

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

IV Апрельские чтения
памяти профессора М.В.Пиккель

сборник научных трудов межрегиональной научно-практической
конференции

3 апреля 2013 года

Под редакцией проф. В.И.Макаровой

АРХАНГЕЛЬСК - 2013

УДК 616-053.2

ББК 57.3

А - 77

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

доктор медицинских наук, профессор МАКАРОВА Валерия Ивановна
доктор медицинских наук, профессор МАЛЯВСКАЯ Светлана Ивановна
кандидат медицинских наук, доцент ПЛАКСИН Владимир Александрович

РЕЦЕНЗЕНТ: доктор медицинских наук, профессор Г.Н. Дегтева

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

А - 77 Апрельские чтения: сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти проф. Пиккель М.В. 3 апреля 2013, Архангельск - 147 с.

В традиционном ежегодном сборнике, посвященном памяти профессора Марии Владимировны Пиккель, представлены материалы научных исследований в области истории медицины, организации здравоохранения, педиатрии, этики, законодательным инициативам в области здравоохранения. Материалы конференции предназначены для практикующих врачей, организаторов здравоохранения, научных работников.

УДК 616-053.2

ББК 57.3

СОДЕРЖАНИЕ

Амелина А.Б., Ледяев М.Я. Распространенность факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний среди старшеклассников лицей-интерната	7
Анциферова О.А. Оценка фактического питания учащихся школ Архангельска	10
Белая Г.П., Вертецкая Л.Ю. О влиянии вакцинопрофилактики на уровень заболеваемости ОРВИ и гриппом	12
Бердникова В.И., Ледяева А.М., Ледяев М.Я. Распространенность избыточной массы тела и ожирения у учащихся 6-7 классов г. Волгограда	15
Галактионова М.Ю., Рахимова А.Л., Чистякова И.Н. Использование современных компьютерных технологий для изучения заболеваемости подростков	20
Гачегов М.А., Трясцына М.А. Центр поддержки грудного вскармливания как фактор оптимизации питания детей первого года жизни	24
Гачегов М.А., Медведев А.Ю., Шуклина Е.С. УЗИ-диагностика в диспансеризации детей раннего возраста	27
Гордиец А.В., Груздева О.В., Ковалевский В.А., Мешкова А.Б. Социально-психологическое развитие дошкольников	29
Грицинская В.Л., Бекетов В.Е., Чалова О.В. Биоимпедансная оценка состава тела у школьников	36
Громова Л.А., Клыков А.К., Толчельникова Н.С. О законодательном регулировании в сфере здравоохранения на территории Архангельской области	38
Емельянова С.Н., Коновалова И.А., Марченко И.А., Шефатова Е.И. Анализ показателей стандартизации обследования и лечения детей и подростков при острой пневмонии	43
Жилина Т.А. Центральная городская больница города Мирный: вчера, сегодня, завтра	45

Иллек Я.Ю., Суслова Е.В., Галанина А.В., Суслов И.Н., Чаганов И.Б., Федяева Е.А. Озонотерапия в комплексном лечении тяжёлого атопического дерматита у детей дошкольного и младшего школьного возраста	47
Иноземцева О.А., Джумагазиев А.А., Райский Д.В., Потапова Ю.А., Климчук Н.А. Физическое развитие детей первого года жизни с последствиями перинатального поражения ЦНС на фоне диетотерапии с корилипом и элькаром	53
Кильдиярова Р.Р., Углова Д.Ф. Адаптация новорожденных детей от матерей с врожденными пороками сердца на фоне соединительно-тканной дисплазии	57
Кильдиярова Р.Р., Тетелютин Ф.К., Углова Д.Ф. Особенности течения перинатального периода у женщин с врожденными пороками сердца	59
Киселева Л.Г., Павловская Н.В., Пьянкова М.Г. Фетальный вальпронатный синдром	62
Клишова А.В., Саблин Е.С., Яницкая М.Ю. Особенности лечения паховых грыж у детей	64
Колесникова И. А., Меньшикова Л. И., Чуйко А.В. Динамика состояния здоровья учащихся общеобразовательных школ г. Северодвинска за 15 лет	67
Колодяжная Т.А., Зайцева О.И. Возрастные особенности функциональных свойств холестерина эритроцитарных мембран у детей различных регионов Восточной Сибири	71
Коржавина Л.А. Опыт работы комиссии по оценке критериев эффективности деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием	74
Лавренюк И.И., Ледяев М.Я., Герасимова А.С. Очень низкая и экстремально низкая масса тела при рождении как фактор риска возникновения артериальной гипертензии	76

