

для учащихся 6-15 лет, получили, что информативность табличных признаков у детей младшего, среднего и старшего школьного возраста является разной.

В число 22 симптомов первого УЗ вошли только 15 из модифицированной таблицы Н. А. Белоконь и 7 дополнительных из таблицы А. М. Вейна.

Заключение. Структура встречаемости, уровень значимости симптомов исходного вегетативного тонуса у подростков отличны от таковых у детей младшего и среднего школьного возраста.

Оценка исходного вегетативного тонуса у старшеклассников должна проводиться по таблицам А. М. Вейна.

Различия между госпитализированными подростками и группой условно здоровых представлены числом симптомов, частотой и интенсивностью их выраженности. У 85% условно здоровых подростков выявлены признаки СВД.

Зубович А.И.¹, Мачулан И.В.¹, Павловская Е.В.¹, Каганов Б.С.^{1,3}, Кузьмичева О.Н.²

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕТЕЙ

¹НИИ питания РАМН, Россия, Москва

²Научный центр психического здоровья РАМН, Россия, Москва

³Российская медицинская академия последипломного образования, Россия, Москва

Цель работы. Оценка клинического течения синдрома нервной анорексии у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 26 детей с нервной анорексией в возрасте 12-16 лет (в среднем $14,9 \pm 0,27$). Из них девочек 22 (84,6%), мальчиков - 4 (15,4%). Проведено исследование нутритивного статуса (антропометрия, биоимпедансометрия, определение основного обмена методом непрямой респираторной калориметрии).

Результаты. Период с момента дебюта заболевания до госпитализации в клинику составил $12,67 \pm 1,7$ мес. За указанный период времени произошло снижение веса в среднем $16,4 \pm 1,79$ кг, что соответствовало потере 28% от исходной массы тела. Основной причиной, побудившей подростков к снижению веса, явилось недовольство собственной фигурой. На момент госпитализации в отделение педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии НИИ питания РАМН средний рост пациентов составил $160,0 \pm 1,97$ см (N 133-176), вес - $41,85 \pm 2,25$ кг (N 21,2-72,7), ИМТ - $16,5 \pm 0,75$ кг/м² (N 11,7-23,2). Содержание жировой ткани по данным биоимпедансометрии снижено у 16 детей (61,5%) в среднем на $46,5 \pm 8,0\%$ и составило $5,26 \pm 0,9$ кг (норма $9,3 \pm 0,4-16,7 \pm 0,8$).

По данным исследования основного обмена у 18 (69,2%) детей в среднем на $38,7 \pm 6,96\%$ были снижены энерготраты покоя. Скорость окисления жиров составила в среднем $55,2 \pm 14,9$ г/сут при нормальных средних значениях от $31,3 \pm 1,55$ до $61,8 \pm 3,5$ г/сут. При этом у 55% детей она была снижена, у 25% - повышена и у 20% пациентов соответствовала нормальным значениям. Скорость окисления углеводов была повышена у 15% пациентов, снижена - у 60%, оставалась в пределах нормы - у 25% детей; средние значения скорости окисления углеводов составили $82,3 \pm 32,4$ г/сут при норме от $134,9 \pm 7,41$ до $208,1 \pm 13,2$ г/сут. Скорость окисления белка составила в среднем $38,86 \pm 4,46$ г/сут (минимальная норма $43,9 \pm 1,99$ г/сут, максимальная норма - $58,17 \pm 2,97$ г/сут). Повышение скорости окисления белка отмечалось у 13,6% детей, снижение - у 59%, соответствовала нормальным значениям - у 27,4% пациентов.

Выводы: В обследованной группе детей с синдромом нервной анорексии преобладали девочки подросткового возраста. Через год после дебюта заболевания потеря массы тела составляет около 30%. Выявленные изменения основного обмена свидетельствуют о преобладании катаболических процессов, дефиците основных нутриентов и энергии, что требует персонализированного подхода к диетотерапии детей с данной патологией.

Ильина Е.Г., Колосов С.В., Наумчик И.В., Ершова-Павлова А.А.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА «СИНДИАГ» В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

Компьютерные диагностические программы (КДП), используемые для диагностики множественных врожденных пороков развития (МВПР), существенно различаются как по внешнему оформлению и объему информации, так и по принципиальным подходам к разработке библиотек и шаблонов синдромов МВПР, созданию диагностических алгоритмов. У таких КДП имеются и общие принципы. Все они включают описания библио-