



**Материалы международной монотематической
научно-практической студенческой конференции**

**Здоровый и больной
ребёнок:
междисциплинарная
проблема**

22 ноября 2016 г.

г. Оренбург

УДК 616-053.2(063)

ББК 57.3я4

З-46

Электронный вариант издания содержит результаты студенческих научных исследований в области педиатрии, проводимые на кафедрах Оренбургского медицинского университета и Западно-Казахстанского медицинского университета им. М. Оспанова.

Сборник адресован студентам, аспирантам, молодым ученым.

Ответственный редактор – руководитель СНК кафедры детских болезней ОрГМУ, д.м.н., профессор Л.Ю.Попова

«Здоровый и больной ребёнок: междисциплинарная проблема»

Студенческая международная монотематическая научно-практическая конференция. г. Оренбург

Сборник тезисов. – Издательство ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, 2016. – 48 с.

ПРИВЕТСТВИЕ

Уважаемые участники международной монотематической научно-практической студенческой конференции!

Совет СНО университета и кафедра детских болезней приветствуют Вас на конференции студентов двух ВУЗов: Оренбургского государственного медицинского университета и Западно-Казахстанского медицинского университета им. Марата Оспанова!

Проблемы диагностики, лечения и профилактики заболеваний детского возраста являются актуальными в настоящее время. На конференции будут представлены результаты студенческой науки двух ведущих педиатрических школ России и Казахстана.

Надеемся, что полученные знания в рамках проводимого мероприятия помогут расширению кругозора молодых исследователей, повышению качества подготовки специалистов, укреплению научных связей и коммуникабельности молодых ученых.

Выражаем глубокую благодарность Западно-Казахстанскому Государственному медицинскому университету им. М. Оспанова за сотрудничество в научной деятельности.

Всем участникам международной монотематической научно-практической студенческой конференции желаем творческих успехов и новых открытий!

И.о. проректора по научной, инновационной и международной деятельности, д.м.н., профессор
С.Н. Лященко

Научный руководитель Совета СНО, д.м.н.,
профессор кафедры факультетской хирургии
О.Б. Нузова

Заведующая кафедрой детских болезней, д.м.н.,
профессор Л.Ю. Попова

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ ЗАПАДНОГО КАЗАХСТАНА

С.С. Ахметова, Е.В. Христенко, Г.С. Жубанова, Э.Е. Давлетова, А.К.

Сарсенова, А.Д. Абдуллина, К.С. Кожжаков, Н.В. Жолмухамедова.

Научные руководители: д.м.н., проф. Ж.Б. Досимов, д.м.н. проф. К.Б.

Абдрахманов.

Кафедра педиатрического профиля интернатуры и послевузовского обучения.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени

Марата Оспанова.

Проблема охраны здоровья и перспектива совершенствования качества медицинской помощи подросткам в системе междисциплинарного взаимодействия является приоритетным направлением Государственных программ развития здравоохранения Республики Казахстан.

Цель исследования. Оценить особенности соматического, репродуктивного и психологического статусов подростков региона Западного Казахстана.

Материал и методы исследования. Проведены комплексные обследования в рамках междисциплинарного взаимодействия 523 подростков 9-11 классов общеобразовательных средних школ г.г.Актобе и Актау.

Соматический и репродуктивный статусы оценивались по результатам первичного общеклинического обследования педиатрами, подростковыми гинекологами и урологами-андрологами. Психологический статус оценивался по 5 опросникам, соответствующих критериям валидности и надежности. Минеральная плотность костной ткани определялась денситометрией пяточной кости (ультразвуковой денситометр Senost-3000, Южная Корея).

Результаты исследования. Констатирован факт нормального гармоничного физического развития менее чем у половины (259-49,1%) обследованных подростков. Вместе с тем, у большинства обследованного контингента выявлены различные варианты дисгармоничного физического развития.

Результаты комплексной оценки состояния здоровья подростков свидетельствуют о том, что контингент здоровых школьников (1-2 группы здоровья) составляют всего 17% (n-89) при абсолютном доминировании (434-83%) подростков с различными хроническими заболеваниями, преимущественно у девочек. Данные отражающие индивидуальные особенности здоровья позволяют отметить, что единственный вариант хронической патологии выявлен только у каждого пятого школьника, а у остального контингента констатирован факт комбинации различных, и в том числе впервые выявленных хронических заболеваний. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани выявлены у 210 (40,2%) подростков.

По данным остеоденситометрии нормальная минеральная плотность костной ткани отмечена только у каждого десятого подростка, а у остального контингента школьников констатирован факт снижения показателей, представленных преимущественно остеопенией.

Анемический синдром различной степени выраженности, преимущественно у девочек выявлен у каждого третьего подростка.

Отклонения в репродуктивном статусе, представленные в основном нарушениями и особенностями течения менструального цикла отмечены практически у каждой пятой девочки-подростка. Урологами андрологами у 16% мальчиков–подростков впервые выявлено левостороннее варикоцеле.

По данным скринингового психометрического исследования констатированы разнообразные особенности психологического статуса, клинко-прогностическая значимость которых должна быть уточнена в процессе реализации индивидуальных программ углубленного обследования.

Выводы

1. Факт дисгармоничности физического развития у большинства подростков по всей видимости обусловлен физиологией подросткового возраста и свойственной данному возрасту гиподинамией.

2. Выявленные различной степени выраженности снижения минеральной плотности диктуют необходимость исследования процессов ремоделирования костной ткани.

3. Свидетельством неэффективности междисциплинарного взаимодействия являются впервые выявленные отклонения в репродуктивном статусе подростков.

4. Анемический синдром, выявленный преимущественно у девочек-подростков является следствием хронических кровопотерь в связи с особенностями менструального цикла и дефицита по микронутриентам питания современных подростков.

СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА

Ж.К. Аманова, М.К. Жанетова, студентки 5 курс

К.Ж. Бикимова, клин. ординатор

Научный руководитель – к.м.н., доц. Т.В. Вивтаненко

Кафедра детских болезней

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: синдром Картагенера – редкое наследственное заболевание, включающее триаду симптомов situs viscerum inversus или декстрокардию, хронический бронхолегочный процесс, синуситы. Являясь одной из форм первичной цилиарной дискинезии на долю синдрома Картагенера приходится 50–60% всех случаев. Известно свыше 20 различных цилиарных дефектов строения ресничек, который чаще имеет распространенный характер, поскольку цилиарный эпителий выстилает не только респираторный тракт, но и другие слизистые: среднее и внутреннее ухо, эпандиму желудочков мозга, фаллопиевы трубы. Аналогичное строение имеют жгутики сперматозоидов. Но более выраженные изменения выявляются в дыхательных путях, что способствует частым респираторным заболеваниям ребёнка. Как правило, синдром Картагенера представляет собой заболевание с четко очерченной и яркой клинической симптоматикой. Тем не менее, пациенты зачастую на протяжении многих лет рассматриваются, как

страдающие хроническим бронхитом, бронхоэктазией, экзогенным аллергическим альвеолитом.

Цель данной работы - анализ клинического случая синдрома Картагенера.

Пациентка Г., 2-х лет, поступила в пульмонологическое отделение ОДАЦ с жалобами на длительный кашель.

Из анамнеза жизни и заболевания: ребёнок родился от IV-й беременности (ОАА), II-х срочных родов, с массой тела 3300 гр., длиной – 52 см., 9\9 баллов по шкале Апгар, выписана на 5 сутки с диагнозом: здорова. Девочка вскармливалась грудью до 2х лет, привита по календарю. С года ребенок начал болеть простудными заболеваниями, с марта 2016 года у ребёнка сохраняется кашель, в августе перенесла обструктивный бронхит, после которого кашель сохранялся до октября 2016 года. По поводу декстракардии наблюдается кардиологом ОДП, при очередном посещении, направила ребенка на госпитализацию для исключения синдрома Картагенера.

Состояния при объективном осмотре ребенка ближе к удовлетворительному, сознание ясное, активна, физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые, периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Отмечается затруднение носового дыхания за счет слизистого отделяемого в умеренном количестве, кашель непродуктивный, одышки нет, грудная клетка цилиндрическая, не вздута. Аускультативно в легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, ЧДД -22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные (декстрокардия) с ЧСС 110 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень при пальпации слева, не увеличена, край мягко-эластичный, безболезненный. Почки не пальпируются. Физиологические отправления без особенностей: стул ежедневно, оформленный. Масса - 12кг, рост - 87см.

В анализах крови показатели в норме, IgE общий составляет 98,7 МЕ/мл. Потова проба на аппарате «Нанодакт» - 46,0 mmol\LeqNaCl (норма). На рентгенограмме органов грудной клетки в легких без очаговых и инфильтративных изменений, отмечается усиление легочного рисунка, корни не расширены, синусы свободны, тень сердца справа, тень печени слева. Девочка консультирована врачом-генетиком, выставлен диагноз Синдром Картагенера (декстракардия, печень слева, селезенка справа).

Таким образом, синдром Картагенера у детей раннего возраста может не иметь четко очерченной и яркой клинической симптоматики, но появление длительного кашля, как одного из симптомов хронического воспаления респираторного тракта наряду с situs viscerum inversus дает возможность ранней диагностики данного синдрома.

Вывод: нами был проанализирован клинический случай синдрома Картагенера, особенностью которого является отсутствие внешних проявлений, отличающих от здоровых детей, и требующих внимательного осмотра и инструментального подтверждения, поэтому данный синдром трудно диагностировать.

Список литературы:

1. Бобровничай В.И., Безлер Ж.А. Первичная цилиарная дискинезия // Медицинский журнал. -2011. - № 2. - С. 152-156.
2. Редкие заболевания легких у детей. Клинические наблюдения. Розина Н.Н., Мизерницкий Ю.Л. М.: ООО «Оверлей», 2009г. 192с.
3. Philpott CM, McKiernan DC. Bronchiectasis and sino-nasal disease: a review. J. Laryngol. Otol., 2008.122 (1), 11-15.

УЧИМСЯ У ПРИРОДЫ: О ПЕРСПЕКТИВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА КЕНГУРУ В ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Е.В. Баловнева, 4 курс.

Научный руководитель – к.б.н., доц. Е.Н. Лебедева

Кафедра биологической химии

Оренбургский государственный медицинский университет

Недоношенный ребенок, по определению ВОЗ – это ребенок, родившийся раньше наступления 38-й недели беременности; ежегодно недоношенными рождаются 15-20% всех новорожденных. Большинство детей, родившихся раньше срока, – маловесны, нуждаются в особенном уходе, часто – в медицинской помощи, и, как никто, нуждаются они в материнской близости и в грудном молоке. На сегодняшний день, метод "кенгуру" — важная составляющая часть ранней реабилитации недоношенных и тяжело больных новорожденных детей.

Цель работы. Проведение анализа современной литературы для выявления перспективных методов выхаживания недоношенных детей и изучения механизмов, лежащих в их основе.

Материалы и методы. Современные подходы к разработке перспективных методов выхаживания недоношенных детей основаны на применении достижений целого комплекса медицинских наук. Важно помнить, метод Кенгуру - это всего лишь один из методов из всего комплекса помощи недоношенным детям.

Результаты. Метод Кенгуру (kangaroo mother care - КМС) - это способ выхаживания недоношенных детей, при котором максимально задействуется физический контакт «кожа к коже» малыша и матери. Цель данной работы, Название "кенгуру" родилось по аналогии с наблюдаемым в природе способом вынашивания детеныша кенгуру, который при появлении на свет едва достигает длины 2,5 см, а его организм еще даже не сформирован окончательно и первые месяцы он проводит в кожной складке — сумке на животе мамы-кенгуру. Это естественный, подсказанный самой природой способ сохранить тепло, а значит, и жизнь нашим недоношенным детям. Термин "кенгуру" понятен абсолютно всем и уже давно вошел в лексикон. История МКС началась около 30 лет назад, когда в Колумбии из-за недостатка инкубаторов для выхаживания недоношенных детей педиатры Эдгар Рей и Гектор Мартинец попытались использовать тепло материнского тела для предупреждения гибели недоношенных детей от переохлаждения. Этот опыт оказался удачным и начал

применяться изначально в беднейших странах Африки и Азии, в лагерях беженцев, в госпиталях в зонах военных конфликтов. Появились сообщения, что благодаря применению этого метода удавалось выхаживать даже недоношенных детей с весом при рождении меньше 1000 г при отсутствии специального медицинского оборудования. Несколько позднее КМС стали активно применять в отделениях новорожденных в развитых странах. Сегодня все чаще обращаются к этому простому методу выхаживания новорожденных, потому что КМС не только заменяет инкубатор, но может дать много больше, чем лекарства и современная медицинская техника.

