. Луговая</i> ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ АППЛИКАЦИЙ РАСТВОРА ХЛОРГЕКСИДИНА У ДЕТЕЙ РАНЕГО ВОЗРАСТА.....	17
<i>Е.В. Бордюгова, Ю.В. Каменева</i> СЛУЧАЙ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА II ТИПА С НЕВРИНОМАМИ СЛУХОВЫХ НЕРВОВ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА.....	18
<i>О.Ф. Гаврилова</i> ОСОБЕННОСТИ КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ.....	19
<i>О.И. Гармаш, О.Е. Витринская, Л.А. Лутицкая</i> АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО- КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ В УСЛОВИЯХ ЕВПАТОРИЙСКОГО КУРОРТА.....	20
<i>Н.Н. Головченко, М.Ю. Сульженко, В.И. Друпова</i> ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕАКТИВНЫХ АРТРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	21
<i>И.В. Грабарь, А.В. Миргородская, А.О. Грабарь, Н.А. Дубовая</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИОТЕРАПИИ СМТ И РАСТВОРА ЙОДДИЦЕРИНА.....	22
<i>Е.В. Дегтяренко</i> ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....	23
<i>Е.В. Дегтяренко, Е.В. Демченко, С.С. Демченко</i> ТОПИЧЕСКИЕ ПРОБИОТИКИ И БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ЛИЗАТЫ КАК СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ.....	24
<i>А.В. Дубовая, Е.В. Бордюгова, М.М. Немченко, В.Г. Конов, Н.Л. Сысоева</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АРИТМОГЕННОГО ШОКА У РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА.....	25
<i>А.В. Дубовая, Ю.В. Науменко, Б.И. Кривущев</i> ОЦЕНКА АМИНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ И МОЧИ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	26
<i>А.В. Дубовая, Н.А. Тонких</i> ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ: ОЧЕВИДНОЕ – НЕВЕРОЯТНОЕ.....	27
<i>А.П. Дудчак, В.В. Сосна, Н.А. Усенко</i> ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ.....	28
<i>Е.И. Евтушенко, Д.О. Ластков, А.В. Дубовая</i> ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПОДРОСТКОВ ДОНБАССА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	29
<i>Л.В. Елисеева</i> ВЛИЯНИЕ КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ СВРОЖДЕННЫМИ СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	30
<i>И.Б. Ершова, М.В. Васендина</i> ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА АДАПТАЦИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ.....	31
<i>И.Б. Ершова, О.В. Петренко, И.А. Лохматова, Ю.В. Глушко</i> АНАЛИЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	32
<i>Е.В. Золото, Л.П. Томачинская</i> СТРЕССЛИМИТИРУЮЩИЕ МЕТОДЫ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	33
<i>Г.В. Зуева, А.В. Налетов, Т.И. Шапченко</i> ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	34
<i>Г.А. Игнатенко, Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая, В.Г. Конов</i> РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТРЕЗИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ИНТАКТНОЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКОЙ (АЛАИМП), ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ, ЗА ПЕРИОД 2003-2022 ГГ.....	35

<i>А.В. Курганова</i> ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	37	<i>Т.В. Проценко, И.Е. Милус</i> ОПЫТ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПИТАНИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ.....	48
<i>Д.О. Ластков, М.И. Ежелева</i> ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА.....	38	<i>А.Г. Rogovцова, И.Б. Ершова, В.А. Мочалова</i> ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА НА ФОНЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА.....	49
<i>М.П. Лимаренко</i> ВРОЖДЕННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ: СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ У РЕБЕНКА.....	39	<i>Т.А. Сиротченко, М.В. Бондаренко, И.В. Грабарь, В.А. Бороденко</i> ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОМА КОЖИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И РЕЦИДИВАМИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ В АНАМНЕЗЕ.....	50
<i>С.С. Люгайло, М.С. Рамошкайте</i> ОБОСНОВАНИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПРОГРАММУ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ ПРИ ДИСФУНКЦИЯХ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	40	<i>М.Ю. Сульженко, Н.Н. Головченко</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	51
<i>И.И. Марусич, Т.Ф. Голубова, С.В. Власенко</i> ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭКЗОСКЕЛЕТА ЕХОАТЛЕТ В КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЦП.....	41	<i>Г.Э. Сухарева</i> ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ САНАТОРНОГО ЭТАПА ДЕТСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ЕВПАТОРИЙСКОМ КУРОРТЕ.....	52
<i>Е.Н. Марченко, Г.И. Баяшко, Н.Н. Канана</i> ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДОНБАССА.....	42	<i>Л.П. Томачинская, Е.С. Поважная</i> НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В ПРОГРАММЕ ПОВЫШЕНИЯ ЗАЩИТНЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	53
<i>С.А. Мороховец, Е.В. Алешин</i> КОНТРОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЕДИНОБОРСТВАМИ.....	43	<i>Н.А. Усенко, Е.В. Бордюгова, Н.А. Тонких, В.Г. Конов</i> ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С КОРРИГИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	55
<i>А.В. Налетов, Л.Ф. Чалая, О.Н. Москалюк, Д.И. Масюта</i> СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ.....	45	<i>Л.Ф. Чепурная</i> ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ.....	56
<i>Л.А. Писаная</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХО- ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ В УСЛОВИЯХ НАРАСТАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В ОБЩЕСТВЕ.....	46	<i>Т.В. Ширина, И.Б. Ершова</i> ЗНАЧЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ В ПОСЛЕДУЮЩЕМ.....	57
<i>Ю.В. Пошехонова</i> НЕКОТОРЫЕ ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНЫЕ СДВИГИ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ.....	47	<i>Ярошенко С. Я.</i> ОЦЕНКА ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА ИНСТИТУАЛИЗИРОВАННЫХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦЕНТИЛЬНОГО МЕТОДА.....	58

ДЕЛО, КОТОРОМУ МЫ СЛУЖИМ

(к 50-летию кафедры педиатрии №3 факультета интернатуры и последипломного образования)

«...дело, которому мы служим, – дело охраны здоровья ребенка... всегда было, есть и будет самым нужным, самым справедливым, самым святым делом!»

(М.Я. Студеникин)

Кафедра педиатрии №3 факультета интернатуры и последипломного образования Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького 10 июля 2022 г. отметила 50-летний Юбилей. В течение полувека выпускники педиатрического факультета повышают квалификацию, проходят стажировку или профессиональную переподготовку в стенах кафедры. С удовольствием и неподдельной радостью встречаются с однокурсниками, коллегами и сотрудниками кафедры. С особой теплотой и участием интересуются состоянием дел, вспоминают Учителей, события прошлого, хотят узнать новое и передовое в педиатрии и медицине в целом. Воспоминания педиатров, а стаж некоторых, верных профессии, превышает 50 лет, с любопытством слушает молодое поколение врачей.

Большая заслуга в создании и развитии кафедры принадлежит Савелию Савельевичу Острополюцу, доктору медицинских наук, профессору, который руководил кафедрой в течение 30 лет (1972-2002 гг.), и его последователям-ученикам: проф. Наталье Владимировне Нагорной (2002-2014 гг.), доц. Елене Владимировне Пшеничной (2015-2020 гг.) и проф. Анне Валериевне Дубовой (с 2020 г. по настоящее время). Высокий класс организации учебно-методической, научной, лечебной и воспитательной работы на кафедре служил примером другим коллективам, ведь в течение 20 лет (с 1974 по 1994 год) проф. С.С. Острополец являлся деканом факультета усовершенствования врачей.

Савелий Савельевич Острополец – выпускник харьковской педиатрической школы. Свою трудовую деятельность в качестве врача начал в 1955 г. в г. Сумы участковым педиатром и преподавал детские болезни и медицинском училище. С 1959 г. по 1962 г. Савелий Савельевич обучался в аспирантуре Харьковского медицинского института, по окончании которой успешно защитил кандидатскую диссертацию «Клиника нарушения кровообращения при ревматизме у детей и сравнительная

оценка терапевтического действия лантозида и коргликона». Формирование личности врача-педиатра, педагога и научного работника происходило под руководством Владимира Александровича Белоусова – профессора, член корреспондента АМН СССР, заслуженного деятеля науки, заведующего кафедрой госпитальной педиатрии Харьковского медицинского института. Почтение и великую благодарность к своему учителю испытывал Савелий Савельевич всю жизнь и передал это нам. Портрет проф. В.А. Белоусова по-прежнему висит на стене в его учебной комнате и при входе невольно встречаешься взглядом с великим ученым.

С 1962 г. преподавательская, научная и врачебная деятельность проф. С.С. Остропольца продолжилась в Донецком медицинском институте на кафедре педиатрии, которую в то время возглавлял проф. Михаил Борисович Голомб – один из основателей педиатрической службы Донбасса, внесший существенный вклад в развитие педиатрической науки и организацию детского здравоохранения.

В своих воспоминаниях Савелий Савельевич отметил, что проф. М.Б. Голомб «одобрительно, без лишних формальностей» отнесся к его приходу. Дело в том, что в тот год коллектив кафедры, ранее имевший преимущественно женский состав, пополнился четырьмя сотрудниками мужского пола: Духонченко Я.Н., приехавший из Кривого Рога, Дац-Эпштейн М.С., прибывший из Молдавии, Любошиц Э. и Острополец С.С. из Харькова.

Профессор М.Б. Голомб – выпускник Киевского императорского университета св. Владимира – свою педагогическую деятельность начал в 1924 г., став ассистентом кафедры педиатрии Харьковского медицинского института. С 1925 по 1941 гг. М.Б. Голомб работал в Днепропетровске на кафедре детских болезней сначала старшим ассистентом, а затем профессором и заведующим кафедрой. С 1953 по 1962 гг. М.Б. Голомб возглавлял кафедру педиатрии Сталинского/Донецкого медицинского

института, которая находилась на базе областной детской клинической больницы. Михаил Борисович – автор более 70 научных работ по различным вопросам педиатрии. Под его руководством было подготовлено и защищено 3 докторских и 11 кандидатских диссертаций. За 40 лет его работы тысячи педиатров окончили медицинский институт и работали в различных уголках нашей страны и за рубежом. Современники воспринимали проф. М.Б. Голомба как блестящего лектора, неутомимого исследователя, талантливого врача. Михаил Борисович впервые в Донецком регионе установил ряд редких заболеваний у детей: муковисцидоз, галактоземия и др. На нашей кафедре с профессором М.Б. Голомбом кроме проф. Остропольца С.С. работали Наталья Ивановна Олимпиева (дочь первого ректора ДонНМУ), которая под его руководством подготовила и защитила кандидатскую диссертацию по теме: «Функциональное состояние печени при нефротическом синдроме у детей», доценты Вера Ивановна Соловьёва и Вера Андреевна Зубова.

Михаил Борисович Голомб по праву занимает достойное место в истории ДонНМУ им. М. Горького как родоначальник педиатрических кафедр и как человек, внесший неоценимый вклад в становление отечественной педиатрии.

Долгие годы добрые, дружеские отношения связывали проф. Остропольца Савелия Савельевича с проф. Витебским Ефимом Моисеевичем, который в 1962 г. организовал в Донецком медицинском институте кафедру госпитальной педиатрии и предложил войти в число сотрудников С.С. Остропольцу. Савелий Савельевич сначала работал в качестве ассистента, а с 1967 г. – доцента кафедры. В учебном процессе акцент был сделан на практическую направленность преподавания, освоение студентами выпускающей кафедры методов работы в поликлинике, стационаре, в учреждениях сельской местности, оказанию неотложной помощи при критических состояниях в педиатрии. Подготовленность к практической работе в органах здравоохранения всегда отличала и отличает выпускников нашего вуза.

Академический интерес заведующего кафедрой касался детской нефрологии. Его научная работа завершилась защитой докторской диссертации: «Функция почек при гломерулонефрите у детей». Позже на ее основе была издана монография.

В 1971 г. под руководством проф. Витебского Е.М. Савелий Савельевич защи-

тил докторскую диссертацию «Состояние сердечнососудистой системы и функции почек при хронической пневмонии у детей».

Работа с Ефимом Моисеевичем способствовала формированию организаторских навыков, которые пригодились проф. Остропольцу С.С., когда он в 1972 г. возглавил кафедру педиатрии факультета усовершенствования врачей. В штат кафедры вошли: доц. Олимпиева Наталья Ивановна (1956-2004), доц. Нетяхата Жанетта Николаевна (1972-1976), доц. Скалозуб Лидия Степановна (1972-1974), асс. Зубова Вера Андреевна (1972-2000), асс. Бузько Евгений Федорович (1973-1979), доц. Ермолина Людмила Васильевна (1969-2005), доц. Соловьёва Вера Ивановна (1957-1999), проф. Нагорная Наталья Владимировна (1977-2014), доц. Золотова Лариса Ивановна (1981-1994). Со временем изменялся состав кафедры. Несколько позже в кафедральный коллектив вошли новые преподаватели: Пономаренко Алла Никитична (1979-2006), Соколов Валерий Николаевич (с 1987 г.), Ханин Юрий Борисович (1988-1990), Буряк Владимир Николаевич (1991-2014), Баешко Галина Ивановна (с 1992 г.), Дудчак Александра Петровна (с 1995 г.), Пшеничная Елена Владимировна (2001-2020), Дмитрук Виктория Ивановна (1997-2013).

Основными направлениями научных исследований кафедры под руководством проф. С.С. Остропольца были изучение физиологии и патологии сердечнососудистой системы и органов дыхания у детей, проблем семиотики и диагностики в педиатрии, вопросов саногенеза, биоэтики, а также разработка методики последипломного обучения. Проф. С.С. Острополец – автор более 480 научных работ, в том числе 13 монографий.

Отдельные из них:

Справочник по детской пульмонологии / [В.С. Приходько, С.С. Острополец, Т.А. Богомаз [и др.] ; под ред. В.С. Приходько, С.С. Остропольца. – Киев : Здоровья, 1987. – 182 с.

Острополец, С.С. Профілактика уражень серця і судин у дітей і підлітків / С. С. Острополец, Л. І. Золотова, Н. В. Нагорна. – Київ: Здоров'я, 1990. – 94 с.

Острополец, С.С. Приобретенные невоспалительные поражения органов кровообращения у детей и подростков / С.С. Острополец, Л.И. Золотова, Н.В. Нагорная. – Киев : Здоров'я, 1991. – 168 с.

Острополец, С.С. Анатомические и физиологические даты детского возраста /

С.С. Острополец, В.Н. Соколов. – Донецк, 1993. – 70 с.

Острополец, С.С. Диагностические синдромы заболеваний детского возраста / С.С. Острополец, В.Н. Буряк. – Донецк, 1993. – 172 с.

Острополец, С.С. Крупномасштабная электрокардиография у детей / С. С. Острополец, В.Н. Буряк. – Донецк, 1994. – 47 с.

Острополец, С.С. Клинические симптомы заболеваний детского возраста / С.С. Острополец, В.Н. Буряк. – Донецк : Лебедь, 1996. – 56 с.

Нагорная Н. В. Ароматерапия в педиатрии: лечение и профилактика заболеваний у детей и подростков природными ароматами / Н.В. Нагорная, [рецензент С. С. Острополец]. – Донецк ; Чехия, 1998. – 288 с.

Острополец С.С. Легеневе серце / С.С. Острополец // Медицина дитинства : в 4 томах : навчальний посібник для інтернів вищих медичних закладів III-IV рівнів акредитації / [А. А. Андрущук, М. Л. Аряев, С. С. Острополец [та ін.] ; за ред. П. С. Мощига. – Київ : Здоров'я, 1999. – Т. 4, кн. 3. – С. 334-342.

Острополец, С.С. Міокардіодістрофія / С.С. Острополец, Н. В. Нагорна // Медицина дитинства : в 4 томах : навчальний посібник для інтернів вищих медичних закладів III-IV рівнів акредитації / [А.А. Андрущук, М.Л. Аряев, С.С. Острополец [та ін.] ; за ред. П.С. Мощича. – Київ : Здоров'я, 1999. – Т. 4, кн. 1. – С. 101-121.

Дитячі хвороби : підручник для вузів / Е.П. Манолова, С.С. Острополец, Б.О. Безкаравайний, О.В. Бордюгова; За ред. Е.П. Манолової, С.С. Остропольця. – Луганськ, 2002. – 243 с.

Острополец С.С. Педиатрия на пороге XXI века / С.С. Острополец. – Севастополь: Донецк, 2003. – 142 с.

Завдання з біоетики та медичної деонтології для педіатрів / О.П. Волосовець, Н.В. Нагорна, С.С. Острополец [та ін.]. – Донецьк, 2004. – 52 с.

Острополец С.С. Бронхиальная астма у детей / С.С. Острополец. – Донецк : Норд-Пресс, 2004. – 137 с.

Острополец С.С. Сердечные легкие / С.С. Острополец. – Донецк : Норд-Пресс, 2005. – 104 с.

Кардіологія дитячого та підліткового віку : науково-практичний посібник / [П.С. Мощич, Ю.В. Марушко, С.С. Острополец [та ін.] ; за ред. П.С. Мощича, Ю.В. Марушка. – Київ : Вища школа, 2006. – С. 418 с.

Острополец С.С. Миокард. Структура и функция в норме и патологии / С.С. Остро-

полец. – Донецк : Норд-Пресс, 2007. – 210 с.

Широкою известностью получили его работы об особенностях поражения органов кровообращения при бронхолегочной патологии, приобретенных невоспалительных заболеваниях сердечнососудистой системы у детей, критериях диагностики скрытой функциональной недостаточности сердечной мышцы. Савелий Савельевич разработал уникальный алгоритм оказания неотложной помощи детям при осложненной пневмонии, острой сердечной недостаточности, что позволило значительно снизить смертность от данной патологии в нашем регионе.

Вместе с д.мед.н. Золотовой Л.И. Савелием Савельевичем была разработана классификация миокардиодистрофий, которой пользовались на территории Советского Союза. Острополец С.С. являлся автором большого количества методических рекомендаций для преподавателей, врачей-курсантов и врачей-интернов. Под его руководством выполнены 3 докторские и 12 кандидатских диссертаций. Некоторые из них:

Золотова Л. И. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и некоторые показатели тканевой реактивности при ревматизме и тонзиллогенной кардиомиопатии у детей [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.09 / Л.И. Золотова ; Донецкий гос. мед. ин-т им. М. Горького. - Донецк, 1976. - 15 с.

Золотова, Л. И. Миокардиодистрофия у детей (клиника, диагностика, реабилитация) [Текст] : автореф. дис. ... докт. мед. наук : спец. 14.00.09 / Л. И. Золотова ; Донецкий мед. ин-т им. М. Горького.- Донецк, 1994.- 30 с.

Бузько, Е.Ф. Клинико-морфологическая характеристика хронического гастрита и язвенной болезни у детей : автореф. дис. ...канд. мед. наук (14.00.09) / Е.Ф. Бузько, 1976. - 22 с.

Нагорная Н.В. Клинико-функциональная характеристика сердечно-сосудистой системы детей и подростков с нарушениями сосудистого тонуса : автореф. дисс. канд. мед. наук : спец. 14.00.09 / Н.В. Нагорная ; Киев, 1982.

Нагорная Н.В. Немедикаментозная терапия и профилактика нейроциркуляторной дисфункции у детей и подростков : автореф. дисс... докт. мед. наук : спец. 14.00.09 / Н.В. Нагорная ; Киев, 2001.

Ермолина Л.В. Критерии оценки функционального состояния миокарда у детей с врожденными пороками сердца: автореф. дисс. канд. мед. наук : спец. 14.00.09 /

Л.В Ермолина ; 1983.

Пономаренко А.Н. Сочетание нарушения желудочной, панкреатической секреции и состояние двигательной функции желудка при хроническом гастрите и язвенной болезни у детей : : автореф. дисс. канд. мед. наук : спец. 14.00.09 / А.Н. Пономаренко ; 1983.

Соколов В.Н. Функциональное состояние миокарда при ревматоидном артрите у детей : автореф. дисс. канд. мед. наук : спец. 14.00.09 / В.Н. Соколов ; 1987.

Буряк В.Н. Крупномасштабная электрокардиография в оценке состояния биоэлектрической активности миокарда у детей в норме и патологии : : автореф. дисс. канд. мед. наук : спец. 14.00.09 / В.Н. Буряк ; 1996.

Баешко Г.И. Особенности сердечно-сосудистой системы у детей, рожденных от юных матерей : автореф. дисс. канд. мед. наук : спец. 14.00.09 / Г.И. Баешко ; 2001.

На кафедре проходили обучение клинические ординаторы, в том числе из дальнего зарубежья (Ливан, Сирия и др.). Лиос Амад (гражданин Сирии), за время обучения выполнил и успешно защитил кандидатскую диссертацию: «Состояние биоэлектрической активности миокарда в хронобиологическом аспекте у детей с вегетососудистой дистонией».

В 2002 г. Савелий Савельевич передал руководство кафедрой своей ученице и соратнику, доктору медицинских наук, профессору Нагорной Наталье Владимировне. Свою деятельность на кафедре Наталья Владимировна начала старшим лаборантом в 1977 г., затем продолжила в качестве ассистента (с 1983 г.), доцента (с 1990 г.) и далее профессора. Как руководитель Наталья Владимировна сохранила и приумножила традиции кафедры. Основными направлениями научной деятельности коллектива были общие вопросы педиатрии, детской кардиологии, аритмологии и функциональной диагностики.

На кафедре появились новые сотрудники: асс. Виноградов Константин Владимирович (2001-2010), доц. Бордюгова Елена Вячеславовна (с 2003 г.), асс. Лимаренко Марина Петровна (с 2003 г.), магистрант Дубовая Анна Валериевна (с 2004 г.), старший лаборант Тонких Наталья Александровна (с 2004 г.), асс. Конопко Наталья Николаевна (2005-2014), асс. Паршин Сергей Александрович (2008-2014), асс. Марченко Екатерина Николаевна (с 2013 г.).

Всех сотрудников восхищал в Наталье Владимировне широкий кругозор, научная интуиция, логичность мышления,

четкость изложения и безупречная грамотность, что позволило за сравнительно короткий срок создать целую плеяду молодых научных сотрудников. Под ее руководством подготовлены и блестяще защищены кандидатские диссертации:

Дубовая А. В. Качество жизни и пути его улучшения у детей с нарушениями ритма сердца : дис. ... канд. мед. наук (14.01.10) / А.В. Дубовая; Донецкий мед. ун-т. - Донецк, 2007. - 192 с.

Пшеничная Е.В. Характеристика нарушений ритма сердца и прогноз их осложнений у детей : дис. ... канд. мед. наук (14.01.10) / Е.В. Пшеничная; Донецкий мед. ун-т. - Донецк, 2007. - 208 с.

Дудчак А.П. Ранняя диагностика и прогнозирование течения первичной артериальной гипертензии у детей : дис. ... канд. мед. наук (14.01.10) / А.П. Дудчак; Донецкий мед. ун-т. - Донецк, 2009. - 182 с.

