

стерон), щитовидной железы (Т3, Т4 свободный) методом ИФА. Установлено, что на фоне терапии препаратом «Виферон» достоверно более быстро нивелировался синдром цитолиза и интоксикации при ХВГВ, и в меньшей степени – при ХВГС. Менее выраженное положительное влияние препарата было на синдромы увеличения печени и коагулопатии. У детей с ХВГВ и ХВГС наблюдалась хорошая переносимость препарата «Виферон». Применение препарата способствовало достоверному снижению уровня виремии (на 2 log ME/мл и более) и стимулированию CD4+ Т-лимфоцитов, в меньшей степени – CD8+ клеток. Вирусологический и иммуностимулирующий эффекты на фоне применения препарата «Виферон» были более выражены у детей с ХВГВ. Выявлено, что выраженность ответа на противовирусную терапию у детей с ХВГВ и ХВГС зависит как от исходных значений вирусной нагрузки и активности АлАТ (стойкая ремиссия наблюдалась при исходно низких значениях ВН <math>\leq 3 \log \text{ME/мл}</math> и нормальных значениях АлАТ), так от исходного состояния иммунного статуса (у детей с высокими значениями основных показателей клеточного иммунитета (CD4+, CD8+, CD3+ Т-лимфоцитов) вирусологический ответ наиболее выражен (на 2 log ME/мл и более), чем у детей с иммунодефицитным состоянием (вирусологический эффект – в пределах 1 log ME/мл). У детей с ХВГВ и ХВГС при длительности заболевания более 10 лет чаще наблюдается угнетение секреции СТГ, наиболее выраженное при ХВГВ. Применение препарата «Виферон» не усугубляет выявляемые изменения гормонального статуса. Таким образом, применение препарата «Виферон» в комплексной терапии оказывает положительное влияние на показатели ВН и иммунного статуса, а так же на основные клинико-биохимические синдромы, которое более выражено при ХВГВ. При терапии интерферонами требуется мониторинг гормонального статуса детей с ХВГВ и ХВГС, особенно, в период активного роста (контроль СТГ).

Орлова О.С. \*, Т.И.Гарашенко\*, К.Б.Султонова\*\*, П.А.Эстрова\*\*  
**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ  
И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ**  
\*БФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»  
\*\* Поликлиника №91 г. Москвы

Раннее выявление дисфоний у детей, предупреждение, а также их последующая коррекция являются не только одной из актуальных проблем оториноларингологии, но и представляются актуальными для смежных специальностей.

Актуальность изучения эпидемиологии голосовых нарушений среди детей обусловлена неуклонным ростом их распространенности, разрозненностью и недостаточной репрезентативностью имеющихся литературных данных.

В период диспансеризации было обследовано 1614 детей в возрасте от 8 до 15 лет, учащихся трех общеобразовательных школ Южного округа г. Москвы. Детям с выявленной нарушенной голосовой функцией для уточнения характера поражения гортани было проведено дополнительное обследование на базе окружного консультативно-диагностического центра при детской городской поликлинике № 91.

Средняя распространенность голосовых нарушений (ГН) среди детей в пересчете на 1000 контингента, составила  $161,2 \pm 12,3$  чел., а в процентном соотношении – 1,6%. При этом, ГН достоверно чаще встречались у мальчиков по сравнению с девочками ( $p = 0,032$ ). В структуре ГН наибольшей распространенностью проявлялась функциональная гипотонусная дисфония (1,4%). На втором месте - певческие узелки, распространенность которых среди подростков составила – 0,5%. Далее – острый ларингит (0,5%). Несколько меньше случаев (0,14%) относилось к патологической мутации. Преобладающим вариантом ГН являлась комбинированная сочетанная патология (функциональная и органическая), значительно меньше случаев приходилось на долю изолированной функциональной и органической патологии ( $p > 0,05$ ). Наиболее частым вариантом комбинированной патологии являлось наличие певческих узелков на фоне гипотонусной дисфонии.

Павловская Е.В.<sup>1</sup>, Строкова Т.В.<sup>1,2</sup>, Сурков А.Г.<sup>1</sup>, Богданов А.Р.<sup>1,2</sup>, Каганов Б.С.<sup>1,3</sup>  
**ХАРАКТЕРИСТИКА ОБМЕНА МАКРОНУТРИЕНТОВ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

<sup>1</sup>НИИ питания РАМН, Россия, Москва

<sup>2</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Россия, Москва

<sup>3</sup>Российская медицинская академия последипломного образования, Россия, Москва

Высокая распространенность ожирения среди детей и подростков является актуальной проблемой современного здравоохранения. Эффективность диетотерапии ожирения зависит от состояния основного обмена

пациента. Персонифицированные рационы питания, разработанные с учетом метаболических параметров, позволяют добиться безопасного и эффективного снижения массы тела.