Существует несколько ключевых моментов в этом методе:

- Ранний продолжительный контакт "кожа к коже" малыша и его матери, а точнее тельца малыша (лицом к маме) и материнской груди. Чем более широкая часть кожи соприкасается, тем лучше. Чтобы температура тела сохранялась более равномерно, сверху малыша накрывают теплой мягкой пеленкой и иногда одевают шапочку.
- Исключительно грудное вскармливание сцеженным молоком либо непосредственно грудью. Для некоторых особо недоношенных малышей могут быть назначены дополнительные питательные вещества.
- Поддержка пары мама-малыш. Это означает, что персонал больницы делает все возможное для медицинского, эмоционального, психологического и физического благополучия пары мама-малыш, не разделяя их, начиная от использования ультрасовременного оборудования и кончая психологической поддержкой.
- Метод также включает ряд важных моментов:
- Он начинает применяться в больнице, но может быть продолжен дома.
- Малышам, с которыми применяют этот метод, рекомендуют более раннюю выписку
- При дальнейшем пребывании дома матери оказывают необходимую помощь и поддержку

Удивительно, но использование этого метода позволяет повысить выживаемость от 30 до 70% новорождённых. Это значит, из 10 обречённых трое, а то и все семь выживут, даже если их вес не дотягивает до килограмма! И только потому, что ребёнок, как маленький кенгурёнок, продолжает жить в биополе мамы. Он слушает её дыхание и сердцебиение, ощущает её запах и тепло кожи, пьёт молочко, когда захочет. Он начинает настолько доверять миру, что спокойно переносит даже болезненные манипуляции, такие как прокол кожи. И у него совсем не развиваются периоды кислородного голодания, как у кювезных детей.

- Дыхание становится ритмичным, не сбивается, осложнений со стороны дыхательной системы почти не встречается.
- Сердце стучит ровно, не останавливаясь.
- Температура тела нормализуется и удерживается на нормальном уровне. Учёные утверждают, что когда у младенца повышалась температура, у матери она снижалась, чтобы облегчить самочувствие крохи!

- Значительно снижается риск внутрибольничного инфицирования. Нормальная микрофлора с кожи матери защищает младенца от чужеродных и патогенных бактерий.

Беспрепятственный доступ к груди — основа выживаемости крохи. Он ест, когда хочет и сколько хочет, поэтому хорошо набирает вес. Метод "кенгуру" очень помогает в установлении отношений между ребенком и родной семьей, воспитывает чувство родительства и привязанности к ребенку, повышая самооценку и уверенность родителей в том, что они в силах помочь малышу. Родители становятся более осведомленными в вопросах выхаживания и лечения недоношенных детей. Время, когда малыш находится на груди у мамы или папы - время спокойствия и тишины. Оно дает удивительный эффект релаксации и восстановления психологического равновесия после сильнейшей травмы, которую причиняют преждевременные роды. Метод "кенгуру" отвечает врожденным ожиданиям малыша - нахождению с матерью. Он чувствует ее тепло, запах, стук сердца и все это создает ощущение безопасности и "правильности" окружающего мира. Это все способствует не только более гармоничному развитию малыша в эмоционально-психическом плане, но и делает связь мать-ребенок более тесной и глубокой. Метод "кенгуру" задействует материнские инстинкты - мама становится главной фигурой в уходе за своим малышом, так, как и задумано природой. Близкий контакт помогает матери выработать такой график снов и бодрствований, в котором их с малышом ритмы максимально совпадают, и она успевает отдохнуть и выспаться. Медики часто отмечают, что матери недоношенных детей нередко страдают чувством вины, беспокойством и даже впадают в послеродовую депрессию. Метод "кенгуру" дает женщине возможность завершить родовой гештальт: оказывая своему малышу максимально возможную помощь, она реализуется как мать, тем самым, доводя беременность и роды до логического завершения - становления матерью. Научные исследования, проведенные в разных странах в течение последних 40-ка лет, не выявили ни одного факта, когда бы применение данного метода причинило какой-либо вред ребенку или матери. Уже после выписки из стационара многие родители продолжают использовать метод "кенгуру" дома, ведь такой близкий телесный контакт полезен всем - и здоровым детям тоже.

Выводы. Данный метод был разработан как альтернатива для неадекватного и неэффективного ухода в инкубаторах за теми недоношенными новорожденными, которым удалось преодолеть изначальные проблемы, и не требовали ничего кроме роста и кормления. Более двух десятилетий внедрения и исследований обнаружили, что метод "кенгуру" это больше чем альтернатива ухода в инкубаторе. Метод "кенгуру" оказался эффективным для температурного контроля, грудного кормления, и формирования родственных уз для всех новорожденных независимо от окружения, веса, гестационного возраста, и клинических условий. Сегодня метод кенгуру официально рекомендован ВОЗ для выхаживания недоношенных и маловесных детей,

рожденных не ранее, чем на 30-й гестационной неделе, весом не менее 1100 граммов.

Список литературы:

1. Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, et al. Kangaroo mother care: 25 years after. Acta Paediatr 2005;94(5):514-22.
2. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. Int J Epidemiol 2010;39(Suppl 1):1144-54.
3. Практическое руководство: Метод Кенгуру. Департамент репродуктивного здоровья и исследований. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева 2003г. 41с.

ПАРАМЕТРЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ СИФИЛИСОМ

А.А. Белоклокова, 5 курс

Научный руководитель – к.м.н., ассистент И.В. Пасикова

Кафедра детских болезней

Оренбургский государственный медицинский университет

В последние годы стало очевидным, что внутриутробные инфекции вносят в патологию детского возраста значительно более весомый вклад, чем можно было предполагать ранее. Известно, что у детей, страдающих ранним врождённым сифилисом, наблюдаются множественные поражения внутренних органов, а также патологические изменения в системе гомеостаза. К неспецифичным проявлениям сифилиса можно отнести патологические изменения в периферической крови, изменения уровня билирубина, трансаминаз, мочевины, креатинина при биохимическом исследовании крови больных врождённым сифилисом детей.

Цель исследования: изучить изменения параметров крови у детей с врождённым сифилисом в неонатальном периоде.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ историй развития ребёнка (форма №112/у) и обследование 40 новорождённых детей, рождённых матерями, больными или болевшими сифилисом. Все дети были распределены на 2 группы: группа №1 (основная группа) – дети с ранним врождённым сифилисом (n=15), группа №2 (группа сравнения) – дети, матери которых перенесли сифилис, получили специфическое лечение и сняты с клинико-серологического контроля к моменту наступления беременности (n=25). С целью выявления специфических проявлений раннего врождённого сифилиса производился клинический осмотр детей с применением общеклинических методов.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью стандартных программ математико-статистического анализа (Statistica 8.0). Различия между сравниваемыми группами считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Сравнительная оценка показателей периферической крови установила, что снижение уровня гемоглобина сопровождалось уменьшением содержания эритроцитов и наблюдалось у 46,7% новорождённых группы №1 и у 12,0% группы №2 ($p < 0,05$). Установлено, что тромбоцитопения достоверно чаще отмечалась у детей группы №1 (53,3%) по сравнению с детьми группы №2 (20,0%, $p < 0,05$). Доказано, что лейкоцитоз регистрировался у новорождённых группы №1 в 60,0% случаев против 32,0% в группе №2 ($p < 0,05$). Изменения показателей периферической крови трактовались нами как дополнительный критерий имеющейся внутриутробной инфекции.

Выводы. Патологические отклонения в периферической крови, возникающие у новорождённых вследствие инфицирования бледной трепонемой, разнообразны и требуют пристального наблюдения детей педиатром и дерматовенерологом.

ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ

К.Р. Биккужин, Р.М. Ахметов, Н.Ю. Литягина, 2 курс ОрГМУ

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.Н. Афонина

Кафедра биохимии

Оренбургский государственный медицинский университет

В древности кормление грудью считалось рутинным делом, однако с началом индустриальной революции в урбанизированной Европе наметился серьезный спад в практике грудного вскармливания. Использование животного молока и питательных смесей вместе с общей тенденцией на разделение матери и ребенка, связанной с эмансипацией женщины и ее полноценным включением в трудовую жизнь, привели к усилению проблем в питании детей в период с начала XX в. до середины 60-х гг. В связи с этим в развитых странах, например США, постепенно стали осознавать преимущества кормления грудью и поощрять соответствующую практику, в то время как в развивающихся странах пропаганда грудного вскармливания наталкивается на противодействие укрепивших свое влияние крупных продовольственных корпораций. Проводя агрессивную рекламную политику и лоббируя интересы на общегосударственном уровне, транснациональные компании тормозят процесс пересмотра устоявшихся в предыдущий период взглядов.

Тем не менее, усилия по распространению подходов правильного питания предпринимаются как на национальном, так и международном уровнях. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) проводят информационную работу, разрабатывают рекомендации и выступают с инициативами по распространению грудного вскармливания уже в течение нескольких десятков лет.

Уникальность грудного молока обусловлена его составом. В него входят белки, жиры, углеводы, витамины и минералы. Помимо них, человеческое молоко содержит также биологически активные факторы, т.е. элементы, которые воздействуют на биологические процессы и субстраты, и, следовательно, влияют на функционирование организма и его состояние, а, в

конечном счете, на его здоровье. В группу биоактивных факторов входят также факторы роста и иммунологические факторы.

Из белков в грудном молоке наиболее представлены казеин, альфа-лактальбумин, лактоферрин, секреторный иммуноглобулин А, лизоцим и сывороточный альбумин. Белковый компонент молока присутствует в заметно больших количествах у матерей с недоношенными детьми; кроме того, уровень белка тем выше, чем больше соотношение веса матери к ее росту. Независимо от доношенности ребенка, уровень белка в молоке матери с течением времени сокращается. Жировой компонент грудного молока характеризуется высоким содержанием пальмитиновых и олеиновых кислот. Жиры – это наиболее переменный компонент, их концентрация может варьироваться в 2-3 раза в зависимости от периода лактации, а также меняться в течение дня и в зависимости от диеты матери. Углевод, содержащийся в наибольших количествах в человеческом молоке – дисахарид лактоза. Его концентрация наименее подвержена изменениям, в то время как концентрация другого важного типа углеводов, имеющегося в материнском молоке, – олигосахаридов, зависит от периода лактации и генетического фактора. Среди распространенных компонентов молока выделяют витамины А, В₁, В₂, В₆, В₁₂, D, К, причем присутствие витаминов D и К крайне мало, что часто требует поиска дополнительных источников их поступления (например, путем приема их матерью в период лактации). В группу биологически активных факторов входят также макрофаги, стволовые клетки, иммуноглобулины, цитокины, хемокины, эритропоэтин, кальцитонин, соматостатин, адипонектин, лептин, грелин, ганглиозиды, гликозаминогликаны, муцины и др.

Анализируя состав грудного молока, можно констатировать что молоко – это, прежде всего источник питания грудного ребенка. Оно содержит все необходимые биологически значимые элементы, которые легко усваиваются (в отличие, например, от коровьего молока, которое содержит в больших количествах белок казеин, трудно перевариваемый младенческой пищеварительной системой) и эффективно используются организмом новорожденного. Вместе с тем масса научных исследований, посвященных изучению состава и свойств грудного молока, показывает, что оно представляет собой гораздо больше, чем просто «еда». Речь идет о биологически активных факторах, которые оказывают всеобъемлющее влияние на развитие и функционирование желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистой, нервной и эндокринной систем (факторы роста), а также укрепляют еще не развитую иммунную систему младенца (иммунологические факторы). Благодаря этому повышаются шансы на выживание и здоровое развитие ребенка, что подтверждается статистическими данными. Например, если в течение более 4 месяцев ребенок получал грудное молоко, риск заболевания инфекцией дыхательных путей снижается в первом году жизни на 72%, кормление грудью снижает количество случаев заболевания неспецифическими инфекциями желудочно-кишечного тракта на 64%, 3-4 месяца грудного вскармливания создают защитный эффект, снижающий случаи клинической астмы,

атопического дерматита и экземы. Человек, которого в младенчестве кормили грудью, гораздо меньше страдает от ожирения в подростковом и взрослом возрасте. Имеется положительная статистика и в отношении заболеваемости диабетом и другими болезнями.

Все эти данные свидетельствуют о том, что грудное молоко по своему составу и свойствам в наибольшей степени соответствует потребностям развивающегося организма.

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ.

*А.Ю. Вострокнутова, 5 курс, Е.А. Горина, 6 курс, Е.В. Ляхова, 6 курс
Научный руководитель - к.м.н., доц. Е.Б. Чалая
Кафедра психиатрии, медицинской психологии
Оренбургский государственный медицинский университет*

В детском и подростковом возрасте личность наиболее уязвима и подвержена влиянию окружающей среды, так как резко сменяющиеся друг друга возрастные этапы психофизиологического развития объективно требуют изменений социально-культурных условий воспитания и обучения подрастающего человека. Актуальность изучения поведенческих нарушений у детей с умственной отсталостью обусловлена их большой частотой встречаемости, а также необходимостью правовой защищенности данной категории детей. Расстройством поведения у детей и подростков считается поведение, обращающее на себя внимание нарушением норм, несоответствием, получаемым советам и рекомендациям и отличающееся от поведения тех, кто укладывается в нормативные требования семьи, школы и общества. Поведение, характеризующееся отклонением от принятых нравственных, а в некоторых случаях и правовых норм, квалифицируется как девиантное и определяется как ведущий к углублению средовой дезадаптации стереотип поведенческого реагирования в микросоциальных группах (Вострокнузов Н.В. 1996г.).

Цель исследования: изучение отклонений поведения умственно отсталых детей и подростков.

Материалы и методы: клиническим и социально-психологическим методом обследовано 30 умственно отсталых детей в возрасте от 8 до 14 лет (средний возраст - 10 лет), 15 – мальчиков и 15 девочек, проживающих в г. Оренбурге и Оренбургской области. 20 детей страдали дебильностью (легкая умственная отсталость), 10 – имбецильностью (умеренная и тяжелая умственная отсталость). Степень выраженности интеллектуального дефекта и личностные (характерологические особенности) квалифицировалась на основании подробного психологического исследования с использованием различных методик, в том числе и шкалы Векслера. У всех обследованных детей отмечались расстройства поведения.