Виноградов, К.В. Тактика лечения детей с врожденными пороками сердца при различном течении персистирующей инфекции [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.10 / К. В. Виноградов; Донецкий мед. ун-т. - Донецк, 2010. - 185 с.

Тонких Н.А. Дифференцированный подход к диагностике, лечению и профилактике синкопе кардиоваскулярного генеза у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.10 / Н. А. Тонких; ; Донецкий мед. ун-т. - Донецк, 2013. - 22 с.

Конопко Н.Н. Прогнозирование и профилактика осложнений идиопатической экстрасистолии у детей [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.10 / Н. М. Конопко; Донецкий мед. ун-т. - Донецк, 2013. - 21 с.

Расширилась география выступлений сотрудников кафедры на научных конференциях, увеличилось количество публикаций в отечественных и зарубежных периодических изданиях. Личное обаяние, эlegantность, владение словом, ораторское мастерство проф. Нагорной Н.В. заставляло возвращаться в зал участников любых конференций.

Под руководством Натальи Владимировны асс. Тонких Н.А. и асс. Конопко Н.Н. приняли участие в международном двойном многоцентровом плацебо-контролируемом исследовании по бронхиальной астме (2006-2008 гг.), практически весь коллектив прошел курсы Надлежащей Клинической Практики (GSP) в Харькове (2009 г.), некоторые сотрудники в Барселоне (2010 г.) и Праге (2012 г.).

Укрепилась материальная база кафедры, появилась новая техника, создан ком-

пьютерный класс, приобретены тренажеры для отработки навыков по оказанию неотложной помощи детям, пополнилась кафедральная библиотека, отремонтирован ряд учебных комнат. Появились новые клинические базы кафедры. Получили развитие интерактивные методы обучения, что было позитивно воспринято обучающимися.

Главными помощниками заведующей кафедрой, ее правой рукой были учебные доценты – А.П. Дудчак (педиатры и др. слушатели), М.П. Лимаренко (интерны, ординаторы), Г.И. Баешко (семейные врачи) – опытные, мудрые, глубоко знающие предмет сотрудники, открытые новому, умеющие выстраивать отношения в коллективе.

Коллективом кафедры осуществлялась лечебно-консультативная помощь детскому населению г. Донецка и Донецкой области на клинических базах и ежедневно в консультативной поликлинике Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака. Были внедрены и успешно использовались новые способы диагностики нарушений ритма сердца у детей. Суточное мониторирование электрокардиограммы и артериального давления – метод, которым отлично овладели детские кардиологи Е.В. Пшеничная и Н.Н. Конопко, позволили выявлять скрытые формы аритмий, диагностировать редкие нарушения ритма сердца, в т. ч. жизнеугрожающие, артериальную гипо- и гипертензию. Методикой чреспищеводной электрокардиостимуляции овладел С.А. Паршин. В повседневную работу кафедры вошли тилт-тест и тредмил-тест, причем тилт-тест, впервые на Украине внедрен на нашей кафедре. Патент на изобретение поворотного стола получен асс. Пшеничной Е.В. Практика использования тилт-теста позволила дифференцировать причины синкопальных состояний, способствовала развитию детской кардионеврологии в Донецке. Большой вклад в диагностику, лечение и профилактику синкопе кардиоваскулярного генеза у детей внесла асс. Н.А. Тонких, что нашло отражение в ее диссертационной работе и было представлено в 52 печатных работах, из них 24 – за рубежом; в методических рекомендациях. По теме диссертации было подготовлено 45 докладов на конференциях (18 – за рубежом), 3 рационализаторских предложения; 3 патента.

На нашей кафедре, одной из первых на Украине, стали применять β -блокаторы в лечении ювенильных гемангиом (перо-

ально и местно). Казалось чудом, когда после назначения пропранолола ребенку с множественными гемангиомами (около 300 мелких на коже лица, туловища, конечностей и одна в ткани печени), они начали исчезать и в течение нескольких недель пропали бесследно. Теперь это рутинная методика.

Изданы учебные пособия:

Діагностика, терапія та профілактика дефіцитних анемії у дітей / [О.П. Волосовець, Н.В. Нагорна, С.С. Острополец [та ін.]. – Донецьк, 2007. – 40 с.

Діагностика и лечение неотложных состояний у детей : учебное пособие / А.П. Волосовец, Н.В. Нагорная, С.С. Острополец [и др.]. – Донецк, 2010. – 160 с.

Сборник вопросов и тестовых заданий для компьютерного контроля по специальности «Педиатрия» (для высшей, первой, второй категории и врача-специалиста) (учебн. пособие) (на укр. языке) / Бережной В.В. Нагорная Н.В. Казак С.С. и др. – Донецк, 2010. – 348 с. (Рекомендовано ЦМК высшего медицинского образования МЗ Украины)

Неотложные состояния у детей. Диагностика и рекомендации по неотложной помощи на различных этапах: Справочник. 2013 / Волосовец А.П., Нагорная Н.В., Кривоустов С.П. и др. – 3-е изд., перераб. и доп. – Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2013. – 184 с.

Методические рекомендации:

Оценка качества жизни детей с нарушением ритма сердца и проводимости : методические рекомендации для педиатров, детских кардиологов, семейных врачей (метод. рекомендации) (на укр. языке) / Нагорная Н. В., Дубовая А.В., Бордюгова Е. В., Пшеничная Е. В. – Донецк, 2007. – 18 с.

Вазовагальные (нейрорефлекторные) синкопе у детей: усовершенствование диагностики и профилактики рецидивов : методические рекомендации для педиатров, врачей общей практики-семейной медицины, детских кардиологов, неврологов (метод. рекомендации) (на укр. языке) / Нагорная Н. В. Бордюгова Е. В. Четверик Н. А. и др. – Киев, 2012. – 38 с.

В 2012 г. стали доцентами Пшеничная Е.В. и Лимаренко М.П.

Приход на кафедру в 2013 г. асс. Марченко Е.Н. поднял на новую высоту преподавание гематологии. Опытный клиницист, долгие годы занимавшаяся лечением больных в детской онкогематологии, простыми словами свободно излагает сложный материал, который с интересом

воспринимают слушатели. Разбор клинических случаев с анализом причин поздней диагностики гематологических заболеваний надолго остается в их памяти.

Примером выносливости, завидной спортивной формы и верности педиатрии служит для всех нас доц. Соколов В.Н., отдавший много лет работе на кафедре.

Как не вспомнить наших любимых «хранителей кафедрального очага» – старшего лаборанта Оксану Юрьевну Денисюк, психолога по образованию, и лаборанта Аллу Юрьевну Гетину. Кроме своих непосредственных функциональных обязанностей, с которыми справлялись отлично, успевали предложить охрипшему лектору чай в перерыве или приготовить украшения в учебной комнате к Новому году. У них можно было узнать рецепт нового пирога или модный способ завязывания шарфика, а в случае необходимости, найти и иголку с ниткой, и чистый платок, и экстракт валерьяны.

Каждый из нас с теплотой и благодарностью вспоминает совместные праздники, поездки и мероприятия, например, выходной день в ботаническом саду или этнографической деревне, регулярные посещения театра и филармонии.

События 2014 г. круто изменили судьбу страны, нашего университета и каждого из нас. Изменился и состав кафедры. Нас на непродолжительный период объединили с кафедрой неонатологии (там были сотрудники со степенью доктора мед. наук), однако «новые» заведующие покидали г. Донецк один за другим. В этот непростой период взяла на себя ответственность возглавить кафедру доц. Пшеничная Елена Владимировна.

Ученица проф. Остропольца С.С. и проф. Нагорной Н.В. сохранила заведенный порядок: обходы, «пятиминутки», доклады о новом в медицине, сообщения о фармакологических препаратах, клинические разборы больных, консультативный прием в поликлинике ИНВХ, функциональные исследования и др. Не обращая внимание на канонаду, совместно с проф. Проценко Т.В. и детскими дерматологами сотрудники кафедры проводили в рамках постоянного профессионального прерывистого обучения заседания школы «Атопический дерматит». Готовили научные статьи и выступали с докладами на республиканских и международных конференциях.

В этот период времени стали доцентами Дубовая А.В. и Тонких Н.А., пришли новые сотрудники – асс. Сосна Виктория Викторовна (2016 г.) и асс. Усенко Надежда

Алексеевна (2018 г.), закончившая ординатуру по детской кардиологии на нашей кафедре.

Сложность, а порой, и невозможность проведения очных занятий потребовала в кратчайшие сроки организации дистанционного обучения. Усилиями всего коллектива была создана и поддерживается «информационно-образовательная среда» по нашему предмету для практических врачей, интернов и ординаторов. Это особенно пригодилось и в период пандемии новой коронавирусной инфекции, и во время специальной военной операции.

Твердый характер руководителя и организаторские способности доц. Пшеничной Е.В. сплотили коллектив вокруг важных задач создания новых учебных программ (дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки; повышения квалификации и стажировки и др.). Это обеспечило получение вузом лицензии новую образовательную деятельность и наши выпускники первыми в Донецкой Народной Республике стали получать дипломы российского образца!

Укреплена материальная база, приобретен широкоформатный телевизор, благодаря чему значительно улучшилось качество лекционных презентаций, демонстрация вебинаров, онлайн-конференций. Вышли в свет учебные пособия:

Вегетативная дисфункция у детей: диагностика, лечение, профилактика : учебное пособие для педиатров (учебное пособие) / Дубовая А.В., Пшеничная Е.В., Дудчак А.П. и др. – Донецк, 2016. – 91 с.

Деловые игры на последипломном этапе медицинского образования : учебно-методическое пособие для преподавателей медицинских университетов (учебно-метод. пособие) / Бордюгова Е.В., Пшеничная Е.В., Дудчак А.П. и др. – Донецк, 2016. – 23 с.

Дубовая А.В. Биологическая роль макро- и микроэлементов в организме ребенка. Диагностика, коррекция и профилактика дисэлементоза : учебное пособие для педиатров (учебное пособие) / А.В. Дубовая – Донецк, 2017. – 108 с.

Гематология детского возраста / Е.В. Пшеничная, Е.В. Бордюгова, А.П. Дудчак, Е.Н. Марченко и др. // учебное пособие – Донецк. – 2017. – 180 с.

Детская кардиология, часть 1 / Е.В. Пшеничная, Н.А. Тонких, Е.В. Бордюгова [и др.] – Донецк: изд-во «Ноулидж», 2020. – 278 с.

Доцент Е.В. Пшеничная – ведущий детский кардиолог, аритмолог и специалист

по функциональной диагностике организовала работу по обследованию и наблюдению мальчиков-подростков, поступающих, в ставшие популярными, военные и приравненные к ним учебные заведения. Обучение в этих вузах требует особой выносливости и соответствующего состояния здоровья, т.к. связано с повышенной физической нагрузкой.

Решение выявленных проблем легло в основу докторской диссертации Елены Владимировны.

В связи с реорганизацией педагогического процесса в ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в 2020 г. изменился статус кафедры. К обучающимся врачам (педиатры, семейные врачи, детские кардиологи, гематологи, гастроэнтерологи, нефрологи), интернам и ординаторам (педиатры и детские кардиологи) присоединились группы студентов стоматологического и медико-профилактического факультетов. Изменилось и название – кафедра педиатрии №3. Кафедру возглавила д.мед.н., доц. Дубовая Анна Валериевна, защитившая в 2019 г. докторскую диссертацию на тему: «Особенности биоэлементного и витаминного статуса детей с нарушениями ритма сердца, оптимизация их лечения и реабилитации». Под руководством Анны Валериевны защищены 5 диссертаций, одна из которых подготовлена асс. Науменко Юлией Владимировной, воспитанницей нашей кафедры (интернатура и ординатура по детской кардиологии):

Науменко Ю.В. Первичная лабильная артериальная гипертензия у детей: прогнозирование риска прогрессирования, качество жизни и пути его улучшения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : (14.01.08) / Ю.В. Науменко; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2021. – 26 с.

Колесникова Н.А. Характер психовегетативных изменений и их лечебно-реабилитационная коррекция у подростков с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : (14.01.08) / Н.А. Колесникова; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2022. – 26 с. (Интернатура по педиатрии на нашей кафедре).

Шумляева Т.М. Особенности течения впервые диагностированного туберкулеза легких у подростков : автореф. дис. ... канд. мед. наук : (14.01.08) / Т.М. Шумляева; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2020. – 22 с. (Научные руководители – д.мед.н., проф. Норейко Б.В. и д.мед.н., доц. Дубовая А.В.)

Дегтяренко Е.В. Особенности клинического течения и лечения острого гер-

петического стоматита у детей раннего возраста с учетом цитоиммунологического состояния полости рта : автореф. дис. ... канд. мед. наук : (14.01.14) / Е.В. Дегтяренко; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2021. – 28 с. (Научные руководители – д.мед.н., проф. Чижевский И.В. и д.мед.н., доц. Дубовая А.В.)

Евтушенко Е.И. Гигиеническая оценка и профилактика расстройств психического здоровья населения экокризисного региона : автореф. дис. ... докт. мед. наук : (14.02.01) / Е.И. Евтушенко; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2021. – 32 с. (Научные консультанты – д.мед.н., проф. Ластков Д.О. и д.мед.н., проф. Дубовая А.В.)

В 2019 году Анна Валериевна окончила ГОУ ВПО «Донецкая академия управления и государственной службы при Главе Донецкой Народной Республики», получила диплом о профессиональной переподготовке по программе «Менеджмент в здравоохранении».

В 2021 г. д.мед.н. Дубовой А.В. присвоено ученое звание профессора. В настоящее время штатный состав кафедры укомплектован 6 доцентами (к.мед.н. Дудчак А.П., к.мед.н. Баешко Г.И., к.мед.н. Бордюгова Е.В., к.мед.н. Лимаренко М.П., к.мед.н. Тонких Н.А., к.мед.н. Соколов В.Н.), 5 ассистентами (к.мед.н. Науменко Ю.В., Марченко Е.Н., Усенко Н.А., Сосна В.В., Бухтияров Э.В.), старшими лаборантами. На кафедре обучаются 4 ординатора. Под руководством д.мед.н., проф. Дубовой А.В. выполняются 3 докторские и 4 кандидатские диссертации.

В 2021 г. увидели свет новые учебные пособия:

Педиатрия: учебное пособие / А.В. Дубовая, М.П. Лимаренко, А.П. Дудчак и др. / под редакцией А.В. Дубовой. – Донецк: изд-во «Ноулидж» (донецкое отделение), 2021. – 240 с.

Функциональная диагностика в детской кардиологии: учебное пособие / А.В. Дубовая, Н.А. Тонких, Е.В. Пшеничная и др. / под редакцией А.В. Дубовой. – Донецк: изд-во «Ноулидж» (донецкое отделение), 2021. – 252 с.

Внутренние болезни и педиатрия в практике семейного врача (учебное пособие) / Н.Т. Ватутин, Н.Н. Канана, А.В. Дубовая, Г.И. Баешко. – Донецк, 2021. – 199 с.

Лекции по внутренним болезням в период пандемии COVID-19 (учебное пособие) / Игнатенко Г.А., Багрий А.Э., Оприщенко А.А., и др. – Донецк, 2021. – 468 с.

Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия неотложных состояний у

детей (учебное пособие) / Игнатенко Г.А., Колесников А.Н., Москаленко С.В., и др. – Донецк, 2021. – 265 с.

Монографии:

Влияние загрязнения окружающей среды на состояние здоровья населения: взаимосвязь с различной патологией сердечно-сосудистой системы: монография / Г.А. Игнатенко, Д.О. Ластков, и др.; под ред. С.Т. Кохана, Г.А. Игнатенко, А.В. Дубовой; Забайкальский государственный университет. – Чита: ЗабГУ, 2021. – 231 с.

Волонтерские инклюзивные практики: реалии и перспективы / под ред. С. Т. Кохана, С. А. Иванова, К. В. Баранникова [и др.] ; Забайкальский государственный университет. – Чита: ЗабГУ, 2021. – 241 с.

Сохраняются традиции кафедры, соблюдается тесная связь с практическим здравоохранением, продолжается воспитательная работа по соблюдению принци-

пов врачебной этики и деонтологии.

50 лет кафедра педиатрии является центром последипломного образования врачей Донецкого региона – преимущественно выпускников нашего вуза. Усилиями сотрудников кафедры шлифуются полученные врачами за годы учебы и самостоятельной клинической работы знания, создается образ современного врача, специалиста высокого уровня подготовки.

Свой юбилей кафедра педиатрии №3 встретила коллективом единомышленников, полным сил, энергии и новых творческих замыслов. Профессионализм и творческий потенциал сотрудников кафедры педиатрии №3 ФИПО позволяют с оптимизмом смотреть в будущее, успешно решать поставленные задачи.

Дело, которому мы служим, продолжается.

ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНБАССА

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

В настоящее время значительная часть детей школьного возраста испытывает неблагоприятное воздействие на организм различных социально-гигиенических, психологических и технических факторов внешней среды. Среди них значительным является влияние хронического стресса в результате длительного пребывания на территории, где ведутся активные боевые действия. На этом фоне, в связи с интенсификацией учебного процесса в школе, постоянно увеличивается количество детей и подростков, нуждающихся в медико-социальной и педагогической помощи. Известно, что нарушения сердечного ритма (НРС) и проводимости, наряду с врожденными пороками сердца, занимают ведущее место в структуре сердечно-сосудистой патологии у детей. Частота встречаемости тяжелых форм аритмий достигает 1:5000 детского населения, а жизнеугрожающих аритмий – 1:7000. У 50-90% условно здоровых детей по данным холтеровского мониторирования (ХМ) выявляются те или иные нарушения сердечного ритма. Клинические симптомы аритмии у детей разнообразны: от бессимптомного течения до выраженных. На сегодняшний день остается малоизученной клиническая, морфологическая и патогенетическая картина нарушений ритма и проводимости сердца у детей, проживающих в условиях хронического стресса.

Цель: анализ нарушений ритма сердца у детей, проживающих на территории Донбасса в условиях хронического стресса.

Материал и методы: обследовано 56 детей (32 девочки и 18 мальчиков) в возрасте от 7 до 18 лет. Всем детям выполняли

ЭКГ, эхокардиографию (ЭхоКГ) и ХМ. Длительность катамнестического наблюдения составила 7,5 лет (2014-2022г.г.).

Результаты. По данным ЭхоКГ структурные изменения в миокарде выявлены у 40 (71%) пациентов, при этом чаще всего выявляли пролапс митрального клапана (ПМК) – 26 (65%) чел., врожденные пороки сердца (ВПС) диагностировали у 14 (15%) чел. Нарушения ритма сердца по данным стандартной ЭКГ и ХМ чаще выявлялись в группе детей с пороками сердца и ПМК в виде наджелудочковой экстрасистолии (НЖЭ) – 80%: одиночных (75%), парных (10%) и групповых (5%) экстрасистол (ЭС). Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) диагностирована у 20% пациентов. Среди нарушений ритма у 8 (2%) детей с ВПС выявили СССУ, АВ-блокаду 1-3 степени. Жизнеугрожающие нарушения ритма в виде ЖЭ 3-5 градаций по Лауну выявили у 5 (2%) детей. У 2 (5%) детей выявили синдром WPW. По данным ХМ в динамике в 2021г. частота НЖЭ и доля жизнеугрожающих аритмий снизилась: НЖЭ – с 80% до 35%, ЖЭ – с 20% до 1,4%. Отмечено, что после активизации боевых действий у 10% детей наблюдалось клинически значимое усугубление аритмии: по данным ХМ выявлены пароксизмы ЖЭ высоких градаций, наджелудочковой тахикардии.

Выводы. Отмечена зависимость между выраженностью нарушений ритма сердца у детей на фоне хронического стресса и ухудшением социально-экономической ситуацией на территории Донбасса. Хронический стресс увеличивает риск возникновения НРС, в том числе и жизнеугрожающих аритмий.

ОТЕЧНЫЙ СИНДРОМ НОВОРОЖДЕННЫХ – НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

ГУ ЛНР “Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки”

Актуальность. В структуре ранней неонатальной смертности недоношенные дети составляют 60-70%. Переход к внеутробной жизни сопровождается напряжением процессов адаптации, в частности, напряжением гомеостатических механизмов, одним из клинических проявлений является отечный синдром. Важная роль в развитии отеков отводится почкам и гормонам, регулирующим водно-электролитный обмен.

Цель работы. Изучить роль нейрогормональной регуляции водно-электролитного обмена у недоношенных новорожденных в неонатальном периоде.

Материалы и методы. Обследовано 60 недоношенных новорожденных с отечным синдромом в гестационном сроке 32-37 недель. Нейрогормональная регуляция водноэлектролитного обмена оценивалась по концентрации предсердного натрийуретического гормона и бета-2-микроглобулина на 1-3 и 5-8 сутки жизни.

Результаты и обсуждение. Уровень напряженности процессов адаптации к внеутробной жизни обусловлен особенностями внутриутробного периода, характером родов и степенью зрелости жизненно важных органов и систем. Фактором, регулирующим обменный гомеостаз, является предсердный натрийуретический гормон (а-ПНУГ). Результаты исследования концентрации а-ПНУГ у недоношенных с ге-

стационарным сроком 32-34 недели выявили ее высокий уровень, который сохранялся таковым в течение всего неонатального периода. У недоношенных с гестационным сроком 35-37 недель концентрация а-ПНУГ была достоверно ниже, чем у недоношенных с гестационным сроком 32-34 недели и приближалась к показателям доношенных новорожденных.

Водно-электролитный обмен зависит от функционального состояния почечных клубочков и канальцев. Морфологическая и анатомическая незрелость почек в неонатальном периоде приводит к расстройству водно-электролитного обмена. Индикатором зрелости и дисфункции канальцевого аппарата является в2-микроглобулин. Исследование уровня в2-микроглобулина в плазме крови выявило максимально высокий уровень у недоношенных с гестационным сроком 32-34 недели, сохраняющийся в течение неонатального периода.

Заключение. Таким образом, результаты исследования плазменного уровня предсердного натрийуретического гормона и в2-микроглобулина свидетельствуют о максимальном напряжении нейрогормональных механизмов регуляции водно-электролитного обмена в неонатальном периоде на фоне морфофункциональной незрелости, что клинически реализуется отечным синдромом.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГУ ЛНР "Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки"
ГУ «ЛРДКБ» ЛНР

Актуальность. В последние годы проводится большое количество исследований, посвященных дефициту витамина D при различных заболеваниях у детей. В настоящее время известно, что витамин D является гормоном, обладающим иммуномодулирующим действием, ингибирующим презентацию антигена клетками иммунной системы, а также продукцию цитокинов и пролиферацию Т-хелперов. Эти данные способствовали пересмотру представлений о роли витамина D в организме. В настоящее время доказано неблагоприятное воздействие не только на костную систему, возникновение рахита и остеопороза, но и способствует развитию целого ряда других заболеваний сердечно-сосудистой системы, инфекционных, аутоиммунных, онкологических заболеваний. Исследованию уровня витамина D у этих пациентов посвящен ряд исследований. Однако исследования роли витамина D в развитии заболеваний гастродуоденальной зоны у детей в доступной литературе мало изучены.

