



УДМУРТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ВОСПИТАНИЕ и БЕЗОПАСНОСТЬ: социальные, педагогические и психологические аспекты

**Материалы Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием
14 – 16 ноября 2012 г.**



Ижевск

**Министерство образования и науки РФ
Министерство образования и науки УР
Министерство здравоохранения УР
Международная ассоциация межкультурного образования
ФГБОУ ВПО «Удмуртский государственный университет»
Институт педагогики, психологии
и социальных технологий**

ВОСПИТАНИЕ и БЕЗОПАСНОСТЬ: социальные, педагогические и психологические аспекты

**Материалы Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием
посвященной XX-летию Института педагогики, психологии
и социальных технологий**

14 – 16 ноября 2012 г.

Ижевск

2012

УДК 373.1(06)
ББК 74.200.2 я 431
В 771

В 771 ВОСПИТАНИЕ и БЕЗОПАСНОСТЬ: социальные, педагогические и психологические аспекты: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием посвященной XX-летию Института педагогики, психологии и социальных технологий 14 – 16 ноября 2012 г. Том 2. / Под ред. Т.Ф. Вострокнутовой. Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет», 2012. – 96 с.

ISBN 978-5-4312-0149-3

УДК 373.1(06)
ББК 74.200.2 я 431

© Т.Ф. Вострокнутова, 2012
© ФГБОУ ВПО «Удмуртский
государственный университет», 2012

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Алексеева И.М. Проблема адаптации первоклассников к обучению в школе.....	5
Вдовина Е.Л. Клинический случай наблюдения ребенка с сенсоневральной тугоухостью 4 степени.....	9
Григорьева Н.Г. Перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ) и кистозная дегенерация головного мозга у недоношенных детей.....	12
Григорьева Н.Г. Результаты комплексного клинко-неврологического обследования детей с ДЦП.....	13
Данилов В.Н., Вострокнутова Т.Ф. Правовое обеспечение инклюзивного образовательного процесса.....	14
Данилова К.А., Калинина Н.Ю. Роль симуляционного обучения в освоении врачами перинатальных технологий.....	17
Евсеева Г.А. Организация лабораторной службы в ДГБ № 3 «Нейрон».....	20
Ермакова М.К., Омелянюк И.В., Русских Л.В., Матвеева Л.П., Замина Е.Н. Вирусная инфекция при дермореспираторном синдроме у детей	21
Иванова Е.А. Адаптация детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях формирования нового учебного коллектива	23
Иванова М.К., Шкатова Е.Ю., Масальцева О.Г., Данченко В.И. Духовно-нравственное воспитание в образовательном процессе медицинского вуза	24
Кильдиярова Р.Р., Ворончихина Н.В., Нефёдова Е.В. Опыт терапии детей с гастроэнтерологической и оториноларингологической патологией в условиях дневного стационара.....	28
Кильдиярова Р.Р., Пантюхин С.А., Зубкова М.Ю., Рябинина С.Л. Итоги диспансеризации детей подросткового возраста по данным БУЗ ДГКП № 2.....	29
Кильдиярова Р.Р., Прокопьева Л.П., Русских Л.В., Звонарева Н.В., Батуева Н.В., Георги С.Б., Гайсин В.А., Вилесова Т.В., Зорин А.Ю. Эффективность применения нативного концентрата бифидо- и лактобактерий у детей раннего возраста.....	31
Князева О.А., Пермьякова Л.А., Чечкина Н.В., Камайкин Р.Е., Городилова А.В. Осетров А.С. Использование препарата кортексин в детской неврологической практике	34
Лекомцева С.А., Комиссарова М.М., Санникова С.В., Прозоров П.В., Зорин А.Ю., Галлимуллина Н.Н., Гильмутдинова Т.Г., Вахрушева Н.Ю. Эффективность использования эуфлорина у детей раннего возраста на территории Удмуртии.....	35
Макарова М.В., Пенкина Н.И., Попова Н.М. Роль образовательных программ для медицинских сестер детских поликлиник в поддержке грудного вскармливания.....	37
Неганова В.А., Кильдиярова Р.Р., Муромцева Т.А. Динамика терапии детей с цитомегаловирусной инфекцией в сочетании с перинатальным поражением центральной нервной системы.....	39

Никитина Н.И., Петрова И.Н., Девяткова Ю.В. Результаты оценки качества питания детей в возрасте 6-36 месяцев.....	40
Овчинникова Е.А. Последствия перинатальных поражений центральной нервной системы: этиология, динамика, прогноз	43
Ожегов А.М., Петрова И.Н., Неудахин Е.В., Королева Д.Н. Регуляция костного метаболизма в грудном возрасте у детей, родившихся с пренатальной гипотрофией.....	45
Петрова И.Н., Тарасова Т.Ю., Ожегов А.М., Алексеева О.А. Особенности течения врожденных внутриклеточных инфекций у детей, родившихся с задержкой внутриутробного развития.....	51
Рябова Г.А., Борисова Н.А. Опыт профилактической и лечебной деятельности детской поликлиники МСЧ № 5.....	56
Самсонова А.А. История развития семейных форм устройства детей-сирот в России.....	59
Смирнова М.В. Комплексная оценка развития доношенных детей раннего возраста, рожденных с задержкой внутриутробного развития.....	66
Смирнова Т.Д., Губанова Н.И. Основные диагностические методы исследования вилочковой железы у детей.....	68
Смирнова Т.А., Смирнов А.С., Красноперова Г.А. Состояние здоровья грудных детей.....	70
Солодянкина О.В. Медико-социальная работа – область профессионального образования студентов по направлению «Социальная работа в ВУЗе».....	71
Фатыхов И.Р., Брындин В.В. Комплексная реабилитация детей раннего возраста с дисплазией тазобедренного сустава.....	74
Фатыхов И.Р. Междисциплинарный подход и адаптивные методы физической реабилитации детей с ДЦП.....	76
Чиговская-Назарова Я.А. Об организации работы по адаптации студентов первого курса.....	79
Чиркина Е.А. Эмоциональный интеллект специалиста помогающей профессии как средство обеспечения психологической безопасности личности.....	81
Шейкина Т.Н., Осетров А.С., Лазарева Н.И., Видинеева А.С., Урасинова Л.В., Белорусова Н.П. Об эффективности лечения невралгии лицевого нерва у детей в неврологическом отделении круглосуточного пребывания.....	84
Юзмухаметова Н.Ф. Физическая реабилитация детей с двигательными нарушениями в условиях ДГБ №3 «НЕЙРОН».....	85
Яковенко О.В., Видякина Н.Ф. К вопросу о психотерапии младенцев.....	90
Сведения об авторах.....	92

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Алексеева И.М.

ПРОБЛЕМА АДАПТАЦИИ ПЕРВОКЛАССНИКОВ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ

Начало обучения в школе – один из наиболее сложных и ответственных моментов в жизни детей как в социально-психологическом, так и в физиологическом плане. Это не только новые условия жизни и деятельности человека – это новые контакты, новые отношения, новые обязанности. Изменяется вся жизнь ребенка: все подчиняется учебе, школе, школьным делам и заботам. Это очень напряженный период, прежде всего, потому, что школа с первых же дней ставит перед учениками целый ряд задач, не связанных непосредственно с их опытом, требует максимальной мобилизации интеллектуальных и физических сил.

С началом обучения в школе удельный объем нагрузок, связанных с длительной неподвижностью, сильно возрастает по сравнению с предшествующим периодом жизни ребенка. В то же время для детей вообще, а особенно для детей в возрасте шести-семи лет, эта нагрузка является наиболее утомительной.

Приспособление (адаптация) ребенка к школе происходит не сразу. Не день, не неделя требуются для того, чтобы освоиться в школе по-настоящему. Это довольно длительный процесс, связанный со значительным напряжением всех систем организма. Сложность приспособления организма к новым условиям и новой деятельности, высокая цена, которую «платит» организм ребенка за достигнутые успехи, определяют необходимость тщательного учета всех факторов, способствующих адаптации ребенка к школе и, наоборот, замедляющих ее, мешающих адекватно приспособиться. Учитель должен хорошо представлять себе это и нести ответственность за здоровье каждого ребенка. Большинство детей в основном готовы к обучению в школе. Желание новизны, осознание важности изменения своего статуса: «я уже ученик!», готовность к выполнению стоящих перед ним задач помогают ребенку принять требования учителя, касающиеся его поведения, отношений со сверстниками, подчиниться новому режиму дня, распорядку занятий. Несмотря на то, что выполнение многих правил достаточно трудно, воспринимаются они учеником как общественно значимые и неизбежные.

Как правило, опытный учитель и родители знают и понимают, насколько важно, чтобы требование соблюдения правил и норм поведения не было эпизодическим, зависящим от настроения. Учитель должен с самого начала разъяснить детям, что от них требуется. Важно сразу показать ученику отличие его новой позиции, прав, обязанностей от того, что было раньше, до школы.

От отношения учителя к ученикам на этом начальном этапе адаптации к школе во многом зависит то, как будут складываться взаимоотношения учитель – ученик, отношения, определяющие в значительной степени психологическую адаптацию ребенка в школе. Как правило, учитель для ученика – высший авторитет, которому на первых порах уступает даже авторитет родителей. Учитель не просто взрослый, а авторитетный наставник, требующий выполнения определенных правил поведения, пресекающим их нарушения, вся деятельность

которого подчинена основной задаче – дать детям знания. И ученики, как правило, очень хорошо понимают это. Они четко осознают дистанцию, понимают статус учителя, отличают его от других взрослых. Правда, есть дети, особенно среди шестилеток, не осознающие специфическую позицию учителя и свое положение ученика. С таким ребенком отстоять свое «я» бывает довольно трудно. В этих случаях бесполезно приказывать, наказывать, нужно завоевать доверие и уважение ребенка; поэтому важно проявить терпение, доброжелательность, расположить к себе малыша, попробовать серьезно, «по-взрослому» поговорить, но не при всех, а наедине. Можно привлечь на помощь, не жалуясь на ученика, родителей.

Одна из основных задач, которые ставит перед ребенком школа, – это необходимость усвоения им определенной суммы знаний, умений и навыков. И, несмотря на то, что общая готовность учиться (желание учиться) практически одинакова у всех детей, реальная готовность к обучению очень различна. Поэтому у ребенка с недостаточным уровнем интеллектуального развития, с плохой памятью, с низким уровнем развития произвольного внимания, воли и других качеств, необходимых при обучении, будут самые большие трудности в процессе адаптации. Сложность в том, что начало обучения меняет основной вид деятельности ребенка, но и новый вид деятельности – учебная деятельность – возникает не сразу. Начало обучения в школе позволяет ребенку занять новую жизненную позицию и перейти к выполнению общественно значимой учебной деятельности. Но в самом начале обучения у первоклассников еще нет потребности в теоретических знаниях, а именно эта потребность является психологической основой формирования учебной деятельности.

На первых этапах адаптации мотивы, связанные с познанием, учением, имеют незначительный вес, а познавательная мотивация учения и воля еще недостаточно развиты, они постепенно формируются в процессе самой учебной деятельности. Ценность учения ради знания, потребность постижения нового не ради оценки или избегания наказания – вот что должно быть основой учебной деятельности.

Процесс физиологической адаптации ребенка к школе можно разделить на несколько этапов, или периодов, каждый из которых имеет свои особенности и характеризуется различной степенью напряжения функциональных систем организма.

Выделены три основных этапа (фазы) физиологической адаптации.

Первый этап – ориентировочный, когда в ответ на весь комплекс новых воздействий, связанных с началом систематического обучения, отвечают бурной реакцией и значительным напряжением практически все системы организма. Эта «физиологическая буря» длится достаточно долго (две-три недели).

Второй этап – неустойчивое приспособление, когда организм ищет и находит какие-то оптимальные (или близкие к оптимальным) варианты реакций на эти воздействия. На первом этапе ни о какой экономии ресурсов организма говорить не приходится: организм тратит все, что есть, а иногда и «в долг берет»; поэтому учителю так важно помнить, какую высокую «цену» платит организм каждого ребенка в этот период. На втором этапе эта «цена» снижается, «буря» начинает затихать.

Третий этап – период относительно устойчивого приспособления, когда организм находит наиболее подходящие варианты реагирования на нагрузку, требующие меньшего напряжения всех систем. Какую бы работу ни выполнял школьник, будь то умственная работа по усвоению новых знаний, статическая нагрузка, которую испытывает организм при вынужденной «сидячей» позе, или психологическая нагрузка общения в большом и разнородном коллективе,

организм, вернее, каждая из его систем, должен отреагировать своим напряжением, своей работой. Поэтому чем большее напряжение потребуется от каждой системы, тем больше ресурсов израсходует организм. А мы знаем, что возможности детского организма далеко не безграничны, а длительное напряжение и связанные с ним утомление и переутомление могут привести к нарушению здоровья.

Чем же характеризуются первые недели обучения? Прежде всего, достаточно низким уровнем и неустойчивостью работоспособности, очень высоким уровнем напряжения сердечно-сосудистой системы, симпатoadренальной системы, а также низким показателем координации (взаимодействия) различных систем организма между собой. По интенсивности и напряженности изменений, происходящих в организме ребенка в процессе учебных занятий в первые недели обучения, учебную нагрузку можно сравнить с воздействием на взрослый, хорошо тренированный организм экстремальных нагрузок.

Только на пятой-шестой неделях обучения постепенно нарастают и становятся более устойчивыми показатели работоспособности, снижается напряжение основных жизнеобеспечивающих систем организма (центральной нервной, сердечно-сосудистой, симпатoadренальной), т.е. наступает относительно устойчивое приспособление ко всему комплексу нагрузок, связанных с обучением. Однако по некоторым показателям эта фаза относительно устойчивого приспособления затягивается до девяти недель, т.е. длится более двух месяцев. И хотя считается, что период острой физиологической адаптации организма к учебной нагрузке заканчивается на пятой-шестой неделях обучения, весь первый год (если сравнить показатели на следующих периодах обучения) можно считать периодом неустойчивой и напряженной регуляции всех систем организма.

Успешность процесса адаптации во многом определяется состоянием здоровья ребенка, поэтому проблемой адаптации к школе в зависимости от здоровья давно занимаются медики. О «школьном стрессе», «школьном шоке», «школьных страхах» медики начали говорить еще в середине 50-х годов, и понятие это заняло прочное место в документах ВОЗ, показывая, что эти явления не исчезают, но от года к году проявляются с большей остротой.

В зависимости от состояния здоровья адаптация к школе, к изменившимся условиям жизни может протекать по-разному. Выделяются группы детей, с легкой адаптацией, адаптацией средней тяжести и тяжелой.

При легкой адаптации состояние напряженности функциональных систем организма ребенка компенсируется в течение первой четверти. При адаптации средней тяжести нарушения самочувствия и здоровья более выражены и могут наблюдаться в течение первого полугодия. У части детей адаптация к школе проходит тяжело. При этом значительные нарушения в состоянии здоровья нарастают от начала к концу учебного года.

Напряжение всех функциональных систем организма ребенка, связанное с изменением привычного образа жизни, в наибольшей степени проявляется в течение первого полугодия. Почти у всех детей в начале школьных занятий наблюдаются двигательное возбуждение или заторможенность, жалобы на головные боли, плохой сон, снижение аппетита. Эти отрицательные реакции бывают тем более выражены, чем резче переход от одного периода жизни к другому, чем меньше готов к этому организм вчерашнего дошкольника. Большое значение имеют такие факторы, как особенности жизни ребенка в семье (насколько резко отличался привычный для него режим от школьного). Безусловно, первоклассники, посещавшие ранее детский сад, значительно легче

адаптируются к школе, чем «домашние», непривычные к длительному пребыванию в детском коллективе и режиму дошкольного учреждения. Одним из основных критериев, характеризующих успешность адаптации к систематическому обучению, являются состояние здоровья ребенка и изменения его показателей под влиянием учебной нагрузки. Легкую адаптацию и в определенной степени адаптацию средней тяжести можно, по всей вероятности, считать закономерной реакцией организма детей на изменившиеся условия жизни. Тяжелое же протекание адаптации свидетельствует о непосильности учебных нагрузок и режима обучения для организма первоклассника. В свою очередь выраженность и длительность самого процесса адаптации зависят от состояния здоровья ребенка к началу систематического обучения.

Легче переносят период поступления в школу и лучше справляются с умственной и физической нагрузкой здоровые дети, с нормальным уровнем функционирования всех систем организма и гармоничным физическим развитием. Критериями благополучной адаптации детей к школе могут служить благоприятная динамика работоспособности и ее улучшение на протяжении первого полугодия, отсутствие выраженных неблагоприятных изменений показателей состояния здоровья и хорошее усвоение программного материала.

К сожалению, в настоящее время здоровых детей поступает в школу только 20 — 25%. У остальных уже имеются различные нарушения в состоянии здоровья. Вполне естественно, что вероятность неблагоприятного протекания процесса адаптации у этих детей значительно возрастает.

У каких детей труднее всего протекает адаптация? Тяжелее всех адаптируются дети, у которых неблагоприятно протекал период новорожденности, дети, перенесшие черепно-мозговые травмы, часто болеющие, страдающие различными хроническими заболеваниями и особенно имеющие расстройства нервно-психической сферы.

Общая ослабленность ребенка, любое заболевание, как острое, так и хроническое, задержка функционального созревания, ухудшая состояние центральной нервной системы, служат причиной более тяжелого протекания адаптации и обуславливают снижение работоспособности, высокую утомляемость, более низкую успеваемость, ухудшение здоровья.

Литература:

1. Безруких М.М., Ефимова С.П. Знаете ли вы своего ученика? – М.: Академия, 1997.
2. Венгер Л. Как дошкольник становится школьником? // Дошкольное воспитание. – 1995. – № 8.
3. Вьюнова Н.И., Гайдар К.М. Проблемы психологической готовности детей 6-7 лет к школьному обучению // Психолог в детском саду. – 2005. – № 2.
4. Вьюнова Н.И., Гайдар К.М., Темнова Л.В. Психологическая готовность ребенка к обучению в школе. – М.: Академический проект, 2003.
5. Кравцов Г.Г., Кравцова Е.Е. Шестилетний ребенок. Психологическая готовность к школе. – М.: Знание, 1987.
6. Кравцова Е., Кравцов Г. Готовность к школе. // Дошкольное воспитание. –1991. – № 7. – С. 81-84.
7. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. – М.: Просвещение, 1999.
8. Свеженцова Г.М. Подготовка детей к школе. // Начальная школа. – 1994. – № 5. – С. 67-69.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ 4 СТЕПЕНИ

Слух – это больше, чем просто один из органов чувств. Слух играет важную роль в формировании поведения и характера ребенка, его социальной адаптации. Нарушение слуха – тугоухость — это стойкое понижение слуха, вызывающее затруднения в восприятии речи. В настоящее время проблема тугоухости приобретает все большее значение. В России насчитывается более 13 млн. слабослышащих, среди них на детей приходится более 1 млн. Из 1000 новорожденных 1 ребенок рождается с глубокой тугоухостью или тотальной глухотой. Кроме того, в течение первых 3 лет жизни тугоухость появляется еще у 2-3 детей. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году более 30% всей популяции земного шара будут страдать тугоухостью.