Результаты: установлено, что приоритетным являлся синдром повышенной возбудимости (71,8%) с психомоторной расторможенностью, возникающий по незначительному поводу или без видимой причины. Поведенческие нарушения у дебилов проявлялись чрезмерной драчливостью, склонностью к хулиганским

действиям, непослушанием. Нарушения поведения имбецилов отличались большей агрессивностью, гневливостью, нередко тяжелыми разрушительными действиями.

Гипердинамический синдром обнаружен в 17,9% от общего числа наблюдений. Клиническая картина этих нарушений характеризовалась снижением концентрации внимания, недостаточной устойчивостью в деятельности, требующей умственного напряжения, тенденцией переходить от одного занятия к другому, не завершая ни одного из них, наряду со слабо регулируемой и чрезмерной активностью.

Значительно реже отмечены синдром уходов и бродяжничества (8,2%). Данное расстройство преобладало у мальчиков младшего подросткового возраста. Анализ причин этого поведенческого нарушения показал, что уходы их были не обдуманы, не планировались и не готовились, нередко совершались под давлением сверстников и старших, что являлось отражением характерной для умственно отсталых детей повышенной внушаемости и психической неустойчивости, выраженной зависимости настроения от внешних влияний.

Алкоголизация, воровство, раннее начало половой жизни, агрессивнo-садистические проявления выявлены у 2,1% обследованных детей. Данные формы антиобщественного поведения, вероятно, обуславливались такими характерологическими особенностями, как отсутствие самостоятельности, склонность к подражательству, а также неблагоприятными микросоциальными условиями (антисоциальное окружение, отсутствие контроля со стороны взрослых лиц).

Установлено, что более грубые поведенческие нарушения отмечались у детей с имбецильностью (по сравнению с дебилами), что обуславливалось значительной большей выраженностью органического дефекта. Выявлено, что особенности поведенческих нарушений зависят от уровня социальной адаптированности (сферы и особенностей социально-психологических отношений, предшествующих условий жизни и воспитания, что особенно значимо в раннем возрасте), от состояния эмоционально-волевой сферы и конкретной жизненной ситуации. Эти факторы социального или личностного характера способствуют возникновению нарушений поведения у детей с умственной отсталостью и препятствуют их социально-трудовой адаптации.

Выводы: таким образом, результаты исследования указывают на необходимость своевременного проведения медико-педагогической коррекции личностных и поведенческих расстройств у детей с умственной отсталостью, что будет способствовать предупреждению антиправовых действий и асоциальных поступков данной категории детей и подростков. Специалистам при общении с такими детьми и подростками необходимо обращать внимание на их личностные особенности и особенности их поведения.

ТЕЧЕНИЕ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Е.И. Гадушкина, Ж.В. Сарниязова, 5 курс

*Научный руководитель - к.м.н., доцент Н.Б. Денисюк
Кафедра детских болезней.*

Оренбургский государственный медицинский университет

Ротавирусная инфекция (РВИ) самая распространенная причина диарей у детей младше 5 лет, что определяет актуальность проблемы кишечных инфекций у детей раннего возраста. Клиническая картина РВИ может иметь необычное течение, если у ребенка имеет место соматическая патология, что нередко создает трудности диагностики.

Цель исследования: выделить клинические особенности РВИ у детей на фоне соматической патологии.

Материалы и методы: проанализированы данные 12 историй болезни детей с РВИ, протекающей на фоне других соматических заболеваний. Для этиологической расшифровки РВИ использовались бактериологические, серологические, иммуноферментные методы исследования.

Полученные результаты: РВИ у детей протекала на фоне: заболевания крови (2), муковисцидоза(1), сахарного диабета (2), органического поражения ЦНС (3), атопического дерматита (4). Легких форм среди заболевших не было, у 5 детей РВИ протекала в тяжелой форме - сахарный диабет(2),заболевание крови (1), муковисцидоз (1), поражение ЦНС (1). Острое начало заболевания было характерно для 4 (33,3%) пациентов. Ведущие синдромы начала болезни - рвота и выраженная вялость отмечена у 7 (58,3%) больных, у больных с сахарным диабетом и поражением ЦНС -рвота была многократная; подъем температуры до высоких цифр (выше 38,5⁰С) отмечен лишь у 3(25,0%) больных (с поражением ЦНС-2, атопическим дерматитом-1), в тоже время температурная реакция в начале болезни у других пациентов не была резко выраженной (до 37,5,0⁰С), либо температура оставалась в пределах нормы. Синдром поражения ЖКТ в разгаре болезни у 8 пациентов был по гастроэнтеритическому типу (рвота, жидкий стул водянистого характера, без цвета, с кисловатым запахом). Тяжесть заболевания в периоде разгара была обусловлена: выраженностью кетоацидоза у больных с сахарным диабетом (2), атопическим дерматитом(2), явлениями обезвоживания и умеренно выраженным синдромом интоксикации. Длительный диарейный синдром (более 5 дней) отмечен у 5 больных: с заболеванием крови (2), атопическим дерматитом (3).

Таким образом, РВИ у детей с соматической патологией часто имеет нехарактерное начало и неяркую клиническую картину, что создает трудности диагностики на этапе постановки диагноза и требует адекватной терапии.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ АНТИСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Н.А. Геращенко, 5 курс

Научный руководитель - асс. кафедры А.И. Ерзин

Кафедра клинической психологии и психотерапии

Оренбургский государственный медицинский университет

Расстройства поведения, а так же нарушение общепринятых норм, регистрируются в зарубежных исследованиях у 6-8% детей старшего школьного возраста. Исследователи признают главным значение социума в развитии антисоциальной личности у здоровых людей, но современные исследования говорят также о роли нейропсихологических факторов, которые могут выступать предпосылками к склонности к антисоциальному поведению даже в благоприятных социальных условиях. Анализируя результаты современных исследований, можно выделить четыре ведущих нейропсихологических симптомокомплекса, коррелирующих с антисоциальным поведением. Первый включает генерализованную дисфункцию мозга в виде относительно низких показателей общего интеллекта и недостаточности показателей мозговых структур. В исследовании Н.Heinzen, низкий коэффициент интеллекта демонстрировал достоверную линейную связь с выраженностью антисоциальных проявлений. Общий интеллект оказался в среднем на 8 баллов ниже возрастной нормы. Второй симптомокомплекс включает в себя низкий вербальный интеллект. Так, по данным мета-анализа J.Isen, включавшего 131 исследование, у антисоциальных подростков невербальный интеллект превышал вербальный в среднем на 6 баллов. Третий симптомокомплекс характеризуется дисфункцией лобной коры головного мозга в виде импульсивности и недостаточности исполнительных функций: A.B.Morgan и S.O.Lilienfeld проанализировав 39 нейропсихологических исследований, включавших 4 589 испытуемых, пришли к выводу, что лица с антисоциальным поведением характеризуются существенно более низкими показателями таких исполнительных функций по сравнению с возрастными нормативами, как подавление автоматических реакций на стимул. В некоторых исследованиях у подростков с антисоциальным поведением была выявлена повышенная импульсивность в виде сниженной способности к торможению простых двигательных ответов с сопутствующим снижением амплитуды вызванных потенциалов в правой лобной области. Четвертый симптомокомплекс характеризуется наличием психопатии. R.J.R.Blair определил, что характерной неврологической особенностью психопатов является функционально-структурная недостаточность таких структур лимбической системы, как амигдалы, поясной извилины и орбито-фронтальной коры. Они оказывают влияние на поведение человека: низкая активность поясной извилины вызывает апатию и малоактивность, недостаточность амигдалы тормозит эмоциональные реакции и генерацию страха, дисфункция орбито-фронтальной коры вызывает проблемы в принятии решений и в регуляции эмоций.

СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ ОРГМУ

*Н.А. Геращенко, 5 курс ФКП
Научный руководитель – доцент Г.И. Дереча
Кафедра психиатрии и наркологии*

Парадигма здоровья четко и конструктивно определена академиком Н.М. Амосовым: «Чтобы стать здоровым, нужны собственные усилия, постоянные и значительные. Заменить их ничем нельзя».

Здоровый образ жизни, как система, складывается из трех основных взаимосвязанных и взаимозаменяемых элементов, четырех культур: культуры питания, культуры движения, культуры эмоций и культуры закаливания.

Цель: изучить состояние психологического здоровья у школьников и студентов ОрГМУ.

Задачи: исследовать уровень тревожности у школьников и студентов ОрГМУ; оценить состояние депрессии и социальной фрустрированности у данной группы.

Объект и методы исследования: учащиеся средней школы г. Оренбурга (820 чел.), студенты I курса всех факультетов (556 чел.) и выпускники ОрГМУ (387 чел.).

Результаты исследования: Культура питания. Около 80 % студентов II – IV курса ФКП не выполняют по разным причинам эти правила. **Культура движения, рациональный режим дня** - опрос показал, что данные рекомендации не выполняются абсолютным большинством. **Культура эмоций.** У студентов I курса всех факультетов выявлены высокая ситуативная (33, 8%) и личностная (53%) тревожность, различный уровень депрессии (36%) и социальной фрустрированности (социальной неудовлетворённости) (17%). Клинически эти состояния проявлялись жалобами соматического характера (сонливость, упадок сил, головные боли), жалобами на эмоциональный дискомфорт (частые перепады настроения, раздражительность, беспокойство), нарушение когнитивных функций (снижение памяти, невнимательность). У выпускников были выявлены ситуативная (18%) и личностная (47,5%) тревожность, различный уровень депрессии (27%) и социальной фрустрированности (социальной неудовлетворённости) (5,8%). В то же время психологическая подготовка студентов ФКП помогает им конструктивно преодолевать различные эмоциональные переживания. У младших школьников «тревожность» составила - 116 (28%), «враждебность» - 17%. У старших - высокая ситуативная 18% (27 чел.) и личностная – 42,7% (64 чел.) тревожность.

Вывод: пониженная стрессоустойчивость и связанная с этим высокая тревожность являются неадаптивными состояниями и должны быть объектом психологической помощи данным лицам, т.к. они могут трансформироваться в защитную агрессивность, асоциальность, суицидальность.

КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

*Ж.М. Герцева, 5 курс, Р.С. Шумахер, 5 курс
Научный руководитель – д.м.н., доц. Г.Д. Алеманова
Кафедра детских болезней*

Оренбургский государственный медицинский университет

Бронхиальная астма (БА) одно из наиболее распространенных хронических заболеваний легких, представляющих значительную медико-социальную проблему, как у детей, так и у взрослых. В последние годы отмечается тенденция к увеличению её частоты, что связывают и с расширением факторов риска. Из множества причин, которые формируют индивидуальные особенности БА, мы выделили дисплазию соединительной ткани, в связи с её широкой распространенностью (13-85,4%, Друк И. В., 2004 г.)

Цели и задачи: выявление наличия связи между количеством малых аномалий развития сердца (МАРС), выраженностью изменений на ЭКГ и степенью тяжести БА.

Материалы и методы исследования: был проведен анализ 100 историй болезни детей за период 2009-2011 гг., которые находились на стационарном лечении по поводу БА в пульмонологическом отделении областного детского центра аллергологии и клинической иммунологии.

Полученные результаты. Проведенный анализ позволил выявить МАРС у 56 детей в возрасте от 1 года до 10 лет, страдающих БА разной степени тяжести.

При легкой степени тяжести БА (15 детей) регистрировались только единичные аномалии развития сердца: дополнительная хорда – 8 детей (50%), открытое овальное окно (ООО) – 6 больных (42,9%), ПМК 1 ст. – 1 ребенок (7,1%). При оценке результатов ЭКГ: синусовая аритмия – 7 детей (42,9%), признаки перегрузки правых отделов сердца в связи с наличием ООО – 3 больных (21,4%), нарушение процессов реполяризации – 1 ребенок (6,9%), 4 пациентов без наличия отклонений от нормы.

При средней степени тяжести (29 детей) – дополнительная хорда – 20 детей (68,9%), ООО – 1 пациент (3,5%), ПМК 2 ст. – 4 ребенка (13,8%) и сочетанные МАРС – 4 больных (13,8%). Оценка результатов ЭКГ – неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 4 ребенка (13,7%), нарушение процессов реполяризации – 9 пациентов (31%), у 2 пациентов (6,9%) не было выявлено никаких изменений.

При тяжелой степени тяжести (6 пациентов) чаще встречались сочетанные аномалии развития сердца: дополнительная хорда и ПМК 2 ст. – 2 пациента (33,3%), ООО с дополнительной хордой – 1 пациент (16,7%), только дополнительная хорда – 2 ребенка (33,3%) и только ПМК 2 ст. – 1 пациент (16,7%). Результаты ЭКГ: нарушение проводимости (83,3%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 2 ребенка (33,3%), сочетание синусовой аритмии и неполной блокады правой ножки пучка Гиса – 1 ребенок (16,7%), нарушения

внутрижелудочковой проводимости – 2 больных (33,3%), 1 пациент (16,7%) без отклонений в ЭКГ.