Цель исследования. Определение уровня витамина D у детей с гастроэнтерологической патологией и коррекция его дефицита в зависимости от степени выраженности недостаточности.

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 детей в возрасте от 7 до 16 лет, находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении. Девочек было 28, мальчиков – 22. Всем детям было проведено комплексное исследование, вклю-

чающее клиническое обследование, проведение ФЭГДС, исследование на *H. pylori*, УЗИ органов брюшной полости, определение уровня витамина D.

Результаты и обсуждение. У всех детей выявлялись клинические проявления хронического гастродуоденита, а также имела место сопутствующая патология (аллергический, атопический дерматит, себорея волосистой части головы, витилиго, пигментный невус и др.). Диагноз хронического гастродуоденита был подтвержден данными ФЭГДС. В 50% случаев гастродуоденит был ассоциирован с хеликобактерпилори инфекцией. У всех обследованных детей было выявлено снижение уровня витамина D в крови. У 28 пациентов (56%) уровень витамина D колебался в пределах 10-29 нг/мл, т.е. имеет место недостаточность витамина D. У 22 детей констатирован выраженный дефицит витамина D (уровень витамина D менее 10 нг/мл). Всем детям в комплексе базисной терапии проводилась коррекция D витаминной недостаточности. При недостаточности витамина D доза препарата 2 тыс. ЕД в день назначалась в течение 1 месяца. При выраженном дефиците витамин D доза составляла 4 тыс. ЕД в течение 1 месяца, затем 2 тыс. ЕД на протяжении 2 месяцев.

Выводы. У детей с хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *H. pylori*, отмечается дефицит витамина D, что требует коррекции витаминной недостаточности в дозах, зависящих от уровня витамина D.

ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ АППЛИКАЦИЙ РАСТВОРА ХЛОРГЕКСИДИНА У ДЕТЕЙ РАНЕГО ВОЗРАСТА

ГУ ЛНР "Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки"

Атопический дерматит (АтД) – аллергическое заболевание с преимущественным поражением кожи, характеризующееся хроническим рецидивирующим течением, повреждением эпителиального барьера на фоне иммунной дисрегуляции с формированием очагов острого и хронического воспаления на фоне колонизации *Staphylococcus aureus* (патобионт – потенциально болезнетворный микроорганизм, который существует в симбиозе со здоровым организмом-хозяином) и *Corynebacterium bovis*. Их присутствие выявляется у 80-95% больных АтД, но *Staphylococcus aureus* является доминирующим микроорганизмом, который способен усиливать или поддерживать воспалительный процесс на коже больных, являясь продуцентом энтеротоксинов, обладающих свойствами суперантигенов, стимулирующих активацию Т-клеток и макрофагов. Заболевание характеризуется выраженным зудом и имеет особенности локализации и морфологии очагов поражения.

У больных АтД выявлен дефицит продукции антимикробных пептидов, необходимых для защиты против бактерий, грибов и вирусов. Ингибирование экспрессии кератиноцитами одного из таких пептидов (β -дефензин 2) в условиях высокой продукции Th2-цитокинов объясняет повышенную колонизацию кожи *Staphylococcus aureus*. При зуде и расчесах инфицирование кожи патогенной флорой многократно увеличивается, что ингибирует апоптоз, усиливает пролиферацию Т-лимфоцитов и обуславливает хронизацию воспалительного процесса в коже.

Нарушенная барьерная функция кожи не может противостоять проникновению антигенных субстанций *Staphylococcus aureus*, что является одной из причин, способствующих рецидивирующему течению

АтД, способствует сенсibilизации организма, провоцирует возникновение очагов вторичной инфекции.

Хлогексидин как действующее вещество проявляет бактерицидное действие в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий при температуре 22°C и воздействии в течение 1 минуты, а фунгицидное действие – при температуре 22°C и воздействии в течение 10 минут; стабилен, после обработки кожи сохраняется на ней в некотором количестве, достаточном для проявления бактерицидного эффекта. Препарат при местном и наружном применении не абсорбируется в системный кровоток и не оказывает системного действия.

Для достижения поставленной цели был проведен анализ и дано обобщение результатов наблюдений и обследования 60 детей с проявлениями атопического дерматита (основная группа) и 24 ребенка без кожных аллергических проявлений.

При использованной нами методике местной терапии в виде аппликации раствора хлогексидина биглюконата 0,05% (температура применяемого раствора 22°C) на пораженные участки кожи с экспозицией не более 3 минут 2-3 раза в сутки положительная динамика кожных проявлений неосложненного атопического дерматита отмечена уже на 2-3 сутки. По окончании курса местной терапии достоверно уменьшились жалобы на зуд ($p < 0,001$), сократилась выраженность гиперемии очагов ($p < 0,001$), а также инфильтрации – ($p < 0,05$). В то же время такие кожные изменения, как сухость кожи и лихенификация, не имели отчетливой обратной динамики. После завершения курса лечения у 76,9 % пациентов достигнута полная клиническая ремиссия, у 23,1% – значительное улучшение.

СЛУЧАЙ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА II ТИПА С НЕВРИНОМАМИ СЛУХОВЫХ НЕРВОВ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк

Актуальность исследования. Факоматозы (от греч. Phakos – пятно) – это гетерогенная группа наследственных нейрокожных заболеваний, отличительной чертой которых является поражение производных эктодермы – кожи и ее дериватов, нервной системы, сетчатки, висцеральных органов.

Цель исследования. Анализ истории болезни ребенка с нейрофиброматозом Реклингхаузена II типа.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни пациента с нейрофиброматозом и обзор литературных данных.

Результаты исследования. Под наблюдением находился мальчик А., 14 лет. При поступлении в стационар предъявлял жалобы на приступы «вытягивания» с потерей сознания длительностью до 1 минуты; частые головные боли (в т.ч. ночью) без рвоты; повышенную утомляемость, сниженный аппетит, неловкость при ходьбе (часто спотыкается, падает); невнятность речи. С раннего возраста отмечались появление множественных нейрофибром. С октября 2018г. мать отметила прогрессивное снижение слуха на оба уха. В декабре 2018 г. находился на лечении в неврологическом отделении РДКБ с диагнозом: Нейрофиброматоз Реклингхаузена, II тип, невриномы слуховых нервов, новообразование лобной доли слева, интрамедуллярное образование шейного и верхне-грудного отдела позвоночника, сирингомиелия, со смешанной тугоухостью, синдромом ликворной дисциркуляции, тораколюмбалгией. 17.07.19г. ребенку в условиях ФТАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ выполнено оперативное вмешательство в плановом порядке – удаление интрамедуллярной опухоли на уровне С7-Th3 сегментов. Гистологический ответ – анапластическая эпендимома. Проведен курс лучевой терапии на линейном ускорителе в условиях РОЦ. На СКТ от 28.01.20 г.: очаговое поражение левой лобной области. В январе-феврале 2020г. начат прием карбамазепина. Приступов не отмечалось

до мая 2020 г. В мае 2020 г. – 2 генерализованных судорожных приступа. Ребенок от I беременности, анемия, СРД, родостимуляция, I родов, масса 3200 г, ОША 8/9 б., врожденная кривошея, сколиоз. Наследственность отягощена по: сахарному диабету, кардиопатии, ГБ. СКТ головного мозга с в/в контрастированием (Триомбраст 75% - 20 мл) 29.05.20 г.: Объемные образования в области внутренних слуховых проходов и цистерн мосто-мозжечковых углов. Поражение левой лобной области неясного генеза. Множественные экстракраниальные образования мягких тканей головы. МРТ шейного отдела позвоночника 04.06.20 г.: Состояние после оперативного лечения. Нарушение статики – усиление шейного лордоза с левосторонней сколитической деформацией и ротацией тел позвонков вправо, кранио-вертебральный угол составляет 130 градусов. Расширение центрального канала спинного мозга на уровне С4-С7. По результатам проведенного обследования установлен клинический диагноз: Нейрофиброматоз, II тип, невриномы слуховых нервов с симптоматической эпилепсией. Двусторонняя нейро-сенсорная тугоухость III степени, глухота II степени. Состояние после оперативного лечения и лучевой терапии по поводу анапластической эпендимомы спинного мозга С7-Th3 сегментов. Сирингомиелия.

Выводы. Особенностью проявлений данного клинического случая является отсутствие отягощенности семейного анамнеза по нейрофиброматозу; сочетание кожных проявлений, множественных поражений нервной системы, внекожных проявлений (нарушение слуха и речи); отсутствие существенной положительной динамики, несмотря на неоднократно проводимое хирургическое лечение и лучевую терапию. Несмотря на стабилизацию клинических проявлений болезни, у данного пациента имеется неблагоприятный прогноз с возможным прогрессированием патологического процесса.

ОСОБЕННОСТИ КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

ГБУ ЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

Целью проведенного исследования явилось изучение особенностей кристаллографии слюны детей из группы риска по артериальной гипертензии до и после санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы исследования. В группу исследования вошли 39 детей в возрасте от 10 до 16 лет из группы риска по артериальной гипертензии с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани (сколиоз, нарушение осанки) с сопутствующей патологией (хронический рецидивирующий бронхит и хронический тонзиллит). Комплекс санаторно-курортного лечения включал адекватный санаторно-курортный режим (I или II), сбалансированное питание, климатолечение. По показаниям была проведена санация хронических очагов инфекции. Исследования кристаллограмм проведены в динамике. В качестве кристаллообразующего вещества использовали 0,9% раствор NaCl. Образующийся кристаллографический рисунок обладает специфичностью, обусловленной состоянием организма – его нормой или же патологией. При различной патологии или аллергизации организма по характеру кристаллографических рисунков слюны можно косвенно судить о наличии воспалительного и аллергического компонентов.

Результаты. До лечения в данной группе детей кристаллографические исследо-

вания позволили выявить выраженный воспалительный процесс у 65%, наличие аллергического компонента у 32%, у 3% детей кристаллограммы были нормальными. После проведенного курса санаторно-курортного лечения количество детей с воспалительным процессом уменьшилось до 33%, у 41% воспалительный процесс выявился в слабовыраженной форме, число больных с наличием в организме аллергического компонента снизилось до 10%, у 16% детей произошла нормализация кристаллографического рисунка.

Выводы. Таким образом, как видно из результатов исследований кристаллографических рисунков слюны, у детей из группы риска по артериальной гипертензии при поступлении на санаторно-курортное лечение преимущественно наблюдалось наличие в организме воспалительного процесса. У трети больных отмечалась повышенная аллергизация организма и лишь у 3% детей кристаллограммы, соответствовали нормальным характеристикам. Курс санаторно-курортного лечения оказал благоприятное воздействие на состояние организма данной категории больных, значительно уменьшив количество детей с воспалительным процессом, снизив количество детей с наличием аллергического компонента и увеличив в 5 раз число детей с нормальными кристаллограммами.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ В УСЛОВИЯХ ЕВПАТОРИЙСКОГО КУРОРТА

ГБУ здравоохранения Республики Крым «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации»
ГБУРК «Клинический санаторий для детей и детей с родителями «Здравница», г. Евпатория

Санаторно-курортное лечение на курорте Евпатория в клиническом санатории «Здравница» получали 1060 детей и подростков больных с заболеваниями суставов, из них 540 больных с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА), 520 больных с реактивными артропатиями (РеА).

Оценка эффективности проводилась по клинико-лабораторным и функциональным параметрам. Анализ клинико-лабораторных параметров включал: оценку болевого синдрома, гониометрию, динамику общего самочувствия, изменений в суставах, иммунограмму, СОЭ, уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Отдаленные результаты оценивались при повторном поступлении в санаторий у 140 детей с ЮРА 60 детей с РеА. При этом анализировался суставной синдром, данные лабораторно-функциональных показателей. Особое внимание уделялось изучению частоты и характера обострений заболевания в течение года после санаторно-курортного лечения и частоте перенесенных острых респираторно-вирусных инфекций.

Комплексное санаторно-курортное лечение включало санаторный режим, климатотерапию, лечебное питание, массаж, ЛФК, санацию хронических очагов инфекции. Индивидуальная дифференциация лечебного комплекса базировалась на степени воспалительной активности, характере изменений в суставах, их функционально-двигательных характеристиках. По показаниям назначались аппликации сульфидной иловой грязи, бальнеотерапия. В качестве локального воздействия на пораженные суставы использовали лазеротерапию, магнитное излучение, ДМВ, СМТ, БРВС терапию.

Проведенный анализ эффективности санаторно-курортного лечения 1060 детей и подростков с заболеваниями суставов, находившихся на лечении в детском специализированном клиническом санаторий «Здравница», показал, что 90,5% больных выписываются из санатория с «улучшением». 15 больных (1,42%) были переведены в клиники с обострением основного

заболевания. «Без перемен» выписаны из санатория 8,18% больных, которые перенесли в санатории интеркуррентные заболевания. Однако, если среди больных с РеА выписаны из санатория с «улучшением» 94% больных, а «без перемен» - 6% больных, в то время как среди больных ЮРА с улучшением выписаны 85% детей. При этом наблюдалось уменьшение болевого синдрома на 55 % у больных с РеА, на 42% у больных ЮРА. Отмечалось уменьшение или исчезновение утренней скованности у больных ЮРА. Улучшалось общее самочувствие больных, жалобы на головные боли, слабость, быструю утомляемость были единичными. Наблюдалась нормализация повышенного содержания ЦИК и сниженного содержания Т-Лимфоцитов.

В то же время, при углубленной оценке ближайших результатов эффективности лечения, улучшение клинико-иммунологических и функциональных показателей наблюдалось у 72,6% детей с РеА и чуть больше половины больных с ЮРА (51,8%).

Анализ отдаленных результатов эффективности санаторно-курортного лечения при повторном поступлении выявил формирование устойчивой клинико-функциональной ремиссии, повышение физической работоспособности на фоне стабильного благополучия иммунного статуса у больных РеА. В отдаленном периоде спустя год после санаторно-курортного лечения установлено отсутствие обострений заболевания при РеА, снижение частоты и выраженности обострений у больных ЮРА, улучшение клинического состояния и уменьшение острых респираторных инфекций в 2,5 раза у всех больных, повышение физической и социальной активности.

Таким образом, изучение эффективности санаторно-курортного лечения детей и подростков с заболеваниями суставов по данным ближайших и отдаленных результатов показывает благоприятное влияние курорта на клинико-лабораторные и функциональные показатели больных, что способствует предупреждению инвалидизации и повышению качества жизни.

ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕАКТИВНЫХ АРТРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГУ ЛНР "Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки"

Болезни костно-мышечной системы рассматриваются во всем мире как одна из самых распространенных патологий современного общества. В последнее все более актуальной становится проблема реактивных артритов (РеА), ассоциированных с различными инфекциями и наличием у больного антигена гистосовместимости HLA-B27. РеА в структуре ревматических заболеваний у детей до 14 лет составляют 56%, у подростков – 37%. Для обозначения суставного поражения при РеА в настоящее время пользуются более общим термином «артропатия», под которой понимают любые объективно определяемые нарушения в суставе.

В основе лечения больных с РеА лежит выявление и радикальная санация очагов инфекции. Также в лечебные программы обязательно включают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Однако использование большинства из них лимитируется наличием сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которая в современных условиях широко распространена в подростковой популяции.

Препаратами выбора у данной категории больных являются селективные ингибиторы ЦОГ-2, среди которых в детской практике используется преимущественно группа нимесулида, что позволило во многом решить проблему ЖКТ-осложнений у пациентов с гастроудоденальной патологией.

Особенностью действия нимесулида на цитокиновый профиль при РеА является снижение синтеза простагландинов, интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) и др., подавление адгезии нейтрофилов к эндотелию за счет ингибирования экспрессии адгезионных молекул (в частности, L-селектина), что снижает экссудативные воспалительные явления. Нимесулид также нейтрализует гипохлорную кислоту и тормозит синтез ферментов (коллагеназы, стромелизина, эластазы), разрушающих хрящевую ткань, что не только уменьшает повреждение

хрящевого матрикса, но и нормализует процессы синтеза хрящевой ткани. К тому же препарат находится в синовиальной жидкости более длительно, чем в плазме, что является дополнительным фармакокинетическим преимуществом и обуславливает длительный анальгетический эффект. Влияние же на слизистую оболочку ЖКТ в сравнении с другими НПВП минимально.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности нимесулида у детей с РеА на фоне сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта.

Под нашим наблюдением находилось 56 детей с РеА на фоне сопутствующей патологии ЖКТ (хронический гастрит, гастродуоденит) в возрасте от 12 до 18 лет.

Проводилось тщательное изучение анамнеза и клиническое обследование детей с балльной оценкой суставного синдрома (болевого, суставного, воспалительный индексы) по методу Ричи. Для оценки активности воспалительного процесса использовались биохимические и иммунологические показатели (ИЛ-6, ФНО- α).

Эффективность терапии оценивалась по клиническим и лабораторным показателям.

Для сравнительной оценки эффективности больные были разделены на две основные группы: I группа – 27 человек, получавшие в качестве НПВП нимесулид, II группа – 29 пациентов, которые наряду с системным НПВП получали местную терапию.

Через неделю после начала лечения у 49 (87,5 %) детей I и II групп у 24 (80,0 %) детей контрольной группы отмечалось улучшение самочувствия, положительная динамика болевого, суставного и воспалительного индексов Ричи. Через 2 недели терапии индексы Ричи во II группе были достоверно ниже, чем в I и контрольной группах. В результате проведенного лечения отмечалось достоверное снижение показателей воспалительной активности у больных всех групп.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИОТЕРАПИИ СМТ И РАСТВОРА ЙОДДИЦЕРИНА

ГУ ЛНР "Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки"

Цель нашей работы – разработка комплексного метода физиотерапии для профилактического лечения и реабилитации детей с хроническим тонзиллитом в период ремиссии, который позволит редуцировать хронический воспалительный процесс в лимфоидной ткани носоглотки, снизить риск активации патологического процесса и развития токсико-аллергических реакций организма.

Под нашим наблюдением находилось 67 пациентов дневного стационара детской больницы, проходивших профилактическое лечение по поводу хронического тонзиллита. Их средний возраст составил $10,7 \pm 0,5$ лет.

У 51 (76,1%) исследуемого ребенка наблюдалась компенсированная форма хронического тонзиллита. Преобладающими симптомами были: у 20 (29,9%) казеозно-гнойные пробки в лакунах миндалин (иногда с запахом); у 42 пациентов (62,7%) увеличенные миндалины, иногда гладкие или с разрыхленной поверхностью; у 39 детей (58,2%) стойкая гиперемия краев небных дужек (признак Гизе); отек краев верхних отделов небных дужек (признак Зака); утолщенные, валикообразные края передних небных дужек (признак Преображенского); у 5 (7,5%) сращение и спайки миндалин с дужками и треугольной складкой; у 48 (71,6%) увеличение отдельных регионарных лимфатических узлов, иногда болезненных при пальпации (при отсутствии других очагов инфекции в этом регионе).

У 16 (23,9%) пациентов – декомпенсированная форма с токсико-аллергическими симптомами: у 5 (7,5%) выявлен субфебрилитет, у 12 (17,9%) – периодические боли в суставах, у 14 (20,9%) регистрировались периодические функциональные изменения сердечной деятельности и почек. У всех исследуемых больных наблю-

далось отклонение от норм лабораторных показателей (ускоренное СОЭ, повышение количества лейкоцитов, СРБ, титра АСЛО).

Из данных пациентов были составлены 2 группы. Группа сравнения из 35 пациентов получала стандартную терапию. В основную группу вошли 32 ребенка, в комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий которых был включен метод физиотерапевтического воздействия синусоидально модулированного тока (СМТ) на область подчелюстных лимфатических узлов аппаратом «Амплипульс-3» с предварительным смазыванием небных миндалин раствором йоддицериона (5 мг/г). Длительность курса лечения составляла 10 дней по 1 сеансу в день продолжительностью 10 минут. С помощью данного физиотерапевтического воздействия значительно облегчалось введение лекарственного вещества в ткани.

При анализе динамики клинической картины было установлено, что использование данного физиотерапевтического метода в комплексной терапии хронического тонзиллита способствовало уменьшению сроков регресса основных клинических симптомов и лабораторных показателей (лейкоциты, СОЭ, СРБ, титр АСЛО) у пациентов основной группы относительно детей, получавших стандартное лечение. Средние сроки восстановления в контрольной группе составили $10,2 \pm 0,3$ дня, в группе сравнения – $13,6 \pm 0,4$ дня.

Проведенное исследование свидетельствует о необходимости включения предложенного физиотерапевтического метода в комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий пациентам с хроническим тонзиллитом, что позволит в более короткие сроки добиться повышения резистентности организма, снизить риск рецидива острого воспаления и предотвратить развитие осложнений данного заболевания.

ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Цель работы. Анализ и обобщение современных литературных данных и собственных исследований, посвященных поражениям слизистой оболочки полости рта и губ у детей с atopическим дерматитом.

Материал и методы. Были проанализированы и обобщены данные современных литературных источников и собственных исследований, посвященных поражениям СОПР и губ у детей с atopическим дерматитом.

Обследование детей с atopическим дерматитом проводилось врачом-стоматологом на кафедре стоматологии детского возраста ГОО ВПО ДОННМУ на базе ГБУ ДГСП г. Донецка. Также пациенты были обследованы педиатром и аллергологом.

Результаты и обсуждение. Различными исследованиями установлено, что у пациентов с аллергической патологией, в том числе с atopическим дерматитом (АтД), отмечается более высокая распространенность стоматологических заболеваний: кариеса зубов, заболеваний пародонта, заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) и губ, чем у лиц, неотягощенных аллергическим состоянием.

Адмакин О.И. (2007) отмечает, что состояние СОПР и красной каймы губ (ККГ) у пациентов с atopическим дерматитом преимущественно зависит от характера, длительности и тяжести основного заболевания. Этим автором у большинства таких пациентов зафиксирован такой симптом как сухость СОПР: у 51,9-55,0% детей с АтД. Это объясняется тем, что у пациентов с аллергиями наблюдается уменьшение количества функционирующих слюнных желез, снижение скорости слюноотделения, изменение параметров ротовой жидкости, нарушение ее защитных свойств.

Грицюк Ю.Н. (2018) рассматривает кандидоз СОПР как осложнение atopического дерматита. Она отмечает, что у таких пациентов кандидоз протекает как в форме стоматита, так и в форме хейлита. Исследования Адмакина О.И. (2007) свидетельствуют о том, что у детей с АтД в 15,0-18,5% случа-

ев встречается кандидоз СОПР.