Ледяев М.Я., Амелина А.Б., Ледяева А.М. Оценка жесткости артерий и гемодинамических параметров у подростков с различной величиной артериального давления	81
Макарова В.И., Краева Н.В. Скрининг-тест синдрома нейроциркуляторной дистонии у подростков	84
Меньшикова Л.И., Крюков А.В., Кочибекова Л.С., Игнатова О.А. Предварительные итоги программы модернизации здравоохранения Архангельской области	87
Мозолева С.С., Ледяев М.Я. Ранняя диагностика скрытой артериальной гипертензии у детей	90
Молчанова С.И., Муравьева Я.Г. Опыт работы с юношами по первоначальной постановке на воинский учет в ГБУЗ АО «Архангельская городская детская поликлиника»	95
Мошкина Н.В., Муравьева Я.Г. Работа по охране репродуктивного здоровья девушек-подростков в ГБУЗ АО «Архангельская городская детская поликлиника»	100
Ненашева Т.Б. Вопросы экспертизы временной нетрудоспособности в работе врачей детской поликлиники	103
Павлова А.Н., Серегина С.И. Состояние здоровья 14-летних подростков Северного округа г. Архангельск	108
Плаксин В.А., Павлова А.Н. Уровень иммуноглобулина Е у детей интернатных учреждений	110
Поздеева М.А., Щепина И.В., Тренина Е.Н., Сухих М.И., Бачурин М.Н., Притчина О.Н. Случай инфекционного мононуклеоза ВЭБ этиологии у ребенка 4 лет	111
Поздеева М.А., Щепина И.В., Тренина Е.Н., Сухих М.И., Бачурин М.Н., Притчина О.Н. Изучение особенностей течения и катамнеза детей с цитомегаловирусным гепатитом	114
Пономарева О.В., Ляпунова Е.В., Кузнецова С.В. Влияние «Астма-школы» на уровень знаний родителей детей, страдающих бронхиальной астмой	115

вышение результата работы, проверяемыми, объединяющими определенные группы специалистов. Для разных групп специалистов разрабатываются критерии с учетом специфики их работы. Значения критериев устанавливаются на уровне Федеральных и территориальных нормативов.

Результаты работы комиссии: снизилось количество обоснованных жалоб, выполнение стандарта диспансерного наблюдения детей до года в полном объеме достигло 95%, аудиологическим скринингом охвачены все подлежащие обследованию, в 95-100% протоколы осмотров детей заполняются в электронном виде, повысился уровень качества записей у специалистов, улучшился контроль за выполнением функции должности самими специалистами и руководителями структурных подразделений, обоснованнее стали подходить к своевременному выполнению национального календаря прививок, повысилась ответственность каждого медицинского работника за соблюдение санитарно-эпидемического режима и за своевременную сдачу учетно-отчетной документации.

Опыт работы комиссии по оценке эффективности деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием показал, что с введением критериев оценки деятельности каждый специалист стал более заинтересован в результатах своей работы, начал контролировать и анализировать свой труд, стремиться к выполнению критериев, так как от этого зависит размер оплаты его труда. Достижение критериев деятельности каждым специалистом способствует выполнению показателей работы поликлиники в целом.

ОЧЕНЬ НИЗКАЯ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Лавренюк И.И., Ледаев М.Я., Герасимова А.С.

ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздрава России, г. Волгоград

Актуальность. Актуальность изучения проблемы недоношенности значительно возросла в последние годы в связи с введением в

РФ новых критериев живорожденности, рекомендуемых ВОЗ (Приказ МЗ РФ № 318 от 04.12.1992 г.), новыми порядками оказания акушерско-гинекологической (Приказ МЗ РФ № 808н от 02.10.2009 г.) и неонатологической медицинской помощи (Приказ МЗ РФ № 409н от 01.06.2010 г.), а также в связи с внесением изменений в отраслевые статистические формы № 13 и № 32 (Приказ МЗ РФ № 443 от 25.08.2008 г.).

В России частота рождения недоношенных детей колеблется от 4 до 16%, с низкой массой тела - 0,2 - 0,3%, с очень низкой массой тела (ОНМТ) 1000-1500 гр. - 0,13 - 0,48%, с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) менее 1000 гр. - 0,3%. Кажущийся небольшим процент недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 гр. формирует основную часть структуры перинатальной смертности - 50-70%. Однако среди выживших детей высок удельный вес инвалидности: детского церебрального паралича, слепоты, глухоты, умственной недостаточности.

