

родитель (23,4%; 95% ДИ: 17,9-29,6%) жаловался на аналогичные сроки ожидания инструментальных исследований. Респонденты (41,4%; 95% ДИ: 35,3-47,8%) отмечают также отсутствие в детских поликлиниках информационных материалов, в т.ч. образовательного характера.

Оценка качества обслуживания в детской поликлинике родителями определяется опытом их взаимодействия с персоналом учреждения. Респонденты, в целом, испытывают недоброжелательность в большей степени со стороны тех работников поликлиник, с которыми чаще всего имеют контакт. В частности, о грубости со стороны младшего медицинского персонала упоминали 8,8% опрошенных родителей (95% ДИ: 5,6-13,0%); администрации медицинского учреждения – 10,0% (95% ДИ: 6,5-14,4%); среднего медицинского персонала – 13,9% (95% ДИ: 9,9-18,9%); работников регистратуры – 20,7% (95% ДИ: 15,9-26,3%); врачей – 27,5% (95% ДИ: 22,1-33,5%).

Таким образом, только половина респондентов удовлетворена качеством оказываемой амбулаторной помощи (55,8%; 95% ДИ: 49,4-62,0%). Обнаруженные особенности оценки родителями качества медицинской помощи, оказываемой детям, позволяют более эффективно планировать программы по совершенствованию механизма ее оказания.

### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Емельянова С.Н., Кострюкова Е.С., Ледяев М.Я., Шефатова Е.И.*

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ,*

*ГБУЗ «Детская клиническая больница № 2», Волгоград*

Хроническая гастродуоденальная заболеваемость у детей за последние 30 лет увеличилась с 61,8-81,5 до 358,1-365,6 на 1000 (2). Эрозивные язвенные поражения (ЭЯП) составляют в ее структуре до 2,2-4,5%, что у детей представляет серьезную проблему клинической

медицины (2,3). Доказана роль вегетативной нервной системы (ВНС) в возникновении острых гастродуоденальных эрозий и язв (1).

В связи с этим в данном исследовании было интересно выделить среди больных с патологией ЖКТ категорию детей и подростков, входящих в группу риска по развитию у них язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ЯБДК) с целью предупреждения ее развития; выявить факторы преморбидного фона, роль вегетативного гомеостаза в их формировании и доказать эффективность лечения синдрома вегетативных дисфункций (СВД) у детей с данной патологией. Были поставлены задачи: оценить факторы преморбидного фона; определить влияние ВНС на патологию ЖКТ; провести анализ эффективности лечения СВД у детей с ЯБЖ и ЯБДК. Научная новизна заключалась в изучении комплекса неблагоприятных факторов преморбидного фона в совокупности с влиянием ВНС на тяжесть поражения ЖКТ и в оценке эффективности лечения хронической патологии ЖКТ на фоне купирования основных симптомов СВД. Объектом исследования явились 539 детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет (249 мальчиков и 290 девочек), находившихся на лечении в ГУЗ Детской клинической больницы №2 г.Волгограда. Изучено 539 историй болезни (ф.003-у) детей с хронической патологией ЖКТ, из них с ЯБЖ и ЯБДК - 54 пациента (38 мальчиков и 16 девочек, при этом у всех отмечены клинические признаки СВД. Тип нарушений вегетативного тонуса и вегетативной регуляции оценивался с помощью кардиоритмографии (КРГ).

В ходе исследования выделен характерный комплекс признаков преморбидного фона и клиники у больных ЯБЖ и ЯБДК, показана роль вегетативного гомеостаза в формировании ЯБЖ и ЯБДК у детей и подростков, в частности, доказано преобладание данной патологии у мальчиков-подростков в возрасте 16-18 лет с ваготоническим типом ВНС и срывом вегетативной регуляции. Было также проведено исследование роли коррекции СВД в течении ЯБЖ и ЯБДК у детей и подростков. Ввиду этого у 20 пациентов (основная группа) из 54 в

лечение были включены мероприятия по коррекции вегетативного гомеостаза (препараты вегетотропного действия, физиотерапия). Исследование показало, что исчезновение симптомов, характерных для острого периода ЯБЖ и ЯБДК, а также сопутствующие проявления СВД в основной группе больных происходило раньше (в 8-10 дней), чем в группе больных без коррекции вегетативного гомеостаза (не ранее 14 дней), по результатам контрольного обследования через 1,5-2 месяца результаты эндоскопического обследования показывали отсутствие признаков язвенного поражения ЖКТ, а по данным КРГ существенно улучшалась, либо нормализовалась вегетативная регуляция.

#### Литература

1. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Функциональные нарушения пищеварительной системы у детей // Сб. материалов 7-й конференции «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». - М. - 2000. - С. 69-75.
2. Детская гастроэнтерология (избранные главы). Под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук. - М., 2002. - 592 с.
3. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. - М., 2008.

#### **ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ**

**Иванова И.И., Иванова А.А.**

**ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Тверь**

**Цель работы** – выявить закономерности физического развития детей и подростков с различной степенью гипермобильности суставов (ГМС) с учетом возраста и пола.