Существует два типа нарушения слуха, в соответствии с пораженной частью уха.

1. *Кондуктивные* нарушения слуха являются проблемами наружного или среднего уха. Их возможно лечить медикаментозно или хирургическим путем. Распространенным примером является хроническая инфекция среднего уха.

2. *Нейросенсорные* нарушения слуха связаны с проблемами внутреннего уха или слухового нерва. В большинстве случаев это необратимые нарушения, при которых требуется реабилитация, такая как использование слуховых аппаратов.

По данным Всемирной организации здравоохранения нарушения слуха у детей могут быть вызваны проблемами, возникающими во время беременности и родов. Они включают следующие:

1. Низкая масса тела при рождении, как в случае преждевременных родов, так и в случае рождения маловесного ребенка.

2. Асфиксия плода при рождении или условия во время рождения, при которых ребенок страдает от недостатка кислорода.

3. Краснуха, сифилис или некоторые другие инфекции женщин во время беременности.

4. Ненадлежащее применение ототоксичных лекарственных средств (в эту группу входит более 130 лекарств, таких как антибиотик гентамицин) во время беременности.

5. Тяжелая желтуха, которая может приводить к повреждению слухового нерва у новорожденного ребенка.

Приводим клинический случай наблюдения пациента с реализовавшимися факторами риска нарушения слуха.

Мальчик Г. 8.11.2007 года рождения.

Анамнез жизни: Ребенок от 3-ей беременности, роды 2-е в 28 недель путем экстренного кесарева сечения. СПД: возраст матери 40 лет, отца 45 лет, преэклампсия тяжелой степени, рубец на матке, 1 мед/аборт, УПБ в 15 недель, хронический сальпингоофорит, с 20 недель по УЗИ преждевременное созревание плаценты, ВУИ, в 28 недель по УЗИ – ФПН НМПК 3-ей степени, ВУИ, ВЗРП, маловодие, тромбоцитопатия?

Вес при рождении 940 грамм, рост 37 см, окружность головы 30 см, окружность груди 24 см. Оценка по Апгар 7-7 баллов. Родился с обвитием пуповины вокруг шеи. После санации ВДП проведена ВИВЛ мешком Амбу до появления регулярного самостоятельного дыхания. Оценка по шкале Сильверман 3-4 балла. Переведен в ОРИТН. Выживался в кювезе. В первые минуты жизни

введен курсурф. Переведен на ИВЛ. На 2-е сутки повторно вводился курсурф. При пробном снятии с ИВЛ выдает апноэ, вновь переведен на ИВЛ. На фоне развившегося ДВС - синдрома повторно переливается СЗП. Находился в режиме PSV+VIVE FiO₂ 0,35 PIP 16 PEEP₂, Ti0,36, T12-40. Кормление проводилось смесью по 2,0 мл. Мочится неплохо. Проводилась ИТ в «венозную линию». Установлен пупочный катетер с 8.11.11 по 10.11.11. Получил лечение: цефабол, гентамицин, виферон, пентаглобин, СЗП, этамзилат натрия, викасол, амбробене, ГНС, лазикс, глюкоза, физраствор, калия хлорид, кальция глюконат, магния сульфат, фототерапия.

Находился в реанимационном отделении МУЗ ГКБ№4 с 13.11.2007 по 26.11.2007. С 26.07.2007 по 31.01.2008 находился в отделении недоношенных МУЗ ГКБ№4 с диагнозом: Внутриутробная инфекция неуточненной TORCH этиологии: гепатит с синдромом холестаза. Синдром ЗВУР. Реконвалесцент РДС 1 типа и пневмонии. Синдром сердечно-сосудистой дезадаптации. ООО, НК 1 степени. Анемия недоношенного 1 степени. Кишечный дисбактериоз. Паховая грыжа слева, водянка яичек. Группа риска на дисметаболическую нефропатию, пиелозктазия слева. Недоношенность 4 степени, ЭНМТ.

Поступил в отделение с весом 891 грамм, за 1 месяц прибыл на 255 грамм, за второй месяц прибыл на 715 грамм. Вес при выписке составил 2661 грамм. Выписан с рекомендациями в условно удовлетворительном состоянии в возрасте 2 месяца 23 дня, постконцептуальный возраст 40 недель.

В отделении находился под наблюдением невролога с диагнозом: сочетанное ишемически-геморрагическое поражение ЦНС, синдром депрессии. ВЖК 1 степени 2-х стороннее. В восстановительном периоде гипертензионный синдром. Получал лечение: мексидол, парацетам, внутрь глицерин. Находился на искусственном вскармливании смесью пре-Нутрилон. Динамика состояния за период стационарного лечения положительная. Осмотрен педиатром 1.02.2008 на 1 сутки после выписки из стационара. Наблюдался регулярно на дому. В возрасте 3,5 месяцев осмотрен ортопедом, проведена рентгенограмма т/б суставов. Выставлен диагноз: дисплазия тазобедренных суставов. Рекомендована подушка Фрейка, ЛФК, массаж, парафиновые трусики, электрофорез с эуфиллином на пояснично-крестцовой отдел позвоночника. В возрасте 4-х месяцев осмотрен кардиологом, выставлен диагноз: врожденный кардит, ООО, НК 1-2А.

Мальчик вакцинирован вакциной БЦЖ - М 16.05.2008 в возрасте 5 месяцев.

В нервно-психическом развитии отмечалась задержка: голову держит с 4-х месяцев, поворачивается с 6 месяцев, ползает по-пластунски с 11 месяцев, сидит с 1 года 6 месяцев, ходит с 1 года 8 месяцев.

В весе прибывал недостаточно. Отмечалось снижение аппетита. В год вес 7390 (1 коридор), рост 69 (1 коридор), окружность груди 45 (1 коридор), окружность головы 44,5. Зубов в год 4. Находился на искусственном вскармливании адаптированной смесью Нутрилон, прикормы введены в соответствии с скоррегированным возрастом.

При дальнейшем динамическом наблюдении за ребенком отмечалась задержка физического развития, недостаточная прибавка веса и роста. Наблюдался эндокринологом с диагнозом: субклинический гипотиреоз, крипторхизм слева. Получал йодомарин. 13.01.2012 проведена орхопексия по Петривальскому. В возрасте 4 года 10 месяцев вес составляет 13,4 кг (1 коридор), рост 96 см. (1 коридор). Мальчик вакцинирован по щадящей методике по индивидуальному плану. Регулярно наблюдался неврологом, проводились курсы ноотропов, витаминотерапия, дегидратация, ЛФК, массаж, физиолечение. 27.03.2009 проведена МРТ головного мозга, выявлена аномалия развития головного мозга в форме синдрома Денди-Уокера. 11.05.2009 на фоне ОРВИ

развились фебрильные судороги тонико-клонического характера. Проведена ЭЭГ, судорожной активности не выявлено.

Анамнез заболевания: Впервые отсутствие реакции на звук выявлено в возрасте 5 месяцев. Осмотрен сурдологом 17.06.2008, проведена аудиограмма. Отоакустический тест не прошел. АСВП – при стимуляции тонами 80,90,95 дБ пики не регистрируются. Выставлен диагноз: сенсоневральная тугоухость 4 степени (глухота). 24.09.2008 проведено освидетельствование МСЭ, установлена инвалидность.

В апреле 2009 находился на лечении в ФГУ «Санкт-Петербургский Научно-Исследовательский Институт Уха, Гора, Носа и Речи». Рекомендовано ношение цифрового слухового аппарата типа Sumo DM, XT Reme, Naida на правом и левом ухе.

20.10.2009 выполнена кохлеарная имплантация на правом ухе в условиях эндотрахеального наркоза (имплант «Pulsar»). 11.05.2010 проведено первое включение процессора кохлеарного импланта «OPUS-2» фирмы «MED - EL» (Австрия), проведены 2 курса слухоречевой реабилитации. 23.03.2011 выполнена реоперация (удален неработающий имплант, установлен новый). Проведено подключение и курс слухоречевой реабилитации в апреле-мае 2011 года.

Ребенок регулярно занимается с логопедом, сурдологом, педагогом-психологом. Посещает дошкольное отделение специализированной школы-интерната для детей с ограниченными возможностями с декабря 2010 года (с возраста 4-х лет). Обучается дактильной азбуке. Однако, не смотря на проводимые мероприятия по реабилитации, сохраняется отсутствие слуха. Реагирует поворотом головы только на громкие резкие звуки, речи нет. Контакт затруднен. При любом недовольстве мальчик срывает заушный речевой процессор. Сохраняется задержка психо-речевого развития, цереброастенический синдром, выраженный гипердинамический синдром с дефицитом внимания.

Таким образом, у данного пациента реализовался риск развития тугоухости в результате воздействия неблагоприятных факторов (гестоз тяжелой степени, внутриутробное инфицирование TORCH-комплексом, недоношенность, экстремально низкая масса тела при рождении (ЭНМТ), церебральная ишемия в неонатальном периоде).

Раннее выявление и своевременное лечение нарушений слуха предотвращает задержку развития ребенка и способствует его социальной адаптации, что особенно важно для детей рожденных с ЭНМТ. Необходима обязательная прегравидарная подготовка женщин с экстрагенитальной патологией, отягощенным акушерским анамнезом с целью предотвращения развития гестозов, профилактики преждевременных родов и внутриутробного инфицирования. Выхаживание детей рожденных с ЭНМТ требует углубленных знаний анатомио-физиологических особенностей, высокой квалификации персонала, соблюдения лечебно-охранительного режима (температурного, звукового, тактильного, светового), минимизации инвазивных процедур, использования высоких технологий и современной материально-технической базы. А в дальнейшем, при развитии ограничений жизнедеятельности, мер социальной поддержки со стороны государства.

Литература:

1. Информационный бюллетень ВОЗ № 300 «Глухота и нарушения слуха», март, 2012.
2. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. 2002.
3. Володин Н.Н. Неонатология. Национальное руководство. 2007.
4. www.medaudio.ru

ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНАЯ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЯ (ПВЛ) И КИСТОЗНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Заболевания ЦНС многие годы стойко занимают лидирующее место в структуре заболеваемости у недоношенных детей. Количество детей с поражением ЦНС за последние годы имеет тенденцию к повышению. Нами проведена экспертная оценка 35 историй болезней с диагнозом Церебральная ишемия 2-3 ст., ПВЛ, кистозная дегенерация головного мозга. Целью данной работы явилось уточнение этиологии и последствий ПВЛ.

Этиология ПВЛ мультифакторная, включающая пре- и перинатальные факторы (гипоксия, ишемия, инфекция, выброс цитокинов, продукция свободных радикалов, высвобождение возбуждающих аминокислот, дефицит трофических факторов). «Несмотря на то, что первое описание ПВЛ относили к инфекционному поражению мозга, в настоящее время это состояние рассматривается в большей мере в связи с гипоксически-ишемическим поражением мозга у недоношенных детей» (А.Б. Пальчик, П.А. Федорова 2005 г, Санкт-Петербург). ПВЛ – это прежде всего морфологическое изменение мозга с поражением белого вещества и в первую очередь отражает структурные изменения мозга и лишь во вторую клинические.

В результате обследования выявлено, что все дети испытывали кислородное голодание во время беременности, родов и послеродовом периоде. У всех женщин отмечался отягощенный акушерский анамнез, все дети рождены в асфиксии легкой или тяжелой степени, все дети с разной степенью недоношенности, низкой массой тела. В 100% случаев диагностирована Внутриутробная инфекция или инфицирование. У 6 детей – 17,2% выставлен диагноз Сепсис, в 82,8% случаев Внутриутробная инфекция.

По степени недоношенности: 1 ст. недоношенности - 1 чел. – 2,8%, 2 ст. – 8 чел. – 22,8%, 3 ст. – 25 чел. – 71,4%, 4 ст. – 1 чел. – 2,8%.

Распределение по весу: до 1000 гр. – 5,7%, до 1500 гр. – 48,5%, до 2000 гр. – 40%, более 2000 гр. – 5,7%.

Все дети после рождения нуждались в кислородной терапии с первого дня жизни. Из них 34,2% (12 чел.) получали кислород через маску, 65,7% (23 чел.) находились на аппаратном дыхании (ИВЛ). Продолжительность кислородотерапии составляла в среднем 15-20 дней.

Всем детям неоднократно проводилась нейровизуализация методом нейросонографии (НСГ).

Морфологические изменения в белом веществе мозга были выявлены уже к 6-10 дню жизни новорожденных у 94,2% наблюдаемых. В 100% случаев очаги дегенерации мозга обнаруживались в перивентрикулярной зоне, локализация кист в проекции лобных и височных долей составила по 25%, в медиобазальных отделах мозга 20%, в области теменных долей и проекции хвостатых ядер по 8,5%. Поражение перивентрикулярной зоны диагностировалось одинаково симметрично в обоих полушариях мозга, другие же топические зоны не всегда имели симметричную локализацию. Исходя из проведенного исследования можно сделать вывод, что правое полушарие мозга оказалось более чувствительным к процессу ишемии – 57,1%, по сравнению с левым полушарием – 42,8%.

У всех детей (100%) в острый и восстановительный период отмечались изменения в неврологическом статусе. Окулистом осмотрено 25 чел. (71,4%), у всех диагностированы изменения на глазном дне от легкой ангиопатии сосудов

сетчатки до отслойки сетчатки и атрофии зрительных нервов. У всех новорожденных отмечались изменения сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, по результатам проведенного исследования, можно сделать следующие выводы:

1) на сегодняшний день ПВЛ является актуальной проблемой у недоношенных детей на фоне общего роста церебральной ишемии;

2) в патогенезе ПВЛ ведущее место занимает гипоксия и ишемия мозга пре- и перинатального периода;

3) очевидно, что ПВЛ является своеобразным поражением мозга недоношенного ребенка с повреждением белого вещества головного мозга;

4) прогноз детей с диагностированной ПВЛ неоднозначен, он зависит от степени и характера морфологических изменений мозга, морфофункциональных и адаптационных возможностей каждого ребенка индивидуально;

5) ПВЛ головного мозга впоследствии ведет к инвалидизации детей (ДЦП, умственная отсталость, слепота и т.д.).

Григорьева Н.Г.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП

ДЦП – понятие очень условное. Под термином ДЦП подразумевается большая группа расстройств двигательной сферы, которые обусловлены повреждением головного мозга на ранних этапах развития. При ДЦП может отсутствовать истинный паралич т.е. – потеря подвижности, но всегда имеется какое-либо нарушение контроля над движением. В большинстве случаев при ДЦП отмечаются и другие изменения нервной деятельности: умственная отсталость, судорожные проявления, расстройства поведения, дефекты речи и слуха, нарушение чувствительности и др. Тяжесть упомянутых изменений, сопутствующих заболеванию, не всегда пропорциональна тяжести двигательных нарушений.

В теории возникновения ДЦП основной причиной является атрофический процесс в головном мозге на фоне 1) гипоксии и ишемии мозга в пери- и интранатальном периоде, 2) родовых травм, 3) внутриутробных инфекций, 4) сочетание факторов, 5) «ядерная желтуха» новорожденного.

Частота ДЦП колеблется в зависимости от возрастных групп, в которых ведется подсчет, в среднем от 0,9 до 2,2 случаев на 1000 детского населения; 2-2,6 на 1000 родившихся; 1,7-3,3 на 1000 детского населения; 1,7-5,9 на 1000 родов (К.С.Семенова г. Москва 2000 г; Б.В. Лебедев, В.И. Фрейдинов; Г.Г. Шанько, Н.Н. Яхно 1998 г, г. Москва; Бадалян, С.В. Масляков 1998 г.)

Частота ДЦП в динамике растет за счет выхаживания недоношенных детей.

Целью данной работы явилось уточнение факторов возникновения ДЦП, а также соотношение клинических форм ДЦП с сопутствующей патологией. Нами было осмотрено 32 ребенка с данной патологией и проанализирована медицинская документация.

Из анамнеза выявилось, что в 100% случаев отмечался отягощенный акушерский анамнез, беременность протекала на фоне внутриутробной гипоксии и ишемии, отмечалось внутриутробное инфицирование плода. Родовая травма указана у 2 детей (6,25%), выставлен диагноз кефалогематома теменной кости и парез Дюшена-Эрба.

В отделении интенсивной терапии находились 25 детей (78,1%). У подавляющего большинства обследуемых отмечалась недоношенность разной степени (84,3% – 27 чел.)

Среди клинических форм ДЦП на 1 месте диагностировался спастический тетрапарез (37,5%). На 2 месте – спастико-гиперкинетическая форма (21,8 %), на 3 месте – нижний парапарез (18,7%), на 4 месте – атонико-астатическая форма (12,5%), на 5 месте гемипаретическая форма (6,25%).

Из сопутствующей патологии в большинстве случаев (84,3%, 27 чел.) отмечались судорожные проявления: эпилепсия у 21,8% – 7 чел.; судорожный синдром у 53,1% – 17 чел.

Задержка психоречевого развития диагностирована в 100% случаев.

Гипертензионно-гидроцефальный синдром был выставлен у 71,8% детей (23 чел.)

Синдром внутрисерепной гипертензии выявлен у 28,1% (19 чел.) наблюдаемых. Расстройство сна в разных формах диагностировано у 100% (32 чел.)

Всем пациентам проведена нейровизуализация методом НСГ и СКТ или МРТ головного мозга. Нейросонография проведена в 100% случаев, СКТ и МРТ проведено у 93,7% (30 чел.). На НСГ у всех пациентов отмечались ишемические очаги лейкомаляции разной степени. По СКТ и МРТ диагностике атрофические изменения в головном мозге выявлены у 93,7% (30 чел.). Также методом нейровизуализации у 71,8% (28 чел.) диагностирована гидроцефалия разной степени выраженности.

