

торые регистрировались в 18,6% и 16,3% случаев соответственно. В 11,6% случаев выделялись Ent. Cloacae, в 9,3% случаев – Staphylococcus aureus, а Ent. agglomerans, E. Baumonii и Kl. Oxitosa были выявлены только в единичных случаях (по 2,3% соответственно). Неферментирующие микроорганизмы Ps. aerogenosa выделялись только у 6,9% пациентов. А дрожжеподобные грибы рода Candida (20,1%) были выделены только в ассоциации с другими микроорганизмами и этиологического значения не имели.

Выводы. Спектр возбудителей внебольничных пневмоний у детей достаточно широк, поэтому бактериологическое исследование мокроты является обязательным для выбора тактики этиотропного лечения.

З.Х. Хусейнов., М. Муродов.

ИЗУЧЕНИЕМ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ЕГО КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Государственное учреждение онкологический научный центр Министерства здравоохранения, г. Душанбе, Республики Таджикистан

Цель исследований: Изучит частоту поражения ЖКТ, и разработать в алгоритм лечения на разных этапах, а также профилактики и осложнений.

Материалы и методы исследования: Для достижения поставленной цели нами были изучены истории болезней 61 ребенка (44 девочки и 47 мальчиков) в возрасте от 1 до 15 лет, больных с ОЛЛ, находившихся на лечении гематологический отделений национальный медицинский центр РТ и детской онкологической отделений онкологического научного центра за период с 2008 по 2012 г.

Результаты и их обсуждение: Анализ жалоб больных ОЛЛ до лечения показал, что 21,6% детей с ОЛЛ беспокоила диспепсия.

В период индукции ремиссии количество детей, предъявляющих жалобы на диспепсию, составляло 37,3%. Это может свидетельствовать о том, что в период индукции ремиссии произошло изменение функциональной активности ЖКТ под влиянием гормональной терапии в сочетании с мощной химиотерапией. До лечения у 14,3% детей с ОЛЛ было выявлено снижение уровня альбумина в среднем до 35,8 г/л, в период индукции ремиссии у 1/4 детей уровень альбумина был снижен в среднем до 36,3 г/л, в периоды консолидации у половины детей уровень альбумина колебался в диапазоне 29–37 г/л с незначительной тенденцией к увеличению в реиндукции, что может свидетельствовать о недостаточности синтетической функции печени, алиментарного поступления белков и действии L-аспарагиназы (подавление синтеза белка не только в опухолевых, но и в нормальных клетках).

При наличии риска развития запоров на фоне введения винкристина возможно назначение слабительных, увеличивающих объем кишечного содержимого, глютаминовой кислоты.

Вывод: Таким образом, поражение ЖКТ у детей с ОЛЛ в большей степени обусловлено длительным применением высоких доз глюкокортикоидных гормонов, при лечении детей с ОЛЛ необходимо учитывать факторы риска развития осложнений со стороны ЖКТ, для уменьшения вероятности развития осложнений, связанных с лечением ОЛЛ, рекомендуется проведение вторичной профилактики поражения ЖКТ.

Чайченко Т.В., Чайченко Л.А.*

ДИСЛИПИДЕМИИ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА

*Харьковский национальный медицинский университет МОЗ Украины,
Харьковский областной врачебно-физкультурный диспансер

Ожирение, скорость распространения которого достигла эпидемических масштабов, является патологическим накоплением липидов в организме. При этом единого мнения относительно связи между выраженностью дислипидемии и степенью избытка массы тела не существует. Наиболее часто для диагностики типа дислипидемии используется классификация Fredrickson D.S. et al. (1965). Референтные же значения отдельных показателей для детей представлены в рекомендациях National Cholesterol Education Program (1992).

С целью определения типов и выраженности дислипидемии, формирующейся в связи с накоплением массы тела обследован 141 подросток в возрасте от 10 до 17 лет с избыточной массой тела (риском ожирения) и ожирением. Липидный статус оценивали натошак по уровням общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицеридов (ТГ), свободных жирных кислот (СЖК).

Установлено, что все подростки с избыточной массой и ожирением демонстрируют признаки дислипидемии

(значения тех или иных показателей более 85 перцентиля по NCEP), выраженность которой достоверно ($P < 0,001$ для всех показателей) нарастала по мере нарастания индекса массы тела (ИМТ).

