

- Приступы апноэ
  - Желтушность кожных покровов, которая держалась больше 14 дней после рождения
  - Отягощенный акушерский анамнез матери, многоплодная беременность
2. Задержка психомоторного развития ( не удерживает голову, не сидит, не ходит, не говорит соответственно нормам развития ). Оценка по шкале психомоторного развития Журбы-Мастерковой ниже 19-17 баллов.
  3. Нарушение мышечного тонуса: по типу спастичности, дистонии, ригидности или гипотонии
  4. Сухожильные рефлексы: повышение, коллатерально-аддукторные рефлексы, расширение рефлексогенных зон
  5. Патологические рефлексы: Бабинского, Чураева, клонусы
  6. Не редуцированные физиологические рефлексы новорожденных: ЛТР-лабиринтно-тонический рефлекс, СШТР-симметричный шейно-тонический рефлекс, АШТР-асимметрично шейно-тонический рефлекс
  7. Микроцефалия или гидроцефалия
  8. На УЗИ- головного мозга: расширение межполушарной щели  $<0,4$ , ветрикуломегалия, гидроцефалия, перивентрикулярная лейкомаляция, атрофия подкорковых ядер, субкортикальная лейкомаляция, селективный некроз ствола, парасагитальный некроз.
  9. На МРТ: атрофия и субатрофия мозга, ветрикуломегалия, гидроцефалия, ПВЛ, аномалии развития головного мозга

**Выводы:**

1. Применяя критерии ранней диагностики, можно на ранних этапах выделить группу по формированию ДЦП.
2. Дети группы по формированию ДЦП должны получать своевременную и адекватную восстановительную терапию, что позволит улучшить исход их психомоторного развития.
3. Дети, не относящиеся к группе по формированию ДЦП, могут избежать необоснованной терапии.
4. Раннее включение ребенка в группу по формированию ДЦП позволяет своевременно информировать родителей о развитии заболевания.

Диканбаева С.А., Нугманова А.М., Чингаева Г.Н.  
**СУТОЧНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ГИПЕРТРОФИЕЙ  
 ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.**

*КРМУ, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы*

Вариабельность артериального давления играет важную роль в формировании сердечно-сосудистых нарушений. Выраженная вариабельность АД наблюдается у пациентов уже на ранних стадиях ХБП.

**Цель.** Изучить связь межсуточной вариабельности АД с гипертрофией левого желудочка у детей с хронической болезнью почек.

**Методы.** Проведено исследование по связи межсуточной вариабельности АД с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) у 57 додиализных больных и у 80 пациентов с терминальной почечной недостаточностью. Рассчитывали  $\Delta$ САД (САД<sub>max</sub>-САД<sub>min</sub>) – межсуточная вариабельность (нет  $\leq 30$ , есть  $\geq 30$ ). При анализе показателей АД больные как с додиализной, так и диализной стадиями ХБП вследствие гломерулярных заболеваний имели АД.

**Результаты.** У 35 детей с додиализной стадией ХБП при  $\Delta$ САД  $\leq 30$  имеет место нормальная геометрия левого желудочка (ОТС  $< 45$  при N ИММЛЖ), у 22 при  $\Delta$ САД  $\geq 30$  - концентрическое ремоделирование (ОТС  $> 45$  при N ИММЛЖ). В группе детей с терминальной стадией хронической почечной недостаточности у 26 при  $\Delta$ САД  $\leq 30$  имеет место концентрическое ремоделирование (ОТС  $< 45$  при N ИММЛЖ), у 32 детей при  $\Delta$ САД  $\geq 30$  - концентрическая гипертрофия (ОТС  $> 45$  при  $\uparrow$  ИММЛЖ), и у 22 больных при  $\Delta$ САД  $\leq 30$  - экцентрическая гипертрофия (ОТС  $< 45$  при  $\uparrow$  ИММЛЖ).

Полученные результаты исследования показывают, что у больных на додиализной стадии ХБП, имевших АД, межсуточная вариабельность оказывает влияние на развитие концентрического ремоделирования, что согласуется с мнением А. Cohen-Solar (1998) доказавших, что артериальная гипертензия и концентрическая гипертрофия левого желудочка, выявленные у диализных больных, являются факторами, определяющими нарушение диастолической функции.

Таким образом, показатель  $\Delta$ САД  $\geq 30$  мм.рт.ст. ассоциирован с увеличением ОТС и влияет на развитие концентрической гипертрофии левого желудочка, и требует ранней коррекции артериальной гипертензии.