Все пациенты получили ноотропы, метаболиты, средства улучшающие мозговой кровоток, миорелаксанты, витамины, массаж, физиолечение, некоторые – иглорефлексотерапию. В институте Турнера ахилотомию провели 10 пациентам (31,2%). Ботулинотерапию ни один больной не получил.

На фоне лечения отмечалась незначительная динамика со стороны мышечного тонуса – уменьшилась спастичность у 93,73% больных. Отсутствие какой-либо динамики отмечалось у 6% больных ДЦП, это дети с выраженной задержкой психоречевого развития и со спастико-гиперкинетической формой.

Таким образом, у детей с ДЦП чаще всего прослеживается этиологическая связь с неблагоприятным перинатальным периодом (гипоксия, ишемия, внутриутробные инфекции, недоношенность). В 100% случаев отмечается раннее органическое поражение головного мозга с его атрофией и гипертензионно-гидроцефальным синдромом. Органическое поражение мозга проявляется задержками моторного, психоречевого развития, нарушением когнитивных функций мозга. В большинстве случаев заболевание сопровождается эпилептическими припадками. Течение заболевания, как правило, неблагоприятное, так как практически все дети с диагнозом ДЦП, являются инвалидами.

Данилов В.Н., Вострокнутова Т.Ф.

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Инклюзивное или включенное образование — термин, используемый для описания процесса обучения детей с особыми потребностями в общеобразовательных (массовых) учебных заведениях. Основной идеей здесь выступает идеология, которая исключает любую дискриминацию детей в сфере

доступности равного отношения ко всем людям, но при этом создаёт специальные условия для категории детей, имеющих особые потребности в сфере образования.

С точки зрения Питера Миттлера, профессора Манчестерского университета, обозначенной им в Правиле 6 «Стандартных правил ООН по обеспечению равных возможностей для людей с ограничениями», «включающее образование это шаг на пути достижения конечной цели – создания включающего общества, которое позволит всем детям и взрослым, независимо от пола, возраста, этнической принадлежности, способностей, наличия или отсутствия нарушений развития и ВИЧ-инфекции, участвовать в жизни общества и вносить в нее свой вклад. В таком обществе отличия уважаются и ценятся, а с дискриминацией и предрассудками в политике, повседневной жизни и деятельности учреждений ведется активная борьба».

Реализация прав детей с ограниченными возможностями здоровья на образование рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики в области образования. Получение такими детьми качественного общего и профессионального образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

Однако рассмотрение вопроса правового обеспечения и содействия развитию инклюзивных образовательных процессов становится несостоятельным без определения основных элементов нормативно-правового регулирования образовательной деятельности в целом. К ним же, в свою очередь, относятся:

- обеспечение доступности качественного общего образования;
- повышение качества содержания учебной литературы;
- повышение уровня оплаты труда работников образования;
- модернизация системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации работников образования;
- расширение общественного участия в управлении образованием;
- развитие сети образовательных учреждений;
- формирование инновационных систем образовательных процессов.

Проводя анализ состояния действующего законодательства по реализации обозначенных выше элементов, становится очевидным отсутствие реального нормативно-правового закрепления самого образовательного процесса, а значит, и отсутствие всеобщего нормативного закрепления инклюзивности образовательных процессов. В связи с этим, следует предпринять попытку организации процесса развития инклюзивности через призму социальной поддержки и защиты детей в сфере образования, через призму законодательства смежных отраслей права и институционализации образовательного пространства посредством внедрения разнообразных моделей и форм организации общего образования в сфере предоставления различного рода социальных гарантий и прав.

Рассмотрим ряд нормативных актов.

Российской Федерацией 24 сентября 2008 г. подписана Конвенция о правах инвалидов, которая была одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. Конвенция впервые рассматривает вопросы реализации прав инвалидов не с позиции их приспособления к жизни общества, а с позиции устройства жизни общества таким образом, чтобы в нем учитывались потребности и особенности инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья. В Конвенции установлено, что государства-участники признают право инвалидов на образование и принимают исчерпывающие меры для реализации этого права.

Согласно Саламанской декларации о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями (Саламанка, Испания, 7—10 июня 1994 г.):

- Каждый ребенок имеет основное право на образование и должен иметь возможность получать и поддерживать приемлемый уровень знаний.
- Каждый ребенок имеет уникальные особенности, интересы, способности и учебные потребности.
- Необходимо разрабатывать системы образования и выполнять образовательные программы так, чтобы принимать во внимание широкое разнообразие этих особенностей и потребностей.
- Лица, имеющие особые потребности в области образования, должны иметь доступ к обучению в обычных школах. Обычные школы должны создать им условия на основе педагогических методов, ориентированных, прежде всего, на детей с целью удовлетворения этих потребностей.

Обычные школы с такой инклюзивной ориентацией являются наиболее эффективным средством борьбы с дискриминационными воззрениями, обладают огромным потенциалом в создании благоприятной атмосферы в общинах, в построении инклюзивного общества и обеспечении образования для всех; более того, они обеспечивают реальное образование для большинства детей и повышают эффективность и, в конечном счете, рентабельность системы образования. Вообще, Законодательство Российской Федерации в сфере реализации и развития социальной политики претерпело немало заимствований основополагающих международных документов в области образования, предусматривающих принцип равных прав на образование для лиц с ограниченными возможностями здоровья – как взрослых, так и детей. Гарантии прав детей с ограниченными возможностями здоровья на получение образования закреплены в Конституции РФ, Законе РФ от 10.07.1992 № 3266 1 «Об образовании», а также в Федеральных законах:

- от 22.08.1996 № 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»;
- от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;
- от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»;
- от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»;
- от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Однако наиболее значимым остается приоритет решения вопроса о создании инклюзивной среды для детей - инвалидов. Реализация прав детей с ограниченными возможностями здоровья на образование, коррекцию недостатков и реабилитацию подробно регламентирована в типовых положениях: о дошкольном образовательном учреждении (утв. постановлением Правительства РФ от 12.09.2008 № 666); об образовательном учреждении (утв. постановлением Правительства РФ от 19.03.2001 № 196); о специальном (коррекционном) образовательном учреждении (утв. постановлением Правительства РФ от 12.03.1997 № 288).

Ведущую роль в решении вопросов, касающихся своевременного выявления детей с ограниченными возможностями здоровья, проведения их комплексного обследования, подготовки рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и определения форм их дальнейшего обучения и воспитания, играют психолого-медико-педагогические комиссии. Законодательную основу их деятельности составляют ст. 50 Закона РФ «Об образовании», ст. 14 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» и Положение о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденное приказом Минобрнауки России от 24.03.2009 № 95.

Все это лишь малая часть того, что содействует интеграции инклюзивности (инклюзивность не есть интеграция) в процесс развития системы современного образования и создания единой системы законодательной базы в сфере урегулирования обозначенных здесь задач. На сегодняшний день возникает множество вопросов в связи с реализацией указанного направления деятельности и использования практического опыта регионов страны и органов исполнительной и законодательной власти. А это в свою очередь подчеркивает необходимость создания нового информационного, практического и теоретического пространства в сфере закрепления и развития абсолютно нового (в своей совокупности комплексного) урегулирования образовательной деятельности в целом.

Данилова К.А., Калинина Н.Ю.

РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ОСВОЕНИИ ВРАЧАМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В последние годы в России просматриваются значительные изменения в сфере высшего медицинского образования, которые, прежде всего, обусловлены повышением спроса на специалистов высокой квалификации, развитием информационных технологий и ростом инновационной деятельности. Поэтому одним из приоритетных направлений в сфере совершенствования уровня подготовки врачей следует считать необходимость развития симуляционной практики с повсеместным обучением врачей мануальным навыкам на виртуальных тренажерах и симуляторах.

В ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» с 2009 года функционирует **Центр практических умений (ЦПУ)**. ЦПУ – образовательный центр, реализующий инновационные для Российской Федерации формы обучения в медицинском образовании и целевую установку отработки практических умений и навыков путем функционирования имитационных палат, тренажерных залов с использованием фантомов, муляжей и проведения ролевых игр, позволяющих каждому обучаемому самостоятельно и неоднократно выполнять требуемые процедуры. На базе Центра практических умений, совместно с сотрудниками кафедр академии были разработаны и внедрены пилотные программы обучения для студентов, интернов, ординаторов, врачей повышающих свою квалификацию.

Участие ЦПУ в организации и функционировании системы подготовки специалиста в ГБОУ ВПО «ИГМА» обеспечивается путем: формирования навыков, на основе стабильных умений; обучения специалистов на разных этапах подготовки медицинских кадров; внедрение инновационных форм обучения в систему подготовки медицинских специалистов, обеспечения условий, позволяющих каждому обучающемуся самостоятельно выполнять медицинские манипуляции на муляжах (фантомах), тренажерах и симуляторах в соответствии с

программами обучения, способствующие повышению качества обучения и грамотности и формирования компетенций в вопросах оказания экстренной помощи.

Практика некоторых симуляционных центров выявила принципиальные отличия от обычных способов обучения. На их базе врачи получают не только теоретические знания, но и совершенствуют практические навыки, отрабатывают модели поведения медицинского персонала (работа в команде) при ведении родов и возникновении критических ситуации в акушерской практике, при развитии неотложных состояний у новорожденных реанимационных мероприятий в родовом зале [1]. Опыт работы Центра практических умений ИГМА показал необходимость обучения на тренажерах, фантомах, симуляторах, в условиях имитации профессиональной деятельности показана не только для студентов – будущих врачей, но и для молодых специалистов (интернов, ординаторов), а также и для специалистов, повышающих свою квалификацию.

Одним из критериев, характеризующих качество оказания медицинской помощи, является квалификация специалистов. Переход субъектов Российской Федерации на новые критерии регистрации рождений в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России №1687н от 27.12.2012 г., и на современные технологии выхаживания детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, предъявляют особые требования к квалификации медицинского персонала.

Специальность неонатолога наиболее часто связана с оказанием помощи при возникновении различных критических ситуаций. Эти знания невозможно приобрести и пополнить на реальных пациентах. И только благодаря развитию системы симуляционного обучения данная задача может быть решена. На базе Центра практических умений врачи получают не только теоретические знания, но и совершенствуют практические навыки, отрабатывают модели поведения при развитии неотложных состояний у новорожденных различного срока гестации, в том числе при проведении первичных реанимационных мероприятий в родовом зале. Значительным преимуществом симуляционного обучения, в сравнении с традиционной системой подготовки, является возможность многократной отработки определенных упражнений и действий, доведения их до автоматизма, а также обеспечение объективного контроля качества оказания медицинской помощи по результатам выполнения тренинга.

Материально-техническая база и оснащение ЦПУ соответствуют необходимым требованиям, и позволяет использовать новые информационные потенциалы. В настоящее время в Центре практических умений размещены муляжи (фантомы), тренажеры и симуляторы часть из которых была приобретена на средства Национального проекта «Образование».

Для обучения врачей-неонатологов мы используем:

1. Тренажёр педиатрической реанимации с ЭКГ имитатором в виде 3-месячного ребенка, который позволяет проводить практическую отработку навыков неотложных состояний: сердечно-легочная реанимация, эндотрахеальная и назогастральная интубация, применение приёма Селика, аускультация дыхательных шумов, введение желудочного зонда, ЭКГ-мониторирование с имитацией пульса различной частоты и силы.
2. Манекен младенца со световым контроллером, подтверждающий правильность выполняемых манипуляций;
3. Симулятор «*Baby Anne*» используется для проведения приёма Геймлиха;
4. Тренажеры сердечно-легочной реанимации с высоким анатомо-физиологическим соответствием новорожденного и грудного ребёнка;

5. Симулятор «VitalSim» используется для работы в команде, имитирующий звуки сердца, легких, кишечника и голосовые звуки.

В нашем ЦПУ неонатологи, работающие в ЛПУ акушерско-гинекологического и педиатрического профиля, практикуются на самых современных высокотехнологичных виртуальных медицинских тренажерах, симуляторах, муляжах, манекенах. Все, что происходит в учебной комнате по педиатрии, и в последующем разбирается в виде дебрифинга, все это позволяет погрузиться в реальную обстановку, наполненную визуальными, звуковыми и тактильными сигналами. В используемых методиках обучения преобладают: ролевые игры, решение клинических ситуаций и выполнение манипуляций на тренажерах.

Для обеспечения высокого качества практической подготовки только наличия тренажеров не достаточно. Необходимо использование определенных педагогических технологий, обеспечивающих преемственность системы формирования, отработки и совершенствования практических навыков и подготовку к выполнению профессиональной деятельности на всех этапах обучения медицинского работника [2, 4].

В центрах тренажерного обучения широко используется такой метод обучения как ролевая игра. Ролевая игра помещает обучающегося в ситуацию, которая включает те же ограничения, мотивацию и принуждение, какие существуют в жизни, но это не становится реальной трагедией, и даёт возможность понять, достаточна ли подготовка, что осталось упущенным в ходе обучения, имеющего строго дисциплинарный подход с регламентированными лекциями и практическими занятиями [1, 2, 3].

Обучение на тренажерах давно используется на отдельных кафедрах медицинских вузов. Но именно в условиях центра (лаборатории) содержание обучения может быть направлено не только на освоение отдельных навыков, но и на междисциплинарное обучение работе в команде, выработку безопасных форм профессионального поведения и навыков общения с пациентом. Отдельного внимания заслуживает методика оценки компетентности специалистов в рамках квалификационных характеристик, а также выполнение манипуляций в соответствии с медицинскими стандартами. В этих условиях возможно как использование компьютерных программ оценки, так и экспертные методики.

Таким образом, предлагаемый подход к подготовке врачей различных специальностей позволяет совершенствовать учебный процесс, более эффективно обучать новейшим перинатальным технологиям и внедрять их в деятельность учреждений родовспоможения, а также, упорядочить, расширить, углубить практические навыки, приобрести дополнительные компетенции, что в свою очередь, приведет к повышению эффективности мероприятий, направленных на снижение материнской и младенческой смертности.

Литература:

1. Мещерякова, М. Обучение профессиональным мануальным умениям и оценка уровня их сформированности у студентов медицинских ВУЗов /М. Мещерякова, Н. Подчерняева, Л. Шубина // Врач. – 2007. – №7. – С.81-83.
2. Пальцев, М.А. Высшая медицинская школа России и Болонский процесс / М.А. Пальцев, И.Н. Денисов, Б.М. Чекнёв. – М.: Издательский дом «Русский врач». – 2005. – 332с.
3. Созинов, А.С. Виртуальный больной – взгляд в будущее или игрушка для интеллектуалов? / А.С. Созинов, С.А. Булатов // Виртуальные технологии в медицине. – 2010. – №1(3). – С.19-24.

4. Харин, А.А. Инновационная экономика в России. Реалии и перспективы / А.А. Харин // Образовательный портал ФЭИФ СЗАГС Режим доступа: <http://nit.miem.edu.ru/2003/harinmyboroda.htm>.

Евсеева Г.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В ДГБ № 3 «НЕЙРОН»

Клинико-диагностическая лаборатория БУЗ УР «ДГБ №3 «Нейрон» МЗ УР» является структурным подразделением больницы, где оказывается неврологическая помощь детям от 3-х до 17 лет и медицинская помощь детям Дома ребенка.

Особенностью клинико-диагностической лаборатории является тот факт, что она обслуживает детей Дома ребенка, выявляя у них патологию раннего возраста: рахит, железодефицитную анемию, нарушение минерального обмена. Это является важным фактором диагностики данных заболеваний, что обеспечивает раннее и продуктивное лечение.

Лаборатория была организована в приспособленном помещении, что позволило внутри нее создать гематологический, биохимический, общеклинический отделы. Был набран штат сотрудников, приобретено необходимое оборудование и 13 мая 1992 года - сделаны первые анализы.

По мере развития лабораторной службы совершенствовалось и оборудование нашей лаборатории.

Так, в 1996 году был приобретен биохимический анализатор фирмы Human «HumanLjazer junior», что в значительной степени позволило расширить диапазон биохимических исследований: начали производиться анализы на исследование минерального обмена (кальций, неорганический фосфор, магний, сывороточное железо). Далее, с приобретением анализатора электрофореза белков крови «Астра», стало возможным определение белкового состава крови. В 2000 году был приобретен гематологический анализатор EXCELL-10, а затем - более совершенный ВС-2300, которые позволяли сделать полный анализ крови в скоростном режиме из минимального количества забранной капиллярной крови. Далее в лаборатории появился коуголограф, с помощью которого стало возможным исследование свертывающей системы крови. Для облегчения определения белка в анализе мочи, приобретен портативный аппарат «Белур-600». В 2008 году в лаборатории произведен косметический ремонт, закуплена новая лабораторная мебель, все это способствовало более комфортным условиям работы сотрудников.

В настоящее время в лаборатории трудятся 4 человека. Возглавляет этот небольшой, но очень значимый коллектив врач I квалификационной категории с 31-летним стажем Евсеева Галина Аркадьевна. Также в лаборатории работают: медицинский лабораторный техник I квалификационной категории - Пермякова Елена Владимировна; биолог - Ионова Лейсан Саитовна и намаловажные члены нашего коллектива - санитарки - Старова Наталья Андреевна и Вьюжанина Людмила Рахимовна.

По мере развития НТП в медицине сотрудники лаборатории осваивают новые методы лабораторной диагностики: определение липопротеидов высокой и низкой плотности, определение мочевой кислоты, определение фермента креатинфосфокиназы.

Сотрудники лаборатории с душой относятся к своему любимому делу и руководствуются в своей работе девизом: *Multum in parco* (многое в малом).

ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ДЕРМОРЕСПИРАТОРНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Аллергические заболевания у детей, такие как атопический дерматит, бронхиальная астма или их сочетание (дермореспираторный синдром) являются актуальной проблемой педиатрии, о чем свидетельствует высокая распространенность и рост заболеваемости во всех возрастных группах. Немаловажную роль играет острая респираторная вирусная инфекция в обострении аллергических заболеваний, особенно аллергической патологии респираторного тракта. Актуальность проблемы заключается и в том, что хроническое течение этих аллергических заболеваний диктует целесообразность длительного лечения, что сопровождается большими материальными затратами системы здравоохранения, пациентов, их семей и общества в целом [1, 2].