Выводы. При сопоставлении степени тяжести БА с количеством МАРС и изменений на ЭКГ была выявлена закономерность: при утяжелении тяжести астмы увеличивается количество сочетанных проявлений МАРС и утяжеляется выраженность изменений на ЭКГ. Дети с БА и МАРС должны находиться на диспансерном наблюдении не только у пульмонолога, но и кардиолога в целях профилактики риска формирования тяжелых форм БА.

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА

З.А. Ермуканова, Н.Ж. Исламова.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Г.Д. Алеманова,

зав. пульмонологическим отделением Л.В. Сурова

Кафедра детских болезней

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность исследования. В России муковисцидоз диагностируется приблизительно у одного из 10 000 детей. При этом общее число больных по официальным данным Министерства Здравоохранения за 2010 год составляет 2186 человек. В Оренбургской области частота встречаемости больных этой патологией составляет 1:11262 – 12344 новорожденных. В течение последних лет отмечен рост количества больных, при этом все чаще выявляются случаи поздней диагностики заболевания (в возрасте от 3,6 лет до 9,4 лет). Муковисцидоз – это аутосомно-рецессивное наследственное заболевание, которое поражает многие органы и системы. Критериями тяжести заболевания являются – быстрое формирование признаков хронической гипоксии, цирроза печени, осложненного портальной гипертензией. У детей со средней степенью тяжести и тяжелым течением муковисцидоза выявлены схожие генотипы, но частота их встречаемости различна. В нашем регионе у больных с тяжелым течением заболевания достоверно чаще встречались неуточненные мутации, а при средней степени тяжести чаще выявлялась мутация DelF 508. Существует неонатальный скрининг на муковисцидоз (тест на ИРТ – иммунореактивный трипсин, секрет поджелудочной железы, у больных-новорожденных этот показатель выше нормы в 4-5 раз).

Цель: Установить причины поздней диагностики муковисцидоза на основании анализа клинического случая.

Задачи: Провести анализ клинического случая пациента, получавшего лечение в пульмонологическом отделении ОДАЦ ОКБ №2 с диагнозом: муковисцидоз, легочная форма. Повысить настороженность медицинских работников на раннее выявление муковисцидоза путём проведения неонатального скрининга новорожденных, и своевременной дифференциальной диагностики при рецидивирующей бронхолегочной патологии.

Результат: на основании анализа клинического случая наиболее информативными сведениями анамнеза, позволяющим заподозрить

муковисцидоз у данного пациента, явились: повторные внебольничные пневмонии, рентгенологически подтвержденные (4 эпизода за период 2011-2014г). Особенности анамнеза: длительный сухой кашель после перенесенной пневмонии. Аллергологический анамнез: лекарственная аллергия (энцефалол, цефтриаксон). Неонатальный скрининг на муковисцидоз не проводился.

Данные обследования:

Рентгенография грудной клетки инфильтрация легочной ткани в сегментах S3, частично S2 справа.

КТ диагностика – бронхоэктазы верхней доли правого легкого.

Потовый тест проводился 3-хкратно 58 -68-56 мл моль/л.

ДНК диагностика - наличие мутации DeIF 508 в гетерозиготном состоянии.

Заключение: представленный анализ клинического случая свидетельствует об отсутствии настороженности педиатров первичного звена по поводу дифференциальной диагностики муковисцидоза при наличии значимого фактора в анамнезе (ребенок 5 лет – 4 эпизода пневмонии за короткий период времени). Особенностью данного клинического случая является отсутствие полной клинической картины на ранних этапах развития болезни.

Вывод:

1. При частых и повторных внебольничных пневмониях необходимо проводить дифференциальную диагностику с муковисцидозом (позволит выявить его непричастность в развитии симптомов бронхолегочной патологии).
2. Необходима своевременная диагностика муковисцидоза с помощью неонатального скрининга всех новорожденных, что позволяет выявить заболевание на ранних этапах его развития
3. Генетическое исследования ДНК позволяет с уверенностью диагностировать данную генетически детерминированную патологию, что дает возможность начала своевременной адекватной терапии.

АНТИОКСИДАНТНЫЕ ПЕПТИДЫ МОЛОКА

В.Е. Жирова, 2 курс

Научный руководитель - доц., д.б.н. Е.Н. Лебедева, асс. И.В. Мачнева

Кафедра биохимии

Оренбургский государственный медицинский университет

Пищеварительная система новорожденных детей является физиологически незрелой. В результате новорожденные дети получают различные группы веществ с молоком матери. При невозможности использования грудного вскармливания, ребенок получает различные смеси, основу которых составляет коровье молоко. Молоко является особо важным источником биологически активных пептидов. Последние образуются как из белка казеина (α , β , и γ -казеина), так и белков сыворотки (α -лактальбумина, β -лактоглобулина, лактоферрина и иммуноглобулинов). Они могут быть

высвобождены в ходе гидролиза собственными ферментами пищеварительного тракта или ферментами микроорганизмов. Наличие биологически активных (то есть функциональных) белков в составе грудного молока известно давно, но и в настоящее время их свойства и значение для организма активно изучаются.

Биологически активные пептиды – это небольшие фрагменты белковой цепи, чаще всего от двух до двадцати аминокислотных остатков, которые в составе белка остаются неактивными. Под действием протеолитических ферментов происходит гидролиз белка и высвобождение различных пептидов, некоторые из которых способны взаимодействовать с отдельными рецепторами и участвовать в регуляции физиологических функций организма. Пептиды молока оказывают многочисленное биологическое действие, в том числе антимикробное, иммуномодулирующее, ингибирующее влияние на ферменты, антитромботическое и антагонистическое в отношении различных токсических агентов. [1] Одним из наиболее изучаемых в последнее время свойств молочных пептидов является их антиоксидантная защита от активных форм кислорода. Образование большого количества свободных радикалов может привести к остановке клеточного дыхания, окислению клеточных белков, мембранных липидов, ДНК и ферментов, вызывая развитие некоторых заболеваний, в том числе атеросклероза, сахарного диабета, ревматоидного артрита.

Различные исследования показали, что некоторые молочные пептиды могут использоваться как естественные антиоксиданты. Они способны обезвреживать активные формы кислорода или препятствовать их образованию. Антиоксидантная активность пептидов зависит от его аминокислотной структуры и, следовательно, от специфичности протеаз, участвующих в процессе гидролиза.[2] В гидролизатах молочных белков часто встречаются остатки аминокислот пролина, гистидина, тирозина или триптофана в такой последовательности, которая широко распространена среди казеинов сои и желатина. Например, из белка казеина под действием трипсина образуется октапептид из последовательности *вал-лиз-глу-ала-мет-ала-про-лиз*, способный ингибировать процесс перекисного окисления липидов, идущий как ферментативно, так и неферментативно. Из того же белка под действием пепсина уже образуется гексапептид *тир-фен-тир-про-глу-лей*, участвующий в обезвреживании различных радикалов. Таким же свойством обладает полипептид *три-тир-сер-лей-ала-мет-ала-ала-сер-асн-илей-тир-вал-глу-глу-лей*, образующийся из β -лактоглобулина при участии фермента колораза. [1].

Антиоксидантный потенциал молочных пептидов может увеличиваться за счет содержания в молоке антиоксидантов витаминной природы, к которым относятся витамины С, Е.

Полученные данные об антиоксидантных свойствах молочных пептидов свидетельствуют о том, что они не только оказывают положительное влияние на клетки и организм в целом, но и могут быть использованы как натуральные антиоксиданты для повышения антиоксидантных свойств функциональных молочных продуктов.

Литература:

1. Milk derived bioactive peptides and their impact on human health/. D.P. Mohanty, S. Mohapatra, S. Misra, P.S. Sahu//Saudi Journal of Biological Sciences.2016- №4.- P.578-582
2. Влияние пепсина на антиоксидантную активность пептидов, высвобождающихся из казеинов под воздействием протеаз различных штаммов молочнокислых бактерий/П.С. Мустафьева. А.Ф.Ахмедова, С.Г. Гюльахмедов, А.А. Кулиев//Бакинский Государственный Университет: Биология. 2012

ТЕМНАЯ ТРИАДА ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ В ГРУППЕ УСЛОВНО – ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ

Е.С. Зайцева

Научный руководитель – ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии А.И. Ерзин

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность. Симптомокомплекс личности «Темная триада» подробно изучается относительно недавно, преимущественно за рубежом, в связи, с чем представляется новым направлением в изучении личности человека. Концепт «Темная триада» вошел в психологическую терминологию в 2002 г. благодаря исследованиям Делрой Полхус и Кевин Уильямс из Университета Британской Колумбии [1]. Данный симптомокомплекс уникален, так как в его основу положены три «негативных» компонента личности, при этом каждый компонент имеет сложную внутреннюю структуру, являющуюся перспективной для изучения [3].

Цель работы. Изучение компонентов «Темной триады» в группе условно – здоровых подростков, а также выявление взаимосвязей макиавеллизма и нарциссизма с психопатией.

Материалы и методы. Выборку составили 59 подростков в возрасте от 13 до 15 лет (26 мальчиков, 33 девочки). Исследование было организовано и проведено в образовательном учреждении, г. Оренбурга. Использовались следующие психодиагностические методики: тест NPI – 40 Раскин и Терри, опросник Левенсона М. для выявления психопатии, Шкала макиавеллизма личности Кристи Р. и Гейс Ф. [4]. Для статической обработки данных использовался коэффициент корреляции Пирсона. Расчеты проводились автоматически.

Результаты и обсуждение. По тесту NPI – 40 были получены следующие результаты: высокие баллы были выявлены у 12% (7 человек), средние – у 64% (38 человек), низкие значения у 24% (14 человек). По опроснику Левенсона М. для выявления психопатий были получены следующие результаты: развитие первичной психопатии отсутствует, средние показатели – у 25% (15 человек), низкие – у 75% (44 человека); развитие вторичной психопатии отсутствует, риск развития вторичной психопатии у 34% (20 человек), средние значения – у 56% (33 человека), низкие значения у 10% (6 человек). По шкале

макиавеллизма были получены следующие результаты: высокие баллы были выявлены у 80% (47 человек), средние – у 20% (12 человек), низкие показатели отсутствуют.

Корреляционный анализ установил значимые взаимосвязи на уровне 0,01 макиавеллизма с бессердечностью (,598) и с импульсивностью (,484); превосходства с бессердечностью (,430); использование людей с бессердечностью (,467); избирательности с бессердечностью (,401).

Значимые взаимосвязи на уровне 0,05 макиавеллизма с превосходством (,263) и с использованием людей (,304); демонстративности с бессердечностью (,325) и с импульсивностью (,276).

Заключение. Настоящее исследование показало, что примерно 12% обследованных подростков можно отнести к группе риска в связи с высокими показателями «Темной триады». Не смотря на то, что завышенные значения по всем трем компонентам «темной триады» не характерны для здоровых, хорошо адаптированных личностей, а указывают в большинстве случаев на наличие антисоциального расстройства личности или социопатии, как оказалось, подобная картина все же может встречаться среди условно-здоровых подростков. Очевидно, они нуждаются в более пристальном наблюдении со стороны педагогов и школьных психологов, в первую очередь, в целях профилактики формирования девиантного и далее – делинквентного и криминального поведения. Более детальный психологический анализ интрапсихических и социально-психологических факторов (включая семейную ситуацию, наследственную отягощенность и пр.) позволит пролить свет на механизмы формирования антисоциальных форм поведения среди учащейся молодежи.

Литература

1. Paulhus D.L., Williams K.M. The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy // *Journal of Research in Personality*. – 2002. – 36, 6(6). – P. 556–563.
2. Raskin R., Hall C.S. A narcissistic personality inventory // *Psychological Reports*. – 1979. – 45. – P. 590.
3. Дериш Ф.В. Симптомокомплекс «Темная триада» во взаимосвязи с базовыми свойствами личности. / Ф.В. Дериш// Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Серия 1. Психологические и педагогические науки. – 2015. - №1. – С. 18-27.
4. Егорова М.С. Макиавеллизм в структуре личностных свойств. / М.С. Егорова // Вестник Пермского государственного педагогического университета. Серия 10. Дифференциальная психология. - 2009. - № 1/2. - С. 65–80.

ВИТАМИН Д И ЕГО РОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ

М.В. Ибрагимова, 3 курс

Научные руководители – к.б.н., доц. Е.Н. Лебедева, асс. И.В.Мачнева

Кафедра биологической химии

Оренбургский государственный медицинский университет

Здоровье и правильное развитие организма зависят в основном от того какие и в каком количестве получает необходимые витамины. Основная задача витамина Д состоит в обеспечении кальцием костей, мышц, зубов и укреплении скелета.

В настоящее время много открытий связаны с витамином Д, что позволяет расширить представления о его роли в организме. Ранее витамину Д отводилась основная роль гормона регулирующего гомеостаз кальция и фосфора в организме, однако за последнее время накоплены убедительные данные о его роли во многих других биологических процессах, а так же в регуляции иммунной системы.