**Материал и методы.** Проведено простое одномоментное обследование 564 детей 3-17 лет. Среди них было 302 мальчика (53,55%) и 262 девочки (46,45%). Всем детям проводились антропометрия, определение ГМС по шкале Бейтона. При оценке роста и веса дети были разбиты на возрастные категории по 3 года.

**Результаты и обсуждение.** ГМС (4 и более баллов по Бейтону) была выявлена у 41,84% детей, в том числе умеренная ГМС (4-6 баллов) - у 180 чел (31,91%), выраженная (7-9 баллов) - у 56 чел (9,93%). Оказалось, что среди мальчиков более гибкими являются высокие подростки, а в младших возрастных категориях, наоборот, - мальчики невысокого роста, что можно связать с тем, что периоды вытяжения у разных детей наступают несколько в разном возрасте, и данные мальчики ещё сохраняют физиологические особенности младших возрастных групп. В 3-5 лет выраженность ГМС у мальчиков мало зависела от их массы, в дальнейшем в 6-14 лет повышенная гибкость была характерна для более худых мальчиков по сравнению со сверстниками. В возрасте 15-17 лет масса подростков с ГМС увеличивалась, отражая значительное увеличение их роста, тем не менее, относительно отстаивая от показателя роста. Следовательно, выраженная ГМС характерна для худых и высоких мальчиков-подростков и худых и невысоких мальчиков младших возрастных категорий.

Рост девочек с выраженной ГМС в большинстве случаев был меньше, чем рост их сверстниц без ГМС в соответствующей возрастной категории. Только в группе девочек 12-14 лет он значительно увеличивался по мере увеличения выраженности ГМС (148, 151, 157 см соответственно), отражая подростковый скачок роста. При этом не наблюдалось столь же пропорционального увеличения массы, что говорит о том, что в данный период выраженная ГМС в большей степени характерна для высоких и худых девочек. В младших возрастных категориях более гибкими были маленькие по росту и худые девочки, причем отставание от сверстниц у них было более выраженным по массе, чем по росту.

Эти особенности физического развития подтверждаются и изменением индекса массы тела, который уменьшался с увеличением ГМС в каждой возрастной категории и мальчиков, и девочек, т.е. не зависел от гендерных различий. Исключение составили дети 3-5 лет, у которых по мере увеличения степени ГМС индекс массы тела постепенно

УДК 616-053.2  
ББК 57.3  
А 77

**Редакционная коллегия:**

доктор медицинских наук, профессор  
**Валерия Ивановна Макарова**  
доктор медицинских наук, профессор  
**Светлана Ивановна Малявская**  
кандидат медицинских наук, доцент  
**Владимир Александрович Плаксин**

Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Северного государственного медицинского университета

**А 77 Апрельские чтения:** сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции и студенческой научной конференции «Малые Апрельские чтения–2014», посвященной памяти профессора М.В. Пиккель. 3–4 апреля 2014. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2014. – 178 с.

В юбилейном V ежегодном сборнике, посвященном памяти профессора Марии Владимировны Пиккель, представлены материалы научных исследований в области истории медицины и СГМУ, организации здравоохранения, педиатрии, этики, а также по законодательным инициативам в области здравоохранения. Впервые в сборник включены результаты трудов студенческих исследований городов Кирова, Смоленска, Архангельска, Владивостока, Екатеринбурга, Твери и др.

Материалы конференции предназначены для практикующих врачей, организаторов здравоохранения, научных работников, молодых ученых и студентов.

**УДК 616-053.2**  
**ББК 57.3**

© Северный государственный  
медицинский университет, 2014

**СОДЕРЖАНИЕ**

	<b>стр</b>
Бабилова И.В., Торопыгина Т. А., Костик М. М. Криопирин-ассоциированный синдром	8
Белова О.С. Роль нейросонографии в диспансерном наблюдении детей раннего возраста	12
Белоусова И.Г. Внедрение новых методик профилактики, диагностики и лечения в условиях дневного стационара у подростков	15
Беликова Т.В., Князева В.А. Реабилитация детей с остеохондропатиями апофизов тел позвонков (болезнь Шойерманн - Мау) в «городском центре детской вертебрологии»	19
Бугорская Т.Е., Гаинцева Н.О., Базарова О.М. Периферическая внутривенная катетеризация как фактор благоприятной среды для пациентов и персонала в педиатрии	23
Вертецкая Л.Ю. Лямблиоз: проблемы и перспективы диагностики	25
Гачегов М.А. Вопросы фармакоэпидемиологии антипиретиков в амбулаторной практике педиатра	27
Гобанова Н. В, Русинова Н. Н., Плаксин В.А. Причины формирования соматической и интеллектуальной патологии у детей	32
Горбатов В.А., Герасимова Н.Г., Пигачева О.Ю., Чашина Т.Е., Лопухова А.С. Клинический случай синдрома Элерса – Данло	37
Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А., Меньшикова Л.И. Удовлетворенность родителей пациентов организацией работы и качеством медицинской помощи в детских поликлиниках г.Архангельска	43
Емельянова С.Н., Кострюкова Е.С., Ледаев М.Я., Шефатова Е.И. Дифференцированный подход к диагностике и лечению язвенной болезни у детей и подростков	44