В большинстве развитых стран частота преждевременных родов составляет 5-7% детей родившихся живыми. Заболеваемость в США выше, составляет примерно 12%. Некоторые данные показывают, что эта заболеваемость несколько увеличилась за последние несколько лет, но рождаемость на сроке беременности менее 32 недель осталась без изменений, на уровне 1-2%.

Достижения в перинатальной медицине привели к непрерывному снижению смертности детей с ОНМТ и ЭНМТ. Однако рождение недоношенного ребенка значительно повышает риск развития у него различных недугов, даже если врачам удалось благополучно «выходить» такого младенца. В последнее время было проведено несколько многоцентровых исследований, анализирующих влияние недоношенности и низкого веса на проблемы здоровья детей и подростков. Многие из этих исследований связаны с проблемами гипертонии.

Цель исследования. Проанализировать имеющиеся литературные данные для выявления взаимосвязи между очень низкой и экс-

тремально низкой массой тела при рождении в анамнезе и артериальной гипертензией у детей и подростков.

Материалы и методы. Был проведен анализ 7 исследований, выполненных с 1998 по 2011 годы, в которых измерялось АД у детей и подростков, имевших при рождении вес менее 1500 гр. Сравнение основывалось на нескольких вопросах – метод измерения, возрастные когорты, вес при рождении.

Результаты и обсуждение. Все анализируемые исследования являются зарубежными. К сожалению, отечественных данных о значении массы тела при рождении в развитии артериальной гипертензии у детей и подростков найдено не было. Из семи исследований пять посвящено детям с весом при рождении 1000-1500 гр. [1-3,5,6], два – менее 1000 гр. [4,7].

Все полученные результаты оценивались по сравнению с доношенными детьми. Дети с ОНМТ оценивались в возрасте 15-27 лет. Во всех исследованиях [1-3,5,6] более высокое САД и/или ДАД было найдено у детей с ОНМТ. Различия САД колебались от 3,0 до 8,6 мм.рт.ст., существенные различия наблюдались и в величине ДАД (3,5-5,3 мм.рт.ст.). Что касается исследований детей с ЭНМТ, в последующем они обследовались в школьном возрасте (6-8 и 6-12 лет). В обоих исследованиях распространенность АГ составила около 10%. Не существовало никаких статистически значимых различий между недоношенными с ЭНМТ и доношенными, а также для САД, ДАД и среднего АД. Только одно исследование выявило существенные различия между изучаемыми группами для систолического и диастолического АД нагрузки [4,7].

Сравнивая исследования детей с ОНМТ и ЭНМТ, основное различие – количество обследованных. Этим можно объяснить отсутствие значимости результатов, полученных в группах с ЭНМТ. В 5 из 7 проанализированных исследований, САД было значительно выше у недоношенных по сравнению с контролем [1-5]. В 4-х исследованиях показан повышенный уровень ДАД [1,3,4,6]. Среднее АД было значительно повышено у детей в 1 исследовании [1]. Кроме того, во всех

исследованиях, где использовался СМАД, САД было значительно повышено, но только в 1-м из них показано значительно более высокое ДАД [4]. Эти данные показывают, что основной проблемой у детей с массой при рождении менее 1500 гр. является систолическая гипертензия.

На основании возраста обследуемых, исследования можно разделить на группы: оценка детей школьного возраста (6-12 лет) – [4,7], подростков (13-18 лет) – [5], и взрослых (18-30 лет) – [1-3,6]. Распространенность АГ во всех исследованиях колеблется от 6 до 25%. У пациентов 6-12 лет – 10-25% [4,7], в подростковой группе 16% [5], и во взрослой группе 6-10% [3]. Согласно этим данным может показаться, что распространенность АГ с возрастом уменьшается. Однако следует отметить, что исследования охватывают последние 30 лет, в течение которых достижения в области интенсивной терапии новорожденных позволили увеличить выживаемость бывших недоношенных детей экспоненциально. До 1970-х годов только 10% новорожденных с ЭНМТ или недоношенностью менее 28 недель гестации имели шансы выжить. Однако в конце 1990-х выживаемость увеличилась почти в 3-4 раза. Поэтому не исключено, что во взрослой группе доля детей с ЭНМТ или крайне недоношенных детей была ниже по сравнению с группой детей и подростков. Может ли это означать, что с увеличением выживаемости, будут расти и долгосрочные осложнения? Если это так, то учитывая, что гипертензия является основным фактором риска ССЗ – ведущая причина заболеваемости и смертности большинства стран, - это может быть серьезной проблемой здравоохранения в последующие годы.