Под термином «витамин Д» обычно подразумевают только две молекулы стероидных прогормонов D2 и D3. Витамин D2 метаболизируется с образованием производных, обладающих сходным с метаболитами витамина D3 действием. В организм человека витамин D2 поступает в относительно небольших количествах – не более 20–30% от потребности. Поэтому даже при полноценной диете потребность организма в витамине Д не будет полностью обеспечена. Этим объясняется необходимость дополнительного применения препаратов витамина Д на всем протяжении жизни. Наиболее богатыми источниками витамина Д являются печень трески, тунца, рыбий жир, в меньшей степени – сливочное масло, яичный желток, молоко. Всасывание витамина Д происходит в основном в двенадцатиперстной и тощей кишках в присутствии желчных кислот. Впоследствии он транспортируется лимфатической системой кишечника в виде хиломикронов омолоата холекальциферола, образующегося при взаимодействии витамина Д с тауроновой кислотой. Поэтому отрицательно влияют на усвоение витамина Д расстройства кишечника и печени, дисфункция желчного пузыря. Снижается поступление витамина Д также и у людей, придерживающихся вегетарианской диеты или употребляющих недостаточное количество жиров.

Вторая природная форма витамина Д – витамин D3, или холекальциферол, является малозависящим от поступления извне ближайшего аналога витамина D2. Холекальциферол образуется в организме позвоночных животных, в том числе амфибий, рептилий, птиц и млекопитающих, в связи, с чем играет большую роль в процессах жизнедеятельности человека, чем поступающий в небольших количествах с пищей витамин D2.

В последние годы доказано, что способностью синтезировать метаболиты витамина Д обладают клетки многих органов и тканей. Открытие рецепторов к кальцитриолу во многих клетках иммунной системы явились доказательством участия витамина в регуляции иммунной системы. Витамин Д влияет на функцию врожденного и приобретенного иммунитета. В общих чертах он

снижает активность приобретенного иммунитета и усиливает активность врожденного.

Так же показано что в клетках, находящихся в очаге воспаления, отмечается локальное повышение концентрации активных метаболитов витамина D, имеющее выраженный защитный характер. Ещё учеными, которые занимаются сканированием участков генома человека, опосредующих действие витамина D, обнаружено множество генов, работа которых регулируется данным витамином. Витамин D предотвращает слишком сильное воспаление, блокируя общение иммунных клеток посредством цитокинов. Обнаружение его иммуносупрессорной активности открыло новые возможности терапевтического применения данного вещества и его аналогов для контроля аутоиммунных заболеваний, предположительно связанных с гиперпродукцией цитокинов. Среди таких болезней – сахарный диабет 1-го типа, рассеянный склероз, системная красная волчанка, ревматоидный артрит, хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта. Витамин D участвует в регуляции пролиферации и дифференцировки клеток всех органов и тканей, в том числе клеток крови и иммунокомпетентных клеток.

Новые доказательства позволяют говорить также о влиянии витамина D на сердечно-сосудистую систему. РВД представлены в гладкомышечной ткани, эндотелии и кардиомиоцитах. Проведены исследования, в которых показано участие витамина D в регуляции уровня артериального давления (посредством влияния на ренин-ангиотензиновую систему). Его влияние опосредуется и через подавление воспалительной реакции, которая приводит к распространению атеросклероза и застойной сердечной недостаточности

Согласно недавно выдвинутой гипотезе, эпидемии гриппа и, возможно, других острых респираторных заболеваний, активность вирусов обусловлены сезонным дефицитом витамина D. Вирусы гриппа определяют у населения круглый год, но эпидемии заболевания являются сезонными и встречаются только в зимнее время (в северных широтах), когда содержание витамина D в крови достигает минимальных значений.

Совсем недавно появились данные о том, что недостаток витамина D связан с увеличением риска развития аллергии у детей и подростков. Низкий уровень витамина D был связан с высокой чувствительностью к 11 из 17 аллергенов, в том числе к таким, как амброзия, дуб, шерсть собаки, тараканы и арахис.

Так же низкий уровень витамина D у детей может способствовать развитию железодефицитной анемии.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что низкий уровень витамина D может играть определенную роль в возникновении и прогрессировании рака молочной железы, легких, толстой кишки, и рака предстательной железы, а также злокачественной лимфомы. Кальцийтриол обладает сильным антипролиферативным действием в простате, молочной железе, толстой кишке, голове, шее, при раке легких, а также лимфатической системы, лейкемии, миеломе.

Доказательства того, что дополнительно эндокринному пути витамин D имеет широкий спектр биологической активности, привели к пониманию его важности для здоровья в целом. При этом многие ценные качества проявляются особенно сильно, когда его уровень в крови существенно превышает тот, что характерен для большинства популяций. Все эти факты вместе с эпидемиологическими данными подкрепляют представление о том, что дефицит витамина D приводит к развитию различных серьезных заболеваний.

Литература:

1. Витебская А.В., Смирнова Г.Е., Ильин А.В. Витамин D и показатели кальций-фосфорного обмена у детей, проживающих в средней полосе России, в период максимальной инсоляции. Остеопороз и остеопатии. 2010; 2: 4–9.
2. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А. Современные представления о физиологической роли витамина D у здоровых и больных детей. Педиатрия. 2008; 87 (4):124–130.
3. Сокольников А.А., Коденцова В.М., Сергеев И.Н. Обмен кальция при недостаточности витаминов D и К. Вопр. питания. 1989; 1: 56–60.

НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК С АЛЛЕРГОПАТОЛОГИЕЙ

М.О. Комлева, 5 курс

Научный руководитель – к. м. н., доцент. Т.В. Вивтаненко, к.м.н., доцент Л.М. Демина

*Кафедра детских болезней, Кафедра акушерства и гинекологии
Оренбургский государственный медицинский университет*

В настоящее время проблема аллергии чрезвычайно актуальна во всём мире: до 40% населения в целом и 10-12% детской популяции страдает различными аллергическими заболеваниями. Эпидемиологические исследования последних лет подтверждают высокую распространенность бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита (Хаитов Р.М., 2014; Чучалин А.Г., 2008). В последние десятилетия увеличивается заболеваемость аллергическим ринитом (Буйнова С.А., 2002; Григорьева В.В., 2004).

Актуальной проблемой является ухудшение состояния репродуктивного здоровья девушек-подростков. В Российской Федерации отмечен рост общей гинекологической заболеваемости за период социально-экономических реформ 1992-2011 гг. на 29,5% (Ю.А. Гуркин, 2011). По Оренбургской области с 1997 по 2010 гг. в структуре гинекологической заболеваемости среди женщин фертильного возраста расстройства менструаций увеличились в 2,4 раза (В.М. Боев, 2013).

По частоте встречаемости гинекологической патологии: нарушения менструального цикла (НМЦ) – 34-42%; воспалительные гинекологические заболевания – 15-25,2%; нарушение полового развития – 16,4-21% (Ю.А. Гуркин, 2009, Е.В. Уварова, 2012). С учетом вышеизложенного представляет

интерес влияние аллергической патологии на репродуктивную систему девушек-подростков.

Цель работы – исследовать структуру гинекологической заболеваемости у девочек-подростков с аллергической патологией по обращаемости на амбулаторный прием к детскому гинекологу.

Установлено, что особое место среди гинекологической патологии по области занимают НМЦ, удельный вес составил 53,2% (2015г), то есть, проблема касается каждой второй девушки. На втором месте в структуре воспалительные заболевания гениталий (38,5%), 3-е место занимают нарушения полового созревания (8,3%).

В структуре нарушений менструального цикла преобладают расстройства по типу гипоменструального синдрома (олигоменореи, опсоменореи вплоть до аменореи) у девушек-подростков от 14 до 17 лет. За 2015 год удельный вес гипоменструального синдрома составил 78%, меноррагии или дисфункциональные маточные кровотечения – 22%. Такая динамика прослеживается в течение последних 10 лет, что согласуется с данными других регионов.

Материалы и методы. Проанализировано 20 амбулаторных карт пациенток от 14 до 17 лет с аллергическими заболеваниями (аллергический ринит, атопический дерматит, респираторный аллергоз), обратившихся на прием к детскому гинекологу по поводу нарушения менструальной функции. У всех пациенток исключена глистно-паразитарная инвазия. Возраст с момента менархе не менее 2-х лет.

Полученные результаты. Наиболее частой аллергопатологией, в данной группе пациенток является аллергический ринит, он выявлен у 16 девочек, что составляет 80%, 3 пациентки наблюдаются аллергологом с атопическим дерматитом (15%), 1 – с респираторным аллергозом (5%). В анамнезе у 6 девочек (15%) наблюдались выраженные аллергические реакции: у 4 пациенток (10%) - крапивница на местное применение мази Вишневского, прием комбинированных оральных контрацептивов. У 1 девочки (5%) в анамнезе отек Квинке (на витамины группы В).

Было установлено, что в структуре НМЦ, выявленных среди исследованной группы, 50% приходится на олигоменорею, причем 18% от данного вида нарушений составляла вторичная аменорея. Дисменорея в сочетании с предменструальным синдромом (ПМС) встречалась в 36,4% случаев, меноррагия – в 13,6%.

Изменения состояния наружных половых органов были выявлены у 65% случаев, у 40% диагностированы вульвовагиниты, причем количество лейкоцитов в мазке не превышало 15-20 в поле зрения, что свидетельствует в пользу аллергической природы данного воспалительного процесса. У каждой четвертой девушки были выявлены вульвиты (25%).

У 43,8% из пациенток с аллергическим ринитом прослеживалась связь проявлений аллергии с менструальным циклом, которая выражалась в усилении слизистого отделяемого из носа за 5-7 дней до начала ожидаемых менструаций,

без признаков респираторной инфекции (катаральных проявлений и подъема температуры).

Анализируя физическое развитие девочек установлена нормосомия в 45% случаев (9 пациенток), лепто- и пахисомии в 20% соответственно (4 девочки), у 2-х пациенток (10%) - гипосомия.

В ультразвуковой картине преобладали мультифолликулярные яичники у 11 пациенток (55%).

Повышение IgE было выявлено нормы более чем в 2,5 раза у 3-х пациенток (15%). У 17 (75%) – превышение нормальных показателей не более чем в 1,5 раза. Средняя концентрация IgE в группе составила 138,3 МЕ/мл. В общем анализе крови в 46,1% случаев (у 9 девочек) наблюдалась умеренная эозинофилия, средняя концентрация эозинофилов – 4,6%. Отклонений уровней гонадотропных гормонов и их соотношения, уровней тестостерона, ДЭА-сульфата, 17-ОН-прогестерона и кортизола не было выявлено, средняя концентрация составила 2,1, 4,32, 2,03 соответственно. Гиперпролактинемия наблюдалась у 3-х девушек-подростков (14,3%). Гипоэстрогения была выявлена у каждой 4 девушки (25%).

Выводы:

1. У девочек с аллергопатологией чаще встречаются нарушения менструального цикла по типу гипоменструального синдрома, постменструального синдрома и дисменореи
2. Гормональные изменения характеризовались гиперпролактинемией, гипоэстрогенией.
3. Изменение менструальной функции не влияет на физическое развитие девочек.
4. Состояния локального статуса наружных гениталий в сочетании с повышенным уровнем IgE и умеренной эозинофилией и другими проявлениями аллергии, могут быть расценены как аллергические.

Выявленная гинекологическая патология в виде нарушения менструального цикла и аллергических вульвитов у девушек-подростков на фоне аллергических заболеваний определяет целесообразность взаимодействия гинекологической и аллергологической служб для своевременного установления и коррекции данных изменений.

Список литературы:

1. Горячкина, Л.А. Поллинозы: учебное пособие. / Л.А. Горячкина, Е.В.Передкова, Н.Н. Храмцова // 2004. - 27с.
2. Ревякина, В.А. Клинические аспекты аллергического ринита у детей. /Ревякина В.А., Мещеряков Л.П. // Рос. аллерголог, журн. 2004. - №1. -С.69-72.
3. Сербина, О.П: Аллергические дерматозы у детей: распространенность и механизмы формирования /

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ КАК ФАКТОР МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ

Е.А. Косенкова, 2 курс

Научный руководитель – к.б.н., доцент Е.Н. Лебедева

Кафедра биологической химии

Оренбургский государственный медицинский университет

Одной из важных проблем профилактической педиатрии является обеспеченность растущего организма минеральными веществами и витаминами, так как питание ребенка является важнейшим фактором формирования его будущего здоровья, и оно на ранних этапах развития изменяет характер метаболизма плода и младенца и формирует в зависимости от характера питания или здоровый фенотип с высокой продолжительностью жизни, или фенотип, склонный к развитию различных заболеваний.

В последние годы появились многочисленные данные, свидетельствующие о том, что даже небольшие изменения роста и развития плода в фетальном периоде могут иметь долговременные последствия для здоровья в последующей жизни. Эти данные укладываются в теорию метаболического программирования, которая говорит о том, что период быстрого роста, развития органов и тканей плода является критическим периодом для всей жизни человека, поэтому хорошо знакомый тезис о необходимости адекватного питания беременной женщины приобрел особую актуальность.

Теория метаболического программирования предполагает следующее: характер питания ребенка в критические периоды жизни предопределяет (программирует) особенности его метаболизма на протяжении всей последующей жизни и, как следствие, предрасположенность к определенным заболеваниям и особенностям их течения. В первую очередь речь идет о периоде внутриутробного развития и первых 12 месяцев после рождения.

Появление данной концепции отражает изменение общего взгляда на питание: от восполнения нутритивных потребностей и профилактики алиментарно-зависимых дефицитных состояний к влиянию на здоровье в целом и продолжительность жизни. Это самым существенным образом повышает важность вопросов питания в системе здравоохранения.

