

Литовченко А.И., Лакуста В.Н.
ЭНДОГЕННЫЕ СВЯЗАННЫЕ С СОБЫТИЯМИ ПОТЕНЦИАЛЫ У ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЬЮ МОЗЖЕЧКА
Институт Матери и Ребенка, г. Кишинев, Молдова
Институт Физиологии и Санокреатологии Академии Наук Молдовы, г. Кишинев

Цель исследования - выявить особенности процессов интеграции перцепторных процессов и формирования на их основе действия с применением метода условного негативного отклонения у детей с опухолью полушарий мозжечка. **Материалы и методы.** Исследовали 25 детей с опухолями полушарий мозжечка и 15 здоровых детей (контрольная группа). Программа исследования условного негативного отклонения (*contingent negative variation - CNV*) включала: расположение электродов в F3, F4, верхняя частота пропускания 20-50 Гц, нижняя 0,1 Гц; эпоха анализа 5000мс; стимуляция проводилась звуковым щелчком интенсивностью 60 дБ. Ребенку давалась инструкция выключить тон (S_2) нажатием на ключ как можно быстрее. Определяли максимальную амплитуду в интервале 550 - 750 мс (*amplitude of initial CNV - iCNV*), максимальную амплитуду в последнем интервале (200мс) перед S_2 (*amplitude of late CNV - lCNV*), постимперативную волну. **Результаты и обсуждения.** До операции у детей с поражением полушарий мозжечка выявили следующие показатели: iCNV - $5,5 \pm 1,12$ mcV ($p < 0,05$); lCNV - $8,7 \pm 0,97$ mcV ($p < 0,01$); S_2 - TR - $283,8 \pm 9,5$ ms ($p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о нарушении перцептивных процессов, нарушении процессов подготовки произвольных целенаправленных двигательных актов (интенционная фаза) и процессов их реализации. В раннем послеоперационном периоде выявили следующие показатели CNV: iCNV - $5,0 \pm 1,26$ mcV ($p < 0,05$); lCNV - $8,2 \pm 1,13$ mcV ($p < 0,01$); S_2 -TR - $290,0 \pm 7,63$ ms ($p < 0,01$), то есть сразу после удаления опухоли у детей имеет место усиление расстройств, особенно фазы реализации целенаправленных актов (интервал S_2 -TR). Агравация расстройств очевидно связана с операционным стрессом и возникновением морфофункциональных изменений в головном мозге под влиянием нейрохирургического вмешательства, особенно в нейрональных сетях: мозжечок-красное ядро- таламус-кора головного мозга; мозжечок-таламус-кора головного мозга; мозжечок-кора головного мозга; кора головного мозга-нижние оливы- мозжечок; кора головного мозга-мост-мозжечок. **Выводы:** 1) у детей с опухолями полушарий мозжечка нарушена интенционная фаза и фаза реализации целенаправленного двигательного акта; 2) после удаления опухоли полушарий мозжечка, в раннем послеоперационном периоде, существенно усиливаются нарушения фазы реализации двигательного акта.

Лукушкина Е.Ф., Гуренко С.П., Кузмичев Ю.Г., Афраймович М.Г.
АНАЛИЗ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.
ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Актуальность. В России ежегодно рождается около 17,5 тысяч детей с теми или иными пороками сердца [Бокерия Л.А. 2004]. Обмен веществ у детей с ВПС отличается повышением энергетических расходов, обусловленных гиперметаболической направленностью, с одновременной недостаточностью поступления калорий. Цель: представить характеристику фактического вскармливания детей с врожденными пороками сердца. **Материал и методы исследования.** Исследование выполнено на базе отделений врожденных пороков сердца ГБУЗ НО СККБ и «Мать и дитя» ГБУЗ НО ДОКБ (г. Н. Новгород) с 2009 по 2011 гг. Критерии включения: доношенные дети, наличие верифицированного ВПС, недостаточность кровообращения не выше IIa, отсутствие другой органической патологии и заболеваний пневмонией за указанный период; полнота заполнения формализованной и рекомендуемой НИИ питания РАМН анкеты изучения питания и здоровья детей раннего возраста [2002г.] и ф. 113 у и 112 у. Динамику продолжительности грудного вскармливания детей с ВПС сопоставили с собственными данными аналогичного исследования 199 здоровых детей в 2011/12 гг. **Результаты.** Продолжительность грудного вскармливания детей с ВПС достоверно ниже, чем у здоровых детей ($p=0,001$). К году только 7 детей в исследуемой группе продолжали прикладываться к груди (3.5%), в группе сравнения этот показатель достоверно выше ($p=0.031$) и составил 17%. К 6 месяцам заменители грудного молока получали 73,2% детей. Введение в рацион первого прикорма не зависело от вида порока и стадии сердечной недостаточности, но каша вводилась в 3 раза чаще (75%:25%), что во многом обусловлено густой консистенцией и схожестью вкуса с грудным молоком. Максимум введения каши, как первого прикорма пришелся на 5 месяц (49%). Перед овощами 81% детей были введены фруктовые соки и пюре, что, возможно, снизило процент предпочтения овощей в качестве первого прикорма. Третий прикорм в виде кефира получили 65% детей, 10% виде коровьего молока и 4,5% в виде козьего молока, остальные (21.5%) получали адаптированные кисломолочные смеси. **Заключение.** В практике вскармливания детей с ВПС практически отсутствуют мероприятия по нутритивной поддержке. Имеет место использование неадаптированных молочных продуктов в качестве заменителей грудного молока и в качестве блюда третьего прикорма. Целесообразно разработать методические рекомендации по нутритивной поддержке детей первого года жизни с ВПС и внедрение их в практическую деятельность педиатров детских стационаров и поликлиник.