По данным других исследователей и нашим собственным клиническим наблюдениям герпетическая инфекция у пациентов с АтД встречается часто и нередко носит распространенный характер и протекает более тяжело, чем у здоровых детей.

Адмакин О.И. (2007) приводит следующую распространенность поражений губ у детей с atopическим дерматитом: эксфолиативный хейлит встречается у 29,2-35,0% пациентов; ангулярный хейлит – 30,0-41,6% (без указания на этиологию заед); хроническая трещина губ – 33,3-37,0%. По данным Тороповой Н.П. и соавторов (2010) atopический хейлит (АтХ) был выявлен у 21,4% от общего числа обследованных больных atopическим дерматитом.

Нами диагностирован atopический хейлит у 65 детей (52,85%) из 123 обследованных с диагнозом АтД. Симптомы хейлита у пациентов с АтД чаще всего нами отмечались у детей в возрасте от 5 до 8 лет. На эту возрастную группу детей приходилось 72,3% случаев диагностированного АтХ.

Адмакин О.И. (2007) обнаруживал десквамативный глоссит у 37,5-45,0% детей с atopическим дерматитом. Особенно ярко, по нашим наблюдениям, десквамативный глоссит проявлялся в период обострения основного заболевания.

Выводы. У пациентов с atopическим дерматитом поражения слизистой оболочки полости рта и губ встречаются значительно чаще по сравнению со здоровыми детьми. Среди патологии наиболее распространены сухость слизистой, кандидозные и герпетические поражения, часто отмечается эксфолиативный хейлит, обложенность языка и десквамативный глоссит. Atopический хейлит у детей может быть как самостоятельным симптомом дерматита, так и встречаться на фоне поражения кожи.

Высокая распространенность заболеваний СОПР и губ у детей с atopическим дерматитом требует дальнейшего углубленного изучения их патогенеза и разработки комплексных подходов к лечению.

ТОПИЧЕСКИЕ ПРОБИОТИКИ И БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ЛИЗАТЫ КАК СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Цель работы. Анализ и обобщение современных литературных данных и собственных исследований, посвященных изучению эффективности применения топических пробиотиков и бактериальных лизатов в лечении и профилактике заболеваний полости рта и глотки у детей.

Материал и методы. Были проанализированы и обобщены данные современных литературных источников и собственных исследований, посвященных изучению опыта применения топических пробиотиков и бактериальных лизатов в лечении и профилактике заболеваний полости рта и глотки у детей.

Результаты и обсуждение. Включение топических пробиотиков и бактериальных лизатов в лечение и профилактику острых и хронических заболеваний респираторного тракта и ротовой полости обосновано ведущими специалистами — педиатрами, оториноларингологами и стоматологами. Сегодня наиболее доступными и эффективными препаратами этой группы являются следующие: Имудон, БиоГая Продентис, Бактоблис.

Имудон представляет собой смесь лизатов бактерий, которые являются возбудителями наиболее часто встречающихся заболеваний ротоглотки. Ю.А. Ипполитов с соавторами отметили, что использование Имудона в терапии заболеваний пародонта сопровождается восстановлением нормального состава резидентной микрофлоры полости рта и противовоспалительным эффектом. И.Н. Лупан с соавторами свидетельствуют о том, что назначение Имудона при разных формах хронического фарингита более эффективно, чем традиционное лечение.

БиоГая Продентис содержит жизнеспособные бактерии *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 и *Lactobacillus reuteri* РТА 5289. О.А. Цодикова с соавторами подтвердили, что включение в состав комплексного лечения (реабилитации) детей с заболеваниями лимфоузлов ротовой полости БиоГая Продентис способствует улучшению микроэко-

логии ротоглотки и повышению адаптационных возможностей макроорганизма к внешним раздражителям. Н.О. Савичук с соавторами выявили эффективную эрадикацию пародонтопатогенных бактерий на фоне приёма БиоГая Продентис.

Бактоблис содержит *Streptococcus salivarius* K12. Крючко Т.О. с соавторами в результате своих исследований, отмечают выраженную профилактическую эффективность применения Бактоблиса с целью профилактики вирусных и бактериальных заболеваний респираторного тракта у детей.

С целью повышения эффективности коррекции микробиоценоза у детей с дисбиозом полости рта на фоне ношения ортодонтических аппаратов нами была предложена следующая схема: 1) обучение индивидуальной гигиене полости рта; 2) осуществление чистки зубов с помощью зубной пасты «R.O.C.S. PRO Brackets & Ortho»; 3) полоскание полости рта суспензией «Энтеросгеля»; 4) рассасывание таблеток «Декатилен»; 5) а затем – «Бактоблис».

Результаты проведенного нами лечения у 20 пациентов 8-12 лет с дисбиозом полости рта, на фоне ношения съемных ортодонтических аппаратов по предложенной методике, свидетельствуют о высокой её эффективности. У этих пациентов наблюдалось более быстрое исчезновение признаков воспаления, нормализация неспецифической резистентности слизистой полости рта и реакции адсорбции микроорганизмов, долгосрочное восстановление нормального состава микрофлоры полости рта, о чём свидетельствуют бак. посе- вы.

Выводы. Топические пробиотики и бактериальные лизаты являются эффективными средствами лечения и профилактики заболеваний полости рта и глотки у детей.

Предложенная нами схема коррекции микробиоценоза полости рта у детей с ортодонтическими аппаратами продемонстрировала свою высокую эффективность.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АРИТМОГЕННОГО ШОКА У РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

Актуальность. Аритмии остаются актуальной проблемой среди детского населения ввиду многообразия причин, их вызывающих. Аритмогенный шок – жизненно угрожающее состояние, при котором адекватный сердечный выброс невозможен из-за несбалансированности ритма сердечных сокращений.

Цель: описать клинический случай возникновения аритмогенного шока у подростка, оценить значимость течения конкурирующих заболеваний у ребенка 17 лет.

Материалы и методы: пациентка 17 лет с диагнозом, установленным в возрасте 3 года: Врожденный порок сердца: *Situs solitus*, двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка (тетрадный тип), гипоплазия и стеноз легочной артерии (клапанный, подклапанный, надклапанный), подаортальный дефект межжелудочковой перегородки, дополнительная верхняя полая вена, впадающая в коронарный синус. В возрасте 7 лет девочке выполнены следующие оперативные вмешательства: радикальная коррекция ДОМС от ПЖ, пластика выводного тракта ПЖ. В дальнейшем ребенок наблюдался у кардиолога, кардиохирурга, отмечалось сохранение остаточного градиента на клапане легочной артерии (50,0 мм рт. ст.), недостаточность трехстворчатого клапана I-II ст. В 2015 году девочка пережила несколько травмирующих событий, связанных с боевыми действиями (осколочные ранения, контузию, смерть близкого родственника), в результате чего начало отмечаться дневное и ночное недержание мочи, логоневроз. В отделение детской кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака пациентка поступила из реанимации Республиканской детской клинической больницы с желудочковой тахикардией с ЧСС 190-200 уд/мин, устойчивой к консервативной терапии. Фракция выброса левого желудочка составляла 19%. АД 65/40 мм рт. ст.

Результаты. Аритмогенный шок –

жизнеугрожающее состояние, требующее проведения немедленных реанимационных мероприятий. Данной пациентке на этапе интенсивной терапии проводилось антиаритмическое, кардиотрофическое, кардиопротекторное лечение (АТФ, кордарон, лидокаин, дигоксин, новокаинамид, преднизолон, верошпирон) без эффекта. Сохранялись явления дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, по данным ЭХО-КГ дилатация правых отделов сердца, недостаточность трикуспидального клапана III ст., выраженное снижение сократимости левого желудочка. В терапии отменены дигоксин, новокаинамид, АТФ. На третьи сутки отмены выполнена кардиоверсия 50 Дж, благодаря чему восстановлен синусовый ритм с ЧСС 50-60 уд/мин. По данным суточного мониторирования по Холтеру регистрировались одиночные правожелудочковые экстрасистолы в количестве 433 шт/сут, эпизоды миграции водителя ритма, полная внутрижелудочковая блокада.

Для дальнейшего дообследования после стабилизации состояния девочка была транспортирована в клинику РФ.

Вывод. Возникновение у пациентки с корригированным ВПС приступа желудочковой тахикардии, приведшей к аритмогенному шоку, безусловно, следует считать жизнеугрожающим состоянием. Предрасполагающим фактором явились пластика выводного тракта правого желудочка, дилатация правых отделов сердца, резидуальный стеноз легочной артерии, решунт на заплате ДМЖП с лево-правым сбросом. Провоцирующим фактором для развития желудочковой тахикардии явилась психотравма. Консервативная терапия не привела к восстановлению сердечного ритма, этого удалось достичь только с помощью проведения кардиоверсии. Дальнейшая подобранная антиаритмическая терапия позволила избежать рецидива возникновения аритмии.

ОЦЕНКА АМИНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ И МОЧИ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Актуальность. Аминокислоты – органические вещества, содержащие карбоксильные и аминные группы. Дефект ферментов на различных этапах трансформации веществ может приводить к накоплению аминокислот и их продуктов превращения, оказывать отрицательное влияние на состояние организма. К факторам, обуславливающим изменение спектра аминокислот крови при артериальной гипертензии (АГ), относится интенсификация белкового обмена, наступающая в связи с гиперфункцией некоторых подкорково-корковых структур, сердечно-сосудистой системы, надпочечных желез, печени и почек. Причиной нарушения белкового обмена при артериальной гипертензии является гипоксия и ацидоз, усиливающиеся при избытке катехоламинов. Изменения аминокислотного профиля при сердечно-сосудистых заболеваниях проявляются на ранних стадиях и могут иметь прогностическое значение.

Цель: оценить аминокислотный состав сыворотки крови и мочи у детей с первичной лабильной артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 детей (14 мальчиков и 6 девочек) в возрасте от 12 до 17 лет с диагнозом первичная лабильная артериальная гипертензия. Контрольную группу составили 20 здоровых сверстников (11 мальчиков и 9 девочек). Определение содержания 19 аминокислот в крови и моче выполнялось методом тонкослойной хроматографии на пластинах отечественных и зарубежных производителей: «Сорбфил» (Россия) и «Махерей Нагель» (Германия). Статистическую обработку результатов исследования проводили методами вариационной и альтернативной статистики с использованием лицензионных

программных пакетов для статистического анализа MedStat.

Результаты и их обсуждение. При проведении исследования выявлено статистически значимое различие аминокислотного состава крови и мочи в основной и контрольной группах. Повышенная экскреция аминокислот с мочой статистически значимо чаще регистрировалась у детей с первичной лабильной АГ в сравнении со 13 здоровыми сверстниками: аланина ($55,0 \pm 11,1\%$ и $10,0 \pm 6,7\%$, соответственно, $p < 0,01$), аспартата ($50,0 \pm 11,2\%$ и $0,0 \pm 0,0\%$, соответственно, $p < 0,01$), валина ($100,0\%$ и $5,0 \pm 4,9\%$, соответственно, $p < 0,01$), глутамата ($65,0 \pm 10,7\%$ и $0,0 \pm 0,0\%$, соответственно, $p < 0,001$), лейцина ($60,0 \pm 11,0\%$ и $0,0 \pm 0,0\%$, соответственно, $p < 0,001$), таурина ($35,0 \pm 10,7\%$ и $5,0 \pm 4,9\%$, соответственно, $p < 0,05$), фенилаланина ($55,0 \pm 11,1\%$ и $0,0 \pm 0,0\%$, соответственно, $p < 0,001$). Выявлено статистически значимое различие аминокислотного профиля сыворотки крови в основной и контрольной группах: повышенное содержание аланина ($25,0 \pm 9,7\%$ и $0,0 \pm 0,0\%$, соответственно, $p < 0,05$), аспартата ($30,0 \pm 10,2\%$ и $0,0 \pm 0,0\%$, соответственно, $p < 0,05$), гистидина ($35,0 \pm 10,7\%$ и $0,0 \pm 0,0\%$, соответственно, $p < 0,01$), глутамата ($20,0 \pm 8,9\%$ и $0,0 \pm 0,0\%$, соответственно, $p < 0,05$), метионина ($35,0 \pm 10,7\%$ и $0,0 \pm 0,0\%$, соответственно, $p < 0,05$), фенилаланина ($20,0 \pm 8,9\%$ и $0,0 \pm 0,0\%$, соответственно, $p < 0,05$).

Выводы. Аминокислотный состав в сыворотке крови и в моче у детей с первичной лабильной артериальной гипертензией имел статистически значимые различия в сравнении со здоровыми сверстниками по 9 аминокислотам: аланин, аспартат, валин, гистидин, глутамат, лейцин, метионин, тирозин, фенилаланин.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ: ОЧЕВИДНОЕ – НЕВЕРОЯТНОЕ

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

Сегодня ни у кого не вызывает сомнения факт, что формирование представления о здоровом образе жизни должно начинаться с детства. В этом плане перспективным является внедрение здоровьесберегающих технологий, сущность которых заключается в комплексной системе оздоровительных мероприятий, направленных на активное формирование здоровья, повышение «запаса прочности» детского организма, расширение адаптационных возможностей и ресурсов, повышение устойчивости к воздействию негативных факторов. Прежде всего, это оптимальная организация обучения ребенка в школе (отсутствие стрессовых ситуаций, адекватность требований, методик обучения и воспитания); полноценный двигательный режим; оптимальное питание и закаливание.

Все вышеуказанное невозможно осуществить в условиях активных боевых действий, которые сейчас проводятся на Донбассе.

Очевидно, что здоровая природная среда является важным условием сохранения здоровья населения, проживающего на данной территории. На сегодня есть веские доказательства роли питания в формировании сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ожирения, рака и др. Диетические международные рекомендации и консенсусные заявления различных организаций признают ключевую роль питания и употребления чистой питьевой воды как в профилактике, так и в лечении хронических заболеваний.

Невероятно, но в 2022 году многие дети Донбасса лишены возможности пребывания на свежем воздухе, употребления качественной питьевой воды и полноценного питания. На протяжении 8-ми лет отмечалось несоответствие питьевой воды ГСанПиНу 2.2.4-171-10 за счет ухудшения неорганических показателей и превышения концентрации тяжелых металлов

[Елизарова О.В., 2022]. В результате боевых действий в феврале 2022 года многие районы г. Донецка остались без централизованного водоснабжения.

Очевидно, что детская популяция наиболее уязвима к влиянию экогенных факторов за счет повышенного воздухо- и водообмена, значительной интенсивности обменных реакций организма, отсутствия у детей необходимого жизненного опыта по соблюдению правил санитарии и гигиены. Невероятно, но концентрация тяжелых металлов в почве г. Донецка в 2022 г. превышает максимально допустимые уровни в несколько сотен раз. Так, фоновые показатели свинца превышают ПДК в 112,5 раз, кадмия – в 2815 раз, меди – в 133 раза, мышьяка – в 75 раз [Ластков Д.О. и соавт., 2022].

В рационе семей обычно преобладают картофель, макаронные изделия, дешевые продукты с высоким содержанием сахара и жиров животного происхождения, недостаточное количество свежих сезонных овощей и фруктов. Дети месяцами не выходят на улицу из-за угрозы обстрела, а суммарная ежедневная продолжительность использования гаджетов детьми младшего школьного возраста превышает 6 часов в сутки.

Анализ состояния здоровья детей на фоне длительного острого и хронического стресса выявил значительные изменения со стороны психо-эмоциональной и когнитивной сфер, увеличение частоты соматической патологии, диссомнии, нарушение физического развития.

В условиях нестабильности внешней среды задачей родителей и педагогов является научить ребенка планировать свое время, увлечь его интересным занятием, постараться отвлечь от негативных эмоций, обучить правилам личной гигиены, добавлять в рацион питания витамины и микроэлементы. Ведь без здоровых детей у страны не будет здорового будущего!

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), одним из которых является артериальная гипертензия (АГ), формируются в детском и подростковом возрасте. Именно в этом периоде проявляются первые симптомы АГ. Резкий рост распространенности АГ во всем мире обусловлен увеличением числа детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением. Установлено, что индекс массы тела (ИМТ) является наиболее важным фактором, определяющим значение уровня АД у детей и подростков. Важное значение в прогнозировании осложнений АГ имеет применение суточного мониторирования АД (СМАД) с изучением циркадных колебаний АД. Снижение параметров variability сердечного ритма (BCP), отражающих симпатическую активность – SDNN и SDANN, ассоциируется с недостаточным снижением АД в ночное время. Очевидными механизмами такой взаимосвязи у пациентов с АГ служат дисфункция автономной нервной регуляции и гиперактивация симпатической нервной системы. Нарушение циркадных ритмов АД и снижение BCP является независимым фактором риска смерти от ССЗ и ассоциируется с повышенной вероятностью поражения органов-мишеней. В этой связи представляется целесообразным исследование взаимосвязи этих параметров с физической активностью у детей с АГ.

Также общеизвестным является то, что ожирение, с одной стороны, представляет собой самостоятельный фактор патогенеза АГ, с другой стороны, находится в тесной взаимосвязи с физической активностью индивидуума.

Цель – изучить особенности суточного профиля артериального давления и variability сердечного ритма в зависимости от уровня физической активности у детей с АГ.

Материалы и методы. Обследовано 56 детей (38 мальчиков и 18 девочек) с АГ. Возраст детей составил от 12 до 17 лет. Группу I составили пациенты с АГ и избыточной массой тела – 32 (57%) ребенка, группу II составили пациенты с нормальной массой тела и АГ – 24 (43%) ребенка. Всем паци-

ентам проведено суточное мониторирование АД и электрокардиограммы (ЭКГ) с анализом BCP. Для оценки физической активности использовали тредмил-тест (велозргометрия) по протоколу Bruce. Вес детей оценивался по центильным таблицам после расчёта ИМТ.

Результаты. При анализе данных СМАД наблюдалось значимое увеличение variability систолического АД в дневное время у пациентов 1 группы на фоне низкой ТФН – (17,97±0,64 мм рт.ст.) по сравнению с пациентами, имеющими достаточный уровень физической активности (12,43±0,73 мм рт.ст.). У пациентов с низкой ТФН более часто встречался суточный ритм АД по типу non-dipper (68,8%) по сравнению с пациентами, имеющими достаточную физическую нагрузку (41,6%). Также на фоне гиподинамии выявлено достоверное снижение показателей временного анализа BCP – SDNNi и RMSSD, отражающих дисбаланс автономной нервной регуляции сердечно-сосудистой системы. У детей 1 группы наблюдалось достоверное снижение SDNNi в дневное время – 30,18±1,75 мс и повышение SI 141,63±2,03 у.е. по сравнению с детьми II группы, что показывает напряжение регуляторных систем и подавление влияния парасимпатического отдела нервной системы.

Заключение. У детей с АГ и избыточной массой тела гиподинамия приводит к увеличению массы тела, снижению работоспособности и ухудшению адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, являясь самостоятельными факторами, приводящими к повышению variability и уменьшению степени ночного снижения АД, а также снижению BCP. Гиподинамия, избыточная масса тела, сниженная BCP играют ключевую роль в формировании прогностически неблагоприятного течения АГ. Высокая толерантность к физической нагрузке у пациентов с АГ и нормальной массой тела определяет более благоприятные условия для формирования устойчивости к негативным стрессовым воздействиям и развития перекрестной адаптации.

ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПОДРОСТКОВ ДОНБАССА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Цель работы состояла в оценке расстройств психического здоровья подростков экокризисного региона в условиях локального военного конфликта.

Материалы и методы. В качестве показателя загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация 8 тяжелых металлов (ТМ) и металлоидов в почве. Выполнен анализ распространенности расстройств психики и поведения среди подростков по самым «грязному» (Б.) и «чистому» (В.) районам (не пострадавшим от боевых действий) г. Донецка в сравнении с загрязненными районами К. и П., находившимися в зоне военного конфликта, и со среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: довоенного (2010-2013 гг.), переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и стабильного военного (2017-2019 гг.). Проведенная периодизация также учитывала изменения демографических характеристик. Для расчета интенсивных показателей использовались официальные учетно-статистические документы, показатели среднегодовой численности подросткового населения, которое обслуживалось учреждениями здравоохранения, с выкопировкой данных по районам. Рассчитаны коэффициенты парной корреляции Пирсона ($p < 0,05$) между уровнями расстройств психики у подростков и максимальной кратностью превышения концентрации ТМ в почве каждого района.

Результаты и обсуждение. При оценке работы психиатрической службы республики используются данные формы №10 (число лиц, находящихся под наблюдением на конец года), – существенно меньше, чем показатели формы №12 (количество зарегистрированных заболеваний). Различия между учетными формами среди подростков города: 17% в довоенный период,

5-12% в оба военных периода. В контрольном районе В. сокращение численности подростков впервые зарегистрировано с началом боевых действий в 2014 г., в районе П. – в 2016 г., резкое падение произошло в 2015 г. (В.) и в 2018 г. (В. и П.). В районах Б. и П., как и по городу в целом, сокращение численности подростков началось в военном стабильном периоде с 2017 г., с резким падением в 2018 г. В течение всего анализируемого периода наблюдалась в основном общая тенденция к росту всех показателей расстройств психики и поведения у подросткового населения в военные периоды, достоверная – в районах П. ($p < 0,01$) и В. ($p < 0,05$). Уровни распространенности данной патологии в районах Б. и П. были выше среднегородских, в «чистом» районе В. – ниже (даже при максимальном росте в военный период), т.е. в загрязненных районах (Б., П., К.) были больше, чем в контрольном, причем различия с П. и Б. – значимые ($p < 0,01$). В военный стабильный период уровни среди подростков района П. достоверно ($p < 0,01$) превышали таковые всех остальных районов.

Таким образом, ТМ являются факторами риска, однако линейная корреляционная связь с токсичными свинцом, кадмием (в отличие от взрослого населения) не установлена. В военный переходный период отмечена сильная связь показателей расстройств психики среди подросткового населения только с содержанием мышьяка ($r=0,950$) и слабая – в последующий период. Влияние мышьяка определили окраинные районы с многочисленными шахтными поселками, отапливаемыми за счет сжигания твердого топлива. Очевидно, ведущий фактор риска – последствия стресс-индуцированных состояний на фоне загрязнения окружающей среды.

ВЛИЯНИЕ КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ СВРОЖДЕННЫМИ СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

На санаторно-курортном этапе реабилитации проведена оценка в сравнительном аспекте показателей кардиогемодинамики, вегетативной регуляции сердечной деятельности, адаптационно-компенсаторных возможностей организма 117 детей в возрасте 7-16 лет с септальными врожденными пороками сердца (ВПС) – дефектом межпредсердной и дефектом межжелудочковой перегородки. после хирургической коррекции ВПС и

В исследование были включены 42 ребенка без хирургической коррекции ВПС (I группа) и 75 детей, перенесших оперативное лечение порока в различные возрастные периоды (II группа): в возрасте до одного года – 29,1% наблюдаемых, в возрасте старше одного года – 70,9% детей. Послеоперационный период до одного года был – у 1,0% детей, от 1 года до 5 лет – у 41,4% исследуемых, более 5 лет – у 57,6% детей.

