

бая, но статистически достоверная корреляционная связь ($r=0,434$) (ММЛЖ, $r=167,4\pm 14,1$ и соответственно $120,7\pm 7,1$).

Таким образом, нарушение фосфорно-кальциевого обмена играет важную роль в патогенезе и развитии ГЛЖ у детей с ХБП. В частности, при ХБП кальций накапливается в гладкой мускулатуре сосудов и кардиомиоцитах, а гиперфосфатемия стимулирует секрецию ПТГ, индуцирует и стимулирует кальцификацию мягких тканей, тем самым способствуют нарушению сердечного метаболизма и снижению сократимости миокарда.

Нугманова А.М., Диканбаева С.А., Чингаева Г.Н.
КАРДИОМИОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.
КРМУ, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

Для определения степени кардиомиопатии нами проведен анализ рентгенограмм органов грудной клетки. Определяли степень кардиомегалии (вычисление объема сердца), вычисляли кардиоторакальный индекс (КТИ), который является наиболее простым цифровым показателем величины сердца.

При анализе данных рентгенограммы нами выявлено следующее: более выраженная кардиомегалия выявлена у детей, получающих диализную терапию, тогда как у детей на додиализном этапе в 43,8% ($p<0,05$) случаев КТИ не превышает 50%, у 34 детей (42,5%) ($p<0,05$) отмечена I степень кардиомегалии (КТИ – 50-55%), в 13,7% случаев (у 11 детей) – II степень кардиомегалии (56-60%). При анализе данных рентгенограммы нами выявлено следующее: I степень кардиомегалии (50-55%) отмечена у 24 детей в возрасте 10-14 лет и 10 детей в возрасте старше 14 лет с ХПБ вследствие гломерулярных заболеваний на додиализном этапе, II степень отмечена у 4 детей в возрасте 10-14 лет с гломерулярными заболеваниями и у 7 детей в возрасте старше 14 лет при врожденных пороках развития. Увеличение объема сердца связано с повышением АД и активностью основного заболевания. Так у 23 (21,5%) детей на додиализной стадии ХБП по данным рентгенографии органов грудной клетки выявлена гипертрофическая кардиопатия, проявляющаяся усилением легочного рисунка за счет умеренного венозного застоя, обусловленного диастолической дисфункцией левого желудочка. Сердце чаще умеренно увеличено в поперечнике, тень левого предсердия увеличена, а во фронтальной проекции отмечается сглаженность «тали» сердца. У 1/3 детей на диализе рентгенограмма грудной клетки показывает усиление легочного рисунка вследствие умеренных признаков легочной гипертензии, отмечается увеличение всех полостей сердца преимущественной дилатацией левого желудочка. По мере достижения ремиссии, купирования отеочного и мочевого синдромов, санации очагов инфекции улучшается рентгенологическая картина: уменьшается КТИ (не >50%). Если в додиализной стадии сердце имело нормальные размеры (КТИ=46,9±0,5 %), то с началом гемодиализа, в течение первого года отмечается значительная кардиомегалия (КТИ=60,0±3,0 %) и в последующих годах степень кардиомегалии прогрессирует с большими темпами (62,1±1,9 %), что соответствует III степени кардиомегалии.

Таким образом, выявлено, что кардиомиопатия с признаками ГЛЖ и формирование ХСН мало зависят от причин, что приводят к ХБП (при ГН КТИ=58,03±1,4%, СМ=32,2±1,2% и ХСН наступает в 40% случаев, при ВПР – КТИ=56,9±2,2%, СМ=29,8±1,4% и в 46% формируется СН). Выраженные изменения со стороны сердца с развитием кардиомиопатии, ГЛЖ и СН наступают у детей, длительное время получающих диализную терапию.

Олимова К.С., Абдуллаева Н.Ш.
**ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ
ЧАСТЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

*Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии,
г. Душанбе, Республика Таджикистан*

Актуальность. Респираторные инфекции занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей, приводя нередко к формированию среди них групп часто болеющих.

Цель исследования: Выявить причины, предрасполагающие к развитию частых ОРИ у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Путем опрос-анкетирования родителей и выкипировки данных из историй болезни, дана характеристика показателей здоровья, социальных условий жизни и трудовой деятельности матерей 232 обследованных доношенных новорожденных, родившихся с различной перинатальной патологией.