Питание обеспечивает процессы пролиферации и дифференцировки клеток в ключевые периоды формирования органов и становления их функциональной активности. Естественно, что изменение «набора» нутриентов в эти периоды неизбежно скажется на конечном результате данного процесса. Причем последствия могут быть как ближайшими, так и отдаленными, определяющими здоровье организма на протяжении всей его жизни.

Известно, что недостаточное питание в период беременности и рождение ребенка с малой массой тела (МТ) являются факторами риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца во взрослой жизни, а также повышают риск развития инсулинрезистентного сахарного диабета и ожирения.

Недостаточное питание в период беременности может привести к дефициту железа, дефициту жирных кислот и т.д. Дефицит железа наиболее широко распространен среди женщин фертильного возраста. Последствия дефицита железа в период течения беременности стали известны довольно давно, однако большинство исследований проводилось на экспериментальных животных моделях. Эти исследования позволяют оценить важнейшую роль железа в развитии мозга плода. Установлено, что недостаток железа в период перинатального развития у крыс уменьшает размеры гиппокампа, а также изменяет его нейрохимический профиль во взрослом возрасте. Эти изменения влекут за собой снижение энергетического метаболизма, активности и пластичности клеток мозга, что является основой для развития поведенческих и психомоторных нарушений в последующем.

Последствия дефицита железа у детей первого года жизни изучались в целом ряде крупных клинических интервенционных исследований и практически во всех исследованиях отмечаются социально-эмоциональные отличия детей 1-го года жизни с анемией: меньшая контактность, плаксивость, неуверенность.

Другим важным микронутриентом, дефицит которого широко распространен в развитых странах, являются полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) семейства омега-3. Для нормального роста и развития плода необходимо адекватное наличие ПНЖК в организме беременной женщины. Так как эссенциальные жирные кислоты не синтезируются в организме человека, то необходимо, чтобы беременная женщина получала их в достаточном количестве с рационом.

Линолевая (ЛА) и альфа-линоленовая (АЛА) считаются единственными эссенциальными жирными кислотами для млекопитающих. ЛА (омега-6) и АЛА (омега-3) жирные кислоты содержатся в растительных маслах. АЛА — в основном в зеленых листовых продуктах. Однако метаболизм этих жирных кислот и превращение в длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты (ДЦПНЖК) — докозагексаеновую (ОНА) и арахидоновую (АА) — представляют собой довольно медленный процесс, поэтому более благоприятно получать ДЦПНЖК с пищей.

ДЦПНЖК содержатся в большом количестве в яичном желтке (АА), жирной рыбе (ДНА). ДНА оказывает влияние на психомоторное развитие детей. Многочисленные экспериментальные, морфологические и клинические исследования показали, что обеспеченность или дефицит ДНА в рационе беременной женщины, кормящей матери или рационе ребенка первых лет жизни влияют существенным образом на когнитивные функции. Причем возраст проявления этих нарушений может быть различным. Таким образом, характер питания беременной женщины существенным образом влияет на состояние здоровья, продолжительность жизни и качество жизни потомства.

Также основой рационального питания первого года жизни является вскармливание материнским молоком, которое идеально соответствует потребностям организма ребёнка и обеспечивает его гармоничное развитие и

адекватный иммунный ответ и предупреждает развитие ожирения и метаболического синдрома, аллергических и аутоиммунных заболеваний в дальнейшей жизни. Однако исключительно грудное вскармливание детей до 6 месяцев, рекомендованное экспертами Всемирной организации здравоохранения, остается лишь желаемой, но пока недостижимой целью во многих странах мира.

Содержание белка в женском молоке колеблется от 0,9 до 1,3 г в 100 мл - в женском молоке преобладают сывороточные белки(60%). Доминирующей альбуминовой фракцией является α -Лактальбумин, который составляет 10-20% от общего содержания белка в зрелом молоке. Аминокислотный состав α -Лактальбумина грудного молока соответствует потребностям грудного ребенка: относительно богат триптофаном(5%),лизином(11%) и цистеином(6%). α -Лактальбумин способствует всасыванию кальция, железа, цинка. В процессе переваривания данной белковой фракции образуются пептиды, обладающие антибактериальными свойствами.

Характер питания ребенка на первом году жизни, в частности характер вскармливания и содержание пребиотиков в составе продуктов, оказывает достоверное влияние на формирование кишечной микрофлоры и становление иммунной системы.

Естественное вскармливание снижает риск развития избыточной массы тела во взрослом состоянии, в то время как искусственное вскармливание предрасполагает к нему. Тому существует несколько объяснений: при грудном вскармливании формируется эффективный контроль насыщения, происходит дозированное поступление нутриентов и энергии в организм ребенка, а также биологически активных факторов женского молока, которые модулируют секрецию инсулина и пролиферацию адипоцитов.

Молоко матери – единственная пища и питье, необходимые ребенку в первые шесть месяцев жизни. Затем требуется введение разнообразного прикорма. В возрасте от шести месяцев до одного года ребенок должен получать прикорм в соответствии с возрастом от одного до пяти раз в день в дополнение к продолжающемуся кормлению грудью. В более поздний период грудное вскармливание продолжается по желанию матери и ребенка.

Таким образом, питание обеспечивает такие основные функции организма как:

- физическое и нервно-психическое развитие ребенка;
- с пищей поступает энергия, необходимая для внешней работы, движения, а также для всех внутренних процессов в организме;
- с продуктами поступают ингредиенты, из которых синтезируются гормоны, иммуноглобулины, антитела, ферменты и другие, необходимые для организма вещества.
- для осуществления правильных метаболических процессов ребенок должен получить питательные вещества необходимого состава и объема. Это имеет особое значение для молодого организма, который растет. В связи с нерациональным питанием возникают нарушения физиологического и

психического развития, отставание в массе тела и росте ребенка, которые после достижения определенного возраста являются необратимыми и не могут быть компенсированы ни в какие следующие периоды жизни.

- Можно сделать вывод, что пищевое программирование является механизмом, определяющим метаболические особенности индивидуума, его здоровье и характер течения заболеваний. Данная концепция получила сегодня широкое признание и привлекает внимание врачей различных специальностей, т. к. открывает путь к профилактике многих серьезных заболеваний. Именно в связи с этим механизмы пищевого программирования требуют дальнейшего углубленного изучения.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

В.И. Кузнецова, Д.М. Панфёрова, Е.В. Чибашова, студентки 5 курса

Научный руководитель - к.м.н., доц., Т.В. Вивтаненко

Кафедра детских болезней

Оренбургский государственный медицинский университет

Пневмония - острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, а также инфильтративным изменениям на рентгенограмме.

Пневмонии относятся к числу наиболее распространённых острых инфекционных заболеваний. Пневмония является причиной смертности 15% детей до 5 лет во всем мире.

Цель исследования: выявить клинико-рентгенологические особенности пневмонии у детей с бронхиальной астмой

Материалы и методы исследования: проанализированы истории болезни 49 пациентов от 0,9 до 17 лет находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ДАЦ ООКБ №2 за 2015 год проживающие в Оренбурге и Оренбургской области с диагнозом пневмония. Обследование детей с пневмонией включало рентгенографию грудной клетки, клинический анализ крови, биохимический анализ крови, копроцитограмма, определение уровня IgE, ЭКГ. Диагноз пневмонии был установлен в соответствии федеральными клиническими рекомендациями по оказанию скорой медицинской помощи при внебольничной пневмонии у детей. Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью методов вариационной статистики с использованием пакета программ «Excel-4».

Результаты: внебольничная пневмония зарегистрирована у 48 пациента (97,96%), внутрибольничная пневмония у 1 пациента (2,04 %). Пациенты были разделены на 2 группы – 28 детей с бронхиальной астмой и пневмонией (группа А) и с пневмонией без бронхиальной астмы (группа П) – 21 ребёнок. В группу «А» составили 10 девочек, 18 мальчиков (средний возраст 4,9±3,7 лет), группу «П» – 8 девочек, 13 мальчиков (средний возраст 5,08±5,4 лет).

По результатам рентгенологического исследования правосторонняя пневмония выявлена в группе «А» у 25 из 28 детей (89,28%) в группе «П» у 18

пациентов из 21(85,7%). Левосторонняя пневмония установлена у 3 (10,7%) в группе «А» и 2 (9,5%) в группе «П» соответственно. Двусторонняя пневмония определена у одного из группы «П» (4,76%). Очаговая пневмония диагностирована у 7 в группе «А» и у 4 в группе «П», что составило 25% и 19,05% соответственно, сегментарная по 14 в двух группах (50% и 66,7% соответственно), полисегментарная при этом в группе «А» у 5 пациентов (35,7% от всех сегментарных пневмоний), в группе «П» - у 3 (21,42% соответственно). Пневмония верхней, средней и нижней доле в группе «А» составляет 4 (14,28%), 12 (42,85%), 12 (42,85%), в группе «П» 3 (14,28%), 7 (33,33%), 11(52,38%) соответственно. Долевая пневмония в группе «А» выставлена в 7 (25%) случаев, в группе «П» - в 3 (14,28%).

У 1 пациента (3,57%) из группы «А» и выявлены легочные осложнения (ателектаз), в группе «П» - 4 (19,04%) 1 ателектаз и 3 плеврита. У 1 пациента (3,57%) пневмония была тяжелая в группе «П». В группе «А» у 6 детей (21,43%) отмечались признаки дыхательной недостаточности II степени, в группе «П» у 2 детей (9,52%).

У детей в группе «А» пневмония была выставлена впервые в 50% случаев, в группе «П» в 76,19% случаев.

Выводы: у детей не зависимо от наличия бронхиальной астмы пневмония в большинстве случаев правосторонняя. В группе детей с бронхиальной астмой из клинико-морфологических форм преобладают долевые, полисегментарные и очаговые пневмонии, а у детей без астмы моносегментарные. У детей с астмой при пневмонии чаще регистрируются признаки дыхательной недостаточности. Повторные случаи пневмонии регистрируются в группе детей с бронхиальной астмой в большем проценте случаев. В группе детей с пневмонией без бронхиальной астмы отмечается большее количество легочных осложнений (ателектазы, плевриты).

Таким образом, выявленные клинико-рентгенологические особенности свидетельствуют о том, что бронхиальная астма влияет на распространенность поражения легочной ткани, частоту возникновения пневмоний, степень дыхательной недостаточности, но не влияет на локализацию воспалительного процесса в легких и появление легочных осложнений.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИ-IgE-ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

*Б.Б. Максимов, 5 курс, А.С. Овчарова, 5 курс
Научный руководитель – ассистент Е.В. Бобкова
Кафедра детских болезней*

Оренбургский государственный медицинский университет

Бронхиальная астма (БА) заболевание, развивающееся на основе хронического аллергического воспаления бронхов, их гиперреактивности и характеризующееся периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции, обусловленной бронхokonстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки

бронхов (Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» 2012). Главной целью лечения больных бронхиальной астмой является достижение и длительное поддержание контроля над заболеванием. Сегодня очевидна необходимость использования новых терапевтических подходов к лечению тяжелой БА. Одним из них является применение анти-IgE-терапии.

Цели и задачи: оценить частоту обострений БА, объем базисной терапии, частоту местных и системных побочных эффектов на препарат за период лечения.

Материалы и методы исследования: был проведен анализ 17 историй болезни детей за период 2014-2015гг., которые получали анти-IgE-терапию по поводу тяжелой БА в пульмонологическом отделении областного детского центра аллергологии и клинической иммунологии.

Полученные результаты. В исследование были включены 17 детей в возрасте 12-14 лет. 82% (n=14) детей имели тяжелую степень БА, 18% (n=3) БА резистентную к топическим ГКС. Все больные получали базисную комбинированную терапию ИГКС и ДДБА в высоких дозах – не менее 500 мкг/сут по флутиказона пропионату (ФП). Средняя суточная доза ИГКС на момент начала анти-IgE-лечения составляла 800 мкг ФП, помимо ингаляционной комбинированной терапии периодически получали антилейкотриеновые препараты. У 18% (n=3) пациентов применялись системные глюкокортикостероиды (ГКС) короткими курсами для купирования обострений БА в течение года, предшествующего началу лечения омализумабом. Уровень общего IgE в сыворотке крови у всех пациентов превышал 550 МЕ/мл, у 3 пациентов был в пределах 600-800 МЕ/мл при подтвержденной специфической сенсибилизации к респираторным аллергенам.

После первых 6 месяцев лечения количество обострений БА сократилось в 3 раза у 35% (n=6) пациентов, 40% (n=7) дневные и ночные симптомы были не чаще 1-2 раз в неделю, 23% (n=4) отметили уменьшение количества ночных симптомов до 1-2 раз в неделю. Доза ИГКС была постепенно снижена после 6 месяцев терапии в среднем в 2 раза у 70% (n=12), 30% (n=5) в 1,5 раза. Средняя суточная доза ИГКС уменьшилась с 800 мкг/сут по ФП до 550 мкг/сут. Профиль безопасности анти-IgE-терапии не отличался от литературных данных, полученных в других исследованиях среди взрослых и подростков. Среди наших пациентов не было зафиксировано ни одного побочного эффекта.

