

ровья детей; состояние питания изучено с помощью анкетно-опросного метода - 24-х часового (суточного) воспроизведения питания.

Результаты и их обсуждение. Школьники были разделены на две группы: 1-я - учащиеся, занимающиеся каким-либо видом спорта, соблюдающие режим дня и отдыха, режим питания и принципы здорового образа жизни – 329 (38,9%). Во 2-ую группу вошли школьники, ведущие малоподвижный образ жизни, не соблюдающие режим питания, дня и отдыха, не имеющие знаний из области здорового образа жизни – 517 (61,1%). Некоторые подростки второй группы (86 – 16,8%), пристрастившиеся к вредным привычкам (табакокурение, алкоголь) с детского возраста были наиболее подвержены заболеваниям. При анализе потребления основных пищевых продуктов, которые входили в рационы питания, выявлен дефицит молока, молочных продуктов, рыбы, масла сливочного, масла растительного, овощей и фруктов. Основными продуктами питания, которые потребляет подавляющее большинство школьников в течение дня - это хлеб, макаронные изделия, сосиски, картофель, сладости. До 40% детей не завтракает вообще. В связи с этим, рационы не обеспечивают рекомендованных норм потребления основных пищевых веществ и энергии. При этом 30% калорийности рациона приходится на хлеб, 12% - на макаронные изделия. Между приемами пищи 57% школьников потребляют дешёвые кексы, печенье, пополняя таким образом недостаток энергетической ценности рациона. Нарушено соотношение основных нутриентов: белков, жиров, углеводов, которое в среднем равно 1 : 1,2 : 5,6.

Выводы. 1. Более 60% учащихся не придерживаются принципов здорового питания, здорового образа жизни. 2. Необходимо разработать санитарно-просветительскую программу, направленную на информирование учащихся, их родителей, педагогов о заболеваниях ЖКТ и методах их профилактики и преодоления факторов, разрушающих здоровье детского и подросткового возраста.

Носова Е.В., Сизякина Л.П., Сависько А.А.
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОРЕАБИЛИТИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ
С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПО IGA КЛАССУ**

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Целью настоящей работы явилось, выявление когорты детей с низким уровнем IgA и возможностью их иммунореабилитации.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели было обследовано 95 детей в возрасте от 3 до 15 лет, находившихся на обследовании и лечении в детском отделении клиники РостГМУ, у которых частота эпизодов ОРЗ составляла более 6 раз в год. Все дети были разделены на 3 группы в зависимости от возрастного уровня иммуноглобулина А. В I группу были включены 55 детей (57,89%), у которых уровень иммуноглобулина А был в пределах возрастной нормы; II группу составили 36 человек (42,35%) с низким уровнем IgA ($0,3 \pm 0,12$ г/л); в III группу вошли 4 человека (0,24%) со следовым уровнем IgA (менее 0,05 г/л).

В качестве терапии во всех группах пациентов использовали стандартные схемы иммунореабилитации (санация хронических очагов инфекции, иммуностимулирующая, противовирусная терапия в возрастных дозировках), а детям с низким и следовым уровнями IgA дополнительно назначали Пидотимод по схеме, в возрастной дозировке, в течение 20 дней. Иммунологическое обследование пациентов проводили при обращении в поликлинику и через 3 месяца после окончания курса лечения. Различные типы иммунокомпетентных клеток определяли методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием соответствующих моноклональных антител.

Результаты. В клинической симптоматике у пациентов преобладали I группы инфекционный и аллергологический синдромы регистрировались в 88% и 52% соответственно; во II группе инфекционный синдром был выявлен в 100%, а лимфопролиферативный в 77,4%; в III группе инфекционный и лимфопролиферативный синдромы были установлены в 100%. Проведенный анализ иммунологического статуса у пациентов I группы позволил выявить у них нарушения по Т-клеточному звену и снижение фагоцитарной активности. При этом у данной группы пациентов не удавалось добиться полной клинико-лабораторной ремиссии. Во II группе детей регистрировались усиление процессов созревания N-лимфоцитов и нормализация соотношения CD4+ и CD8+, что позволило достичь у них хороший клинический эффект. У пациентов III группы также были установлены нормализация показателей Т-клеточного звена, процессов созревания, дифференцировки и активации эффекторной функций, способствовавшие развитию продолжительной клинической ремиссии.

Заключение: Включение в стандартные схемы иммунореабилитации часто болеющих детей Пидотимода способствует усилению синтеза IgA, способствует уменьшению клинических проявлений ОРЗ.