Данные о роли респираторных инфекций в формировании аллергических заболеваний, в частности, бронхиальной астмы у детей противоречивы. Респираторные инфекции у детей поражают эпителий дыхательных путей, способствуют гиперпродукции IgE, развитию гиперреактивности бронхов и сенсибилизации организма к неинфекционным аллергенам. Вирусные инфекции являются наиболее частыми провокаторами обструктивного синдрома у детей раннего возраста и обострений бронхиальной астмы. Перенесенные в раннем возрасте тяжелые респираторные инфекции увеличивают риск развития бронхиальной астмы в более старшем возрасте.

У большинства детей отмечается естественное течение атопических заболеваний, характеризующихся возрастной последовательностью развития сенсибилизации и клинических симптомов, т.е. аллергическая патология начинается с «атопического марша». Атопический дерматит является первым проявлением «атопического марша» и значимым фактором риска развития бронхиальной астмы у детей, так как эпикутанная сенсибилизация, формирующаяся при атопическом дерматите, сопровождается не только локальным воспалением кожи, но и системным иммунным ответом с вовлечением в процесс различных отделов респираторного тракта [3]. Атопический дерматит – хроническое аллергическое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, возрастной морфологией высыпаний и стадийностью в большинстве случаев развивается у лиц с наследственной предрасположенностью и часто сочетается с другими формами аллергической патологии. При атопическом дерматите в последующем, через воспаленную, с нарушенными барьерными функциями кожу происходит сенсибилизация к аэроаллергенам (пыльца растений, экскременты клеща домашней пыли, животных), которая к 2-3 годам клинически проявляется аллергическим ринитом и бронхиальной астмой.

Наиболее частой формой патологии в детском возрасте является острая респираторная вирусная инфекция. Именно инфекция респираторной системы среди многочисленных этиологических факторов, обуславливающих формирование бронхиальной астмы, имеет значительный удельный вес.

Нами в динамике острого респираторного заболевания наблюдались 89 детей с атопическим дерматитом и с дермореспираторным синдромом. Диагноз вирусной инфекции опирался на результаты вирусологического и/или серологического обследования, которое было проведено у 42 детей. Присоединение острого респираторного заболевания у детей с дермореспираторным синдромом сопровождалось одновременным (43,0%) или

изолированным обострением бронхиальной астмы (27,8%) и атопического дерматита (29,2%). Обострение атопического дерматита выражалось появлением гиперемии, усилением зуда и реже возникновением мокнутия. В 5 случаях у детей с атопическим дерматитом на фоне острого респираторного заболевания, связанного со смешанной инфекцией (грипп и парагрипп) впервые развился типичный приступ бронхиальной астмы. Частота обострения атопического дерматита и бронхиальной астмы при дермореспираторном синдроме была практически одинаковой (58,4% и 62,9% соответственно). Обострение кожных проявлений аллергии наблюдалось чаще при тяжелом течении острого респираторного заболевания.

При изучении этиологии острых респираторных заболеваний у детей с дермореспираторным синдромом было показано, что большая часть диагностированных острых респираторных заболеваний (57,1%) была связана с гриппом, включая 14,3% случаев смешанной инфекции. Несколько реже (47,6%) у детей диагностирован парагрипп. Респираторно-синцитиальная (RS) и аденовирусная инфекции выявлялись преимущественно в ассоциации с другими вирусными инфекциями.

Анализ зависимости обострения атопического дерматита и бронхиальной астмы от вирусной этиологии острого респираторного заболевания показал, что в случаях, когда у детей выявляли парагриппозную или RS-вирусную инфекции, в том числе в ассоциации с гриппом или аденовирусной инфекцией, обострение аллергического заболевания наблюдалось чаще (83,3%), чем при гриппе (50,0%). При этом более высокая частота обострения аллергических заболеваний определялась активацией кожных проявлений аллергии. Так, если при гриппе обострение атопического дерматита наблюдалось в 44,4% случаев, то при парагриппе, RS- и смешанных вирусных инфекциях признаки обострения кожного процесса выявлялись в 75,0%. При RS-вирусной инфекции, в том числе в ассоциации с гриппом, в 50% наблюдалось одновременное обострение и бронхиальной астмы и атопического дерматита.

При анализе показателей гуморального иммунитета была выявлена некоторая тенденция к снижению показателей *IgA*, *M* и *G* у детей с обострением аллергической патологии, по сравнению с детьми без обострения на фоне острого респираторного заболевания. Выявлена более четкая тенденция к повышению концентрации *IgE* у детей с обострением аллергического заболевания. У детей с одновременным обострением атопического дерматита и бронхиальной астмы средний показатель концентрации *IgE* был достоверно выше среднего показателя *IgE* у детей без обострения аллергического заболевания ($836,1 \pm 165,3$ и $373,8 \pm 142,6$ МЕ/л соответственно; $p < 0,05$). Уровень сывороточного интерферона- γ у пациентов с дермореспираторным синдромом был достаточным при легком и среднетяжелом обострении бронхиальной астмы и сниженным при тяжелом приступе бронхиальной астмы; содержание ФНО- α было вариабельным, уровень интерлейкина-4 был повышен.

При включении в терапию «Анаферона детского» отмечены положительные сдвиги – укорочение лихорадочного и катарального периодов острого респираторного заболевания, приступного периода бронхиальной астмы. В группе больных, получавших «Анаферон детский», отмечено более выраженное снижение уровня общего *IgE*, интерлейкина-4, более высокие концентрации интерферона- γ к 7-10 дню заболевания.

Таким образом, острая респираторная вирусная инфекция способствует обострению аллергического заболевания. При этом, активация кожных проявлений аллергии чаще связана с парамиксовирусной инфекцией, чем с гриппом. Вирусная инфекция также участвует и в манифестации бронхиальной

астмы у детей с атопическим дерматитом. Возможно, на фоне общей иммуносупрессии нарушается функция Т-супрессоров, с чем связана продукция избыточного количества реакинов. Включение в комплексную терапию «Анаферона детского» у детей с дермореспираторным синдромом оказывает положительный клинический и иммунологический эффект.

Литература:

1. Аллергия у детей: от теории к практике / под ред Л.С. Намазовой-Барановой. – М., 2010-2011. Союз педиатров России. – 668с.
2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (третье издание, исправленное и дополненное). – М., 2008. – 106с.
3. Spergel J. M., Pallrt A.S. Atopic dermatitis and the atopic march // J. Allergy Clin. Immunol. – 2003. – Suppl. 6. –118-127с.

Иванова Е.А.

АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, В УСЛОВИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ НОВОГО УЧЕБНОГО КОЛЛЕКТИВА

В ГКОУ «Республиканский центр диагностики и консультирования» из всех муниципальных образований Удмуртской Республики на одну учебную четверть поступают дети, испытывающие трудности в усвоении образовательных программ начальной школы. Состав обучающихся в классах разнообразен. Совместно с детьми, воспитывающимися в семьях, обучаются воспитанники детских домов и школ-интернатов. Дети, лишенные родительского попечения, нуждаются в особом внимании со стороны педагогов, требуют особого подхода. Большинство детей-сирот перенесли психологическую травму, отличаются в эмоциональном, интеллектуальном, речевом развитии от своих сверстников.

Наш опыт показывает, что ребенок, оставшийся без попечения родителей, в отличие от ребенка, воспитывающегося в семье, оказавшись в новом коллективе, не ищет сочувствия и поддержки, а начинает самостоятельно бороться за понимание.

Наши ученики по-разному переживают период адаптации и реагируют на новые условия. Дети-сироты в отличие от детей, воспитывающихся в семьях, проявляют недоверие к новым правилам пребывания в учреждении, они «закрыты» для окружающих.

При знакомстве ребёнка с новыми условиями учителя и воспитатели проявляют такт, оказывают ему внимание и поддержку. Если он чувствует заботу, любовь, то быстро привыкает, усваивает новые правила и с удовольствием им следует.

Но через некоторое время наступает следующий этап адаптации. Ребёнок проверяет на устойчивость сложившиеся правила, проверяет учителей и воспитателей, и если проверка не будет пройдена, то получает возможность применить стереотипы поведения, присущие его прошлой жизни. А это поведение часто имеет негативный оттенок.

На этом этапе учитель и воспитатель придерживаются намеченной единой линии поведения. В этот период главное - сохранять спокойствие, выдержку и, ни в коем случае, не унижать ребенка, иначе он свой негатив нацелит на всех, кто его окружает. После того, как ребенок убедится окончательно, что педагогам можно доверять, а система правил и ценностей устойчива и может его защитить, он опять начинает входить в границы норм поведения.

Наш опыт показывает, что дети-сироты зачастую не понимают некоторых простых вещей, которые понятны их сверстникам, воспитывающимся в семье. Они имеют опыт решения проблем силой, жестокостью по отношению к другим и принимают его за образец поведения, им трудно понять, что можно жить по-другому. У детей наблюдается отсутствие интереса к игровой и учебной деятельности. В свободное время они не рисуют, не лепят, не играют, не поддерживают инициативу учителей и воспитателей смастерить какую-либо поделку. Круг интересов часто ограничивается потребностями физиологического уровня. В ситуации общения с взрослым преобладают защитные психологические реакции: избегание, протесты, ложь, неподчинение. Эти проблемы невозможно решить традиционными методами. Невозможно опираться на нравственные качества, которых нет. Поэтому в учреждении осуществляется коррекционно-воспитательная работа с детьми-сиротами. Содержание коррекционной работы переносим в повседневную жизнь воспитанников. Наша задача - создать психолого-педагогические условия, обеспечивающие благоприятное течение адаптации детей-сирот.

Установить тёплые, дружеские взаимоотношения детей и педагогов в период адаптации помогают специально организованные занятия, беседы индивидуальные и групповые, игры, досуговые мероприятия.

Во время коррекционных занятий дети-сироты участвуют в коллективной продуктивной деятельности: лепке, рисовании, изготовлении поделок. Проводятся игровые упражнения на формирование дружеских отношений в классе: развитие уверенности в себе и своих учебных возможностей, развитию эмпатии: «Ниточка тепла», «Моя учебная сила», «Собираем добрые слова», «Рисунки радости» и др.

В ходе бесед педагоги опираются на личный опыт учеников. Дети делятся впечатлениями о знакомых книгах, пересказывают захватывающие фрагменты фильмов, интересные эпизоды жизни. Взрослый выступает как старший товарищ, собеседник, помогающий детям в осознании своих потребностей, и как старший не запрещающий, а помогающий и поддерживающий.

Мы организуем совместную деятельность, в ходе которой дети включаются в ситуации, благодаря которым в их сознании вызревают мотивы социальной активности, развиваются навыки общения, культура поведения, появляется интерес к познавательной информации.

Итогом своей работы по адаптации детей-сирот считаем повышение их активности, появление интереса к людям, повышение познавательной активности и умение выстраивать эмоциональные связи с взрослыми и сверстниками.

**Иванова М.К., Шкатова Е.Ю.,
Масальцева О.Г., Данченко В.И.**

ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Современная высшая школа переходит на инновационные технологии обучения и воспитания, которые, в свою очередь, закономерно требуют совершенствования всех сторон жизнедеятельности студентов. Важное место в этом занимает их духовно-нравственное воспитание. Воспитательная работа в ИГМА выстроена как единый, неразрывный процесс обучения и воспитания. Обеспечивая взаимосвязь между обучением, развитием и воспитанием, профессорско-преподавательский состав заботится не только о вооружении студентов знаниями, умениями и навыками, но и о развитии их духовных сил,

интеллекта, познавательных способностей, активности и самостоятельности в работе.

Духовно-нравственное воспитание направлено на формирование у будущих врачей нравственной культуры и духовности, культуры общения и межличностных отношений, умения поддержать здоровый нравственно-психологический климат в коллективе, сознательного отношения к учебному и общественному долгу. Задачи нравственного воспитания неразрывно связаны с формированием будущего врача как гуманиста. Данный аспект воспитательной работы достигается в традиционной форме в учебное время на лекциях, семинарах, практических занятиях – воспитание через предмет, его содержание, методику преподавания, воспитание своим примером, личностью, проведение разъяснительной работы по вопросам внешнего вида и поведения. Во внеучебное время в вузе проводятся расширенные заседания кафедр, методические комиссии, заседания Совета кураторов с привлечением неуспевающих, недисциплинированных студентов. Для постижения норм этики и деонтологии, основных принципов воспитания социально-ориентированной личности, совершенствования общей культуры общения и поведения отделом по воспитательной работе (руководитель доц. Иванова М.К., специалист по работе с молодежью Соковикова Г.Ш.) реализуется более 100 студенческих мероприятий в течение учебного года. Наиболее яркие из них – Вечер Гиппократ, День первокурсника, День выпускника, Студенческая весна, брифинг с администрацией академии, встречи с Президентом Удмуртской Республики, День Победы, День медицинского работника.

Во внеучебное время проведение мероприятий духовно-нравственной направленности на младших курсах во многом зависит от куратора студенческой группы. Анализ работы кураторов за 2010-2011 уч.год показал, что проведено более 60 занятий и бесед на темы этики и деонтологии, корпоративного духа академии, формирования чувства уважения друг к другу, становления активной гражданской позиции. Для старших курсов организована работа студенческого совета, студенческого профкома, научного общества молодых ученых и студентов, ассоциации студентов-медиков, студенческих отрядов по уходу за больными, отрядов проводников, волонтерских отрядов. Проводится большая работа по активной помощи детям инвалидам, организуются выходы на дом для уборки к ветеранам, сбор вещей и книг в детские дома, благотворительные концерты и социальные акции. Традиционными стали учебы актива академии, участие во Всероссийской неделе добра, в работе Всероссийского молодежного форума Селигер, Республиканском активе «Достояние Республики». Работа Совета ветеранов (председатель доц. Рапенкова А.В.) тесно связана с активным участием студенчества. «День пожилого человека», «День Победы» – традиционные мероприятия с участием большого числа студентов.

Большая роль в духовно-нравственном воспитании принадлежит музею академии и выпускающим кафедрам. Музей истории Ижевской медицинской академии является одним из лучших музеев среди высших учебных заведений города по результатам Республиканского конкурса музеев вузов республики 2010 года. Руководитель музея д-р мед.наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Н.М.Попова. В музее знакомятся с историей академии, с ее достижениями, проводятся традиционные встречи студентов и ветеранов войны и труда, тружеников тыла – сотрудников мед. академии, экскурсии и встречи студентов с ведущими преподавателями, учеными, практическими врачами, художниками, творческими людьми республики. Организуются выставки картин художников, в том числе преподавателей академии. Особенно запомнилась уникальная выставка картин полковника медицинской службы, ветерана Великой Отечественной войны А.Е. Семьнина.

Профессором Н.М.Поповой организованы издания брошюр, листовок, буклетов, посвященных памятным датам, основным вехам в истории нашего вуза, выдающимся преподавателям и ученым академии, организована галерея картин почетных академиков ИГМА. Музей ежегодно посещают более 2000 человек.

Немаловажна роль выпускающих кафедр в воспитательном процессе. Примером этой деятельности могут послужить организация клинических конференций, клинических обходов, разборов тематических больных, в которых принимают участие студенты выпускного курса, интерны, клинические ординаторы, заведующие кафедрами, доценты, заведующие профильными отделениями. Большое внимание уделяется мероприятиям, проводимым в неформальной обстановке (беседы о российских ученых, искусстве врачевания, научных достижениях кафедры; политические дискуссии и др.). В ИГМА состоялись конференции, посвященные ученым с мировым именем, почетным академиком ИГМА Н.Н.Ежовой, А.М. Корепанову, Л.Ф.Молчановой, П.Н.Шараеву. В конференциях активное участие принимали студенты 3-6 курсов всех факультетов.

Нетрадиционной формой духовно-нравственного воспитания студентов явилось открытие в академии молитвенной комнаты в честь святителя, врача-хирурга, архиепископа В.Ф.Войно-Ясенецкого, посвятившего свою жизнь врачеванию души и тела. В молитвенной комнате при участии представителей русской православной церкви проводятся беседы и семинары о любви, верности, семье и браке. В мае 2011 г. состоялся экскурсионно-паломнический тур по святым местам Пермского края, в октябре 2012 г. – по святым местам Татарстана, организованные для студентов-активистов.

Важное место в вузе занимает военно-патриотическое воспитание. В многонациональной России патриотизм неразрывно связан с понятием интернационализм и направлен воспитание таких личностных качеств как любовь к России и Удмуртии, преданность своей Родине, знание ее истории и культуры, уважительное отношение к другим культурам, стремление своими действиями служить интересам Отечества, готовность успешно выполнять гражданский долг и конституционные обязанности по защите интересов Родины в мирное и военное время. Целью его является формирование личности, обладающей качествами гражданина-патриота Родины, необходимых для успешного выполнения гражданских обязанностей в мирное и военное время (Государственная программа воспитания граждан РФ 2011-2015 гг.). Основными задачами являются формирование высокой политической сознательности и преданности Родине, развитие у студентов мужества, стойкости, отваги, дисциплинированности, чувства долга перед Родиной. Задачи военно-патриотического и интернационального воспитания студентов ИГМА решаются в процессе занятий по истории Отечества, философии, культурологии, истории медицины, политологии, права, мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф. На занятиях по медицине катастроф студентам разъясняются положения Конституции РФ и других правовых актов. Внеаудиторная работа в этом направлении строится следующим образом. При совете по воспитательной работе создана комиссия по патриотическому и интернациональному воспитанию (председатель – доктор медицинских наук, зав.кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф Шкатова Е.Ю.). Проводятся вечера, посвященные интернациональным праздникам, встречи с ветеранами войны и труда, вечера интернациональной дружбы, конкурсы блюд национальной кухни, идет тесное сотрудничество по данному направлению со студентами и преподавателями других вузов России и за рубежом. В феврале 2011 г. состоялся запоминающийся Урок мужества, на котором перед студентами в торжественной

обстановке актового зала академии выступил ветеран Великой Отечественной войны полковник, военный врач И.Е.Семынин, участница войны в Афганистане, выпускница ИГМА, канд.мед.наук Р.З.Мухаметзянова, ликвидатор последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, полковник медицинской службы Данченко В.И. Ко Дню защитника Отечества проведены круглые столы и встречи, посвященные российскому воинству, современному армейскому служению, роли русского оружия в сохранении мира на Земле. В числе приглашенных были участники Великой Отечественной войны, ветераны тыла, участники войн в Афганистане и Чеченской Республике, сотрудники военного комиссариата, военные врачи. Активное участие в семинарах принимали представители православной церкви.