Эффективность санаторно-курортной реабилитации и восстановления нарушенных функций сердечно-сосудистой, вегетативной-нервной, симпатoadреналовой систем, повышения работоспособности и качества жизни детей изучались методами доплерэхокардиографии, кардиоинтервалографии, реоэнцефалографии, электрокардиографии, спирографии, велоэргометрии, по тестам Айзенка, СМАС, ТДСФС, SF-36 и обрабатывались общепринятыми методами статистики (вариационным, корреляционным, дисперсионным). Контрольными физиологическими вели-

чинами были возрастные нормы, соответствующие возрасту наблюдаемых детей и подростков.

Период адаптации у детей обеих групп протекал неоднородно и зависел от характера порока, состояния гемодинамики и степени компенсации гемодинамических отклонений, а в группе детей, перенесших хирургическую коррекцию порока – и от сроков проведения оперативного вмешательства.

В результате проведенных исследований у детей с врожденными пороками сердца, как после оперативного лечения, так и без хирургической коррекции порока, выявлены признаки отставания в физическом развитии, умеренно выраженные изменения показателей кардиогемодинамики, дыхательной, вегетативной нервной, симпатoadреналовой систем, более выраженные у детей без хирургической коррекции порока и детей, перенесших оперативное лечение в возрасте старше одного года.

Установлено положительное влияние курортного этапа реабилитации на клинико-функциональное состояние детей с врожденными пороками сердца обеих групп. Восстановительный эффект измененных показателей сердечно-сосудистой, симпатoadреналовой и психологической систем реализовался за счет суммарного улучшения регуляторной функции этих систем и увеличения сократительной функции миокарда.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА АДАПТАЦИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ

ГУ ЛНР "Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки"

К настоящему времени изучена масса фактов, свидетельствующих о том, что нестабильное психоэмоциональное состояние матери во время беременности, ее эмоциональные реакции на стрессы служат причиной большого числа различных патологических состояний у ребенка, как психологических, поведенческих, так и соматических. Стрессовые ситуации, с которыми сталкивается женщина во время вынашивания, негативно отражаются не только на состоянии матери, но и на здоровье плода, создавая высокий риск внутриутробной гипоксии, преждевременных родов, рождения ребёнка с низкой и экстремально низкой массой тела, что обуславливает высокую заболеваемость ребёнка в будущем. Это объясняет актуальность исследований, связанных с возможностями прогнозирования уже в период беременности отдельных состояний ребенка при рождении и в раннем возрасте.

Целью исследования явилось показать степень нарушения адаптации детей в неонатальном периоде от матерей, перенесших острый психоэмоциональный стресс в разные периоды гестации.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 130 новорождённых, матери которых перенесли острый психоэмоциональный стресс во время беременности (тяжёлое состояние или потеря близкого человека, нахождение в эпицентре обстрелов и т.д.). В ходе исследования ретроспективно были проанализированы следующие документы: обменная карта беременной, история развития новорождённого ребёнка, история болезни новорождённого. Была проведена сравнительная оценка состояния здоровья новорождённых от матерей, находившихся под наблюдением.

Результаты. Анализ полученных ре-

зультатов показал, что у 55 (42,31%) матерей, перенесших психоэмоциональный стресс во время гестации, наблюдалась угроза прерывания беременности (УПБ), что в 4,51 раз чаще по сравнению с группой контроля (3(9,38%) матерей). Стрессовая ситуация сопровождалась не только более частой УПБ, но и в 8,85 раз более частыми преждевременными родами (27,69%) случаев. Воздействие стрессового фактора на мать ребёнка повышает риск развития хронической гипоксии плода в 2,5 раза. Дальнейшее исследование показало, что у новорождённых, матери которых во время беременности перенесли острый психоэмоциональный стресс, в раннем неонатальном периоде в 3,2 раза чаще регистрировалось гипоксически-ишемическое поражение (ГИП) центральной нервной системы (ЦНС). У наблюдаемых детей (13 новорождённых (10,0%) респираторный дистресс-синдром наблюдался в 3,13 раза чаще, чем у детей из контрольной группы (1 ребёнок (3,13%), матери которых не испытывали стресс во время беременности. При имевшем место остром психоэмоциональном стрессе в 2,42 раз возрастает вероятность развития гипербилирубинемии у новорождённых (у 59 новорождённых (45,38%) из первой группы и у 6 детей (18,75%) из контрольной).

Выводы. Данные клинических исследований воздействия острого психоэмоционального стресса на течение беременности, пренатального развития плода и постнатального состояния новорождённых свидетельствуют об увеличении риска невынашивания беременности, развития патологических состояний внутриутробного и постнатального развития у ребенка. Установлена более высокая частота осложнений при стрессе в первой половине беременности.

АНАЛИЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГУ ЛНР "Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки"

До сегодняшнего дня острый бронхит (ОБ) сохраняет лидирующие позиции среди самых распространенных острых заболеваний респираторного тракта в детском возрасте. Этиологическим фактором ОБ у детей в 90% случаев являются вирусные инфекции. Бронхит, вызванный бактериальным агентом, встречается существенно реже (менее, чем у 10% детей). Бактериальная природа бронхита более характерна для детей с муковисцидозом, пороками развития бронхолегочной системы, иммунодефицитными состояниями, курящих или подверженных пассивному курению. Этиологическая диагностика ОБ носит ретроспективный характер. Зачастую клинические симптомы и эпидемиологическая ситуация определяют тактику лечения. Наиболее сложным следует признать вопрос о назначении и выборе антибиотикотерапии при этом заболевании. Обзор отечественной и зарубежной литературы в этом направлении выявил проблему необоснованного назначения антибактериальных средств (АБ) для лечения инфекций дыхательных путей во всем мире. Согласно рекомендациям отечественных авторов, применение антибактериальных препаратов, даже в случае подозрения на наличие бактериальной этиологии острого бронхита, должно быть обосновано тяжестью состояния и/или лабораторными маркерами бактериального воспаления.

Цель исследования – изучение различных аспектов рационального применения АБ у детей, страдающих острым бронхитом.

Материалы и методы. Осуществлено ретроспективное исследование. Проанализированы медицинские карты (форма № 003/у) 47 детей в возрасте от 3 до 6 лет (медиана возраста 3,1 года), находившихся на стационарном лечении с диагнозом "острый бронхит" в одной из детских больниц г. Луганска. Из исследования исключали

дети с хронической патологией бронхолегочной системы. Изучались: спектр, частота, путь введения назначаемых АБ.

Статистическую обработку данных проводили с использованием Microsoft Excel для Windows.

Результаты и обсуждение. Было установлено, что все дети (47 чел., 100%) с острым бронхитом получали антибактериальную терапию в условиях стационара. При этом только в 12 (25,5%) случаях бронхит осложнился бактериальной инфекцией, на что указывали соответствующие клинические и гематологические показатели. Более, чем у половины детей (32 чел., 68,1%) препарат вводился в инъекционной форме; ступенчатый принцип с последующим переходом на пероральный прием использования отмечен лишь у 5 (10,6%) человек. В качестве стартовой терапии у подавляющего числа пациентов педиатры отдавали предпочтение цефалоспорином III поколения (30 чел., 63,8%), антибиотики «золотого стандарта» – защищенные пенициллины были назначены 9 (19,2%) детям.

Выводы. Анализируя полученные данные, приходится констатировать высокую частоту избыточного назначения АБ при острых бронхитах у детей, их нерациональный «стартовый» выбор, высокую инъекционную нагрузку. Данная проблема, по мнению авторов, может быть связана с ограниченностью в проведении необходимых диагностических исследований в амбулаторных условиях, что затрудняет дифференциальную диагностику; боязнь ошибиться, "давление" со стороны родителей, недостаточное знание врачами актуальных рекомендаций по лечению ОБ. Все это диктует необходимость повышения уровня знаний врачей-педиатров в направлении рациональной антибиотикотерапии.

СТРЕССЛИМИТИРУЮЩИЕ МЕТОДЫ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»*

Цель. Целью настоящего исследования была разработка и внедрение комплекса реабилитационных мероприятий при данной патологии, включающего методы физиотерапевтического воздействия и лечебную физическую культуру (ЛФК).

Материалы и методы. Объектами наблюдения были 52 девочки-подростка в возрасте от 13 до 17 лет, страдающих данной патологией. Всем пациентам проводили антропометрические измерения (спирометрию, динамометрию), функциональные пробы (проба Мартинэ, Штанге, Генчи), оценивали состояние уровня тревожности до и после курса реабилитации, используя цветовые тесты Люшера и патохарактерологический опросник А.Е.Личко.

Основопологающим при выборе методов и методик воздействия явилось понимание того, что недифференцированная дисплазия соединительной ткани и нарушения менструального цикла являются системными заболеваниями, при которых необходимо воздействовать на организм в целом и прежде всего – на центральные регуляторные механизмы. Наличие у пациентов повышенного уровня тревожности требовало выбора стресслимитирующих факторов, что не противоречило основной тенденции. Для решения поставленных задач нами были использованы общие методики электрофореза, дарсонвализация, гидротерапия (аромаванны с маслами герани, лаванды, шалфея чередовались с контрастным душем).

Электрофорез (витамина В1, сульфата магния, бромидов) проводили по методике общей гальванизации по Вермелю. Эффективность данного метода обусловлена действием гальванического тока и образованием депо лекарственных веществ, что обеспечивает пролонгированное действие препаратов (до 20-30 дней). Важным является также тот момент, что при таком воздействии минимальные дозы препарата обеспечивают максимально выраженный терапевтический эффект. Дарсонвализация назначали по контактной лабильной методике на шейно-воротниковую область и в зонах варикозных изменений или петехий. Для укрепления мышечно-связочного аппарата профилактики и борьбы с птозом

органов использовались импульсные токи низкой частоты (амплипульс-терапию). Зоны воздействия: паравертебрально на уровне различных отделов позвоночника, а также поперечно в проекции органов малого таза и проблемных суставов.

Ежедневно пациентки занимались лечебной физкультурой. При этом использовались все формы ЛФК. В качестве дополнительных средств ЛФК назначали сегментарный массаж и дозированную ходьбу. В комплекс лечебной гимнастики были включены общеразвивающие упражнения для различных мышечных групп в сочетании с дыхательными и специальными упражнениями на укрепление мышц спины, брюшного пресса и тазового дна, на увеличение подвижности суставов, а также на расслабление.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты наблюдения (клинические аспекты, а также данные спирометрии, динамометрии и функциональных проб, показателей уровня тревожности) свидетельствуют о благотворном влиянии данного комплекса на состояние здоровья пациенток. Проведение комплекса разработанных нами реабилитационных мероприятий позволило выявить положительную динамику в состоянии здоровья пациенток, выражающуюся в улучшении их общего состояния, нормализации сна, аппетита, повышении умственной и физической работоспособности, снижении повышенной эмоциональной реактивности и уровня тревоги ($P < 0,001$).

Выводы. Применение разработанной нами программы позволило достоверно снизить уровень тревожности пациенток, укрепить их эмоциональную устойчивость, что является пусковым моментом для реализации механизмов саногенеза. Такой комплекс реабилитационных мероприятий позволяет укрепить здоровье девушек-подростков, улучшить их психоэмоциональное состояние, снизить уровень тревожности, нормализовать деятельность центральных регуляторных систем, предотвратить возможные осложнения и создать условия для нормального функционирования репродуктивной системы.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Актуальность. Возникающие у детей с сахарным диабетом (СД) типа 1 кардиоваскулярные нарушения становятся основной причиной смертности взрослых пациентов. Миокардиодистрофия способствует развитию сердечной недостаточности, артериальная гипертензия (АГ) приводит к прогрессированию сосудистых осложнений у данной группы пациентов.

Цель исследования. Изучить состояние сердечно-сосудистой системы при СД типа 1 у детей в возрасте от 5 до 15 лет в зависимости от продолжительности заболевания.

Материалы и методы. Обследованы 40 детей в возрасте от 5 до 15 лет, страдающие СД типа 1 с длительностью заболевания от нескольких месяцев до 10 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с продолжительностью СД до 5 лет (n=18), 2 группа (n=22), продолжительность СД более 5 лет. Контрольную группу составили 30 здоровых детей. Использовали оценку вариабельности ритма сердца (ВРС) по данным ЭКГ и кардиоинтервалографии (КИГ). Для оценки параметров центральной гемодинамики и диастолической функции левого желудочка использовали ДопплерЭхоКГ (ДЭхоКГ).

Результаты и их обсуждение. При анализе показателей ЭКГ у детей с СД нарушения ритма выявлялись в 79% случаев, нарушения проводимости – в 26%, нарушения реполяризации у 42% обследуемых детей. Причем выявленные изменения регистрировались достоверно чаще ($p < 0,01$) у детей с продолжительностью течения СД более 5 лет. У детей в возрасте старше 10 лет изменение сердечного ритма наблюдались чаще и регистрировались в виде синусовой тахикардии (64%), нарушение процессов реполяризации с наличием низковольтажных комплексов QRS (17%), признаками повышенной электрической активности левого желудочка – (19%), говорящими о наличии обменно-дистрофических и электролитных изменений в миокарде. В 16% случаев у детей с СД продолжительностью более 5 лет и кетоацидозе было выявлено удлинение интервала QT. Известно, что удлинение интервала QT является маркером электрической нестабильности миокарда

и предшественником развития жизнеугрожающих желудочковых аритмий.

Изменения на КИГ характеризовались снижением ВРС с резким увеличением индекса напряжения (ИН) регуляторных систем – у 20% детей с продолжительностью течения СД до 5 лет ($p < 0,01$), что свидетельствовало о парасимпатической недостаточности. При этом у 11% обследованных детей с СД при высоком исходном напряжении регуляторных систем, отмечались признаки недостаточности симпатической активности. Это свидетельствовало об истощении компенсаторных механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы данных пациентов. У детей с СД типа 1 с различными сосудистыми осложнениями выявлялась гиперсимпатикотония в покое (31,6% случаев). Гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность (ВР) при выполнении клинортостатической пробы (КОП) отмечена в 51,8% случаев, что характеризует напряжение адаптационно-компенсаторных механизмов регуляции ССС. Асимпатикотоническая ВР была в 11,8% случаев, что говорит об истощении механизмов адаптации. У детей с СД типа 1 впервые выявленном гиперсимпатикотония в покое отмечалась в 17,1% случаев, гиперсимпатикотоническая ВР при выполнении КОП – в 70,1%, асимпатикотоническая ВР – в 2,5% случаев. Важное диагностическое значение для обнаружения разных признаков миокардиодистрофии имеет ДЭхоКГ с оценкой параметров центральной гемодинамики и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ). Среди обследуемых, у которых продолжительность СД была до 5 лет изменения касались диастолического наполнения ЛЖ без изменения скорости потока в фазу раннего диастолического наполнения. Среди детей, страдающих СД более 5 лет, наблюдалось увеличение скорости потока в фазу позднего диастолического наполнения.

Выводы. Таким образом, уточнение времени появления ранних изменений в состоянии ССС у детей с СД дает возможность улучшить диагностику и своевременно подключить корригирующую терапию, что может улучшить прогноз этих осложнений СД у детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТРЕЗИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ИНТАКТНОЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКОЙ (АЛАИМП), ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ, ЗА ПЕРИОД 2003-2022 ГГ.

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (ИНВХ)

Атрезия клапана легочной артерии с интактной межжелудочковой перегородкой – редкий критический врожденный порок сердца (ВПС), при котором отсутствует сообщение между правым желудочком и легочной артерией (ЛА), и жизнь новорожденного зависит от функционирования открытого артериального протока (ОАП). Нозология включает различные морфологические варианты: сочетание атрезии клапана ЛА, гипоплазии правого желудочка (90% случаев), патологии трехстворчатого клапана, аномалии коронарных артерий (фистулы, стенозы и др.) – до 45% случаев. Возможна атрезия легочного ствола.

Цель работы: анализ динамического наблюдения пациентов с АЛАИМП, проживающих в Донецком регионе, за период 2003-2022 гг.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 11 пациентов с АЛАИМП: 9 (81,82%) мальчиков и 2 (18,18%) девочки. В 1 случае диагноз был установлен антенатально, в остальных – в первые сутки жизни. У 9 (81,82%) чел. выявлена гипоплазия правого желудочка, гипоплазия/атрезия трехстворчатого клапана, атрезия клапана легочной артерии I типа. Порок сочетался с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) или открытым овальным окном (ООО), открытым артериальным протоком (ОАП). У 1 (9,09%) чел. имел место единственный желудочек сердца, атрезия легочной артерии (тип IV), ДМПП, недостаточность атриоventрикулярных клапанов III-IV степени. У 1 (9,09%) чел. установлена аномалия Эбштейна, атрезия клапана легочной артерии, ООО, ОАП.

Результаты и обсуждение. На первом этапе кардиохирургической коррекции 7 (63,63%) пациентам выполнили процедуру Рашкинда, наложение модифицированного анастомоза Блелока или системно-легочного анастомоза, затем проводили радикальную коррекцию: по двужелудочковому типу (1 чел.) или одножелудочковому (3 чел.). Ребенку с аномалией Эбштейна на 4 сут. жизни выполнили операцию Старнца: закрытие трехстворчатого кла-

пана заплатой, атриосептэктомию, наложение анастомоза Блелока. До 1 месяца умерли 4 чел.: 2 (18,8%) чел. на 2 сут. жизни (родились в сельской местности), в 1 (9,09%) чел. – на 3 сут., 1 (9,09%) чел. – на 10 сут. до оказания кардиохирургической помощи. Всем детям с рождения проводили инфузию вазопростана. В 1 (9,09%) случае ребенок умер в возрасте 8 мес. от пневмонии. В 2 (18,8%) случаях пациентам в ИНВХ им. В.К. Гусака успешно выполнен первый этап хирургической коррекции – процедура Рашкинда и наложение анастомоза Блелока, но после года связь с этими детьми прервана. Вероятно, они наблюдаются в других кардиохирургических центрах. Пример двужелудочковой коррекции АЛАИМП. Пациент П., 17 лет, поступил в ИНВХ с жалобами на повышенную утомляемость после физической нагрузки, одышку при интенсивной ходьбе. ВПС выявлен в роддоме. Гипоплазия правого желудочка была выражена незначительно. В 9 мес. наложен анастомоз Блелока (г. Киев), в 7 лет – произведена радикальная операция (г. Киев). В настоящее время сохраняется недостаточность аортального клапана I-II ст., недостаточность трикуспидального клапана I-II ст., аневризматическое расширение корня аорты. Легочная гипертензия. ХСН2а. Особенность случая – множественные признаки соединительнотканной дисплазии: патологическая извитость обеих внутренних сонных артерий, гипоплазия позвоночной артерии справа, правосторонняя паховая грыжа, кифосколиоз, килевидная деформация грудной клетки, гипермобильный суставной синдром. Задержка физического развития. Пример одножелудочковой коррекции АЛАИМП. Девочка В., 12 лет, поступила с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, повышенную утомляемость. Отмечается диффузный цианоз кожных покровов, акроцианоз, SpO₂ 84-89%, после небольшой нагрузки – 78%. Диагноз установлен в роддоме. В ИНВХ в 1 сут. жизни выполнена баллонная атриосептостомия; на 5 сут. – наложение анастомоза Блелока; в 6,5 мес. – анастомоза Гленна, атриосептостомия, суживание ЛА; в 6 лет (г. Санкт-Петербург)

– операция Фонтена. Развивалась с отставанием в физическом, психомоторном и речевом развитии. В настоящее время отмечается дилатация левого желудочка, недостаточность митрального клапана I ст., множественные мелкие артериовенозные фистулы в правом легком, фистула 4 мм между нижней поллой вены и правым предсердием, хроническая артериальная гипоксемия ХСН2а.

Выводы: АЛАИМП сопровождается высокой летальностью. ВПС должен быть диагностирован антенатально. Хирургическая коррекция зависит от степени гипоплазии правого желудочка и типа атрезии легочной артерии. Пациенты нуждаются в длительном наблюдении кардиолога, кардиохирурга, при необходимости, врачей других специальностей.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГБУЗРК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

Цель работы изучение влияния комплексного санаторно-курортного лечения на функциональные показатели ЦНС детей с избыточной массой тела, группа риска по артериальной гипертензии. Проблема артериальной гипертензии (АГ) в нашей стране привлекает пристальное внимание не только терапевтов, кардиологов, но и педиатров. Резкий рост распространенности АГ во всем мире обусловлен увеличением числа детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением. Так, если среди детей с нормальной массой тела распространенность АГ составляет 1-4%, то по разным данным при избыточной массе тела она возрастает до 10-27%, а при ожирении до 25-47%. Из наиболее значимых факторов для развития АГ является функциональное состояние ЦНС, координирующее деятельность вегетативной нервной системы (ВНС).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 42 детей с избыточной массой тела, находившихся на санаторно-курортном лечении в санатории «Смена», 22 (52,4%) девочек и 20 (47,6%) мальчиков в возрасте 10-16 лет, средний возраст составлял $12,8 \pm 0,32$ лет. Значения индекса массы тела (ИМТ), индекса Кетле у детей с избыточной массой тела составляли $24,4 \pm 0,37 \text{ кг/м}^2$ у девочек и $23,7 \pm 0,32 \text{ кг/м}^2$ у мальчиков. Функциональное состояние ЦНС оценивали методом ЭЭГ. Регистрация ЭЭГ осуществлялась на электроэнцефалографе «Нейроком» в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами. Проведен анализ биоэлектрической активности головного мозга в покое и под влиянием нагрузки 3х минутной гипервентиляцией.

Результаты исследований. Электроэнцефалограммы с модулированным альфа

ритмом 9,2 Гц амплитудой $55,2 \pm 4,5 \text{ мкВ}$ с правильным зональным распределением в теменно-затылочных отведениях, (ЭЭГ соответствующие возрастной норме), регистрировались у 29 (69,0%) больных. У 6 (14,3%) регистрировалась низкоамплитудная (до 30 мкВ) полиморфная биоэлектрическая активность, свидетельствующая о повышении активирующих влияний неспецифических регуляторных систем головного мозга. Пароксизмальная активность в виде генерализованных пароксизмальных разрядов в ритме тета волн под влиянием гипервентиляции, свидетельствующая о повышенной активации стволовых структур мозга, регистрировалась у 7 (16,7%) детей.