У обследованных преимущественно регистрировались 2б (38,67 + 6,75%) и 4-ый (33,15 + 6,53%) типы дислипидемий по Fredrickson, причем уровни общего холестерина по среднегрупповым значениям превышали 97 перцентиль лишь у детей с ИМТ более 3 стандартных отклонений от медианы, у которых также зарегистрированы повышение концентрации ТГ (1,36+0,04 ммоль/л), ЛПНП (2,66+0,08 ммоль/л), ОХ (4,67+0,07 ммоль/л), снижением уровня ЛПВП (1,1+0,02 ммоль/л), а также повышение содержания СЖК (0,51+0,03 ммоль/л) в крови.

Таким образом, установлено нарастание выраженности дислипидемии по мере нарастания ИМТ, валидно диагностирующееся с использованием классификации NCEP. Учитывая тот факт, что зарегистрированные типы дислипидемии являются значимыми ассоциантами атерогенеза, уровни показателей липидограммы в диапазоне 85-97 перцентиля, могут быть расценены как ранние признаки проатерогенных нарушений, что позволяет рекомендовать проведение данного исследования уже пациентам с избыточной массой тела.

И.Г.Шайдерова, А.Б.Фуртикова
**КАРДИОГЕМОДИНАМИКА У ДЕТЕЙ
ПРИ ОСТРОЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ**
Национальный Центр охраны материнства и детства, г.Бишкек

Цель работы: исследовать состояние внутрисердечной кардиогемодинамики у здоровых детей и направленность изменений деятельности сердца у детей первых трех лет жизни при острых и рецидивирующих бронхолегочных заболеваниях для разработки критериев оценки кардиальных нарушений.

Объект исследования: здоровые и больные дети первых трех лет.

Методы исследования: клинические, электро- и эхокардиографические, статистические. Обследовано 165 больных детей и 94 здоровых ребенка.

Показана направленность и степень участия сердца в компенсации патологического процесса в легких и бронхах в зависимости от возраста, нозологической формы заболевания, тяжести патологии, наличия бронхообструктивного синдрома.

Установлено, что электромеханическая деятельность сердца при острых и рецидивирующих бронхолегочных заболеваниях характеризуется увеличением темпа сердечных сокращений, нарушением ритма сердечной деятельности в виде аритмии, нарушением реполяризации по гипокалемическому и гипоксическому типам. Степень этих изменений зависит от возраста больных и тяжести патологического процесса. При неосложненных формах БЛЗ отмечается интенсификация деятельности сердца, подтверждаемая увеличением диаметра левого желудочка, усилением насосной и сократительной функции сердца, формированием гиперкинетического типа внутрисердечной гемодинамики.

Предложены варианты клинической трактовки изменений в деятельности сердца при БЛЗ и разработаны эхокардиографические маркеры их диагностики.

Шамсов Х. А., Саидов Дж. Косимов М.М.
**ТЯЖЕЛАЯ СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА В СТРУКТУРЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА
СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Несмотря на многочисленные публикации, посвященные вопросам оказания помощи больным с множественной и сочетанной травмой на догоспитальном этапе и сразу после поступления в стационар, отдельные аспекты остаются недостаточно раскрытыми и требуют детальной проработки.

Цель исследования. Разработка тактики лечения больных в остром периоде тяжелой сочетанной травмой.

Материалы и методы. За период с 2006 г. по 2012 г. в стационар НМЦРТ поступило 234 больных с ТСТ, в возрасте от 3 до 17 лет. 88% из них имели повреждение 3-х и более областей тела. Из них 127 больных (67%) имели скелетную травму. Все пострадавшие поступали в различной степени шока: у 54 больных наблюдался шок 1 ст., у 30 больных - 2 ст., у 28 больных - 3 ст., у 12 больных - 4 ст. Общая летальность за эти годы составила 27,8%, из них 53,8% больных умерли в первые 24 - 48 часов.

Лечебная тактика у пострадавших с ТСТ определялась совместными действиями всех специалистов дежурной бригады: анестезиологов-реаниматологов, хирургов, травматологов, нейрохирургов и специалистов диа-