Выводы. Анти-IgE-терапия способствует снижению частоты обострений бронхиальной астмы и обращений за экстренной медицинской помощью. Переносимость лечения у всех детей удовлетворительная, ни у кого из больных не отмечено местных и системных побочных эффектов, связанных с препаратом.

Анти-IgE-терапия является хорошей альтернативой применению у детей с тяжелой атопической бронхиальной астмой высоких и сверхвысоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов.

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ У ДЕТЕЙ

Б.Б. Максимов, 5 курс

Научный руководитель – ассистент Е.В. Бобкова

Кафедра детских болезней

Оренбургский государственный медицинский университет

Аллергический ринит (АР) – воспалительное заболевание, проявляющееся комплексом симптомов в виде насморка с заложенностью носа, чиханьем, зудом, ринореей, отеком слизистой оболочки носа. Аллергический ринит – широко распространенное заболевание. В возрасте до 3 лет аллергические риниты диагностируются достаточно редко, но с началом посещения детских садов и обучения в школе уровень заболеваемости начинает неуклонно расти. Уже к 6 годам ринит аллергической природы занимает лидирующее положение среди всех аллергических заболеваний, на его долю приходится 70%. Главным фактором, способствующим развитию аллергического ринита у ребенка является отягощенная наследственность. Среди факторов формирующих сопутствующую патологию следует отметить нарушение микроэкологии человека в условиях нерационального использования антибиотиков, ухудшение качества продуктов, загрязнение окружающей среды, что способствует изменениям в иммунном статусе с недостаточностью резервных возможностей и изменением течения многих неинфекционных и инфекционных заболеваний.

Цель. Выявить особенности сочетанной патологии при аллергическом рините у детей.

Материалы и методы. На базе ГАУЗ (ООКБ №2) проводился анализ 110 амбулаторных карт детей с аллергическим ринитом и сочетанной патологией в возрасте от 5 до 14 лет.

Полученные результаты. Наиболее частая сопутствующая патология – искривление носовой перегородки, выявленная в 85% пациентов, аденоидные вегетации составили 56% случаев, проявления вазомоторного ринита выявлены у 12% пациентов. Среди причин, приведших к формированию сопутствующей патологии, выделены травматизация носа в раннем возрасте (до 3 лет) – 67% детей, проявления рахита имели 70 % детей, показатель частоты острой респираторной инфекции более 6 раз в год составил 82% случаев, материальный недостаток ниже среднего выявлен в 37% случаев.

В клинической картине АР на фоне сопутствующей патологии выявлялись симптомы: назальный секрет вязкий, тягучий, «передняя» ринорея беспокоила в 35% случаев, 70% преобладала – «задняя» ринорея, которая приводила к синдрому «постназального стекания» и отмечалось ухудшение состояния в ночное время; у 70% детей при длительном обострении заболевания возникала anosmia, храп беспокоил 72% детей, нарушение сна отмечалось у 65% случаев, гнусавость голоса – 65% детей и длительное сопение у 70% детей.

Выводы. Основными факторами формирования сопутствующей патологии у детей с аллергическим ринитом являются травматизация носа в

раннем возрасте (до 3 лет), проявления рахита, снижение местного иммунитета, низкий материальный уровень. В клинической картине аллергического ринита выявляются признаки, приводящие к формированию синдрома «постназального стекания», что формирует клинику устойчивого «назального цикла» и ухудшает течение АР, создавая дополнительные трудности в лечении.

РЕДКИЕ ПАЗАРИТАРНЫЕ ИНВАЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ОРЕНБУРГА

С.С. Перепелкин, 1 курс

*Научный руководитель – доц. Г.М. Тихомирова, ст. преподаватель Т.В.
Осинкина*

Кафедра биологии

Оренбургский государственный медицинский университет

Паразитарные заболевания продолжают занимать значительное место среди заболеваний человека. Дальнейшее всестороннее изучение паразитов является необходимой основой эффективной профилактики паразитарных заболеваний и мер борьбы с ними. Проблема болезней, встречающихся у человека и животных (зооантропонозов), актуальна, т.к. почти в каждом доме есть животные, кошки или собаки. Низкий уровень санитарно-просветительной работы, материально-бытовая неустроенность, элементарное нарушение правил личной гигиены, нерегулярная дегельминтизация создают благоприятную почву для заражения. В последние годы медики чаще встречаются с инвазиями, которые раньше были только у животных или встречались крайне редко. На кафедру биологии медицинской академии неоднократно обращались больные с направлениями от разных медицинских учреждений и просто жители с «непонятными заболеваниями» для уточнения диагноза. При микроскопическом обследовании оказывалось, что мы имеем дело с редкой инвазией, которая характерна для животных, но может, хотя и редко, встречаться у людей.

Целью работы являлось проведение ретроспективного анализа редких инвазий у больных Г. Оренбурга. В ходе работы были поставлены следующие задачи: 1. Проанализировать имеющийся кафедральный материал по редким инвазиям; 2. Изучить жизненные циклы паразитов и особенности их заражения. В ходе работы было установлено, что за последние 10 лет, на кафедре биологии были выявлены случаи паразитарных заболеваний: дифиляриоз (1 человек), демодекоз (1 человек), лингватулез (2 человек), тканевый миаз (1 человек), аллергический клещевой дерматит (1 человек), дипилидиоз (1 человек), токсокароз (2 человека).

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы: 1. Необходимо проводить гигиеническое обучение декретированных групп населения и их гигиеническое воспитание. 2. Диагностика редких паразитарных заболеваний у человека представляет значительные трудности. 3. Необходимо повышать профессиональный уровень клинических и

ветеринарных врачей, врачей-лаборантов, а также техническое оснащение лабораторий с целью более точкой диагностики паразитарных заболеваний.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ.

А.С.Сиханова, А.К.Ондабаева, К.Елубайқызы, А.А.Балапашева, А.Е.

Сейтмамбетова, Г.С. Нурумова, Н.М. Досишева, К.Н.Амангалиева.

Научные руководители: д.м.н.профессор Ж.Б.Досимов, д.м.н.профессор

Г.М.Кульниязова.

*Кафедра педиатрического профиля интернатуры и послевузовского обучения
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени
Марата Оспанова*

В самом определении репродуктивного здоровья как состояния полного физического, психического и социального благополучия, обеспечивающее возможность вести безопасную и эффективную половую жизнь в сочетании со способностью воспроизводить здоровое потомство в сроки и количестве, определенном самим индивидуумом подразумевается междисциплинарная сущность данного медико-социального феномена.

Проведение целенаправленных комплексных исследований соматического, репродуктивного и социально-психологических статусов подростков позволяют оценить реальное состояние репродуктивного здоровья школьников и прежде всего девочек-подростков. В равной мере очевидно, полученные данные позволят определить содержание организационных, диагностических и лечебно-профилактических программ по совершенствованию качества первичной медико-санитарной помощи школьникам в рамках гармонизации межведомственного и междисциплинарного взаимодействия в системе охраны здоровья подростков.

Цель исследования. Оценить особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков общеобразовательных средних школ.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 128 школьников 9-11 классов 2 общеобразовательных школ г.Актобе. В реализации программы исследования участвовали педиатры-, подростковые гинекологи, урологи-андрологи, социальные педагоги, психологи.

Результаты исследований. Гинекологические заболевания выявлены у 35 (27,3%) девочек-подростков. В структуре гинекологической патологии доминировали нарушения менструального цикла (106-82,4%), на втором месте в воспалительные заболевания гениталий, представленные вульвовагинитами.

По данным оценки физического развития констатирован факт нормального гармоничного развития менее чем у половины (16-45,7%) школьниц с отклонениями в репродуктивном статусе. Вместе с тем (14-40%) девочек-подростков по соотношению массы и длины составили контингент с хроническими расстройствами питания (дистрофии) в связи с дефицитом и избытком массы тела. По результатам оценки длины у 2(5,75%) и 3(8,6%) школьниц соответственно определены гипосомия и гиперсомия.

Результаты комплексной оценки состояния здоровья девочек с патологией репродуктивной сферы свидетельствуют о том, что контингент абсолютно здоровых девочек-подростков отсутствует как таковой и у большинства школьниц (34-97,2%) выявлено 2 и более различных хронических заболеваний.

Генетически детерминированные нарушения и, в частности недифференцированные дисплазии соединительной ткани выявлены более чем у половины обследованного контингента (49-54,2%) школьниц.

По данным остеоденситометрии пяточной кости нормальная минеральная плотность костной ткани констатирована только у 4(11,4%) девочек с репродуктивными нарушениями, в отличие от основного контингента (31-88,6%) со сниженными значениями показателя, представленные соответственно остеопениями (19-54,3%) и остеопорозом (12-34,3%).

По результатам исследования периферической крови анемия выявлена почти у половины 17(48,6%) и из 35 девочек-подростков. В структуре анемического синдрома доминирует (76,5%) анемия легкой степени.

Анкетирование социального статуса семей девочек-подростков с нарушениями в репродуктивной сфере позволило констатировать факт репродуктивно-значимых факторов риска, представленных неполной семьей в каждом пятом случае обследований и необеспеченность постоянного пребывания взрослых с ребенком в течение дня более чем в половине обследованных семей.

Результаты психометрических исследований позволило выявить, что девочкам-подросткам с репродуктивными нарушениями свойственны комплекс эмоциональных нарушений, включающий высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, косвенной и вербальной агрессии, негативизма, подозрительности, обиды и чувства вины.

Заключение. Результаты комплексной оценки состояния здоровья девочек-подростков в рамках междисциплинарного взаимодействия позволяют выявить существенные и разнонаправленные отклонения в статусе школьниц. Данное обстоятельство предопределяет необходимость реального внедрения программ междисциплинарного взаимодействия в систему профилактических осмотров школьников как перспективной технологии по совершенствованию школьной медицины.

СОЧЕТАННЫЕ МУТАЦИИ В НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

А.В. Толстых, 1 курс

Научный руководитель – доц. Е.А. Кануникова, ст. преподаватель И.Н. Ходячих

Кафедра биологии

Оренбургский государственный медицинский университет

В 2013 году в медико-генетическом научном центре (г. Москва), обсуждался клинический случай: УЗИ плода на 12 неделе беременности

выявило маркеры хромосомного заболевания. Кариотип, изученный в рамках пренатальной диагностики, показал 2 типа клеток: 45,X0 и 46,XX. Однако при рождении у ребенка были обнаружены первичные половые признаки по мужскому типу.

Целью работы: установить генетические механизмы, лежащие в основе данной патологии.

Задачи: изучить механизмы мутаций на разных уровнях; выяснить причину появления двух типов клеток; объяснить появление признаков мужского пола.

Кариотип 45,X0 свидетельствует о синдроме Тернера. Причина: не расхождение половых хромосом на этапах мейоза в ходе гаметогенеза. Формируется гамета, в которой 22 аутосомы и нет половых хромосом. При ее оплодотворении нормальной половой клеткой формируется зигота с кариотипом 45,X0. Из нее развивается женский организм, у которого все соматические клетки имеют патологию числа половых хромосом - классическая форма. Но у данного ребенка имеются клетки и с нормальным числом хромосом, т.е. мозаичная форма. Механизм данного нарушения другой: нормальные по числу хромосом гаметы формируют зиготу с набором 46, XX. Зигота делится митозом, формируя многоклеточный эмбрион. Если на ранних этапах эмбриогенеза в ходе митоза отдельной клетки произойдет не расхождение X-хроматид, то в одной из формирующихся клеток останется только одна X-хромосома (45, X0). Последующее митотическое деление такой клетки и дает клон с моносомией по X-хромосоме. Остальные клетки, не подвергшиеся нарушению, приводят к формированию клонов нормальных клеток.

Второй вопрос: чем обусловлено появление у ребенка мужских половых признаков?

У здоровых мальчиков их появление связано с наличием в коротком плече Y-хромосомы так называемого *sex-determining region (SRY)*, также известного как *тестикул детерминирующий фактор (TDF - testis-determining factor)*, который обуславливает дифференцировку семенников и формирование мужских половых признаков. Однако Y-хромосому при кариотипировании в рамках пренатальной диагностики не обнаружили.

Какова же тогда генетическая природа появления мужских половых признаков у данного ребенка? Использование, в постнатальном периоде, молекулярно-генетических методов на выявление микроаномалий, показало наличие данного гена (SRY) в аутосоме. Такой тип мутации, перенос участка хромосомы на негомологичную хромосому, генетики называют транслокациями. В данном случае произошла микротранслокация, которую невозможно выявить методом кариотипирования.

Вероятно, в данном клиническом случае, мутация произошла у отца ребенка на ранних этапах сперматогенеза (на стадиях сперматогоний или сперматоцитов I порядка). Такой сперматоцит, завершив стадии гаметогенеза, формирует гамету с нормальным числом хромосом (22 аутосомы и X-хромосома), но с дефектной аутосомой, содержащей SRY-ген. Данный

сперматозоид, оплодотворяя нормальную яйцеклетку, приводит к формированию нормальной по числу хромосом, зиготы, но с микротранслокацией в одной из аутосом. После оплодотворения запускается митотическое деление. Нарушение расхождения половых хромосом у бластомеров в ходе митоза на ранних этапах эмбриогенеза, приводит к формированию двух типов клеток: нормальных (46, XX) и с моносомией по X-хромосоме (45, X0). При этом во всех клетках присутствует микротранслокация.