Под влиянием комплексного санаторно-курортного лечения, включающего лечебно-двигательный режим, сбалансированное питание, климатолечение, ЛФК, массаж воротниковой области № 8-10, бальнеолечение – хлоридные натриевые ванны слабой минерализации наблюдалась благоприятная динамика в виде повышения амплитуды биоэлектрической активности головного мозга до 45 мкВ, улучшения регулярности ритма у 6 (19,3%) больных с исходно низкоамплитудными ЭЭГ. Такие изменения показателей ЭЭГ свидетельствовали об улучшении корково-подкорковых взаимоотношений.

Таким образом, у больных с избыточной массой тела, с функциональными отклонениями биоэлектрической активности головного мозга в виде повышения активирующих влияний неспецифических регуляторных систем, санаторно-курортное лечение оказывает благоприятное влияние на состояние центральной нервной системы.

ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Цель работы состояла в оценке влияния тяжелых металлов на распространенность болезней крови у детей в техногенном регионе, в т.ч. в условиях последствий военного и эпидемического дистресса при локальном военном конфликте.

Материалы и методы. В качестве показателя загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация 12 тяжелых металлов и металлоидов (ТМ) в почвах г. Донецка. Оценка распространенности болезней крови (БК) проводилась по 3-м основным показателям: всем болезням, анемиям (А.) и железодефицитным анемиям (ЖА.). Выполнены расчет и анализ уровней распространенности среди детского населения с учетом гендерных и возрастных различий по самым «грязному» (Б.) и «чистому» (В.) районам (не пострадавшим от боевых действий) г. Донецка в сравнении со среднегородскими показателями в течение 4-х временных периодов: довоенного (2012-2013 гг.), переходного военного-начала боевых действий (2014-2016 гг.), стабильного военного (2017-2019 гг.) и пандемии (2020-2021 гг.). Статистическая обработка проведена общепринятыми методами с помощью лицензионного пакета прикладных программ MedStat.

Результаты и обсуждение. Среднегородские уровни распространенности по всем трем показателям в течение всех анализируемых периодов у дошкольников (0-6 лет) были достоверно выше, чем у школьников (7-14 лет). В районе Б. аналогичная зависимость отмечалась с началом боевых действий (II-IV периоды), в довоенный период значимые различия были только в отношении ЖА. В контрольном районе В. в III периоде достоверная возрастная разница наблюдалась по всем показателям, в I-II периодах – по всем БК и А., в IV периоде – только по всем БК. Если по городу с началом военного конфликта распространенность БК среди девочек значимо превышала таковую у мальчиков, то в районе Б. такие гендерные различия определялись только в период пандемии. Среднегородские уровни распространенности в II-IV периодах значимо превышали уровни I-II периодов по всем показателям в группе «0-

14 лет» и у девочек, среди дошкольников эта зависимость сохранилась только для IV периода, в обеих возрастных группах уровень III периода был достоверно больше довоенного уровня по ЖА, среди мальчиков, напротив, уровень всех БК в военные периоды (II-IV) значимо упал. У мальчиков «грязного» района уровень III периода достоверно превышал уровни остальных военных периодов по всем показателям, у девочек наибольшим был уровень периода пандемии по А, в т.ч. ЖА; для всех детей довоенный уровень значимо превысил таковой во II периоде. Для всех детей, девочек и дошкольников района В. довоенный уровень был достоверно больше, чем в III-IV периодах по всем болезням и А., у мальчиков максимальные уровни отмечались в I-II периодах. Если в первые два периода уровни «чистого» района достоверно превышали уровни «грязного» по всем БК и А среди всех детей, мальчиков и дошкольников, то по ЖА отмечалась противоположная зависимость. В III-IV периодах уровни района Б. были значимо больше района В. по всем показателям во всех группах, кроме школьников. В довоенный период проявилось преимущественно токсическое действие ртути, в военные периоды – свинца, кадмия, мышьяка, стронция и алюминия. Удельный вес А среди всех БК и доля ЖА среди всех анемий за весь анализируемый период соответственно составили: по городу – $96,5 \pm 0,6\%$ и $86,7 \pm 3,7\%$, по «грязному» району – $94,0 \pm 2,6\%$ и $95,3 \pm 1,1\%$, по «чистому» району – $87,9 \pm 5,0\%$ и $58,5 \pm 23,1\%$. В контрольном районе на протяжении I-IV периодов по мере снижения уровней распространенности снижается удельный вес А и растет доля ЖА. Таким образом, в условиях экокризисного региона уровни распространенности ЖА среди детей в довоенный период и всех БК в военные периоды определялись загрязненными районами, последствия стресс-индуцированных состояний усугубили неблагоприятное действие ТМ на детей, в первую очередь пострадавших районов. ЖА следует признать экологически зависимым заболеванием.

ВРОЖДЕННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ: СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ У РЕБЕНКА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Известно, что гипотиреоз – синдром, развивающийся вследствие патологического снижения активности щитовидной железы в результате различных заболеваний, т.е. синдром, обусловленный снижением действия Т4 и Т3 на ткани-мишени. При всех нарушениях биосинтеза недостаточная продукция тиреоидных гормонов вызывает повышенное выделение тиротропного гормона (ТТГ) гипофизом с последующим развитием гипертрофии и гиперплазии щитовидной железы, которая не способна компенсировать тиреоидную недостаточность. Последняя характеризуется замедлением всех видов обмена. Приводит к: нарушению питания нервных клеток; снижению электрической активности головного мозга; нарушению сердечно-сосудистой системы; поражению паренхиматозных органов, слизистых оболочек, кожи, что проявляется гиперкератозом, дегенеративными изменениями эпидермальных клеток, отеком соединительно-тканного слоя; нарушению процессов окостенения и др. Важнейшим биохимическим признаком первичного гипотиреоза является низкий уровень свободного Т4 (расчётного свободного Т4) и повышенный уровень ТТГ.

Вашему вниманию представляется история развития ребенка А., 4 г. 7 мес. Находился в Городском специализированном доме ребенка г. Донецка с 19.03.2020 г. по 16.09.2020 г. Диагноз основной: врожденный гипотиреоз, медикаментозная компенсация. Сопутствующие: задержка психо-речевого развития. Атопический дерматит, период неполной ремиссии. Задержка физического развития (дефицит роста). Гипоспадия, головчатая форма. Анамнез заболевания и жизни: ребенок родился от 1-й беременности, патологических родов путем кесарева сечения, в сроке гестации 38 недель, массой 3200 г, длиной тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 3-4 балла. Семейный анамнез: мать ребенка наблюдается по поводу гипотиреоза, псевдогипопаратиреоза в стадии субкомпенсации. Состояние после рождения тяжелое за счет дыхательных расстройств. Проводились реанимационные мероприятия.

Отмечен специфический габитус при рождении (крик слабый, грубый, двигательная активность снижена, кожные покровы пастозные, макроглоссия, склонность к брадикардии, увеличение печени +3 см, нарушение терморегуляции). Ребенку в возрасте 3-х недель выполнено исследование: ТТГ-5,79 мМЕ/л (N-0,3-4,0 мМЕ/л) (повышен), Т3 св.-3,3 пмоль/л (N-2,5-5,8 пмоль/л) (N), Т4 св.-15,9 пмоль/л (N-10-23 пмоль/л) (N). Однако осмотр эндокринолога был проведен только в возрасте 1,5 мес. Заключение: учитывая клинику тиреоидной недостаточности с первых дней жизни, низкий интегральный тиреоидный индекс 3,3 (N-7,04-27,21), установлен диагноз врожденного гипотиреоза. Рекомендован прием L-тироксина. Объективно: физическое развитие ниже среднего за счет дефицита роста. Состояние средней тяжести по основному заболеванию. Самочувствие удовлетворительное. Осмотр по органам и системам без особенностей. Обследован: ТТГ-0,87 МЕ/мл – норма (медикаментозная компенсация). Неврологический статус: малоактивен, вербальный контакт резко ограничен, социальная адаптация низкая. Мышечный тонус ближе к удовлетворительному. Сухожильные рефлексы живые, равны. Походка не нарушена. Получал лечение: заместительная терапия L –тироксином в дозе 62,5 мкг/сут ежедневно, кальция гопантенат. Проводились психолого-педагогическая коррекция, занятия с логопедом, арт-терапия, монтессори-терапия. За 6 месяцев пребывания в доме ребенка отмечалась некоторая положительная динамика. Стал активнее, улучшился сон и аппетит. Начал больше проявлять инициативу в общении, в игре, на занятиях стал более внимательным.

В заключение, данное клиническое наблюдение представляет интерес для педиатров, детских эндокринологов, подтверждает важность ранней диагностики врожденного первичного гипотиреоза, т.к. поздняя диагностика последнего приводит к выраженной задержке нервно-психического развития.

ОБОСНОВАНИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПРОГРАММУ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ ПРИ ДИСФУНКЦИЯХ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

¹ГБУ «Донецкий республиканский врачебно-физкультурный диспансер»

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Цель работы – проанализировать структуру и частоту выявления патологии прикуса у спортсменов 8-17 лет с диагностированными дисфункциями сердечнососудистой системы (ССС), для рационального включения биологических методов его коррекции в комплексную программу физической реабилитации (ФР).

Материалы работы получены по данным: диспансерного наблюдения за 5437 спортсменами в возрасте 8-17 лет, различных специализаций и квалификаций; анализа показателей соматической заболеваемости диспансерного контингента (1187 человек) в аспектах не корригируемых детерминант ее развития и прогрессирования (возраст, пол, спортивная специализация, спортивный стаж).

Методы исследования: контент-анализ теоретических и методических работ, данных нормативно-отчетной документации по заболеваемости спортсменов; ортодонтические методы диагностики (клинические, функциональные, лабораторные).

Результаты и обсуждение. При обосновании стратегии ФР в практике подготовки спортсменов специалисты рекомендуют детально изучать особенности распространенности диагностируемой соматической патологии. Следует рассматривать специфику клинического течения, степень тяжести проявления дисфункций организма в аспектах возраста и специализации обследованных спортсменов. Это позволяет выделить и провести коррекцию экзогенных и эндогенных факторов развития и прогрессирования заболеваний различных систем организма. Среди экзогенных факторов значение имеют особенности: тренировочной и соревновательной деятельности, питания, фармакологической поддержки. В группе эндогенных факторов патологии информативны особенности: наследственности, конституции, периодов роста и созревания организма спортсмена, сочетанные патологии. Полученные данные позволяют проводить коррекцию отклонений здоровья с акцентом на ведущей патологии, при этом включать в комплекс ФР средства с учетом имеющихся заболеваний (сочетанных патологий), коими у

спортсменов, достаточно часто, являются аномалии прикуса. Согласно научному мнению, среди спортивных контингентов наиболее распространены дисфункции ССС, которые существенно лимитируют эффективность процесса их подготовки. В нашем исследовании патологии ССС диагностированы у 548 чел. (46,40 % от общего количества спортсменов с патологиями). Из них: 116 (21,17%) – хронические формы (диспластическая кардиопатия (ДКП)); 432 (78,83%) – острые (обратимые) дисфункции (чаще – расстройства ритма сердца, реже – нарушения процессов проводимости и реполяризации). В возрастном аспекте отмечен экстенсивный прирост острых форм дисфункций ССС, но увеличение количества диагностики хронических форм. Наибольший процент патологий ССС отмечен у юных спортсменов с крайними антропометрическими стандартами (акселераты (355 чел.) и ретарданты (70 чел.)), что объясняет высокую распространенность аномалий ортодонтического профиля. По заключению стоматолога 92,88 % тематического контингента спортсменов имеют аномалии прикуса/зубных рядов. В наибольшем количестве диагностирован дистальный прикус – 410 чел. (нижняя микрогнатия: дисгнатия II класса с нормальной верхней челюстью – 363 чел; дисгнатия III класса с уменьшенной верхней челюстью – 47 чел). Реже – мезиальный прикус – 99 чел. (как правило, верхняя микрогнатия в сочетании с куполообразным небом). Аномалии прикуса ввиду недоразвития верхней челюсти диагностированы у спортсменов с ДКП, что является частым проявлением синдрома дисплазии соединительной ткани.

Таким образом, высокая распространенность диагностики аномалий прикуса у юных спортсменов с дисфункцией ССС обосновывает включение в комплексную программу их ФР биологических методов ортодонтического лечения (миогимнастика, логопедическая гимнастика, пальцевой массаж, ЛФК), для стимуляции роста челюстей по горизонтали и перемещения их в положение физиологической нормы.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭКЗОСКЕЛЕТА ЭХОАТЛЕТ В КОМПЛЕКСНОЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЦП

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности и безопасности ЭКЗОСКЕЛЕТА ЭХОАТЛЕТ в комплексной санаторно-курортной реабилитации пациентов с ДЦП. Под наблюдением находилось 94 ребёнка с ДЦП форма спастическая диплегия в возрасте от 12 до 17 ($13,15 \pm 0,42$) лет в специализированном психоневрологическом отделении ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий им. Е.П.Глинки» МО РФ. Формулировка основного диагноза ребенка осуществлялась на основании международной классификации заболеваний МКБ-10/ICD-10.

В основной группе (ОГ – 22 ребёнка) в комплекс санаторно-курортного лечения включали курс робототерапии в виде модели роботизированная активно-пассивная (ЭкзоАтлет – экзоскелет) для формирования двигательного стереотипа. Курс ходьбы в аппарате в среднем составлял $7,13 \pm 0,13$ дней. Длительность ходьбы на одну процедуру – $25,34 \pm 0,02$ мин. Параметры движений подбирались индивидуально, в зависимости от нейроортопедического статуса пациента. Каждый сеанс происходило постепенное увеличение длительности ходьбы.

Для сравнительной оценки эффективности предложенного метода лечения и традиционного санаторно-курортного комплекса была сформирована группа сравнения (ГС) из 72 детей с ДЦП, получающих общее санаторно-курортное лечение. Были использованы следующие методы исследования: клиническое по общепринятой схеме педиатрического и специального осмотра узкими специалистами с анализом анамнестических данных и медицинской документации; нейропсихологическое тестирование: оценка тяжести двигательных расстройств (ДЦП) с использованием шкалы Ашворда, GMFCS,

EDSS; функциональные методы: ультразвуковое исследование мышц нижних конечностей, биомеханика ходьбы с оценкой подографических параметров – длительность двойного шага, соотношение фазы опоры и переноса, продолжительность интервалов опоры на пятку, стопу и носок, а также длительность фазы двойной опоры; электромиограмма в границах двойного шага, определенных во время обработки подограммы. В процессе ходьбы определялся интегральный показатель, характеризующий интенсивность работы мышц и оценивался электромиографический профиль каждой мышцы соответственно фазам локомоторного цикла, с отметкой в которую из фаз был зарегистрирован максимум активности.

В результате проведенного комплексного санаторно-курортного лечения с включением робототерапии доказано, что программируемая ходьба в ЭкзоАтлете способствует выработке шагового движения, приближающегося к физиологической норме, отмечена пролонгация эффекта после снятия робота, длительность которой увеличивается с увеличением времени занятий. Применяя метод робототерапии у детей со спастической диплегией, дополненный электромиографическим мониторингом, возможно добиться более эффективного восстановления двигательных возможностей ребенка с детским церебральным параличом, а также поддержать положительную динамику и повысить клиническую эффективность лечения больных ДЦП. Дифференцированное применение предложенных реабилитационных комплексов также позволяет улучшить нервно-психическое развитие ребенка, его социальную адаптацию, повысить экономическую эффективность санаторно-курортного этапа восстановительного лечения больных ДЦП.

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДОНБАССА

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

Среди всех анемий в мире наиболее часто встречается железодефицитная форма (ЖДА). Согласно оценкам ВОЗ, уровень распространенности железодефицитной анемии среди детей и подростков составляет 25-60%. К причинным факторам развития данного заболевания относят возраст, пол, сопутствующую патологию, социально-экономические условия проживания.

Цель исследования: изучение частоты и причин возникновения железодефицитной анемии у детей разных возрастных групп, проживающих в Донбассе.

Материалы и методы: ретроспективный анализ медицинской документации 136 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении онкогематологии для детей Института неотложной и восстановительной хирургии (ИНВХ) им. В.К. Гусака в 2010 - 2020 г.г. по поводу железодефицитной анемии. Проведено анкетирование 136 родителей и/или детей с ЖДА для уточнения причин возникновения заболевания. Для статистической обработки данных использовали пакет программ Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. На лечении находилось 136 больных с диагнозом железодефицитная анемия. Из них жители Донецка и других городов Донецкой Народной Республики – 116 (85,2%) пациентов, сельские жители – 20 детей (14,7%). Возрастная структура больных ЖДА в 2010-2020 г. представлена следующим образом: дети от 6 месяцев до 3 лет – 45 (33,0%) человек, с 4 до 11 лет – 15 (11,1%) детей, с 12 до 17 лет – 76 (55,9%) пациентов. Соотношение по полу в первой возрастной группе: мальчики – 35 (77,7%) чел., девочки – 10 (22,2%) чел., во второй группе: маль-

чики – 9 (60%) чел., девочки – 6 (40%) чел., в третьей группе: мальчики – 16 (21,0%) чел., девочки – 60 (78,9%) чел. Во всех группах преобладали городские жители. В результате проведенного исследования выяснено, что ведущей причиной железодефицитной анемии в первой группе явился несбалансированный характер питания: одностороннее вскармливание, несвоевременное введение прикорма у 40 (88,8%) чел. У 11 (73,3%) детей второй группы наиболее частыми причинами были отсутствие рационального питания (преобладание легкоусвояемых углеводов в диете, сухоядение и недостаточное количество продуктов, содержащих гемовые формы железа), а также патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у 4 (26,6%) больных. У пациентов подросткового возраста в развитии железодефицитной анемии наиболее часто отмечены воспалительные заболевания ЖКТ – 39 (51,3%) пациентов, гинекологические расстройства – 14 (18,4%) девочек, другие причины (глистная инвазия, инфекционные заболевания, микроэлементозы с дефицитом белка, различные диеты, вегетарианство, веганство) – 24 (31,5%) пациента.

Выводы. Проведенное исследование выявило ведущие причины возникновения ЖДА у больных, требующих госпитализации. Доказано, что основную группу пациентов составили дети раннего и подросткового возраста. По нашему мнению, этим категориям больных необходимо проводить скрининговые исследования показателей крови для раннего выявления дефицита железа и проведения полноценного лечения и профилактики.

КОНТРОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЕДИНОБОРСТВАМИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Цель работы. Верифицировать систему донозологического контроля состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) спортсменов, занимающихся единоборствами.

Материалы и методы. Оценку состояния СССР 82 спортсменов производили со ступенчато-нарастающей нагрузкой на велоэргометре. Работа была при фиксированной мощности нагрузки, проводилась не менее трех минут. Начальная мощность работы составила 1 Вт на килограмм массы тела спортсмена. В условиях установленного гемодинамического режима регистрировали показатели: ЭКГ-сигнала, реографического сигнала, сатурации артериальной крови и биохимического – лактата. Также проводились дисперсионное картирование ЭКГ (ДК ЭКГ) и сравнительный анализ показателей вариабельности сердечного ритма до и после мышечной работы (тест PWC 170).

Результаты и обсуждение. Общепринято, что в норме при физической нагрузке систолическое артериальное давление (САД) увеличивается, а после ее прекращения возвращается к исходному уровню к 3-й минуте. Считается, что медленное восстановление исходных значений САД среди спортсменов всех групп может рассматриваться как свидетельство недостаточности СССР. Диастолическое артериальное давление (ДАД) в основном определяется степенью проходимости прекапилляров, частотой сердечных сокращений (ЧСС) и степенью эластичности кровеносных сосудов. ДАД тем выше, чем больше сопротивление прекапилляров, чем ниже эластическое сопротивление крупных сосудов и чем больше ЧСС. При физиологической норме после физических нагрузок ДАД не меняется или понижается (до 10 мм рт. ст.). В наших исследованиях среди реографических показателей «слабым звеном» проявили себя показатели ДСИ, ППСС, ВМСН. Было отмечено, что в группе кандидатов в мастера спорта (КМС) венозный отток у значительного количества испытуемых был резко затруднен не только в период мышечной нагрузки, но и в период покоя, а периферическое сосудистое сопротивление резко снижено также и в покое. Мы обратили особое внимание на физиологическую интерпретацию по-

казателей, которые выходили за пределы нормы. Так, мощность VLF - колебаний ВСР является чувствительным индикатором управления метаболическими процессами и хорошо отражает энергодефицитные состояния. Сниженный уровень VLF по сравнению с нормой (15-30%) указывает на энергодефицитное состояние, которое мы наблюдали в группе КМС, а при снижении мощности VLF в ответ на нагрузку можно говорить о постнагрузочном энергодефиците, который мы наблюдали в группе спортсменов 1-го и 2-го разряда.

Во время выполнения физической работы мышцам необходимо большое количество кислорода. Анализ результатов наших исследований оценки насыщения артериальной крови кислородом показал, что базовая сатурация SpO_2 во время аэробной работы незначительно уменьшается. Минимальное насыщение кислородом в процессе эксперимента постепенно уменьшалось, и средний показатель среди наименьших значений составил 95%. Как известно, по мере увеличения интенсивности нагрузки наступает период, когда мышечная работа уже не может поддерживаться за счет одной только аэробной системы из-за нехватки кислорода. С этого момента в энергообеспечение физической работы вовлекается «лактатный» механизм ресинтеза АФТ, побочным продуктом которого является молочная кислота. При недостатке кислорода молочная кислота, образовавшаяся в первой фазе аэробной реакции, не нейтрализуется полностью во второй фазе, в результате чего происходит ее накопление, что приводит к ацидозу или «закислению» мышц. Приведены максимальные показатели концентрации лактата, которые были достигнуты в разных группах спортсменами при выполнении мышечной работы.

Выводы. Работоспособность спортсмена определяется устойчивостью организма к накоплению продуктов анаэробного обмена, в частности, лактата. Представители данной группы не обладают достаточно высокими аэробными возможностями, позволяющими обеспечить их устранение из работающих мышц. В соревновательном поединке, предполагающем активное противоборство на ближней дистанции (т.е. в

тех эпизодах, где энергообеспечение осуществляется с участием гликолитического механизма энергообеспечения), низкие адаптационные резервы организма будут

негативно сказываться на эффективности реализации приемов. Подобные ситуации являются следствием ошибок планирования тренировочных нагрузок.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Лечение детей с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) представляет собой сложную и малоразработанную задачу. Этиотропная терапия патологии на сегодняшний день отсутствует. Группа пациентов с ДСТ неоднородна с клинической и прогностической точек зрения, что требует разработки дифференцированного подхода к реализации лечебно-профилактических мероприятий.

Особенности патогенеза ДСТ являются основанием для проведения медикаментозной метаболической терапии, которая носит заместительный характер и рассматривается в качестве основного направления лечения данных пациентов. Принципы медикаментозной метаболической терапии: стимуляция коллагенообразования, коррекция метаболизма гликозаминогликанов (ГАГ), стабилизация минерального обмена, коррекция биоэнергетического состояния тканей организма, стабилизация процессов перекисного окисления липидов.