**Цель:** характеристика показателей основного обмена у детей с ожирением.

**Пациенты и методы:** В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФГБУ «НИИ питания» РАМН проведено развернутое обследование 413 детям с избыточной массой тела ( $n=33$ ) и ожирением ( $n=380$ ). Средний возраст детей составлял  $12,2 \pm 0,13$  лет, среди них преобладали девочки (61,3%). Оценка пищевого статуса включала исследование антропометрических параметров, состава тела методом биоимпедансометрии и метаболограммы (уровня суточных энергозатрат, скорости окисления белков, жиров, углеводов) методом непрямой респираторной калориметрии. В работе также использованы биохимические и ультразвуковые методы обследования.

**Результаты:** У 56,2% пациентов выявлено снижение уровня энергозатрат покоя в среднем на  $19,43 \pm 0,83\%$  (1-53%) от нормативных показателей в соответствии с возрастом и полом. Возраст пациента слабо коррелировал с показателем энергозатрат покоя ( $r=0,45$ ,  $p<0,05$ ). Скорость окисления углеводов была снижена у 41,6% детей, повышена у 19,7%. Снижение скорости окисления жиров выявлено у 34,1%, повышение – у 23,2% пациентов. Скорость окисления белка была снижена у большинства детей (73,6%). Неалкогольная жировая болезнь печени чаще выявлялась у детей, имеющих снижение скорости окисления жиров либо углеводов по сравнению с детьми, имеющими нормальный уровень окисления данных нутриентов (45,4%, 43,2% и 31%, соответственно,  $p<0,05$ ). Дети со снижением скорости окисления жиров или углеводов имели достоверно более низкие показатели ЛПВП, чем дети с нормальной метаболограммой ( $1,19 \pm 0,02$ ,  $1,12 \pm 0,03$  и  $1,3 \pm 0,04$  ммоль/л соответственно,  $p<0,05$ ).

**Заключение:** У детей с избыточной массой тела и ожирением часто выявляются нарушения показателей основного обмена. Данное обследование рекомендуется проводить в первую очередь детям с дислипидемией и неалкогольной жировой болезнью печени.

Пачаева Р.П., Носирова М.П.

#### **ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ДИСБАКТЕРИОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии,  
Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино, г. Душанбе Республика Таджикистан*

**Цель работы:** изучить факторы, способствующие развитию дисбактериоза у новорожденных и разработать практические рекомендации семейному врачу.

**Материал и методы исследования.** Проводилось наблюдение за 475-ю новорожденными, страдающими расстройством стула, обратившимися за помощью в период с 2011 по 2013 годы. Подвергались анализу клинико-anamnestические данные, проводилось лабораторное обследование: рутинные анализы (гемограмма, общий анализ мочи, копрограмма), бактериологические посевы на флору и чувствительность к антибиотикам.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ анамнестических данных новорожденных выявил, что их матери (61,3% случаев) перенесли инфекционно-воспалительные заболевания до или во время беременности и применяли антибиотики. Большую группу (36,7%) составили матери, имевшие какие-либо отклонения в родах: кесарево сечение, преждевременное излитие околоплодных вод, родовые травмы и другие. Наличие патологии в родах могло способствовать рождению детей в тяжёлом состоянии и, как следствие, к позднему прикладыванию к груди (29,8% случаев), играющему большую роль в заселении нормальной флорой стерильного кишечника новорожденного. Одним из факторов, приводящих к изменению биоценоза кишечника у ребёнка является длительность пребывания его в родильном доме, шесть дней и более находились в родильном доме 23,7% из обратившихся новорожденных. Несколько меньшее количество случаев составили такие факторы, как физиологическая незрелость моторной функции кишечника (20,5%) и наличие малых гнойничковых инфекций (11,0%).

**Выводы.** 1. Тактика семейного врача должна быть направлена на лечение инфекционно-воспалительных заболеваний матери до беременности, во время беременности, по возможности отказ от применения лекарственных средств, особенно антибиотиков. Следить за сбалансированностью питания, которое должно быть богато витаминами.

2. Раннее прикладывание к груди стимулирует также лактацию и предупреждает гипогалактию. Тщательное наблюдение за характером стула, аппетитом, массой тела поможет врачу избежать заболевания или вылечить на ранних стадиях.