В марте 2012 г. коллективом кафедры МПЗ и МК проведена военно-медицинская эстафета, посвященная памяти Великой Отечественной войны, в которой студенты соревновались по правильности и скорости выполнения практических умений первой помощи. Отработка данных навыков необходима современному врачу в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

Во внеучебное время отделом по воспитательной работе организуются беседы, заслушиваются доклады по темам противодействия экстремизму в молодежной среде. Проводятся походы по местам боевой славы, экскурсии в музеи им. М.Т.Калашникова, на заседаниях Киноклуба ИГМА организуются просмотры и обсуждения военно-художественных, военно-документальных и хроникальных фильмов. На заседаниях Творческой гостиной, в библиотеке академии проходят чтения и обсуждения художественной литературы по военной тематике, выставки книг, посвященных подвигу русского народа. Студенты пишут рефераты по истории Отечества и роли советского народа в победе над фашистской Германией, участвуют в конкурсах стенных газет, конкурсах на лучшее литературно-художественное произведение, посвященных Победе в Великой Отечественной войне и Дню защитников Отечества.

Работа международного отдела академии и ассоциации студентов-медиков (руководитель Соболева А.А.) подчинена интересам студенческой молодежи и направлена на формирование толерантности и уважения студентов к культуре, национальным традициям, языку других народов. Традиционными стали мероприятия - участие студентов ИГМА в работе поисковых отрядов ДОЛГ, международные обмены студентами на время летней производственной практики, приемы иностранных делегаций, конференции, ярмарки студенческих международных программ.

Таким образом, значение духовно-нравственного воспитания студенческой молодежи в системе профессиональной подготовки в современных условиях существенно возрастает и определяет компетентность будущего врача.

ОПЫТ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Внедрение ресурсосберегающих форм организации лечения больных в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях показало высокую медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

Цель проводимой нами практической работы – изучить эффективность лечения сочетанной гастроэнтерологической патологии и патологии ЛОР-органов у детей в условиях дневного стационара детской поликлиники №9 г. Ижевска за 2009-2010 г.г. Структура пролеченных за два года 974 больных выявила лидирующую позицию болезней нервной системы – 39% и 57,5%. На втором месте находятся болезни органов пищеварения – 26% и 27,2%. Среди заболеваний ЖКТ наиболее частой патологией остаётся хронический поверхностный гастродуоденит в периоде невыраженного обострения, составивший 87,7%. Реже поступали дети с функциональными запорами, эзофагитом (по 7-8%), дискинезией жёлчного пузыря (15%). Среди пациентов преобладали девочки (74,4%), средний возраст – $12,7 \pm 2,5$ лет. Длительность заболевания составила $2,8 \pm 2,0$ лет, средний койко-день – $12 \pm 3,1$ дней.

Наличие сопутствующей патологии отмечено у $89,3 \pm 4,7$ из 100 больных, при этом у большинства из них – сочетание 2 – 4 заболеваний. Со стороны заболеваний ЛОР-органов, наблюдаемых у $76,8 \pm 6,1$ из 100 больных, выявлены вазомоторные риносинусопатии (нейровегетативного и аллергического генеза в равных процентах) – 52,4%, хронические гаймориты – 10,4%, гипертрофия небных миндалин и аденоиды – 25,8%, хронические тонзиллиты – 6,7%, хронические отиты – 4,7%.

Дети получали базисное лечение, включающее режим, диетотерапию, антациды, седативные, витамины, физиолечение, массаж, ЛФК, по показаниям – ферменты, прокинетики, жёлчегонные. Все пациенты консультированы ЛОР-врачом с санацией хронических очагов инфекции, которая включает в основном неинвазивные методы. Широко используется старый метод лечения, но с использованием современных способов, — увлажняющая терапия — промывание носа 0,9%-ным раствором хлорида натрия по Проетцу, аквамарис (вода Адриатического моря), маример (морская вода Атлантического океана) и др. В настоящее время местные деконгестанты (сосудосуживающие средства) применяются крайне редко. Они требуют осторожности особенно у детей раннего возраста, соблюдения концентрации из-за угрозы при их применении спазма сосудов головного мозга, отравления, а также развития медикаментозного ринита, отмечаемые в ежегодной практике ЛОР-врача до 10% случаев. Оральные деконгестанты, уменьшающие секрецию слизистой оболочки носа, получили более широкое применение. Детям до 2 лет: ринопронт — сироп, с 2 лет: антифлу кидс — порошок. Масляные растворы детям не рекомендуют использовать. Фрамицетин (изофра) — назальный спрей назначают с 4 месяцев. Фузафунгин (биопарокс) — назальный антибиотик с противовоспалительными свойствами применяется чаще в отличие от системных антибактериальных средств, которые назначаются лишь при гнойных синуситах и отитах.

Одной из сопутствующих патологий является лямблиоз кишечника, который диагностирован у $12,7 \pm 1,7$ из 100 больных. Интересным фактом явилась высокая его корреляция с вазомоторными риносинусопатиями ($r=0,8$, $p<0,05$). После

назначения курса антипротозойной терапии (метронидазол) отмечено значительное улучшение носового дыхания у всех детей.

Таким образом, применение комплексного лечения при сочетанной гастроэнтерологической и оториноларингологической патологии в условиях дневного стационара оказывает выраженный терапевтический эффект у всех пациентов, проявляющийся не только в устранении болевого, диспепсического и пр. синдромов, но и в нормализации ЛОР-статуса.

**Кильдиярова Р.Р., Пантюхин С.А.,
Зубкова М.Ю., Рябинина С.Л.**

ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ БУЗ ДГКП №2

Массовая диспансеризация детей, ранее проводившаяся на территории РФ в 70-80 годы прошлого века, приказами МЗ РФ начала возобновляться. Обязательная углубленная диспансеризация 14-летних подростков проходит в рамках программы модернизации здравоохранения УР на 2011-2012 г.г. (Приказ №316 от 27.05.11 г.).

По оценкам педиатров, почти у половины подростков есть заболевания, которые могут привести к бесплодию, а у 30% выявляют задержку полового развития, хотя нынешние подростки — это потенциальные родители. Подростковый период — самое благоприятное время для выявления различного рода функциональных отклонений и для их лечения. Углубленная диспансеризация 14-летних детей с целью оценки их репродуктивной функции и сохранения репродуктивного здоровья включает следующий комплекс обследований:

- осмотр детского эндокринолога;
- осмотр офтальмолога;
- осмотр детского уролога-андролога (юноши), акушера-гинеколога (девушки);
- УЗИ гениталий;
- исследование уровня ТТГ.

Плановое количество 14-летних подростков, подлежащих диспансеризации в 2011 г. в УР составило 14231 (из них 7199 юношей и 7032 девушек), а на территории обслуживания БУЗ ДГКП № 2 в 2011 г. — 514 подростков и за 9 мес 2012 г. — 406 человек, которое осуществляется согласно сетевому плану-графику.

Структура репродуктивной патологии включала разнообразные ее виды: впервые выявлены кисты, разнообразные анатомические аномалии матки, спаечный процесс и др. у девочек; патология вагинального отростка (гидроцеле, кисты и др.), патология яичка и придатка яичка, гипоспадия — у мальчиков (табл. 1). В таких случаях, если медицинская помощь не оказана своевременно, может наступить бесплодие. Развитие ряда заболеваний предопределяет фактор образовательной среды: интенсификация учебного процесса, дополнительные занятия на факультативах и посещение репетиторов, сидячий образ жизни, длительное пребывание за компьютером, что позволяет сделать соответствующие рекомендации.

Таблица 1. Структура репродуктивной патологии по диспансеризации подростков

№ п/п	Патология	Показатель	
		абс.	%
Девочки		47	20,5%
1	Гипоплазия матки	3	1,3%
2	Спайки придатков	3	1,3%
3	Задержка полового развития (ЗПР)	5	2%
4	Альгоменорея	3	1,3%
5	Мультифоликулярные яичники	3	1,3%
6	Серповидная, двурогая матка	1	0,4%
7	Седловидная матка	2	0,9%
8	Нарушение менструального цикла	11	4,7%
9	Киста яичника	9	3,9%
10	Аменорея	6	2,3%
11	Гиперандрогения	1	0,4%
Мальчики		76	27%
1	Гидроцеле	3	1,1%
2	Варикоцеле	26	9,3%
3	Сперматоцеле	5	1,8%
4	Задержка полового развития (ЗПР)	11	3,9%
5	Киста семенного канатика	29	10,3%
6	Признаки тестикулярного микролитиаза	2	0,7%

Патология репродуктивных органов, как правило, напрямую зависит от эндокринной патологии: заболевания щитовидной железы, ожирение, сахарный диабет. Таким заболеваниям способствует отсутствие культуры питания (в частности, употребление в пищу фаст-фуда, продуктов с искусственными красителями и консервантами), неблагоприятная экологическая обстановка.

Отклонения в репродуктивной системе выявлены у 20,5% девушек. Структура выявленной патологии: нарушение менструальной функции, гипоплазия матки, воспалительные заболевания наружных половых органов, кисты яичников.

Эндокринная патология (задержка полового развития, субклинический гипотиреоз, диффузный зоб, синдром гиперандрогении и др.) выявлена у 8,2% подростков.

Каждому подростку составлен индивидуальный план дообследования и реабилитации. По итогам диспансеризации 14-летних подростков получили амбулаторное лечение 178 человек. Из нуждавшихся в лечении в стационарах муниципального уровня пролечено 3 человека, из них проведено 1 оперативное лечение.

При распределении обследованных детей по группам здоровья в 2012 г. доля детей с 1 группой здоровья составила 2,9 % (в 2011 г. 5,25%), со 2 группой — 59,0 %, с 3 группой 30,8 %, с 4 группой - 0,5%, с 5 группой здоровья - 0,2%.

Таким образом, подводя итоги, можно сделать следующие выводы:

1. У 27% юношей и 20,5% девушек выявлены нарушения репродуктивной функции.

2. По результатам проводимой диспансеризации отмечается снижение числа практически здоровых детей в сравнении с данными по состоянию здоровья детей. У трети детей выявляется 3 группа здоровья.

3. В структуре выявленных заболеваний на первом месте находится патология со стороны глаза и его придаточного аппарата (464,5 на 1000 обследованных), на втором месте патология эндокринной системы (313,5 на 1000

обследованных), на третьем месте болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (236,9 на 1000 обследованных). В структуре впервые выявленной патологии на 1-м месте эндокринные заболевания (субклинический гипотиреоз), на 2-м месте - болезни репродуктивной системы, на 3-м месте - болезни глаз (миопия).

**Кильдиярова Р.Р., Прокопьева Л.П., Русских Л.В.,
Звонарева Н.В., Батуева Н.В., Георги С.Б.,
Гайсин В.А., Вилесова Т.В., Зорин А.Ю.**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НАТИВНОГО КОНЦЕНТРАТА БИФИДО- И ЛАКТОБАКТЕРИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

В последние годы наблюдается рост дисбиозов, касающийся в основном детей раннего возраста. В Удмуртской Республике нативные биопрепараты, назначаемые, в основном, с заместительной целью больным с дисбактериозом кишечника, выпускаются ЗАО «Катарсис». К ним относятся: жидкие концентраты бифидо- и лактобактерий («Эуфлорины-В и L») – биопрепараты, улучшающие работу желудочно-кишечного тракта, усиливающие моторную функцию, нормализующие микрофлору кишечника, стимулирующие развитие иммунного аппарата.

Впервые клиническое применение «Эуфлоринов-В, L» начато в г. Ижевске с 1992 года на базе 4-й детской больницы. «Эуфлорины» используются у детей, начиная с первых дней жизни. Показания к их назначению детям, согласно приказа МЗ УР № 169/55 от 29.06.97 г., следующие:

- детям, находящимся с первых дней жизни на смешанном и искусственном вскармливании;
- при недоношенности любой степени;
- при позднем прикладывании к груди матери;
- при раннем переводе на искусственное вскармливание или вскармливание донорским молоком;
- детям из «группы риска» на внутриутробное инфицирование, перинатальное поражение центральной нервной системы;
- при комплексном лечении пневмонии, сепсиса и др. гнойно-септических заболеваний;
- при кишечных дисфункциях на фоне дисбактериоза кишечника, вследствие антибактериальной терапии, гормонотерапии, стрессовых ситуаций, лучевых поражений;
- детям, страдающим длительной кишечной дисфункцией неустановленной этиологии;
- при явлениях дисбиоза различной степени выраженности, особенно в случаях, сопровождающихся дефицитом или отсутствием бифидо- и лактобактерий, высевом условно-патогенных энтеробактерий (стафилококк, протей, клебсиеллы, дрожжи, лактозонегативные, гемолитические формы кишечной палочки).

Целью данного исследования явилось изучение частоты применения пробиотических концентратов у детей грудного возраста и определение эффективности при различной патологии. В ходе работы были проанализированы истории болезни детей, получавших лечение в 4-й детской больнице г. Ижевска за период с 1992 г. по 1997 г. Из 16924 детей, поступивших в данный стационар, нативные «Эуфлорины» получили 11702 пациента, что составило 69,2%. Данные

по отделениям, приведены в таблице 1, из которой видно, что в первое время «Эуфлорины» назначались, преимущественно, в диагностическом отделении, где находились дети с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: острыми энтероколитами различной этиологии, кишечными дисбактериозами. В других отделениях пробиотики назначались редко, лишь тем детям, сопутствующим заболеванием которых являлся дисбактериоз кишечника. С 1995 года охват назначения «Эуфлоринов» стабилен и составляет в среднем по больнице 85-87%.

Таблица 1.

Отделения	Получавшие «Эуфлорин-В» (% от госпитализированных)					
	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Вирусное	32,0	49,0	59,4	76,2	71,8	73,9
Септическое	39,1	62,9	69,3	84,4	82,5	83,9
Диагностическое	47,2	97,5	97,0	100	100	100
Недоношенных	16,7	16,4	17,4	100	100	100
Неврологическое	-	-	-	-	-	58,9
Всего	36,3	59,2	64,8	86,8	84,6	84,6

Для изучения эффективности применения «Эуфлоринов» при различной патологии раннего возраста, были подобраны основная и контрольная группы, сопоставимые по полу, возрасту, основным клиническим и сопутствующим диагнозам, длительности пребывания в стационаре. Основную группу составили 552 ребенка в возрасте от 7 дней до 4 месяцев, получивших комплексное лечение основного заболевания, где, наряду с базисными препаратами, использовались дополнительно нативные концентраты бифидо- или лактобактерий («Эуфлорины-В или L») в средней дозировке 5 мл x 2 раза в день, курсом 10 дней. В контрольную группу вошли дети, не получавшие «Эуфлорины» (таблица 2). Критериями эффективности «Эуфлоринов» предложены следующие показатели: изменение массы тела, показатели красной крови, характер стула, микроскопия кала, анализ кала на дисбактериоз.

Таблица 2.

	Основная группа (чел.)	Контрольная группа (чел.)
Вирусное	50	15
Септическое	30	11
Диагностическое	423	31
Недоношенных	49	10
Всего	552	76

В ходе исследования были получены результаты, показавшие высокую эффективность нативных пробиотиков. Побочных реакций со стороны общего состояния пациентов, за период применения «Эуфлоринов», не отмечалось. Средняя прибавка массы тела в вирусном отделении составила 265,5 гр. в основной и 203,5 гр. в контрольной группе; в диагностическом отделении 404,5 гр. и 312,7 гр. соответственно. Следует отметить, что и в септическом отделении данный показатель существенно не отличался от предыдущих и составил 317,3 гр. в основной и 194,5 гр. в контрольной группах. Однако в вышеуказанных отделениях при подсчете средней прибавки массы тела заведомо были исключены дети, не прибывающие в массу, а также с убылью веса в среднем до 100 гр. Эти дети составили группу из 43 человек, что составило 7,7%.

Следовательно «Эуфлорины» оказались эффективными в 92,3% случаев. Исключение составило отделение недоношенных, в котором эффективность применения «Эуфлоринов» составила 100%, при этом средняя прибавка массы в основной группе была равна 766,9 гр., а в контрольной – 388,2 гр. Следует отметить показатели физиологической убыли массы тела недоношенных детей, которые в основной группе составили 185,9 гр. в контрольной – 215,1 гр. Ее восстановление наблюдалось в основной группе на 5-7 дней раньше, чем в контрольной. Это также доказывает высокую эффективность «Эуфлоринов», особенно в терапии недоношенных детей. Показатели по массе тела во всех отделениях статистически достоверны ($p < 0,05$).

Следующим критерием оценки эффективности использования «Эуфлоринов-В,Л» явилась нормализация характера стула. В вирусном отделении она наблюдалась у 25 человек (50%), всего лишь один положительный результат – в контрольной группе. В диагностическом отделении нормализация стула и исчезновение патологических примесей отмечены у 84% детей, но в 16% случаев сохранялся жидкий стул с примесью слизи и зелени. В контрольной же группе диагностического отделения положительный результат достигнут в 79%, но в 21% отмечался жидкий стул с патологическими примесями. Нормализация стула у пациентов, получавших «Эуфлорины» в отделении недоношенных, составила 86% и септическом отделении – 73,5%.

Положительное влияние изучаемых пробиотических концентратов на состав кишечной микрофлоры выражалось в нормализации титра и спектра кишечной палочки, снижении числа гемолизирующих, неферментирующих лактозу форм; восстановлении бифидофлоры, снижении степени пролиферации дрожжевых грибков и условно-патогенной микрофлоры (стафилококк, протей). Данные результаты получены в ходе изучения анализа кала на дисбактериоз в диагностическом отделении.

Увеличение показателей красной крови (эритроциты, гемоглобин) в ходе применения «Эуфлоринов» отмечалось у 25 пациентов вирусного отделения и у 9 детей контрольной группы того же отделения. Однако трудно оценить влияние «Эуфлоринов» на изменение показателей красной крови, т.к. их состояние зависит от многочисленных факторов. В диагностическом, септическом отделениях и в отделении недоношенных показатели красной крови у испытуемых менялись в пределах возрастной нормы, достоверных различий основной и контрольной групп не найдено.