Для стимуляции коллагенообразования применяются препараты, улучшающие синтез коллагена (левокарнитин); органические соли магния (лактат, цитрат) в комбинации с магниофиксатором пиридоксином, улучшающим биодоступность магния («Магне В6», «Магний В6», «Магнелис В6»), витамины С, Е, группы В; препараты кальция, калия; микроэлементы (медь, цинк, селен, марганец).

Коррекция метаболизма ГАГ проводится пероральными хондропротекторами из группы хондроитинсульфатов (хондроитина сульфат, «Хондроксид», «Структум»), ГАГ («Глюкозамин») и препаратами комбинированного действия («Арта», «Артрофлекс»), которые содержат комбинацию хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата. При артралгиях применяются хондропротекторы местного действия («Хондроксид»).

Для стимуляции минерального обмена назначаются препараты витамина D («Ак-

вадетрим»), кальция («Кальций D3 Никомед», «Кальцемин», «Витрум кальциум с витамином D3»), витаминно-минеральные комплексы («Юникап», «Супрадин», «Дуовит», «Пиковит», «Компливит»).

Коррекция биоэнергетического состояния организма и стабилизация перекисного окисления липидов проводится антиоксидантами и антигипоксантами («Кудевит», «Кудесан», «Коэнзим Q10»), метаболическими средствами («Липоевая кислота»), источниками полиненасыщенных жирных кислот («Омега-3»).

Применение симптоматической медикаментозной терапии обусловлено особенностями клинической картины ДСТ. При артралгиях, дорсалгиях, дегенеративных поражениях суставов и позвоночника применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) местного действия («ДИП рилиф», «Диклофенак гель», «Долгит», «Долобене», «Кетонал-крем», «Найз гель») и пероральные НПВС желателен с селективным действием на циклооксигеназу II типа («Нимесулид», «Мелоксикам»). Частые респираторные заболевания являются показанием для назначения растительных адаптогенов (элеутерококк, китайский лимонник, «Геримакс женьшень», «Гинсана») и иммуномодулирующих травяных сборов, включающих листья земляники лесной, корень солодки голой, корень лопуха большого, череду, мелису, чабрец. Для укрепления сосудистой стенки используются флаваноиды («Рутин», «Фламин»). Коррекция нейровегетативных нарушений проводится ноотропными препаратами («Ноотропил», «Ноофен», «Пирацетам», «Пиридитол», «Аминалон», «Фенибут»).

Выводы: эффективность ведения детей с ДСТ во многом определяется применением индивидуального комплексного подхода к каждому пациенту с учетом выявленных клинико-инструментальных и лабораторных нарушений.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ В УСЛОВИЯХ НАРАСТАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В ОБЩЕСТВЕ

ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

Психоэмоциональное состояние - особая форма психических состояний человека, в данном случае ребенка, с преобладанием эмоционального реагирования по типу доминанты. Любая эмоция выполняет определённую функцию и позволяет ребёнку или взрослому человеку ориентироваться в окружающей его предметной и социальной среде. Эмоциональные проявления в реагировании на действительность необходимы, так как они регулируют его самочувствие и функциональное состояние.

Дети являются самой незащищенной и уязвимой частью населения, они полностью зависят от взрослых, и, находясь в чрезвычайной ситуации, часто неспособны справиться с ней самостоятельно.

В условиях Евпаторийского курорта было обследовано 32 ребенка Республики Крым в возрасте от 9 до 16 лет (13 человек с метаболическим синдромом – ожирение и 29 человек с диагнозом рецидивирующий бронхит). Все дети получали курс санаторно-курортного лечения, в который входили процедуры массажа, ЛФК, СКК, грязевые процедуры, ингаляции, по показаниям некоторым детям был назначен электрофорез, КУФ зева, КИМ, циркулирующий душ, посещение ультразвуковой га-локамеры.

Дети обследованы в период начала пандемии коронавирусной инфекции (заезд с 23 марта 2020 по 13 апреля 2020 года). Специфика заезда заключалась в том, что с шестого дня нахождения в санатории отряды были изолированы друг от друга и практически не имели возможности общаться. Процедуры и развлекательные мероприятия проходили в строго определённое время для каждого отряда.

Следует отметить, что у детей с метаболическим синдромом изначально были

несколько хуже некоторые показатели, такие как вертированность на 18%, нейротизм на 23%, тревожность на 24%, утомляемость на 47%, комфортность на 14%. Ранее неоднократно проводимые исследования в различных группах говорили, о том, что санаторно-курортное лечение имеет положительное влияние на психоэмоциональное состояние и улучшения по каждому из показателей практически всех детей, проходящих этот этап реабилитации. В данном случае в условиях нарастающего социального напряжения мы видим абсолютно противоположный результат. В обеих нозологических группах идет стабильное ухудшение всех без исключения показателей. В сравнительном аспекте в несколько выигрышном состоянии оказывается группа детей с диагнозом – рецидивирующий бронхит. Ухудшение показателей групп с метаболическим синдромом (ожирение) и рецидивирующий бронхит произошли следующим образом: вертированность на 3,2% и 1,4%, нейротизм – 7,1% и 3,8%, тревожность – 6,9% и 4,1%, утомляемость – 8,2% и 2,4% и комфортность – 3,9% и 1,8% соответственно.

Оптимальное эмоциональное возбуждение - условие готовности к эффективной деятельности и ее благоприятному для здоровья личности осуществлению. В условиях нарастающего социального напряжения происходит деформация природной составляющей жизненной среды любого человека в том числе и ребенка. Жизненная среда становится не вполне адекватной гено- и фенотипическим человеческим свойствам. Актуализируется проблема адаптации к измененным условиям, сохранения его физических и психических возможностей, составляющих основу психо-эмоционального состояния.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНЫЕ СДВИГИ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Цель работы: изучить состояние психологического типа личности, исходного вегетативного тонуса (ИВТ), исследовать уровни гистамина и серотонина в сыворотке крови у детей с функциональной диспепсией (ФД).

Материалы и методы: обследовано 88 детей с диагнозом ФД (Римские критерии IV) в возрасте от 5 до 15 лет (основная группа): 64 ребенка (72,7 %) с постпрандиальным дистресс-синдромом (ПДС) и 24 (27,3 %) с эпигастральным болевым синдромом (ЭБС); и 30 здоровых детей-сверстников (контрольная группа). Оценка психологического типа личности проводилась путем опроса по шкалам Айзенка Х.Д. (интроверсия-экстраверсия, эмоциональная устойчивость) и Спилбергера Ч.Д. (тревожность). Оценка ИВТ проводилась на основании клиничко-анамнестических данных при помощи таблицы А.М. Вейна (1981) и вычисления индекса Кердо (1966). Определение содержания гистамина и серотонина в одной пробе крови детей проводилось методом Л.Я. Прошиной (1981).

Результаты и обсуждение. Психологический статус детей с ФД характеризовался интроверсией (33,6±4,1 %, $p \leq 0,01$), низкой степенью эмоциональной устойчивости (47,0±4,3 %, $p \leq 0,01$) и высокой личностной тревожностью (43,3±4,3 %, $p \leq 0,01$). Среднее количество признаков/баллов вегетативной дисфункции при ФД достоверно превосходило показатели здоровых детей: количество признаков симпатикотонии у больных ФД – 9,6±0,5, баллов – 27,1±1,5 (в контрольной соответственно, 6,3±0,2 ($p \leq 0,05$) и 17,1±0,9 ($p \leq 0,05$)); среднее количество симптомов и баллов ваготонии у детей с ФД – соответственно, 10,2±0,6 и 30,5±1,8 (в контрольной соответственно, 4,8±0,2 ($p \leq 0,02$) и 12,3±0,6 ($p \leq 0,02$)). При этом избыточность парасимпатических влияний превосходила таковую симпатических, поскольку средний показатель соотношения симпатикотония/ваготония при ФД был ниже (0,94±0,18), чем у здоровых детей (1,31±0,15, $p \leq 0,05$). Средний показатель индекса Кердо у детей с ФД

был снижен и составлял 23,6 ±1,4 (контрольная группа – 28,0±2,0 % ($p \leq 0,05$), что подтверждало доминирование ваготонии. Степень вегетативного дисбаланса варьировала при различных клинических вариантах ФД. При ПДС соотношение симпатикотония/ваготония составило 1,04±0,30, что свидетельствовало о более значительной активации симпатического отдела ВНС на фоне ваготонии, что сочетается с характерными нарушениями желудочной моторики и секреции. У больных ЭБС соотношение симпатикотония/ваготония было достоверно ниже (0,85±0,13, $p \leq 0,05$), что свидетельствовало о выраженной парасимпатикотонии. У детей с ФД выявлены гипергистаминемия (100,2±8,4 нг/мл, здоровые дети – 79,3±6,1 нг/мл, $p \leq 0,05$) и гиперсеротонинемия (88,8±7,8 нг/мл, здоровые дети – 70,8±5,6 нг/мл, $p \leq 0,05$) при сохраненном соотношении между этими нейротрансмиттерами (1,13±0,11, здоровые дети – 1,12±0,14). Выраженная гипергистаминемия (105±10,5 нг/мл) наблюдалась у детей с ЭБС (соотношение 1,30±0,15).

Выводы. Таким образом, психологический статус детей с ФД характеризовался интроверсией, эмоциональной неустойчивостью на фоне повышенной тревожности. Изменения ИВТ у детей ФД характеризовались повышенным тонусом симпатического и парасимпатического отделов ВНС с доминированием ваготонии. Значительное преобладание ваготонии было выявлено при ЭБС, а наиболее значительная активация симпатического отдела – у больных ПДС. В подавляющем большинстве случаев ФД сопровождается гипергистаминемией и гиперсеротонинемией. Наиболее выраженное повышение гистамина с выраженным дисбалансом в содержании нейротрансмиттеров отмечено при ЭБС. Выявленные психологические и вегетативно-гуморальные сдвиги могут выступать как в роли триггерных факторов ФД, так и быть следствием длительно существующих нарушений желудочных моторики и секреции вследствие патологической импульсации.

ОПЫТ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПИТАНИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Цель. Оценка эффективности разработанного персонализированного подхода к питанию больных атопическим дерматитом (АД) путем формирования мотивации к изменению пищевого поведения на основании обучения их или их родителей навыкам ведения и анализа пищевого дневника.

Материал и методы. Под наблюдением было 60 больных АД в возрасте от 1 года до 35 лет, которые наблюдались в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере МЗ ДНР в течение 2018-2021 гг. Диагноз АД, обследование и лечение проводили в соответствии с клиническими рекомендациями и унифицированным клиническим протоколом оказания медицинской помощи. Всем пациентам и/или родителям на 1-м визите объясняли, как вести пищевой дневник, информировали о значении правильного питания и ухода за кожей для достижения долговременного эффекта. Все включенные в работу больные или их родители дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Пищевой дневник рекомендовали вести на бумажном носителе. Дневник включал заполнение следующих граф: «дата – время – пища / лекарство – состояние кожи / зуд – характер кала». Колонка «пища» включала в себя наименование продукта, блюда, в том числе его состава и особенностей приготовления. В последующем анализировали динамику состояния кожи, зуда и особенности питания при каждом последующем посещении через 7-14 дней, через 1-3-6 месяцев, учитывая возможность реакции кожи на продукты через 1-3 дня после приема потенциального пищевого триггера. Одновременно с этим обучали пациента и/или родителей выявлению провоцирующих пищевых факторов. В зависимости от возраста больные были разделены на три группы: дети до 5 лет (20 чел.), больные в возрасте от 5 до 18 лет (20 чел.), больные старше 18 лет (20 чел.). В соответствии с целью исследования больные были разделены на две репрезентативные группы: 1-я группа (30 больных) – комплексная терапия сочеталась с персонализированным питанием, 2-я группа (30 больных) – комплексная терапия сочеталась с гипо-

аллергенной диетой. Обе группы были сопоставимы по степени тяжести дерматоза. Эффективность разработанной стратегии оценивали по динамике индекса SCORAD в группах сравнения (SCORAD 1 – до лечения, SCORAD 2 – через 4 недели лечения), числу рецидивов в течение 12 месяцев наблюдения.

Результаты. У всех больных патологический процесс носил распространенный характер и был представлен эритемато-сквамозной формой с лихенификацией. В обеих группах сравнения достигнут положительный терапевтический результат. Так, индекс SCORAD в 1-й группе снизился с 54,53 до 12,48, а во 2-й – с 54,61 до 18,71. Обращало внимание, что в основной группе больных, у которых комплексная терапия сочеталась с персонализированным питанием, терапевтический эффект был достоверно более выраженным, чем у больных, комплексная терапия которых сочеталась с гипоаллергенной диетой – SCORAD 2 составил 12,48 и 18,71, соответственно, $p \leq 0,001$. В течение 6 месяцев наблюдения рецидивы были у 8 (26,7%) больных группы сравнения и лишь у 3 (10%) больных основной группы. При анализе полученных данных в возрастных группах отмечено, что у детей с АД до 5 лет рецидивы в течение 6 месяцев наблюдения были у каждого четвертого – у 5 (25%), но при этом в группе сравнения таких больных было 4 (49%), а в основной группе – лишь 1 (10%). При анализе триггерных факторов отмечено, что на первом месте были трофоаллергены, особенно у больных с лактозной непереносимостью во всех возрастных группах. Разработанный подход позволил оценить сбалансированность питания, избежать оскуднения рациона питания, приводящего к дефициту макро- и микроэлементов. Не менее важно и то, что ведение и анализ пищевого дневника, сопоставление состояния кожи с характером принятой пищи позволило сформировать у пациента и/или родителей мотивацию к изменению пищевых поведенческих реакций.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали значимость пищевого поведения в долговременном контроле течения АД.

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА НА ФОНЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА

¹ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»,
²ГОУ ЛНР «Луганский детский дом»

Актуальность. Изучение возрастных закономерностей электрической активности коры головного мозга является необходимым условием как для дальнейшего развития теоретического понимания формирования функций мозга и психических процессов, так и для практического обеспечения нормального физиологического и психического развития ребенка в различных социальных условиях.

Цель работы: изучить особенности возрастной динамики активности коры головного мозга на фоне вегетативной дисфункции, ассоциированной с повышенной тревожностью детей, воспитывающихся в детском доме г. Луганска.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 115 детей, распределенных по следующим возрастным группам: I – от 6 до 7 лет (20 чел.), II – от 11 до 12 лет (40 чел.), III – от 14–15 лет (35 чел.), IV – от 17 до 18 лет (20 чел.). Из них 40 детей проживали в детском доме (II – 20 чел. и III – 20 чел.), 55 человек обучались в школе-гимназии, проживали в полных семьях (I – 20 чел., II – 20 чел., III – 15 чел.). В IV возрастную группу (К: IV–20 чел.) вошли студенты 1-го курса ГУ «ЛГМУ имени Святителя Луки». Группы были уравновешены по гендерному критерию (50 % девочек и 50 % мальчиков).

Уровень тревожности определялся с помощью теста Ч.Д. Спилбергера, адаптированного Ю.Л. Ханиным, до проведения ЭЭГ-исследования.

ЭЭГ-запись производилась монополярно с восьми симметричных фронтальных (F3, F4), центральных (C3, C4), теменных (P3, P4) и затылочных (O1, O2) областей мозга по системе 10–20% с индифферентным ушным электродом при помощи компьютеризированного электроэнцефалографа фирмы «Medicor 8S», оснащенного программным обеспечением ЭЭГлаб. Обследуемые находились в затемненном помещении, изолированном от шума и элек-

тромагнитных волн.

В данной работе представлены показатели спектральной мощности фоновых значений при закрытых и открытых глазах, гипервентиляции и восстановления после гипервентиляции.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что спектральные характеристики ритмов у испытуемых группы детей, воспитывающихся в детском доме, отличаются от тех же показателей у испытуемых контрольной группы только в диапазоне медленных волн; кроме того, у воспитанников детского дома в возрасте 11–12 лет выявлен более высокий уровень личностной тревожности, что нашло отражение в индексе Альфа/Дельта.

Выводы:

1. Динамика развития ЭЭГ-ритмов с возрастом идет в направлении уменьшения спектральной мощности низкочастотных ритмов и увеличения высокочастотных ритмов, о чем свидетельствуют увеличение доминирующей частоты альфа-ритма, увеличение индекса подавления альфа-ритма при открывании глаз, снижение гипервентиляционного индекса и восстановительного индекса.

2. Основные различия в возрастной динамике ЭЭГ-ритмов у детей – воспитанников детского дома и детей, воспитывающихся в условиях семьи, находятся в диапазоне медленных волн.

3. Более высокий уровень тревожности у детей, находящихся в условиях семейной депривации, был выявлен в возрасте 11–12 лет. ЭЭГ-индекс тревожности, выраженный в соотношении, дельта- и альфа-волн, является наиболее информативным для детской выборки. Связывание медленных волн с быстрыми также имеет важное значение для разработки наиболее чувствительных индексов тревожности, необходимых для своевременной диагностики возникающих нарушений.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОМА КОЖИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И РЕЦИДИВАМИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ В АНАМНЕЗЕ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Микробиом кожи является сложной экосистемой и зависит от возраста, пола, изучаемой области, преморбидного фона обследуемого, факторов окружающей среды. По данным многих исследователей (Лебедеко А.А. с соавт., 2015; Kong H.H. et al., 2012) способность высвобождать гистамин из различных депо отмечена у *S. aureus*, *H. pylori*, *P. aeruginosa* и *E. coli*, что коррелирует с уровнем IgE. Ряд таксонов микроорганизмов (*Acinetobacter*, *Pseudomonas*, *Serratia*, *E. coli*, *Corynebacterium*, *Staphylococcus*, *Micrococcus*), изолируемых с поверхности кожи детей с аллергическими заболеваниями, обладают выраженной гистидиндекарбоксилирующей активностью, поэтому сравнительное изучение микробиома кожи при различных заболеваниях аллергической природы приобретает значимость.

Атопический дерматит (АтД) имеет высокую распространенность в детской популяции (23-32%), традиционно стартуя в раннем возрасте. В последнее время участились случаи острой крапивницы (ОК) на фоне АтД. Крапивница является одной из сложных проблем современной аллергологии. Это мультифакториальное заболевание, одним из основных звеньев патогенеза которого является накопление в тканях биологически активных веществ (гистамин и т.д.), что приводит к каскаду патологических реакций и соответствующей клинике.

Целью работы была оценка изменений микробиома кожи у детей раннего возраста с атопическим дерматитом и рецидивами острой крапивницы.

Проведено бактериологическое исследование микробиома кожи у 34 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, страдающих АтД более 6 месяцев, и имеющих в анамнезе не менее 2 эпизодов ОК. У всех обследуемых детей исследовали участки условно здоровой и пораженной кожи на симметричных участках. Забор материала из изучаемых локусов проводили в соответствии с МУ 4.2.2 039-05 (2006), рекомендациями В.В. Меньшикова (2009) и Р. Murraу (2015)

с помощью бакпечаток с различными питательными средами. Идентификацию выделенных микроорганизмов проводили по морфологическим, тинкториальным, культуральным и биохимическим свойствам с помощью энтеро-, стафило-, -неферм, анаэротестов (Lachema, Чехия).

При бактериологическом исследовании кожи в группе исследования на условно здоровых участках верифицированы 11 таксонов. Значимый паттерн факультативно-анаэробных бактерий (ФАБ) представлен *S. epidermidis* (60,1%), *S. aureus* (53,9%), *Micrococcus* spp. (30,4%), *Corynebacterium* spp. (30,1%), *Bacillus* spp.

(5,2%), *S. pyogenes* (10,5%). Обсемененность кожи ФАБ составила

$3,5 \pm 2,5$ КОЕ/см². Таксономическая структура неклридиально – анаэробных бактерий (НАБ) включала *Peptococcus* spp. (38,5%), *Bacteroides* spp. (35,8%), *Peptostreptococcus* spp. (22,2%), *Propionibacterium* spp. (20,9%), *Veillonella* spp. (10,1%), *Eubacterium* spp. (7,9%), *Fusobacterium* spp. (5,5%). Средний уровень обсемененности для НАБ составил $1,9 \pm 1,1$ КОЕ/см².

На пораженных участках кожи также было зарегистрировано 11 основных таксонов. ФАБ были представлены *S. aureus* (78,2%), *S. epidermidis* (50,5%), *Corynebacterium* spp. (25,5%), *Micrococcus* spp. (25,5%), *Bacillus* spp. (4,7%), *S. pyogenes* (14,2%). Паттерн НАБ включал *Peptococcus* spp. (66,2%), *Propionibacterium* spp. (31,5%), *Peptostreptococcus* spp. (30,5%), *Bacteroides* spp. (23,7%), *Veillonella* spp. (10,1%). Средняя обсемененность ФАБ составила $3,2 \pm 2,0$ КОЕ/см², НАБ – $1,7 \pm 1,2$ КОЕ/см².

Значимым при сравнении частот обнаружения микроорганизмов у детей с АтД и рецидивами ОК в двух локусах (неизменный и пораженный участки кожи) явилось повышение изучаемого показателя для *S. aureus* ($p = 0,002$), *S. pyogenes* ($p = 0,001$) и *Peptococcus* spp. ($p = 0,001$). Данные изменения необходимо учитывать при составлении плана лечения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Проведение полихимиотерапии (ПХТ) онкогематологических заболеваний у детей улучшает бессобытийную и общую выживаемость пациентов, но оказывает агрессивное токсическое действие, отрицательно сказываясь на состоянии всех органов и систем растущего организма, что в свою очередь может отразиться на прогнозе заболевания. Так, в частности, на сердечно-сосудистую систему детей с гемобластозами влияют различные факторы: степень тяжести заболевания, специфическая интоксикация, лейкозная инфильтрация, кровоизлияния в сердечную мышцу, анемическая гипоксия, побочное действие цитостатиков, таких как циклофосфамид; препаратов антрациклинового ряда (рубомидин, адриамицин); большие дозы глюкокортикостероидов. Все это приводит к развитию у детей таких осложнений, как токсическая кардиомиопатия, а иногда даже к очаговым некрозам и инфаркту миокарда. Диастолическая дисфункция сердца, возникающая на фоне ПХТ, связана чаще с нарушением кальциевого гомеостаза, преимущественно обусловленного влиянием антрациклинов и глюкокортикостероидов. Особую настороженность следует проявлять в период разгара болезни и преднизолоновой профазы, становления ремиссии (1 фаза протокола I) на высоте цитопенического синдрома; полной клинико-гематологической ремиссии (I фаза протокола II). Выбор кардиотрофического препарата представляет собой непростую задачу, т.к. не все группы разрешены для применения у пациентов с онкогематологическими заболеваниями.

Именно поэтому целью нашего исследования было оценить эффективность коррекции токсического поражения сердечно-сосудистой системы у детей на фоне ПХТ гемобластозов.