Вывод: у ребенка сочетанное проявление геномной мутации - мозаичной формы синдрома Тернера, в основе которой не расхождение половых хромосом в митозе и хромосомной абберации - микротранслокация фрагмента У-хромосомы в аутосому.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В АКТОБЕ

*Г.А. Утепова, Г.М. Махамбетова, А.Р. Ихсакова, Н.Е. Карагойшиева,
А.А. Алтпова, Ш.А. Уразаева, К.С. Боранбаева, Ж.М. Маулетова.
Научные руководители: д.м.н. проф. Ж.Б. Досимов, к.м.н. доцент Л.В.
Долотова*

*Кафедра педиатрического профиля интернатуры и послевузовского обучения.
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени
Марата Оспанова*

В связи с межведомственной разобщенностью и другими организационными проблемами отсутствуют достоверные данные по состоянию здоровья в целом, и, в том числе, репродуктивного здоровья подростков, определяющих репродуктивный потенциал страны, особенно значимый в условиях современных демографических тенденций.

Цель исследования. Оценить особенности исходного соматического и репродуктивного статуса подростков г.Актобе по данным первичного клинико-лабораторного и инструментального обследования.

Материалы и методы. Обследованы 258 подростков г.Актобе 9-11 классов общеобразовательных средних школ г.Актобе.

Возраст обследованных школьников 14-18 лет. Мальчиков 130 (50,4%), девочек 128 (49,6%).

Соматический и репродуктивный статус оценивали по результатам общеклинического обследования педиатрами, осмотра узких специалистов, подростков гинекологов, урологов-андрологов.

Уровень и гармоничность физического развития как интегрального показателя состояния здоровья подростков оценивались по данным антропометрических исследований.

Комплексная оценка состояния здоровья подростков проводилась по 6 общепринятым критериям с определением группы здоровья.

Морфологический состав периферической крови оценивался по данным гематологического анализатора.

Минеральная плотность костной ткани оценивалась по результатам ультразвуковой остеоденситометрии пяточной кости (ультразвуковой денситометр Senost-3 000, Южная Корея). УЗИ щитовидной железы проводилась портативным ультразвуковым аппаратом.

Полученные данные позволяют констатировать факты нормального гармоничного развития менее, чем у половины обследованных подростков и дисгармоничного развития у 12 (4,7%) школьников при нормальных значениях роста-весовых показателей.

Вместе с тем, 78 (30,2%) подростков по соотношению массы и длины вошли в рубрику хронических расстройств питания (дистрофии) в связи с избытком и дефицитом массы тела 1-2 степеней.

По данным оценки длины тела у 24 (9,3%) и 23 (8,9%) подростков соответственно констатированы гипосомия и гиперсомия.

Результаты комплексной оценки исходного состояния здоровья подростков свидетельствуют о том, что контингент здоровых подростков (1 и 2 группы здоровья) составляет всего 17,1 % (n=44) при абсолютном доминировании (214-82,9%) школьников с хронической и затяжной патологией (3 группа здоровья), преимущественно у девочек.

Генетически детерминированные нарушения развития и, в частности, недифференцированные дисплазии соединительной ткани (таблица 4) отмечены у более, чем половины подростков (132-51,2%).

По данным УЗИ щитовидной железы у 164 подростков увеличение размеров выявлено почти у половины (76-46,3%) школьников.

По результатам ультразвуковой денситометрии пяточной кости нарушение минеральной плотности костной ткани преимущественно остеопении выявлены у 135 (89,4%) подростков.

Подростковыми гинекологами по результатам первичного скринингового обследования 129 девочек-подростков более, чем у четверти школьников (35-27,5%) выявлена различная гинекологическая заболеваемость.

Урологами-androлогами при обследовании 124 мальчиков-подростков отклонения в репродуктивном статусе выявлены у 15 (12,1%) школьников.

По результатам исследования периферической крови у 219 подростков анемия констатирована почти у каждого третьего (69-31,5%) школьника, преимущественно I степени (55-79,8%). Анемия 2 степени выявлена у каждого пятого подростка (14-20,2%), в основном у девочек.

Заключение. Полученные данные позволяют рекомендовать структурировать систему организации профилактических осмотров школьников, расширить спектр обследования за счет обязательного включения подростковых гинекологов, урологов-androлогов, психологов, социологов, педагогов с позиции реального обеспечения междисциплинарного и межведомственного взаимодействия в системе охраны здоровья детей и подростков. С целью унификации содержания, обеспечения преемственности и эффективности управления необходимо разработать алгоритмы междисциплинарного и межведомственного взаимодействия в системе охраны здоровья подростков.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Е.В. Угратова, 5 курс, Е.М. Зильберштейн, клинич. ординатор

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Г. Шехтман

Кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии, онкологии

Оренбургский государственный медицинский университет

Показаниями к рентгенологическому исследованию пищеварительной системы у детей являются: анамнестические данные (ребенок брал в рот несъедобные предметы или крупные куски пищи); поперхивания, в том числе во время еды; отказ от приема пищи; рвота, в том числе непереваренной пищей; регургитация; плохая прибавка массы тела; загрудинные боли и жжение в эпигастрии.

Для оценки состояния пищевода и желудка чаще используют рентгенологические методы: исследование верхних отделов ЖКТ включает снимок пищевода в прямой и левой боковой проекциях; исследование 12-перстной кишки снимок в правой боковой проекции; прямой снимок – для оценки состояния места соединения 12-перстной кишки с тощей кишкой.

Заболевания верхнего отдела ЖКТ с помощью рентгенологического метода выявляются относительно часто. Это стеноз и ахалазия пищевода, гастроэзофагеальный рефлюкс, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, атрезия пищевода или трахеопищеводный свищ, гипертрофический стеноз привратника.

Из заболеваний кишечника часто встречаются высокая непроходимость (незавершенный поворот и заворот, атрезия тощей кишки). Низкая кишечная непроходимость (болезнь Гиршпрунга, мекониевая непроходимость), а также некротизирующий энтероколит, пневматоз и пневмоперитонеум, чаще встречаются у недоношенных детей. Основные причины развития кишечной непроходимости у детей – аппендицит, воспалительные изменения в периаппендикулярных тканях, спайки (при оперативном вмешательстве в анамнезе), инвагинация, грыжи, Меккелев дивертикул.

УЗИ органов брюшной полости является информативным, безопасным, доступным методом исследования у детей позволяющим выявить инвагинацию, аномалии гепатобилиарной системы, оценить состояние печени, селезенки, поджелудочной железы, сосудов брюшной полости, а также определить локализацию и объем свободной жидкости.

При КТ органов брюшной полости применение внутривенного или перорального контрастирования значительно повышает информативность сканирования. МРТ органов брюшной полости обладает хорошим контрастным разрешением, при этом в большинстве случаев не требуется введения контрастного вещества. При этих методах ребенок может испытывать дискомфорт от необходимости длительного фиксированного положения тела.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

*Е.В. Уграватова, 5 курс, М.А. Газиева, клинич. ординатор
Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Г. Шехтман
Кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии, онкологии
Оренбургский государственный медицинский университет*

Показаниями к рентгенологическому исследованию органов грудной клетки являются длительный кашель, одышка неясного генеза, травма и боли в грудной клетке; гипертермия и снижение массы тела с изменениями в анализах крови.

Пневмонии – одни из самых частых заболеваний легких в детской практике. При бактериальных пневмониях на рентгеновских снимках определяются зоны инфильтрации легочной ткани с понижением ее воздушности. Сегментарная пневмония имеет вид затемнения неправильно-треугольной формы соответственно пораженному сегменту легкого, при этом основание треугольника обращено к наружной поверхности легкого, а верхушка – к корню. При выраженной воспалительной инфильтрации сосудистый рисунок в зоне поражения не прослеживается и структура корня легкого в месте пораженного участка не дифференцируется. Длительное рецидивирующее течение пневмоний может сопровождаться развитием бронхоэктатической болезни.

Отдельную диагностическую проблему составляют инородные тела дыхательных путей, при которых могут встречаться как ателектазы, так и эмфизематозно вздутые участки легочной ткани. Не все инородные тела могут быть визуализированы рентгенологически, поэтому подозрение на инородное тело может быть высказано как при наличии ателектаза, так и при эмфизематозном вздутии легочной ткани на фоне типичного анамнеза и клинической картины. Основную часть нерентгеноконтрастных инородных тел составляют инородные тела растительного происхождения (семена, горошины), которые при набухании могут полностью обтурировать просвет бронха. Металлические инородные тела линейной формы (иголки, булавки) обычно не вызывают нарушения бронхиальной проводимости и четко идентифицируются рентгенологически.

Специфическую рентгенологическую картину легочного туберкулеза имеет острый диссеминированный туберкулез легких (милиарный туберкулез), который характерен для раннего детского возраста. Рентгенологически выявляется двустороннее симметричное поражение легочной ткани в виде множественных мелких (2-3 мм в диаметре) однотипных очагов.

Применение рентгеновской компьютерной томографии в детской практике ограничено подозрительными на онкологическую патологию случаями, объемными поражениями другой этиологии и тяжелыми воспалительными процессами неясной локализации.

СОДЕРЖАНИЕ

- 1. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИСТЕМЕ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ ЗАПАДНОГО
КАЗАХСТАНА.....4**
*С.С. Ахметова, Е.В. Христенко, Г.С. Жубанова, Э.Е. Давлетова, А.К.
Сарсенова, А.Д. Абдуллина, К.С. Кожасков, Н.В. Жолмухамедова.*
- 2. СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА.....5**
*Ж.К. Аманова, М.К. Жанетова, студентки 5 курс
К.Ж. Бикимова клин.ординатор*
- 3. УЧИМСЯ У ПРИРОДЫ: О ПЕРСПЕКТИВАХ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА КЕНГУРУ В ВЫХАЖИВАНИИ
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....7**
Е.В. Баловнева, 4 курс.
- 4. ПАРАМЕТРЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ДЕТЕЙ С
ВРОЖДЁННЫМ СИФИЛИСОМ.....10**
А.А. Белоклокова, 5 курс
- 5. ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В
ПИТАНИИ ДЕТЕЙ.....11**
К.Р. Биккужин, Р.М.Ахметов, Н.Ю. Литягина, 2 курс ОрГМУ
- 6. РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ
ОТСТАЛОСТЬЮ.....13**
А.Ю. Вострокнутова, 5 курс, Е.А. Горина, 6 курс, Е.В. Ляхова, 6 курс
- 7. ТЕЧЕНИЕ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С
СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....14**
Е.И. Гадушкина, Ж.В. Сарниязова, 5 курс
- 8. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ
АНТИСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.....15**
Н.А. Геращенко, 5 курс

- 9. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ ОРГМУ.....16**
Н.А. Геращенко, 5 курс ФКП
- 10. КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ.....18**
Ж.М. Герцева, 5 курс, Р.С. Шумахер, 5 курс
- 11. СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА.....19**
З.А. Ермуканова, Н.Ж. Исламова.
- 12. АНТИОКСИДАНТНЫЕ ПЕПТИДЫ МОЛОКА.....20**
В.Е. Жирова, 2 курс
- 13. ТЕМНАЯ ТРИАДА ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ В ГРУППЕ УСЛОВНО – ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ.....22**
Е.С. Зайцева
- 14. ВИТАМИН Д И ЕГО РОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ.....24**
М.В. Ибрагимова, 3 курс
Научные руководители– к.б.н., доц. Е.Н. Лебедева, асс. И.В. Мачнева
- 15. НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК С АЛЛЕРГОПАТОЛОГИЕЙ.....26**
М.О. Комлева, 5 курс
- 16. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ КАК ФАКТОР МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ.....29**
Е.А. Косенкова, 2 курс
- 17. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....32**
В.И. Кузнецова, Д.М. Панфёрова, Е.В. Чибашова, студентки 5 курса
- 18. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИ—IgE-ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.....33**
Б.Б. Максимов, 5 курс, А.С. Овчарова, 5 курс

- 19. ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ У ДЕТЕЙ.....35**
Б.Б. Максимов, 5 курс
- 20. РЕДКИЕ ПАРАЗИТАРНЫЕ ИНВАЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ОРЕНБУРГА.....36**
С.С. Перепелкин, 1 курс
- 21. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ....37**
А.С.Сиханова, А.К.Ондабаева, К.Елубайкызы, А.А.Балапашева, А.Е. Сейтмамбетова, Г.С. Нурумова, Н.М. Досшиева, К.Н.Амангалиева
- 22. СОЧЕТАННЫЕ МУТАЦИИ В НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....39**
А.В. Толстых, 1 курс
- 23. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В АКТОБЕ.....40**
Г.А. Утепова, Г.М. Махамбетова, А.Р. Ихсакова, Н.Е. Карагойшиева, А.А. Алтпова, Ш.А. Уразаева, К.С. Боранбаева, Ж.М. Маулетова
- 24. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ...42**
Е.В. Уграватова, 5 курс, Е.М. Зильберштейн, клинич. ординатор
- 25. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ.....43**
Е.В. Уграватова, 5 курс, М.А. Газиева, клинич. ординатор

ЗАМЕТКИ

Издательство ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, 460000 Оренбург,
Советская 6.

=====
Оригинал макет сверстан в программе “Verstka”
Подписано в печать 01.11.2016. Формат 60×84/16
Усл. печ.л.2,0. Гарнитура «Гаймс».
Тираж 50 экз.