Таким образом, результаты исследований доказали эффективность применения жидких пробиотических концентратов, которая составила 93-95% в диагностическом, вирусном, септическом, отделениях, и в 100% в отделении недоношенных. Полученные данные основаны на достоверном ($p < 0,05$) увеличении средней прибавки массы тела, нормализации характера стула и исчезновения патологических примесей. Нормализация состава кишечной микрофлоры произошла у подавляющего большинства пациентов раннего возраста.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА КОРТЕКСИН В ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Более 30 лет назад в Военно-медицинской академии г.Санкт-Петербурга разработан препарат кортексин (Белевитин А.Б., 2008), а в 1999 году внедрен в лечебную практику (Дьяконов М.М., 2006; Скоромец А.А., 2007).

Кортексин снижает токсические эффекты нейротропных веществ, улучшает процессы обучения и памяти, стимулирует репаративные процессы в головном мозге, а также ускоряет восстановление функций головного мозга после стрессорных воздействий (Доскин В.А., 2005). Фармакологическое действие кортексина включает метаболический, церебропротективный, ноотропный и противосудорожный эффекты.

В настоящее время накоплен значительный опыт использования препарата при лечении неврологических заболеваний у взрослых и детей (Данченко И. Ю., 2006; Скоромец А. А. с соавт., 2007). Спектр патологии нервной системы у детей, при которой применяется кортексин, включает: перинатальные поражения нервной системы и их последствия; эпилепсия, энцефалопатии различного генеза, нейроинфекции, астенические состояния, заболевания, обусловленные экзогенными влияниями — закрытой черепно-мозговой травмой, психогенным стрессом, соматическими заболеваниями и др.(Белоусова Т. В. И др., 2007). Получен положительный опыт использования кортексина при детском церебральном параличе, а также ряде других клинических проявлений (Шабалов Н.П. с соавт., 2006).

Препарат кортексин применяется в терапевтической практике в ДГБ №3 «Нейрон» г.Ижевска с 2008 года.

В неврологическом отделении дневного пребывания пролечено за 2011 год с задержкой речевого развития и общим недоразвитием речи 503 больных, из них 198 детей старшего возраста (с 4 до 15 лет), 305 детей младшего возраста (с 3 месяцев до 4 лет). Из них терапия кортексином проведена 77 больным. 29 пациентов (37,6%) получили только кортексин, 48 пациентов (62,4%) принимали кортексин в комплексе с ноотропными препаратами (ноотропил, пирацетам, фенотропил, пантокальцин, энцефабол). В результате проведения лечения у всех больных, принимавших кортексин, отмечалось улучшение внимания, памяти (повышалась успеваемость на занятиях в школе и в детском саду), расширялся словарный запас.

С синдромом дефицита внимания с гиперактивностью всего в 2011 году пролечен 131 пациент, из них 93 - с 4 до 15 лет и 38 - с 3 месяцев до 4 лет. Терапия кортексином проведена 31 пациенту. У всех больных после лечения кортексином отмечалось улучшение. В частности, уменьшалось в два раза количество признаков и их выраженность по критериям оценки состояния: невнимательность, гиперактивность и импульсивность.

С перинатальным поражением центральной нервной системы пролечено в 2011 году 227 больных. Из них принимали кортексин в комбинированной терапии с другими препаратами 39 пациентов. У всех детей, принимавших кортексин, отмечалось улучшение, в частности, повышалась двигательная активность, улучшался эмоциональный фон, нормализовался цикл «сон-бодрствование».

Таким образом, полученные нами результаты позволяют активнее рекомендовать использование препарата в детской неврологической практике, поскольку применение кортексина в лечении неврологических заболеваний

дает более выраженный реабилитационный эффект в восстановлении двигательных, когнитивных, речевых функций и социальной реабилитации.

**Лекомцева С.А., Комиссарова М.М., Санникова С.В.,
Прозоров П.В., Зорин А.Ю., Галлимуллина Н.Н.,
Гильмутдинова Т.Г., Вахрушева Н.Ю.**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭУФЛОРИНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТИИ

Актуальность острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей остается в связи с тем, что число регистрируемых случаев из года в год сохраняется на достаточно высоком уровне и является серьезной социально-экономической проблемой. Особенно часто болеют дети раннего возраста, у которых заболевание протекает тяжелее, длительнее, часто принимает затяжное, рецидивирующее течение. Первоначальный оптимизм по поводу высокой эффективности антибиотиков при лечении острых кишечных инфекций сменился разочарованием. Стало очевидным, что назначение антибиотиков не всегда дает желаемый результат и может привести к негативным последствиям в связи с появлением антибиотикоустойчивых штаммов возбудителя, формированием дисбактериоза кишечника и подавлением иммунологической реактивности. Все вышеперечисленное послужило основанием для переоценки традиционных методов лечения и поиска новых подходов и эффективных схем лечения ОКИ у детей.

Проведен анализ историй болезни детей до 3-летнего возраста, лечившихся в кишечном отделении РКИБ в 1993-1997 годах. За этот период было пролечено 2392 ребенка раннего возраста, в среднем за год дети этой возрастной группы составляли до 43-45% (около 600 человек) от общего числа больных ОКИ, в свою очередь в изучаемой группе преобладали дети до 1 года (40-50%). В осенне-зимнее время, когда отмечалось сезонное повышение ОРВИ, дети раннего возраста составляли 70-80% от общего числа больных, что объясняется развитием у них синдрома вирусной диареи, активизации условно-патогенной микрофлоры кишечника на фоне переносимых ОРВИ, сезонным повышением заболеваемости ротавирусным гастроэнтеритом.

У детей раннего возраста кишечные инфекции протекали более тяжело и длительно, чем у детей других возрастных категорий. Средняя продолжительность стационарного лечения у этих детей в изучаемые 5 лет составила 12,3 дня, для сравнения у более старших детей – 10,8 дней. По тяжести заболевания больные распределялись следующим образом: у детей до 3 лет легкое течение было в 10% всех случаев, среднетяжелое – в 75%, тяжелое – в 15%, у детей старше 3 лет – соответственно у 13%, 77% и 10%.

Дети до 3 лет чаще, чем дети других возрастных групп кишечные инфекции переносили в виде микст инфекций, с различными осложнениями, что можно объяснить наличием у большинства госпитализированных детей отягощенного преморбидного фона: рахит диагностирован у 34; обследованных детей, анемия – у 28,4%, энцефалопатия – у 25,8%, гипотрофия – у 24,1%, паратрофия – у 16,5%, искусственное или раннее смешанное вскармливание – у 36%. К отягощающим факторам нужно отнести плохие социально-экономические условия, в которых проживают дети. У половины детей было сочетание двух и более отягощающих факторов. Именно в этой группе кишечные инфекции протекали длительнее, с

повторными высевами патогенной флоры, с длительно сохраняющейся дисфункцией кишечника.

Этиологический диагноз ОКИ был установлен у 57,8% больных, в том числе шигеллы Зоне у 14,6% и Флекснера у 2,4%, сальмонеллы – у 5,4%, ротавирусная инфекция – у 14,2%, эшерихии – у 5,5%, кишечная инфекция, вызванная условно-патогенными микробами (УПМ) – у 15,6% больных. С каждым годом увеличивается число расшифрованных ОКИ, вызванных условно-патогенными микробами. Этиология заболевания подтверждалась выделением возбудителя при бактериологическом исследовании фекалий и при микробном числе не менее 10^7 . Диагноз ОКИ, вызванный УПМ, выставлен в 1993 году 141 ребенку раннего возраста, что составило 27,6% всех детей этой группы, в 1994 году – 174 детям (34%), в 1995 году - 174 детям (32,7%), в 1996 году – 214 детям (53%), в 1997 году – 251 ребенку (52%). Изменение этиологического пейзажа может быть связано как с нерациональным питанием и частым использованием в лечении антибиотиков, так и улучшением лабораторной диагностики. Дети наиболее чувствительны к воздействию вредных факторов окружающей среды, микроокружению и стрессовым ситуациям.

В течение последних лет индекс здоровья падает, только 1,3-0,4% детей рождаются здоровыми. В связи с этим детские поликлиники Удмуртской Республики обеспечивались наряду с сухими молочными смесями и жидкими пробиотическими концентратами ЗАО «Катарсис» (на основании совместного приказа Министерства здравоохранения и УТФОМС №169/55 от 29 июля 1997 года «Об обеспечении питанием детей до 1 года за счет средств ОМС»). Концентрат применялся согласно методическим рекомендациям внутрь и на кожу местно в виде примочек. В лечебные учреждения поставлено 3792,4 литра, в среднем отпущено на 1 ребенка 0,64 литра. По заключению районных педиатров, наиболее эффективен (в 84,1%) жидкий концентрат бифидобактерий у детей при анемиях, дисбактериозах кишечника, эксудативно-катаральных диатезах и в ряде случаев при длительно текущих диареях, отсутствие эффекта в 15,2% (лечащие врачи объясняют это незаконченностью курса лечения), побочные явления 0,7% (связаны с несоблюдением правил применения – концентрат либо не разбавлялся, либо ребенок параллельно получал другие препараты, на которые возникла рвота или появлялась сыпь). Эффективность использования жидкого концентрата бифидобактерий оценивалась как по клиническим показателям (улучшение состояния, уменьшение или исчезновение кожных проявлений), так и на основании лабораторных данных.

В результате проведенных исследований в детском отделении РКИБ выявлено, что при использовании жидкого концентрата бифидобактерий быстрее купируется интоксикация и эксикоз, нормализация стула наступает к 7 дню пребывания в стационаре практически у всех, а у основной части детей на 4-5 день. А при лечении только антибактериальными препаратами нормализация стула наступает лишь на 9 день.

Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод о клинической эффективности использования жидкого концентрата бифидобактерий как с целью профилактики, так и при лечении инфекционных гастроэнтеритов у детей.

РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК В ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Естественное вскармливание является физиологически адекватным способом питания новорожденного и грудного ребёнка. Вместе с тем, показатель естественного вскармливания остается низким. Ведущими причинами, приводящими к прекращению грудного вскармливания являются: неготовность женщин к материнству, отсутствие знаний у женщин о преимуществах грудного молока, о профилактике гипогалактии и технике кормления ребёнка грудью. Во время беременности многие женщины не имеют твёрдого решения, будут они кормить ребёнка грудным молоком или нет. Значительная часть матерей переводят детей на искусственное вскармливание самостоятельно, не информируя врача, медицинскую сестру. Знания о грудном вскармливании женщины в период беременности и лактации получают не только от медицинских работников, но и из других источников (знакомые, родственники, интернет и др.). Данная ситуация возникла в результате неудовлетворённости населения качеством медицинских услуг, оказываемых в женских консультациях, детских поликлиниках. Назрела необходимость в повышении качества услуг, оказываемых в родовспомогательных учреждениях и детских поликлиниках беременным и кормящим женщинам по вопросам грудного вскармливания.

Совершенствование сестринского дела заключается, в первую очередь, в повышении роли участковой медицинской сестры. Для оказания квалифицированной помощи женщинам по вопросам грудного вскармливания участковая медицинская сестра должна владеть современной информацией по этому вопросу. Обучение медицинского персонала, проводимое с частотой 1 раз в 5 лет, не может обеспечить должного уровня знаний по грудному вскармливанию. В связи с этим возникает потребность в дополнительном обучении участковых медицинских сестёр детских поликлиник. Целью проведенного нами исследования явилось: на основе дополнительного обучения специалистов сестринского дела детской поликлиники на рабочем месте по вопросам естественного вскармливания повысить показатель грудного вскармливания детей первого года жизни.

На *первом* этапе исследование включало изучение знаний 30 участковых медицинских сестёр детских поликлиник групп наблюдения и сравнения г.Ижевска УР по вопросам грудного вскармливания. Контроль знаний проводился по тестовой программе, состоящей из 7 разделов: «Анатомия и физиология молочной железы»; «Состав женского молока»; «Рефлексы со стороны ребенка и матери при кормлении грудью»; «Принципы оптимального грудного вскармливания»; «Техника прикладывания к груди»; «Профилактика гипогалактии»; «Влияние естественного вскармливания на возникновение различных отклонений у ребенка и матери». Знания оценивались по методике В.С. Аванесова (отличные знания - правильные ответы получены на 100,0% - 90,0% вопросов; хорошие - на 89,0% - 80,0%; средние - на 79,0% - 70,0%; низкие - на 69,0% вопросов и ниже).

На *втором* этапе, по результатам тестирования сестринского персонала детской поликлиники группы наблюдения, разработана программа дополнительных обучающих семинаров на рабочем месте. Семинары по грудному вскармливанию, консультирование участковых медицинских сестёр проводили преподаватели медицинского колледжа и медицинской академии с

частотой 1 раз в месяц в течение 1 года. Участковыми медицинскими сестрами детской поликлиники группы наблюдения осуществлялось дополнительное консультирование семей по формированию у женщин позитивного настроения на грудное вскармливание. Нами подготовлены методические материалы (учебные пособия, буклеты, листовки) по вопросам грудного вскармливания для средних медицинских работников и для женщин в период беременности и лактации. В детской поликлинике группы сравнения дополнительных обучающих семинаров по вопросам грудного вскармливания не проводилось.

Третий этап исследования включал повторное тестирование сестринского персонала детских поликлиник групп наблюдения и сравнения, содержал вопросы первого тестирования, был дополнен заданиями по введению прикормов.

Первое тестирование участковых медицинских сестёр групп наблюдения и сравнения, проведенное по 7 разделам тестовых заданий, выявило низкий средний уровень знаний ($56,7 \pm 12,0\%$ и $58,9 \pm 13,6\%$; $p > 0,05$). Большая часть участковых медицинских сестёр правильно отвечали на вопросы двух разделов: о принципах оптимального грудного вскармливания (время раннего контакта матери с ребёнком после рождения ($76,5 \pm 10,2\%$ и $92,3 \pm 7,4\%$; $p > 0,05$), количество кормлений в первый месяц жизни ($76,5 \pm 10,2\%$ и $69,2 \pm 12,8\%$; $p > 0,05$), необходимость ночного кормления ($88,2 \pm 7,8\%$ и $100,0 \pm 0,3\%$, $p > 0,05$) и др.) и влияния естественного вскармливания на возникновение различных отклонений у ребёнка и матери (на возникновение алиментарно-зависимых заболеваний у ребёнка ($94,1 \pm 5,7\%$ и $76,9 \pm 11,7\%$; $p > 0,05$), формирование пищевой непереносимости ($82,4 \pm 9,2\%$ и $76,9 \pm 11,7\%$; $p > 0,05$), риск развития заболеваний молочной железы ($88,2 \pm 7,8\%$ и $76,9 \pm 11,7\%$; $p > 0,05$) и др.). Однако правильно на все вопросы этих разделов не ответила ни одна участковая медицинская сестра. Средний уровень знаний участковых медицинских сестер обеих групп выявлен в ответах на вопросы раздела профилактики гипогалактии (необходимость проведения контрольного взвешивания ($64,7 \pm 11,6\%$ и $30,8 \pm 12,8\%$; $p < 0,05$), влияние настроения матери на кормление грудью ($76,5 \pm 10,3\%$ и $92,3 \pm 7,4\%$; $p > 0,05$) и др.). Низкий уровень знаний показали медицинские сестры обеих групп в ответах на вопросы разделов, касающихся анатомии и физиологии молочной железы (связь ритма выделения пролактина с ритмом кормления ($5,8 \pm 5,7\%$ и $23,1 \pm 11,7\%$; $p > 0,05$), место расположения млечных синусов ($5,8 \pm 5,7\%$ и $23,1 \pm 11,7\%$; $p > 0,05$), и др.), техники прикладывания ребёнка к груди (оптимальное положение матери ($35,3 \pm 11,6\%$ и $46,2 \pm 13,8\%$; $p > 0,05$) и ребёнка ($5,8 \pm 5,7\%$ и $0,0 \pm 0,3\%$; $p > 0,05$) при кормлении из груди матери и др.), рефлексов со стороны ребёнка и матери при кормлении грудью (связь частоты и суточного ритма кормления с рефлексом пролактина ($58,8 \pm 11,9\%$ и $46,2 \pm 13,8\%$; $p > 0,05$) и др.) и состава женского молока (связь калорийности грудного молока с суточным ритмом его выделения ($29,4 \pm 11,0\%$ и $7,7 \pm 7,4\%$; $p > 0,05$), сроки выделения молозива ($5,9 \pm 4,1\%$ и $15,3 \pm 9,9\%$; $p > 0,05$), соотношение белков, жиров и углеводов женского молока ($23,5 \pm 10,2\%$ и $46,2 \pm 13,8\%$; $p > 0,05$) и др.). Первое тестирование по вопросам грудного вскармливания выявило недостаточный уровень знаний у участковых медицинских сестёр детских поликлиник групп наблюдения и сравнения г.Ижевска и тем самым, разным уровнем готовности применения в профессиональной деятельности. Анализ способствовал принятию решения о необходимости организации дополнительных обучающих семинаров на рабочем месте по вопросам грудного вскармливания.

Повторное тестирование, проведенное через 1 год, показало возросший средний уровень знаний по грудному вскармливанию у медицинских сестёр группы наблюдения ($92,5 \pm 6,8\%$ и $63,6 \pm 11,7\%$; $p < 0,05$). У медицинских сестёр детской поликлиники группы наблюдения увеличились показатели правильных

ответов по всем разделам тестовых заданий. Отличные знания зарегистрированы по I, IV, VI и VII разделам, хорошие - по II, III, V. Знаний на среднем и низком уровне не было выявлено. Подобной положительной динамики у специалистов сестринского дела детской поликлиники группы сравнения не наблюдалось. Показатель грудного вскармливания в детской поликлинике группы наблюдения в течение 2007 - 2010 годов увеличивался, составил в 2010 году 81,0% и 72,8%, соответственно группам.

Неганова В.А., Кильдиярова Р.Р., Муромцева Т.А.

ДИНАМИКА ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) относится к оппортунистическим инфекциям, и формирует органные поражения в различных тканях. Отмечается значительный рост патологии и манифестация без отчетливых клинических проявлений, несвоевременность лабораторной диагностики и отсутствие этиотропной терапии.

Цель проведенного нами исследования – сравнить клиническую эффективность этиотропной терапии в случае верификации диагноза ЦМВИ при перинатальном поражении центральной нервной системы: гипертензионно-гидроцефальный синдром (ПП ЦНС: ГГС).