Результаты. Проведенный факторный анализ показал комплексность причин формирования частой респи-

раторной патологии у детей. Выявлено, что основными факторами риска являются социальные (неудовлетворительные материально-бытовые условия, недостаточная санитарная культура жизни – 66,6%) и медико-биологические (многократные роды с коротким интергенетическим интервалом (32%), низкий индекс здоровья женщин (60,3%), высокая частота экстрагенитальных (84,4%) и гинекологических заболеваний (49,2%). К факторам риска нами отнесено также неблагоприятное течение неонатального периода (поражение ЦНС – 87%, задержка внутриутробного роста и развития – 44,8%, внутриутробная инфекция – 36,2%, врожденные пороки развития – 16%). Установлено, что каждый третий ребенок (34,5%) из условий данного отягощенного анамнеза в раннем возрасте попадает в группу часто болеющих детей.

Заключение. Нарушение антенатального развития, неблагоприятное течение периода ранней адаптации создают условия для дисфункции в работе иммунной и других систем организма ребенка в последующие возрастные периоды жизни ребенка.

Омельченко Е.В., Потихенская К.А., Омельченко А.В.

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В И С У ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: выявить эпидемиологические закономерности, особенности течения ХВГ у детей, проанализировать эффективность противовирусной терапии (ПВТ).

Материалы и методы. Обследовано 17 детей в возрасте от 2 до 18 лет с ХВГ за последние 2 года. Использованы методы: клинические, биохимические, инструментальные, серологические, вирусологические. Противовирусная терапия (ПВТ) проводилась препаратами рекомбинантного человеческого интерферон альфа-2b (HBV), PEG-IFN alfa-2b (HCV). У 35% больных применялась комбинированная терапия с рибавирином и у 41% с ламивудином.

Результаты. Среди HBV инфицированных преобладали дети дошкольного и раннего школьного возраста, среди микст инфицированных преобладали дети старшего школьного возраста. У всех обследованных инфекционный процесс в фазе репликации вируса.

Изучение анамнеза больных ВГ В и С, показало, что 35% из них были подвержены операционному вмешательству, 29% имели неоднократные гемо- и плазматрансфузии, и лишь в 12% случаев источником инфицирования - мать. Установлено, что желтушные формы ВГ регистрировались только при HBV в 12% случаев (2 чел.). Большинство пациентов переносили безжелтушную и субклиническую форму ВГ. При безжелтушной форме выявлялись диспептический синдром и интоксикация (HBV — 65,0%; HCV — 6%), но основными проявлениями были гепатомегалия (84%) и гиперферментемия (65%).

Побочные реакции при проведении ПВТ следующие: тромбоцитопения и гриппоподобный синдром у 2/3 больных, астеновегетативный и диспептический синдромы у половины больных, психиатрические нарушения (агрессия, раздражительность) у 2 больных.

Выводы. В клинических формах гепатитов преобладают атипичные формы (безжелтушные, стертые). Длительность болезни наряду с генотипом HCV являются важными критериями прогноза эффективности противовирусной терапии. Эффективность терапии ХВГ значительно повышается при комбинированном применении альфа-интерферона с ламивудином. Проведенные исследования выявили стабилизацию эпидемического процесса вирусного гепатита В среди детей в г. Харькове, что связано с плановой иммунопрофилактикой данной инфекции в Украине.

Орехова Е. Е., Баликин В. Ф.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ, ИММУННОГО И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С НА ФОНЕ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

С целью оценки динамики уровня виремии и основных показателей иммунитета было обследовано 62 ребенка с ХВГВ (30 человек) и ХВГС (32 ребенка) в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, из них у 18 детей в комплексной терапии был использован препарат рекомбинантного α -2a-интерферона – «Виферон». Определяли: вирусную нагрузку (ВН) методом RT-ПЦР; пациентам с ХВГС – генотипирование HCV методом лайн-зондирования; количество CD4+, CD8+ Т-лимфоцитов методом проточной цитофлюометрии; уровень базальной секреции гипофизарных тропинов (АКТГ, СТГ, ТТГ) и периферических гормонов надпочечников (кортизол, кортико-