Материалы и методы. В онкогематологическом отделении республиканской детской клинической больницы нами наблюдалось 65 детей в возрасте от 2 до 17 лет, из них 34 с острым лимфобластным лейкозом, 17 с лимфогранулематозом, 8 с неходжкинской лимфомой, 6 с лангерган-

совоклеточным гистиоцитозом. Коррекция поражения сердца у детей, получавших ПХТ, производилась кардиотрофическими препаратами. Первую группу составляли 35 детей, получавших триметазидина дигидрохлорид, вторая группа включала 30 детей, которым проводилась кардиотрофическая терапия препаратами других групп. ЭКГ-мониторинг проводился до начала лечения, на профазе, перед каждым введением антрациклиновых антибиотиков на протоколах I и II и по показаниям, каждые 2-5 дней, эффективность терапии оценивали через 14 дней кардиотрофической терапии.

Перед началом лечения всем детям проведено комплексное клинко-инструментальное исследование, в том числе сердечно-сосудистой системы. На фоне ПХТ нарушения электрофизиологической функции сердца по данным ЭКГ отмечены у 100 % детей. Были обнаружены синусовая тахикардия ($64,6 \pm 5,9$ %), нарушение проводимости ($53,8 \pm 6,2$ %), нарушение метаболических процессов в миокарде ($67,7 \pm 5,8$ %), гипоксия задней стенки левого желудочка ($69,2 \pm 5,7$ %), диффузная гипоксия миокарда ($30,8 \pm 5,7$ %). На ЭхоКГ отмечалось нарушение как систолической, так и диастолической функции миокарда ($96,9 \pm 2,1$ %).

После проведения кардиотрофической терапии у детей первой группы в $31,4 \pm 7,8$ % случаев патологических изменений не отмечалось, у $68,6 \pm 7,8$ % была выражена положительная динамика. Во второй группе больных умеренная положительная динамика со стороны сердца отмечалась в $46,7 \pm 9,1$ % случаев ($p < 0,05$ при сравнении обеих групп), у $53,3 \pm 9,1$ % детей потребовалась дополнительная терапия.

Таким образом, ранняя диагностика сердечно-сосудистых нарушений, их профилактика и своевременная коррекция при онкогематологической патологии способствует сокращению перерыва в терапии, максимально приближая ее к программной, улучшая тем самым прогноз основного заболевания.

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ САНАТОРНОГО ЭТАПА ДЕТСКОЙ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ЕВПАТОРИЙСКОМ КУРОРТЕ**
100-летие Евпаторийского курорта

*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ имени В. И. Вернадского», г. Симферополь*

Организация в Крыму Всероссийской здравницы трудящихся была регламентирована приказом Революционного комитета Крыма № 106 от 14 декабря 1920 года, согласно которому все санаторные и курортные помещения, в том числе частные дачи и гостиницы, были переданы в распоряжение «Управления крымских санаториев и курортов» «в целях предоставления целебных богатств Крыма в пользование трудящихся республики».

Проблемы реабилитации детей с патологией сердечно-сосудистой системы сводятся к необходимости реализации общих принципов: а именно: своевременной диагностики порока, начиная с антенатального периода, своевременной радикальной его коррекции, а также к непрерывности и этапности реабилитационных мероприятий, комплексному и индивидуальному подходу при определении объема и характера необходимых мероприятий в полном объеме, в соответствии с системой физической, психологической и социальной реабилитации этой категории больных.

Ассоциацией детских кардиологов Крыма были подготовлены и направлены в МЗ РФ (август 2014 г.), в Комитет по здравоохранению Совета Федераций (август 2016 г.), а также Председателю Совета министров Республики Крым (июнь 2019 г.) предложения по разработке программ и реализации реабилитационных мероприятий с созданием в Республике Крым Всероссийского детского санаторного реабилитационного кардиологического центра для больных с патологией сердечно-сосудистой системы, в том числе и оперирован-

ных на сердце, что будет способствовать повышению качества жизни этих детей. Реакцией на наше обращение был визит в октябре 2019 года министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой и Главы Крыма С.В. Аксенова в детские санатории г. Евпатории. Было принято решение построить к 2024 году уникальный многопрофильный медицинский реабилитационный центр мирового уровня, который позволит восстанавливать детей с различной, в т.ч. с сердечно-сосудистой патологией.

20 июня 2022 года Председатель Совета Федерации РФ Валентина Матвиенко объявила о начале строительства Федерального детского реабилитационного центра в городе Евпатории. Торжественная церемония закладки памятного камня прошла в формате телемоста, соединившего Москву и Крым. Новый реабилитационный комплекс разместится на берегу озера на территории грязелечебницы «Мойнаки». Общая площадь составляет 22 гектара. Будущий комплекс, возведение которого инициировано Советом Федерации, станет флагманом детской курортной реабилитации в России. Председатель Совета Федерации подчеркнула, что подрастающее поколение, его воспитание, благополучие и здоровье – важнейший приоритет российского государства и общества. «Это особое отношение к детям не только закреплено в Конституции страны – оно отражается и в решениях, принимаемых Президентом, и в законотворческой деятельности парламента, и в работе региональных и муниципальных властей».

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В ПРОГРАММЕ ПОВЫШЕНИЯ ЗАЩИТНЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Цель. Неблагоприятные условия внешней среды промышленного региона сказываются на здоровье всего населения ДНР, прежде всего – детей. Состояние усугубляется хроническим стрессом, возникающим вследствие непрекращающихся военных действий. Такое положение нуждается в корректировке. Для решения этой задачи нами разработан комплекс мероприятий, включающий аппаратную физиотерапию в сочетании с водными процедурами и ароматерапией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 64 ребенка, пребывающих на восстановительном лечении в детском кардиоревматологическом санатории №1 «Горизонт» г. Донецка в возрасте от 7 до 14 лет (38 девочек и 26 мальчиков) с диагнозами: кардиопатия – 68 %, вегетосудистая дистония – 32 %. Контрольная группа составила 28 человек, экспериментальная – 36. Наблюдение проводилось в течение всего времени пребывания детей в санатории (30 дней).

Все дети занимались лечебной физкультурой, получали массаж и различные физиотерапевтические процедуры: электросон, переменное магнитное поле низкой частоты, дарсонвализацию, синусоидальные модулированные токи

Ежедневно проводили по две процедуры, сочетая электросон с воздействием переменным магнитным полем в один день, в другой – дарсонвализацию с синусоидальными модулированными токами. Общая продолжительность лечения – 20 дней. Все указанные процедуры обладают выраженным седативным эффектом и воздействием на вегетативную нервную систему, что позволяет, в значительной мере, уменьшить воздействие стресса на организм детей. Дополнительно к проводимому лечению в экспериментальной группе дети получали водные процедуры с использованием эфирных масел. Из имеющейся широкой палитры эфирных масел нами выбрано масло лимона, мяты перечной, лаванды. Данный выбор обусловлен их выраженным седативным действием и положительным влиянием на эмоциональную сферу ребенка. Эти эфирные масла, не вызывая аллергических реакций, облада-

ют противомикробным и противовирусным действием, значительно стимулируют фагоцитарную активность макрофагов, осуществляют фенотипическую коррекцию клеточного иммунитета. Еще более мощного закаливания можно добиться с помощью контрастных ножных травяных ванн. Для этого в холодную воду добавляют настой мяты или Melissa, в горячую – настой тимьяна, тысячелистника, пижмы, сосновых или еловых веток. Утром дети умывались холодной водой и полоскали горло травяными настоями, вечером получали контрастные ножные травяные ванны с последующим массажем стоп.

Результаты и обсуждение. После проведенного курса физиотерапевтических процедур у детей экспериментальной группы (с дополнительным воздействием закаливающих процедур и использованием эфирных масел) отмечено сокращение случаев простудных заболеваний, наряду с уменьшением их продолжительности. За время наблюдения в контрольной группе заболело 8 человек, в экспериментальной – двое, то есть на 75 % меньше. Длительность заболевания в экспериментальной группе сократилась более чем в 2 раза и составила 3 дня (в контрольной – 7 дней). В экспериментальной группе заболевание протекало в более легкой форме, без осложнений. В контрольной группе – у двоих детей возникло осложнение (трахеит). Следует также отметить значительное повышение работоспособности наблюдаемых экспериментальной группы (на 92 %), что проявлялось в повышении успеваемости детей, концентрации внимания, организованности по сравнению с контрольной группой. Количество удовлетворительных оценок у школьников экспериментальной группы снизилось на 35 %, контрольной – осталось без изменений. У всех детей контрольной и экспериментальной групп улучшился сон, аппетит, возросла двигательная активность и эмоциональная устойчивость.

Выводы. Таким образом, комплексное применение закаливающих водных процедур в сочетании с эфирными маслами на фоне аппаратной физиотерапии позволяет значительно улучшить здоровье детей,

повысить неспецифический иммунитет, ликвидировать последствия хронического стресса. Доступность процедур, необременительность их для пациента, а также их

высокая эффективность позволяют рекомендовать данный комплекс для широкого использования.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С КОРРИГИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

Введение. Самой частой формой врожденных дефектов являются врожденные пороки сердца (ВПС). Каждый год в мире рождается 8,0-9,1% детей с ВПС. У детей и подростков с корригированными ВПС отмечается снижение переносимости физических нагрузок, определяемой во время стресс-тестов, по сравнению со здоровыми сверстниками, что связано с ограничением физической активности детей с корригированными ВПС из-за неправильной оценки значимости физических нагрузок, страха, снижения функциональных способностей сердца. Соблюдение адекватной физической активности является одним из направлений реабилитации пациентов с ВПС.

Цель работы. Оценка влияния физических нагрузок и применения препаратов убидекаренона на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей с корригированными ВПС.

Материалы и методы. Обследованы 32 ребенка (17 мальчиков и 15 девочек) с корригированными ВПС в возрасте 8-15 лет. Основную группу составили 16 детей (9 мальчиков и 7 девочек) с адекватными их уровню подготовки физическими нагрузками низкой и средней интенсивности преимущественно аэробной направленности, терапия которых была дополнена препаратом убидекаренона в возрастных дозировках. Дети из группы сравнения не имели дополнительной физической активности и получали стандартное лечение.

Всем обследуемым проведена оценка функционального состояния ССС с использованием тредмил-теста по протоколу Bruce. Определены показатели систолического артериального давления (САД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) на пике нагрузки, объем выполненной работы, инотропный и хронотропный резервы (ИР и ХР), хронотропный индекс (ХИ), двойное произведения (ДП) на пике нагрузки, ДП в покое и резерв ДП, а также время восстановления ЧСС и АД.

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования было продемонстрировано статистически значимое снижение функциональных возможностей ССС у 80,6±8,3% детей с корригированными ВПС

в сравнении со здоровыми сверстниками (19,4±6,6%, $p<0,01$).

До начала реабилитации достоверных различий исследуемых показателей между группами детей с ВПС не выявлено.

После реабилитации при сравнении двух групп отмечались достоверно более высокие показатели САД на пике нагрузки (136,3±4,2 мм рт. ст., $p=0,0014$), объема выполненной работы (641,9±39,1 кДж, $p=0,0011$), ИР (34,1±2,6 мм рт. ст., $p=0,0035$), максимального ДП (250,6±8,1 усл. ед., $p=0,0006$) и резерва ДП (162,6±5,9, $p=0,0001$), а также достоверно меньшее время (4,1±0,2 мин, $p=0,0167$), необходимое для восстановления ЧСС после нагрузки у детей основной группы.

У детей основной группы после применения адекватных регулярных физических нагрузок и препаратов убидекаренона отмечалось повышение показателей САД и ЧСС на пике нагрузки, объема выполненной работы, ИР и ХР, ХИ, ДП на пике нагрузки, резерва ДП, что указывает на улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

В отличие от основной группы у детей из группы сравнения отмечалось лишь статистически значимое повышение хронотропного резерва и хронотропного индекса. Учитывая, что объем выполненной работы остался прежним, повышение указанных показателей можно расценить как чрезмерный прирост ЧСС, не соответствующий нагрузке и, соответственно, снижение переносимости физических нагрузок у данной группы обследуемых.

Выводы. Снижение функциональных возможностей ССС выявлено у 80,6±8,3% детей с корригированными ВПС, что было статистически значимо чаще в сравнении со здоровыми сверстниками (19,4±6,6%, $p<0,01$). Исследование продемонстрировало, что применение физической реабилитации в комплексе с использованием убидекаренона статистически значимо чаще способствует улучшению функционального состояния ССС у детей с корригированными ВПС в сравнении с группой, получавшей стандартную терапию (87,5±8,5% и 25,0±11,2% соответственно, $p<0,05$).

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

ГБУЗРК «НИИ ДКФ и МР», г. Евпатория, Россия

При поступлении в санаторно-курортное учреждение у детей с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы вместе с церебральными жалобами выявлены признаки дисфункции специфических регуляторных систем мозга, дистония сосудов головного мозга с затруднением венозного оттока и признаками умеренно выраженной гипертензии.

Цель работы: изучить комплексное применение магнитотерапии у детей с последствиями черепно-мозговой травмы.

Материал и методы. Дети были сформированы в две группы и получали основное лечение, в комплекс которого включали санаторный режим, массаж, лечебную физкультуру, климатолечение и импульсную магнитотерапию от аппарата «Алимп-1». Индукторы-соленоиды располагали на воротниковую зону. Интенсивность 15-30%. Частота 10-40 Гц. Экспозиция 10 мин; лечебный курс 8 процедур, через день.

Больные первой группы 30 человек вместе с основным лечебным комплексом получали грязевые аппликации – «грязевая лента» вдоль позвоночника через день, в дни свободные от магнитотерапии. Дети второй группы 26 человек в комплексе с основным лечением получали через день жемчужные ванны.

Результаты. Лечебные комплексы дети переносили хорошо. Отмечена положительная динамика клинической симптоматики в обеих группах. Дети стали спокойнее, исчезли головные боли и головокружения, улучшился сон у большинства больных, исчезла тошнота, значительно уменьшились кардиалгии, утомляемость и раздражительность.

Положительная динамика преимущественно определялась по данным электроэнцефалограммы нормализацией уровня

функциональной активности нейронов корковых отделов головного мозга, о чем свидетельствовало повышение спектральной плотности альфа (α) активности, а также уменьшением выраженности патологической активности, что обусловлено улучшением церебрального кровообращения в большей степени у детей первой группы.

По данным РЭГ в первой группе детей после комплексного лечения наблюдалась нормализация исходно сниженных показателей состояния артериальных сосудов среднего и мелкого калибра. Количество больных с гипотонией артериальных сосудов среднего и мелкого калибра с 33,0% уменьшилось до 6,0%. Значительно улучшилось состояние венозного оттока у 22,0% детей с выраженными венозными волнами, так после лечения выраженные признаки затруднения венозного оттока не регистрировались.

Во второй группе детей отмечалась такая же направленность состояния тонуса сосудов среднего и мелкого калибра. Количество больных с исходно сниженным тонусом уменьшилось с 28,0% до 12,0%. Количество детей с выраженным затруднением венозного оттока, то есть венозным полнокровием, уменьшилось с 17,0% до 6,0%.

Таким образом, можно сделать вывод, что для детей с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы магнитотерапия в комплексе с грязелечением и жемчужными ваннами оказывает значительное улучшение церебральной гемодинамики и нормализует функциональную активность нейронов корковых отделов головного мозга. Разработанные лечебные комплексы могут быть использованы в практическом здравоохранении.

ЗНАЧЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ В ПОСЛЕДУЮЩЕМ

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

Актуальность. Для формирования здоровья и нормального развития ребенка определяющую роль играет вид вскармливания. Грудное молоко – "золотой стандарт" питания детей первого года жизни.

Цель. Изучить зависимость заболеваемости детей в возрасте до 7 лет в зависимости от вида вскармливания в возрасте до 1 года (естественное, смешанное, искусственное).

Материалы и методы. Изучены и проанализированы данные 475 амбулаторных карт детей в возрасте от 1 до 7 лет.

Результаты и обсуждение. В результате анализа выяснено, что у 10,56% младенцев грудное вскармливание прекращается в первый месяц, у 12,0% во второй, у 21,44% – в третий. В 4-месячном возрасте переводятся на искусственное вскармливание 3,57% детей и в возрасте 5 месяцев – 6,52%. 21,41% матерей отказываются от кормления грудью в 6 месяцев, 4,53% перестают кормить ребенка грудью в 9 месяцев, 3,0% – в 10 месяцев. До 1 года получают естественное вскармливание всего 12,71% детей.

Большинство младенцев переводится на искусственное вскармливание в возрасте от 3 до 6 месяцев, когда на него переводится 52,94 % детей.

Анализ данных выявил среди детей, переведенных на искусственное вскармливание в первом полугодии жизни, развитие трофологического синдрома, или трофологической недостаточности (42,3%), когда дисгармоничное физическое развитие не только характеризуется снижением функциональных резервов организма, но и сопровождается развитием соматических болезней. Низкая масса при нормальных значениях длины тела в 5,3 раза повышает риск развития хронических болезней; высокая масса тела при нормальных значениях длины тела – в два раза увеличивает риск развития любой патологии.

Изучение уровня заболеваемости детей до 7 лет, выявило, что на первом месте с большим отрывом стоит класс болезней

органов дыхания. Изменения со стороны костно-мышечной системы в виде разнообразных нарушений осанки у дошкольников заняли второе ранговое место. На третьем ранговом месте у детей функциональные и органические заболевания желудочно-кишечного тракта, болезни эндокринной системы и обмена веществ. На четвертом ранговом месте – болезни нервной системы и функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Пятое ранговое место принадлежит аллергопатологии.

Установлена положительная корреляционная связь между ранним переводом на искусственное вскармливание и возникновением острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей с формированием в последующем группы часто болеющих детей. Часто встречающаяся ЛОР-патология (гипертрофию небных миндалин, аденоиды) можно рассматривать как предвестник хронической ЛОР-патологии. Также корреляция установлена с возникновением соматической патологии: функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы у детей в виде функциональной кардиопатии, синдромом вегетативной дистонии, развитием функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта (дисфункции билиарного тракта, дисбактериоз кишечника, функциональная диспепсия, гастродуодениты, дуодениты), и аллергопатологии (атопический дерматит, явления пищевой или лекарственной аллергии).

Заключение. Проспективный анализ показателей состояния здоровья детей в возрасте до 7 лет в зависимости от вида вскармливания на первом году жизни выявил преимущественное возникновение острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей, функциональных, а также органических заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, болезней системы крови, аллергопатологии.

ОЦЕНКА ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА ИНСТИТУАЛИЗИРОВАННЫХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦЕНТИЛЬНОГО МЕТОДА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Цель работы. Оценить исходный вегетативный тонус детей дошкольного возраста, лишенных родительской опеки, сравнить частоту встречаемости синдрома вегетативной дисфункции в этой группе детей по сравнению с детьми из семей.

Материал и методы. Оценка исходного вегетативного тонуса проведена с помощью исследования вариабельности сердечного ритма двум группам детей в возрасте 3–6 лет: 114 – из домов ребенка и 44 – из семей. Плетизмограммы записывались при помощи кардиомонитора UTAS-300, использовался пальцевой датчик соответствующего размера. Исследование проводилось в соответствии с Методическими рекомендациями Комиссии по клинико-диагностическим приборам и аппаратам Комитета по новой медицинской технике МЗ РФ. Для диагностики синдрома вегетативной дисфункции использовалась оценка показателей кардиоинтервалографии (КИГ), предложенная Е. А. Калюжным и соавт., которые сформировали центильные таблицы для основных показателей вариабельности сердечного ритма. Сравнения между группами проводилось с помощью критерия χ^2 Пирсона, апостериорный анализ – с помощью многофункционального критерия φ^* углового преобразования Фишера.

Результаты и обсуждение. Центильные таблицы лучше отражают особенности распределения, что позволило Е. А. Калюжному и соавт. обосновать способ разделения понятий «дисфункция» и «дистония» для диагностики вариантов синдрома вегетативной дисфункции на основании «разбиения» вариационного ряда показателей КИГ (амплитуды моды, моды и вариационного размаха) на три диапазона: типичный и два крайних нетипичных для данной возрастной группы. По соотношению крайних вариантов взаимодействия симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС) у детей (избыточное, недостаточное и нормальное) и их совместному влиянию на величину ИН, выделены вегетативная дисфункция (при содружественном увеличении или снижении каждого звена) и дистония (когда изменения звеньев разнонаправлены). Распределение по центильным коридорам в обследованных группах отличалось как для амплитуды моды ($\chi^2=10,05$,

$p=0,007$), так и для вариационного размаха ($\chi^2=11,39$, $p=0,003$). Так, 79,55% ($n=35$) детей из семей имеют типичные (от 10 до 90 центиля) показатели амплитуды моды, а 43,18% ($n=19$) — вариационного размаха. В группе институализированных детей таких было, соответственно, 57,89% ($n=66$, $\varphi^*=3,41$, $p<0,001$) и 21,05% ($n=24$, $\varphi^*=2,64$, $p<0,01$), причем значимых отличий по частоте амплитуды моды и вариационного размаха, оцененных как ниже типичных для данной возрастной группы, выявлено не было ($p>0,05$). Следовательно, основные отличия отмечены для показателей, превышавших 90-й центиль. В группе институализированных дошкольников амплитуда моды выше типичных для данной возрастной группы величин отмечалась в 2,3 раза чаще – у 42,11% детей ($n=48$) против 18,18% ($n=8$) в группе контроля ($\varphi^*=2,84$, $p<0,01$). Вариационный размах превышал 90-й центиль у 71,93% ($n=82$) воспитанников домов ребенка и 43,18% ($n=19$) детей из семей ($\varphi^*=4,01$, $p<0,001$). Столь высокий удельный вес показателей, превышающих типичные для дошкольного возраста показатели, дает основание предположить высокую частоту нарушений вегетативной регуляции (дисфункции или дистонии). Оценка изменений исходного вегетативного тонуса, проведенная по вышеуказанной методике, подтвердила наше предположение. Критерий χ^2 для распределения нарушений вегетативного тонуса обследованных групп составил 12,89, при уровне значимости $p=0,005$. При этом наиболее значимые отличия отмечаются прежде всего по частоте выявления вегетативной дисфункции с сочетанной активацией обоих звеньев ВНС, которая выявлена у 28,07% ($n=32$) воспитанников домов ребенка и только двух (4,55%) детей из семей ($\varphi^*=2,69$, $p<0,01$). В то же время 88,64% ($n=39$) детей контрольной группы имели нормальный исходный вегетативный тонус, что было значимо ($\varphi^*=4,05$, $p<0,001$) выше, чем в группе детей из домов ребенка — 66,67% ($n=76$).

Выводы. Оценка исходного вегетативного тонуса с использованием центильного метода выявила, что в группе институализированных дошкольников вегетативная дисфункция встречается значимо чаще, чем среди их сверстников из семей.