Исследование проводилось на базе БУЗ ДГКП №2 амбулаторно. Под наблюдением врача педиатра кабинета инфекционных заболеваний и невролога находился 61 пациент в возрасте от одного месяца до одного года. Наблюдаемые дети с ПП ЦНС были разделены на две группы. Основная группа – 43 пациента с верифицированным диагнозом ЦМВИ и контрольная – 38 пациентов без верификации инфекции.

В комплекс исследований наблюдаемых детей были включены методы обследования: общеклинические; биохимические показатели (АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин и его фракции); нейросонография (НСГ), УЗИ паренхиматозных органов. Диагноз устанавливался на основании клинико-анамнестических данных, обнаружении ДНК ЦМВИ в сыворотке крови, моче методом ПЦР, специфических антител классов *Ig M* и *IgG* в сыворотке методом ИФА.

При первичном осмотре неврологом детей в возрасте 1 месяц в 57,4% случаев жалобы не предъявлялись. В 23% случаев матерями предъявлялись жалобы на срыгивания, нарушение сна (короткий дневной сон, инверсия сна); рост и развитие соответствовали возрасту и только в 19,6% – выявлялись объективные изменения в виде увеличения в объеме окружности головы на 3-3,5 см, увеличения в размерах и выбухание большого родничка, гипотонии мышечного тонуса, легком отставании в моторном развитии (не удерживание головы). У всех детей обнаруживалось по НСГ расширение ликворопроводящих путей. В обеих группах назначалась патогенетическая терапия: ноотропы, дегидратационные препараты.

При контрольном осмотре у большинства пациентов в 3 месяца на фоне проводимой патогенетической терапии сохранялись или нарастали в большей степени клинические жалобы, наблюдались отрицательная динамика по НСГ, отставания в моторном развитии на 1-2 эпикризных срока. Отягощенный акушерский анамнез и наличие у матерей сероположительных *Ig G* к вирусу

ЦМВИ служили основанием для направления на обследование к врачу-педиатру кабинета инфекционных заболеваний.

При обследовании инфекционистом у детей основной группы наблюдалось затяжное течение конъюгационной желтухи (86%), нарушение микробиоценоза кишечника (27,9%). При оценке лабораторных показателей отмечались лимфоцитоз (83,3 %), непрямая билирубинемия, увеличение показателей АЛТ (34,8%), АСТ (100%), щелочной фосфатазы (93%). При серологическом обследовании методом ИФА на ЦМВИ выявлялись положительные титры типоспецифических антител класса *Ig M* и/или *IgG*. Обнаружение ЦМВИ методом ПЦР в крови и/или моче выявлялось у 69,7% пациентов. По УЗИ паренхиматозных органов определялась гепатомегалия (48,8%), спленомегалия (23,2%), гепатоспленомегалия (12,5%). Совокупность проведенных исследований позволила подтвердить диагноз ЦМВИ.

Кроме патогенетической терапии дети основной группы получали препараты интерферонового ряда. Препарат виферон 500000 МЕ назначался по схеме: по 1/2 суппозитория 2 раза в сутки утром и вечером через 12 часов в течение 10 дней, затем по 1/2 суппозиторию 2 раза в сутки 3 раза в неделю продолжительностью от 3 до 6 месяцев. При наличии патологии со стороны печени пациенты получали урсосан 10-15 мг/кг массы тела вечером от 1 до 2 месяцев; при дисбиотических нарушениях кишечника – бифилиз в возрастной дозе (до 6 мес – 2,5 дозы 2 раза/сут, от 6 мес – 5 доз 2 раза/сут) от 14 до 21 дня.

Применение патогенетической и этиотропной терапии у детей при ПП ЦНС: ГГС с ЦМВИ приводило к положительному клиническому эффекту, купировалась задержка моторных функций организма. Лабораторные показатели крови нормализовывались, сформировалась первичная биохимическая ремиссия. Результаты НСГ: расширение ликворопроводящих путей значительно уменьшалось; по УЗИ паренхиматозных органов сокращались размеры печени и селезенки.

Полученные в ходе исследования данные позволяют сделать следующие выводы:

1. Имеется частое сочетание ПП ЦНС: ГГС с ЦМВИ.
2. Диагностика ЦМВИ у детей раннего возраста с ПП ЦНС должна базироваться на клинических проявлениях болезни и основываться на комплексе лабораторных методов исследования с их оценкой в динамике (в 1 мес., 3, 6 и в 1 год).
3. Исследование показало эффективность проведения этиотропной противовирусной и патогенетической терапии у детей при ПП ЦНС: ГГС с ЦМВИ.

Никитина Н.И., Петрова И.Н., Девяткова Ю.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 6-36 МЕСЯЦЕВ

Питание является одним из важнейших факторов, определяющих жизнедеятельность и уровень здоровья человека. Применительно к раннему **детскому возрасту** значение **питания** многократно **возрастает**, так как рациональное **питание** является одним из важнейших условий, обеспечивающих гармоничный рост, оптимальное психомоторное и интеллектуальное развитие детей, устойчивость к действию инфекций и различных неблагоприятных факторов внешней среды [1, 2, 3].

Проведенное в 2011-2012 годах Всероссийское межрегиональное мультицентровое исследование состояния питания детей *Nutripak Nutrilife* с участием более 2 тысяч детей в возрасте от 6 до 36 месяцев и 40 лечебных учреждений, расположенных в 14 городах основных регионов России, свидетельствует о том, что рацион питания более половины российских детей раннего возраста не сбалансирован и не соответствует нормам физиологических потребностей в энергии и основных пищевых веществах (Методические рекомендации 2.3.1.2432-08).

В данном исследовании приняли участие 45 детей из г. Ижевска в возрасте 6-36 месяцев, обслуживающихся в детской поликлинике БУЗ УР Городская клиническая больница №7 МЗ УР.

Целью исследования явилась оценка качества питания детей 6-36 месяцев. Для выполнения поставленной цели проанализированы пищевой статус, пищевое поведение, соответствие норм и фактического потребления макро-, микроэлементов и витаминов у 9 детей в возрасте от 6 до 12 месяцев, 9 детей в возрасте от 12 до 18 месяцев, 9 детей в возрасте от 18 до 24 месяцев и 18 детей в возрасте от 24 до 36 месяцев.

В исследовании принимали участие только дети, родившиеся с весом от 2500 до 4500 г, с оценкой по шкале Апгар 7 и более баллов, не имеющие хронических заболеваний, то есть практически здоровые дети. До начала исследования у всех матерей было получено добровольное информированное согласие.

После включения ребенка в программу исследования собирались исходные данные: параметры при рождении и на момент начала исследования, перенесенные заболевания, образование родителей, затем оценивалось состояние здоровья ребенка.

По уровню образования матери распределились следующим образом: высшее образование имели 26 (57,8%), незаконченное высшее – 2 (4,4%), среднее специальное – 15 (33,4%), среднее – 2 (4,4%) женщины.

Оценка нутритивного статуса наблюдаемых детей показала, что среднее физическое развитие имели 35 (77,8%), выше среднего – 3 (6,7%), высокое – 4 (8,8%) ребенка. В 3(6,7%) случаях отмечался дефицит массы тела: у 2 детей – I, у 1 ребенка – II степени.

Каждой матери для самостоятельного заполнения выдавались анкета по пищевому поведению и дневник питания ребенка. Дневник заполнялся в течение 3 дней, из которых 2 дня были будничными, 1 день – выходной.

Учитывая тот факт, что анкета и дневник заполнялись матерью ребенка, в ходе исследования закономерно возникали определенные сложности, а именно: невозможность прямого наблюдения, «преломление» данных третьим лицом (матерью), сложность включения в исследование семей с низким уровнем образования по причине возможной неадекватности наблюдения.

Анализ анкет показал, что нарушения пищевого поведения отмечаются в подавляющем большинстве у детей старше 12 месяцев:

- в возрасте от 12 до 18 месяцев в 6 случаях из 9 мамы готовили пищу для ребенка отдельно, начиная с 18 месяцев – все дети питались с «общего стола»;

- «недетские» продукты, а именно сосиски, пиццу, употребляли 24 ребенка, майонез, кетчуп – 10, конфеты – 22, мороженое – 11 детей из 36 наблюдаемых в возрасте 12-36 месяцев;

- в рационе питания детей от 18 до 36 месяцев практически отсутствовали специализированные продукты детского питания, только в 2 случаях из 27 дети получали молочные смеси «формулы второго и третьего года»;

- ежедневно в рационе питания присутствовали овощи у 16 детей, фрукты – у 23, мясо – у 25, рыба 2 раза в неделю – у 14 из 36 детей;
- режим питания ребенка (4-5 раз в день) соблюдали 24 из 36 мам;
- о сбалансированности питания беспокоились лишь 6 из 36 мам.

При анализе дневников питания получены следующие данные:

- объем пищи выше нормы (более 1400 мл в сутки) получали 12 детей (26,7%);
- энергетическая ценность суточного рациона ниже нормативной отмечена в 18 случаях (40,0%), причем низкая энергетическая плотность была обусловлена в основном дефицитом углеводов;
- сбалансированный по пищевым веществам рацион питания имели 77,8% в возрасте 6-12 месяцев и 61,1% детей старше 12 месяцев.
- разбалансированность рациона за счет избытка белка выявлена у 17 (37,8%) детей, жира – у 9 (20,0%), дефицита углеводов – у 24 (53,3%) наблюдаемых детей.

Проанализированные с помощью программы *DietPlan* (отдел обработки *Nutripak Nutrilife*) данные дневников питания позволили оценить потребление детьми макро-, микроэлементов и витаминов. Потребление железа ниже рекомендуемой нормы (10 мг в сутки) было зарегистрировано у 25 (55,5%) детей, цинка и магния – у 20 (44,4%), кальция – у 18 (40,0%), йода – у 16 (35,5%) детей. В то же время отмечен избыток поступления с пищей натрия у 40 (88,9%) детей, что, вероятнее всего, связано с добавлением в детские блюда поваренной соли. Дефицит потребления витамина *D* выявлен у 41 (91,1%) ребенка, витамина *A* – у 22 (48,9%), витамина *B₁* – у 18 (40,0%), витамина *E* – у 17 (37,8%), витамина *C* – у 7 (15,5%) детей, избыток поступления с пищей витамина *B₂* отмечен у 37 (82,2%), витамина *C* – у 26 (57,8%) детей.

Таким образом, анализ фактического питания детей позволил сделать следующие выводы:

- у большинства детей второго-третьего года жизни выявлены нарушения пищевого поведения;
- у 38,9% детей в этом возрасте питание не сбалансировано по основным пищевым веществам: повышена квота белков, жиров, снижена углеводов;
- отмечается неадекватное поступление с пищей большинства микро-, макроэлементов и витаминов.

Проведенное исследование показало, что вопросы питания детей в возрасте 6-36 месяцев, особенно на втором-третьем году жизни, требуют пристального внимания педиатров, а рационы питания детей – совершенствования с учетом новых достижений педиатрии и детской нутрициологии с целью предупреждения разбалансированности и дефицитов макро-, микронутриентов и витаминов.

Литература:

1. Питание здорового и больного ребенка. Пособие для врачей / Под. ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня, Б.С. Каганова. М. – 2009. – 282с.
2. Перевощикова, Н.К. Особенности рациона детей в возрасте 1-3 лет и возможности его коррекции / Н.К. Перевощикова, Е.Ю. Бурмистрова // Вопросы детской диетологии. 2010. – Т.8. – №5. – С.40-44.
3. Казюкова Т.В., Нетребенко О.К., Тулуплова Е.В. Особенности питания детей старше года: нарушения пищеварения и функциональное питание / Т.В. Казюкова, О.К. Нетребенко, Е.В. Тулуплова // Вопросы практической педиатрии. – 2011. – Т. 6. – № 5. – С.89-94.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ: ЭТИОЛОГИЯ, ДИНАМИКА, ПРОГНОЗ

Перинатальная неврология - это особая область медицины, сформировавшаяся на стыке акушерства, педиатрии и неврологии в конце 20 века. Дисциплина - неврология, а предмет исследования - развивающийся мозг.

Мозг ребёнка отличается особой физиологией. У детей 1-го года жизни филогенетически «древние» структуры (архикортекс и палеокортекс) функционируют очень чётко и определяют психомоторное развитие ребёнка.

Например, для ребёнка 1-х месяцев жизни характерны осевые движения туловища, вздрагивания - это свидетельствует о том, что в этом календарном возрасте полноценно функционируют и являются главными центрами управления движениями базальные ганглии, в частности - бледный шар.

Таким образом, принципиальным отличием нервной системы ребёнка является незрелое состояние его мозга к моменту рождения. Процесс созревания нервной системы длится ещё более десятилетия.

Частота неврологической перинатальной патологии у детей 1-го года жизни составляет по данным различных авторов от 15 до 60%.

В структуре общей неврологической заболеваемости детям до 1 года уделяется особое внимание. Последствия ППЦНС на протяжении последних трех лет сохраняются примерно на одном уровне: 34,1% - 32,6%.

Этиологические факторы, вызывающие повреждение нервной системы плода и новорожденных, могут воздействовать во внутриутробном, интранатальном и неонатальном периодах, а инфекционные и генетические факторы имеют преопределяющее значение ещё до зачатия.

Из пренатальных факторов риска поражения ЦНС следует выделить соматические, эндокринные, инфекционные заболевания матери, вредные привычки, повторные выкидыши, мёртворождение, длительный период бесплодия, осложнения предыдущих беременностей и родов, возраст матери.

В настоящее время, в зависимости от этиологических факторов, рассматривают различные варианты ППЦНС:

Гипоксически - ишемические поражения ЦНС.

Гипоксически - геморрагические поражения ЦНС.

Травматические повреждения нервной системы.

Нарушения деятельности ЦНС вследствие системных метаболических и токсических причин.

Инфекционные поражения ЦНС.

Согласно классификации, в восстановительном периоде перинатального поражения ЦНС выделяют следующие синдромы:

А) Гипервозбудимости (повышенной нервной - рефлекторной возбудимости).

Б) Судорожный.

В) Гидроцефальный.

Г) Двигательных нарушений.

Д) Вегетативно - висцеральных расстройств.

Е) Задержка психомоторного и речевого развития. Нарушения формирования корковых функций.

Синдром гипервозбудимости - характеризуется двигательным беспокойством ребёнка, эмоциональной лабильностью, нарушениями сна, тремором подбородка, рук, ног, спонтанными вздрагиваниями, оживлением сухожильных рефлексов с быстрым истощением. Отмечается беспричинный крик.

Во время крика наблюдается избыточное двигательное беспокойство, повышение мышечного тонуса.

Судорожный синдром - проявляется генерализованными тоническими, клоническими, тонико - клоническими приступами с утратой сознания или без. Нередко приступы имеют абортный характер и могут проявляться ритмичным качанием головой, насильственными миоклоническими подёргиваниями различных мышечных групп, дрожанием всего тела, кивками в сочетании с нистагмом, кратковременными замираниями и др.

Гидроцефальный синдром - характеризуется увеличением окружности головы, более чем на 2 сигмальных отклонения, выбуханием и напряжением большого родничка, расхождением черепных швов, повторными рвотами, потерей массы тела, симптомом Грефе, симптомом «заходящего солнца», запрокидыванием головы, диффузной мышечной гипотонией. Возможно сочетание с гипервозбудимостью и вегетативно - висцеральными нарушениями.

Синдром вегетативно - висцеральных нарушений характеризуется: нарушением терморегуляции, акрогипотермией, изменением цвета кожных покровов (мраморность, акроцианоз, гиперемия, побледнение), кратковременной тахи- или брадикардией. Нарушениями ритма и глубины дыхания. Диспептическими проявлениями (избирательность в еде, срыгивания, неустойчивость стула). Склонность к жидкому стулу связана с усиленной перистальтикой кишечника под влиянием даже незначительных раздражителей.

Синдром двигательных нарушений определяется формированием центральных или периферических моно-, геми-, пара-, тетрапарезов, гиперкинезов, атаксии. Основные диагностические критерии - ограничение объема активных движений, изменение мышечного тонуса, снижение мышечной силы, задержка безусловных рефлексов, наличие патологических рефлексов.

Задержка психомоторного развития проявляется задержкой редукции безусловных рефлексов, задержкой формирования шейных тонических рефлексов при отсутствии двигательного дефекта. Нарушено формирование корковых функций. У ребёнка отмечается отсутствие интереса к игрушкам, к окружающим, бедность эмоций, нарушение формирования предметно - манипуляционной деятельности, моторных навыков, импрессивной и экспрессивной речи, игровой деятельности. Задержка моторного развития находится в прямой зависимости от выраженности задержки психического.

Прогноз определяется исходным состоянием ребёнка (недоношенность, незрелость, внутриутробная инфекция), тяжестью, длительностью и характером повреждения ЦНС (гипоксия, асфиксия, травма, инфекция).

В большинстве случаев прогноз благоприятный.

В 10 - 12% возможна трансформация синдрома гипервозбудимости в судорожный, затем в эпилепсию.

Гидроцефальный синдром компенсируется к 2 - 3 месяцам, но может трансформироваться в гидроцефалию в 4% случаев.

Синдром двигательных нарушений - при негрубом поражении вещества мозга имеет благоприятный исход, при выраженном - формируются стойкие двигательные нарушения (параличи, атаксия, гиперкинезы), ДЦП.

Задержка психомоторного развития характеризуется преобладанием нарушений формирования высших корковых функций (речи, памяти, внимания, мышления), или преобладают нарушения статико - моторных функций.

Возможны три варианта исхода:

Нормальное нервно- психологическое развитие наблюдается у 22% детей.

Пограничное - у 51% (лёгкие речевые нарушения, незначительные поведенческие и эмоциональные отклонения, моторная неловкость, задержка формирования навыков опрятности, гиперактивность, импульсивность).

Патологическое развитие - у 27% (олигофрения, эпилепсия, ДЦП, нарушения поведения и эмоциональные расстройства).

Из приведённых данных понятно, что дети с патологическим развитием будут наблюдаться специалистами (неврологами, психиатрами, логопедами, психологами), состоять на «Д» учёте и получать курсы лечения. А дети из пограничной группы остаются чаще всего без дальнейшего наблюдения специалистов. В дальнейшем у детей из этой группы может быть выход в ММД. Как правило, возникновение симптомов или их нарастание приурочены к началу посещения детского сада (в возрасте 3-х лет) или школы (6-7 лет). Подобная закономерность может быть объяснена неспособностью ЦНС справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ребёнку в условиях увеличения психических и физических нагрузок.