Принимая во внимание метод измерения АД: в 4 исследованиях авторы использовали только случайные измерения АД [2,5-7]. В этой группе распространенность АГ составляла от 10 до 24%. СМАД было использовано только в 1 исследовании [4]. Гипертония в этих случаях диагностирована в 10,3% [4]. Оба метода использовались в 2 исследованиях, гипертония регистрировалась от 6 до 9,3% [1,3]. Когда применялся только один метод измерения АД, процентный диапазон

гипертоний был выше, чем при использовании обоих методов. Использование СМАД снижает риск гипердиагностики АГ в результате случайных изменений. СМАД является лучшим диагностическим методом, но в некоторых ситуациях он не может быть надлежащим образом выполнен у детей. Поэтому два метода дополняют друг друга в оценке гипертензии.

Анализ исследований, проведенных до 2008 года, показал, что распространенность гипертензии составляет 10-15% у недоношенных по сравнению с 6-16% в исследованиях за последние 3 года. Кроме того, в недавних исследованиях СМАД использовалось более часто. В последнее время произошло уточнение критериев и методов диагностики АГ в педиатрии, в связи с чем гипердиагностика у детей встречается реже. Этим можно объяснить различие в распространенности АГ в исследованиях разных лет.

Выводы:

1. Распространенность АГ пациентов, родившихся недоношенными с массой тела менее 1500 гр. во всех исследованиях колеблется от 6 до 25 %.
2. Основной проблемой детей с ОНМТ и ЭНМТ является систолическая гипертензия.
3. Использование двух методов измерения АД (случайного и СМАД) позволяет снизить вероятность гипердиагностики АГ в исследованиях.
4. Все вышеупомянутые исследования были сосредоточены на различных аспектах риска АГ у детей, родившихся недоношенными с ОНМТ и ЭНМТ. Результаты во многом противоречивы. Это указывает на необходимость продолжения многоцентровых и общенациональных исследований на больших популяциях. Проведение последующих мероприятий в тех же группах с интервалом в каждые несколько лет в течение всей жизни позволит лучше понять проблемы АГ у детей с массой тела при рождении менее 1500 гр.

Литература:

1. Doyle LW, Faber B, Callanan C, Morley R. Blood pressure in late adolescence and very low birth weight. *Pediatrics*. 2003;111(2):252-257.
2. Hack M, Schluchter M, Cartar L, Rahman M. Blood pressure among very low birth weight (<1.5 kg) young adults. *Pediatric Research*. 2005;58(4):677-684.
3. Hovi P, Andersson S, Räikkönen K, et al. Ambulatory blood pressure in young adults with very low birth weight. *Journal of Pediatrics*. 2010;156(1):54-59.e1.
4. Kwinta P, Klimek M, Drozd D, et al. Assessment of long-term renal complications in extremely low birth weight children. *Pediatric Nephrology*. 2011;26(7):1095-1103.
5. Pharoah P, Stevenson CJ, West CR. Association of blood pressure in adolescence with birthweight. *Archives of Disease in Childhood*. 1998;79(2):F114-F118.
6. Pyhälä R, Räikkönen K, Feldt K, et al. Blood pressure responses to psychosocial stress in young adults with very low birth weight: helsinki study of very low birth weight adults. *Pediatrics*. 2009;123(2):731-734.
7. Rodríguez-Soriano J, Aguirre M, Oliveros R, Vallo A. Long-term renal follow-up of extremely low birth weight infants. *Pediatric Nephrology*. 2005;20(5):579-584

ОЦЕНКА ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНОЙ ВЕЛИЧИНОЙ АД

Ледяев М.Я., Амелина А.Б., Ледяева А.М.

ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздрава России, г. Волгоград

Актуальность. Многочисленные исследования артериальной гипертензии (АГ) среди взрослого населения установили, что ее истоки следует искать в детском и подростковом возрасте. Известно, что высокая жесткость магистральных артерий различными путями способствует увеличению в аорте систолического артериального давления (САД) и снижению диастолического артериального давления (ДАД), что приводит к увеличению повреждающего действия пульсовой волны на сосуды мозга, сердца и других органов, снижается их кровоснабжение, при этом увеличивается нагрузка на миокард и в дальнейшем все это способствует развитию ишемической болезни сердца, сердечной, почечной недостаточности, мозгового инсульта. Следовательно, оценка параметров центрального аортального давле-