Таким образом, можно сделать следующий вывод - необходимо комплексное, динамическое, совместное (неврологи, психологи, психиатры, логопеды, педагоги) наблюдение детей из «пограничной» группы исходов последствий перинатального поражения ЦНС.

Ожегов А.М., Петрова И.Н., Неудахин Е.В., Королева Д.Н.

РЕГУЛЯЦИЯ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ПРЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИЕЙ

Пренатальная гипотрофия вносит существенный вклад в структуру заболеваемости и смертности новорожденных, приводит к нарушению постнатальной адаптации, оказывает неблагоприятное влияние на последующее развитие ребенка и способствует формированию хронической патологии у взрослых [1-4], в частности является одним из факторов риска развития патологии костной системы [5].

Нарушение костного метаболизма у детей с пренатальной гипотрофией можно связать с белково-энергетической недостаточностью, гиповитаминозом, дефицитом фосфора, кальция, магния, незрелостью ферментных систем и, безусловно, эндокринными расстройствами, влияющими на регуляцию указанного процесса [6-8]. Изучение особенностей регуляции минерального и костного обмена у детей, родившихся с ЗВУР, является важной задачей, поскольку позволяет предупредить развитие патологии костной системы в последующие годы жизни [9, 10].

По нашим данным [3], в основе патогенеза гипотрофии, в том числе пренатальной, лежит хроническая стрессовая реакция. Исследование адаптационно-компенсаторных реакций при различных состояниях у детей позволили нам в развитии хронического стресса выделить эрготропную и трофотропную стадии, а в развитии каждой стадии – фазы: напряжённой адаптации, относительной компенсации, декомпенсации [3, 11]. Остеопороз также можно рассматривать как проявление хронического стресса с развитием вышеуказанных фаз. Так, по данным Н.Ю. Головановой [12], остеопороз может быть: 1) с высокой интенсивностью костного обмена, при котором усиленная резорбция не компенсируется нормальным или повышенным процессом костеобразования; 2) с низким костным обменом, когда процесс резорбции находится на нормальном или незначительно повышенном уровне, но имеется

снижение активности костеобразования. Указанные разновидности остеопороза скорее всего отражают фазы его развития. В связи с этим мы заинтересованы в получении доказательств в поддержку этого предположения.

Цель работы – выявить особенности регуляции костного метаболизма в грудном возрасте у детей, родившихся с пренатальной гипотрофией.

Материал и методы

Для реализации поставленной цели обследованы 140 доношенных новорожденных ребенка, в том числе 96 детей с пренатальной гипотрофией (основная группа) и 44 ребенка, родившихся с нормальными антропометрическими показателями (контрольная группа). Дети основной группы по степени гипотрофии распределились следующим образом: 1-я степень – 53 ребенка (55,2%), 2-я – 32 (33,3%), 3-я – 11 детей (11,5%). Клиническое и лабораторно-инструментальное обследование наблюдаемых детей проводили в возрасте 10 дней, 6 месяцев и в 1 год.

Для характеристики фосфорно-кальциевого обмена у новорожденных детей исследован комплекс биохимических показателей: общий кальций, неорганический фосфор; кальций-регулирующие гормоны (паратиреоидный гормон – ПТГ, кальцитонин – КТ); 25-гидроксивитамин D_3 (25-ОН- D_3); маркеры костеобразования (щелочная фосфатаза – ЩФ, остеокальцин – ОК) и костной резорбции (С-концевые телопептиды – С-КТП) в сыворотке крови.

Уровни кальция, фосфора и щелочной фосфатазы определяли по общепринятым методикам. Количественное определение в сыворотке крови ПТГ, КТ, 25-ОН- D_3 , ОК и С-концевых телопептидов проводилось иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов.

С целью оценки выраженности адаптационно-компенсаторных реакций, характеризующих состояние костного метаболизма и его регуляции, нами рассчитывались два показателя: индекс эндокринной регуляции костного метаболизма (ИЭР), отражающий соотношение ПТГ и КТ, а также индекс костного ремоделирования (ИКР), отражающий соотношение ОК и С-КТП. У детей контрольной группы ИЭР в периоде новорожденности составил $2,28 \pm 0,38$; в 6 мес. – $2,00 \pm 0,35$; в 12 мес. – $1,96 \pm 0,41$. ИКР в периоде новорожденности составил $57,8 \pm 7,6$; в 6 мес. – $69,8 \pm 5,7$; в 12 мес. – $108,8 \pm 12,6$.

Вышеуказанные фазы адаптации определялись следующим образом. При равнозначном увеличении показателей ПТГ и КТ или ОК и С-КТП и сохранении нормальных значений соответствующих индексов фиксировалась *фаза напряжённой адаптации*, при повышении одного из показателей и сохранении нормального или слегка увеличенного значения другого – *фаза относительной компенсации*, при повышении одного из показателей и одновременном уменьшении другого – *фаза декомпенсации*.

Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием лицензионной программы «BioStat 2009».

Результаты исследования и их обсуждение

При клинической оценке костной системы у новорожденных детей основной группы установлены в 5,6% случаев открытый малый родничок, в 12,5% – расхождение швов черепа. На первом году жизни у детей, родившихся с пренатальной гипотрофией, в отличие от детей контрольной группы, позднее прорезывались зубы ($6,9 \pm 0,21$ мес. и $6,2 \pm 0,26$ мес. соответственно; $p < 0,01$), к 12 мес. количество зубов было меньше ($6,4 \pm 0,21$ и $7,2 \pm 0,27$; $p < 0,02$). Признаки рахита на первом году жизни достоверно чаще определялись у детей пренатальной гипотрофией (32,9% и 12,9%; $p < 0,02$). При I и II степенях гипотрофии рахит диагностировался у каждого третьего ребёнка, при III степени –

у каждого второго. Профилактика рахита проводилась у подавляющего большинства детей обеих групп (89,0% и 93,6%; $p>0,05$).

При изучении фосфорно-кальциевого обмена и его гормональной регуляции у новорожденных и детей первого года жизни, родившихся с пренатальной гипотрофией, нами были выявлены его особенности в зависимости от тяжести гипотрофии [5].

У новорождённых детей с ЗВУР содержание общего Са в крови было ниже ($p<0,05$), чем у детей контрольной группы [5]. Минимальный уровень Са зарегистрирован у новорожденных со II-III степенями гипотрофии. Гипокальциемия в раннем неонатальном периоде была диагностирована у 19,8% детей основной группы, у 6,8% - контрольной ($p<0,05$). Её регистрировали тем чаще, чем больше была степень гипотрофии. При проведении корреляционного анализа установлена зависимость между содержанием Са в периоде новорожденности и ростом на 1-м году жизни ($r=0,6$; $p<0,01$), между содержанием Са при рождении и размерами большого родничка в 12 мес. ($r=-0,38$; $p<0,05$). Гипокальциемия в 12 мес. достоверно чаще определялась у детей, родившихся с пренатальной гипотрофией (19,2% и 3,7%; $p<0,05$).

Концентрация фосфора во все возрастные периоды у детей обеих групп была одинаковой. Гипофосфатемия в годовалом возрасте отмечена у 13,3% детей основной группы.

При гипокальциемии отмечалась гиперфункция паращитовидных желез, что проявлялось повышенным уровнем ПТГ. Повышенное содержание ПТГ при рождении определялось у 12,9% детей основной группы, причём средняя его концентрация имела тенденцию к росту с увеличением степени гипотрофии. Так, при II степени гипотрофии повышенное содержание ПТГ установлено у каждого пятого ребёнка, при III степени – у каждого четвёртого. В возрасте 6 мес. повышенный уровень ПТГ обнаружен у 19,1% детей. В годовалом возрасте у детей основной группы концентрация ПТГ была существенно выше, чем у детей контрольной группы ($p<0,05$). Наиболее высокие показатели этого гормона зарегистрированы при II-III степенях гипотрофии. Уровень ПТГ коррелировал с содержанием в крови фосфора ($r=-0,57$; $p<0,01$) и ЩФ ($r=+0,66$, $p<0,01$).

Средняя концентрация КТ оказалась достоверно ниже у новорождённых с ЗВУР ($p<0,05$). В возрасте 6 и 12 мес. уровень КТ был одинаков у детей обеих групп. В этом возрастном периоде обнаружена обратная связь между уровнем КТ и ПТГ ($r=-0,4$; $p<0,05$), а в годовалом возрасте установлена положительная корреляция между содержанием Са и уровнем КТ ($r=0,65$; $p<0,01$).

Концентрация 25-ОН витамина D у новорождённых основной группы была в 2,5 раза ниже, чем у детей контрольной группы ($39,4\pm 5,1$ нмоль/л и $106,3\pm 13,58$ нмоль/л; $p<0,01$). С увеличением степени тяжести гипотрофии уменьшалась концентрация данного показателя. Сниженное содержание 25-ОН витамина D диагностировано более чем у половины новорождённых основной группы: при I степени гипотрофии – у 30,8% , при II – у 60,0%, при III – у 62,5% детей. В возрасте 6 и 12 мес. средний уровень 25-ОН витамина D был одинаковым у детей обеих групп. В то же время у каждого десятого ребенка (9,5%), родившегося с ЗВУР, в полугодовалом возрасте был зарегистрирован его дефицит. Дети, получавшие витамин D в профилактической или лечебной дозе, в возрасте 12 мес. имели более высокую концентрацию 25-ОН витамина D ($r=+0,58$; $p<0,01$).

В периоде новорожденности содержание ЩФ в крови сравниваемых групп статистически не различалось. Уровень этого фермента был повышен в 6-месячном возрасте у детей основной группы ($p<0,02$) и в 1 год – у детей, рожденных с тяжелой гипотрофией ($p<0,05$). Установлена прямая связь между содержанием ЩФ и уровнем ПТГ в полугодовалом возрасте ($r=+0,32$; $p<0,05$).

В периоде новорожденности концентрация ОК у детей основной группы была ниже в 1,8 раза ($p < 0,01$). Минимальный уровень этого показателя зарегистрирован у детей с III степенью гипотрофии ($p < 0,05$). Сниженное содержание ОК определялось более чем у половины новорожденных основной группы (58,1%): при I степени гипотрофии – у 46,2%, при II – у 60,0%, при III – у 75,0%. В неонатальном периоде установлена прямая связь между содержанием ОК и ростом детей ($r = +0,49$; $p < 0,05$), оценкой по шкале Апгар на 1-й ($r = 0,49$; $p < 0,05$) и 5-й минутах ($r = +0,8$; $p < 0,01$). В возрасте 6 и 12 мес. уровень ОК был практически одинаковым у детей обеих групп. Максимальные показатели ОК зарегистрированы в 6-месячном возрасте у детей, имевших при рождении тяжёлую гипотрофию. Концентрация ОК в этом возрасте зависела от продолжительности грудного вскармливания ($r = +0,4$; $p < 0,05$), получения витамина D ($r = +0,5$; $p < 0,05$), уровня 25-ОН витамина D в сыворотке крови ($r = +0,4$; $p < 0,05$). Чем выше было содержание ОК, тем меньшие размеры большого родничка имели дети ($r = -0,4$; $p < 0,05$). В годовалом возрасте концентрация ОК зависела от продолжительности грудного вскармливания ($r = +0,42$; $p < 0,01$), своевременности введения прикормов ($r = +0,42$; $p < 0,01$) и уровня Ca ($r = +0,43$; $p < 0,01$). Установлена прямая связь между уровнем ОК и количеством зубов у детей к 1 году ($r = +0,73$; $p < 0,01$). Более низкие показатели ОК зарегистрированы у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта ($r = -0,78$; $p < 0,01$) и дефицитом массы тела ($r = -0,53$; $p < 0,05$).

Содержание С-КТП, также как и ОК, было существенно ниже у новорожденных основной группы. Наиболее низкие показатели этого маркера диагностированы при III степени гипотрофии. В возрасте 6 мес. уровень С-КТП был в 2 раза ниже у детей, родившихся с ЗВУР ($p < 0,05$). Наиболее низкие его значения обнаружены у детей с тяжёлой гипотрофией. В возрасте 12 мес. содержание С-КТП у детей обеих групп было практически одинаковым, за исключением детей, имевших при рождении тяжёлую гипотрофию. Уровень этих соединений у них был существенно выше ($p < 0,05$).

Между показателями, отражающими регуляцию костного метаболизма и показателями, характеризующими процессы ремоделирования костной ткани, имеются очень сложные взаимоотношения, на которые накладываются многочисленные факторы, связанные с внешними воздействиями, питанием, приёмом лекарств, витаминов и т.д. При этом необходимо помнить о том, что процессы резорбции и костеобразования, обеспечивающие ремоделирование костной ткани, являются стимуляторами активности друг друга. В подобных условиях очень важно использовать маркеры, отражающие костный метаболизм в режиме реального времени. Такую целенаправленную задачу должны решать предлагаемые нами индексы: ИЭР и ИКР, фазы адаптации.

ИЭР у детей, родившихся с гипотрофией I степени, в период новорожденности составлял $4,05 \pm 0,35$, в возрасте 12 мес. – $3,7 \pm 0,45$, что было достоверно больше ($p < 0,05$ и $p < 0,01$), чем у детей, родившихся с нормальной массой тела. У детей, родившихся с гипотрофией II и III степеней этот показатель как в период новорожденности ($4,1 \pm 0,42$; $3,8 \pm 0,44$), так и в возрасте 12 мес. ($4,1 \pm 0,46$; $3,7 \pm 0,48$) оказался достоверно увеличенным ($p < 0,05$; $p < 0,01$). У детей в возрасте 6 мес. при всех степенях гипотрофии ИЭР достоверно не отличался от его значений у детей контрольной группы.

При сопоставлении ИЭР с уровнем Ca в крови установлено, что у детей с пренатальной гипотрофией I степени на первом году жизни последний был в пределах нормальных значений, в то время как у детей с гипотрофией II степени (в периоде новорожденности) и особенно у детей с гипотрофией III степени (в периоде новорожденности и в 12 мес.) содержание Ca оказалось сниженным. Эти

данные свидетельствуют о напряжённой адаптации эндокринной регуляции костного обмена при I степени гипотрофии и признаках развития её декомпенсации при II и III степенях.

При оценке фаз эндокринной регуляции в периоде новорожденности при I степени гипотрофии фаза адаптации установлена в 76,9% случаев, фаза относительной компенсации – в 23,1%. При II и III степени фаза адаптации отмечалась в 30,0% и 37,5% случаев (соответственно), фаза относительной компенсации - в 30,0% и 25,0%, фаза декомпенсации – в 40,0% и 37,5%. В возрасте 6 мес. при I степени гипотрофии фаза адаптации определялась в 52,3% случаев, фаза относительной компенсации – в 47,7%. При II степени фаза адаптации установлена в 44,4% случаев, фаза декомпенсации – в 11,1%. При III степени фаза адаптации отмечалась в 25,0% случаев, фаза относительной компенсации в 50,0%, фаза декомпенсации – в 25,0%. В возрасте 12 мес. при I, II и III степени гипотрофии фаза адаптации определялась в 27,3%, 33,3% и 37,5% случаев (соответственно), фаза относительной компенсации – в 27,3%, 11,1% и 12,5%, фаза декомпенсации – в 45,4%, 55,5% и 50,0%.

Таким образом, фаза декомпенсации чаще отмечалась в период новорожденности и в возрасте 12 мес., преимущественно при II и III степенях гипотрофии. Следует отметить, что 6-месячный возраст при всех степенях гипотрофии отличается более выраженной стабилизацией адаптационно-компенсаторных процессов в отношении их эндокринной регуляции.

Показатели ИКР в периоде новорожденности у детей с I степенью гипотрофии ($52,5 \pm 12,6$) и у детей контрольной группы практически не различались ($p > 0,05$). При II и III степенях гипотрофии отмечается тенденция ($p > 0,05$) к уменьшению этого показателя ($49,2 \pm 11,1$; $46,2 \pm 9,3$). В возрасте 6 мес. показатель ИКР при I степени гипотрофии ($124,8 \pm 21,9$) был достоверно больше ($p < 0,01$), чем у детей контрольной группы. Достоверно больше он был и при гипотрофии II ($109,4 \pm 26,7$; $p < 0,05$), и III ($199,7 \pm 57,5$; $p < 0,001$) степеней. В возрасте 12 мес. при I степени гипотрофии показатели ИКР у детей основной ($132,9 \pm 22,7$) и контрольной групп практически не различались ($p > 0,05$). При II степени этот показатель был больше у детей основной группы ($152,3 \pm 26,7$; $p < 0,05$). При III степени ИКР ($97,0 \pm 7,8$) имел тенденцию к уменьшению, но достоверно не отличался ($p > 0,05$) от его значений у детей контрольной группы.

При оценке фаз костного ремоделирования в периоде новорожденности у детей с I степенью гипотрофии фаза напряжённой адаптации определялась в 61,5% случаев, фаза относительной компенсации – в 38,5%. У детей со II степенью гипотрофии фаза напряжённой адаптации отмечалась в 20,0% случаев, фаза относительной компенсации – в 60,0%, фаза декомпенсации – 20,0%. У детей с III степенью гипотрофии фаза относительной компенсации зафиксирована в 62,5% случаев, фаза декомпенсации – в 37,5%. В возрасте 6 мес. при I и II степенях пренатальной гипотрофии фаза напряжённой адаптации установлена у 9,1% и 22,2% детей (соответственно), фаза относительной компенсации - у 81,8% и 55,6%, фаза декомпенсации – у 9,1% и 22,0%. При III степени у 25,0% детей определялась фаза относительной компенсации, у 75,0% - фаза декомпенсации. В возрасте 12 мес. у детей с пренатальной гипотрофией I степени фаза напряжённой адаптации отмечалась в 45,5% случаев, а фаза относительной компенсации – в 54,5%. У детей с гипотрофией II и III степени фаза напряжённой адаптации зафиксирована в 44,4% и 37,5% случаев (соответственно), фаза относительной компенсации – в 44,4% и 50,0%, фаза декомпенсации - в 11,2% и 12,5%.

Оценка ИКР и фаз адаптационно-компенсаторных реакций костного метаболизма, а также содержания ОК и КТП в крови свидетельствуют о том, что в

периоде новорожденности процессы костеобразования и резорбции находятся в состоянии низкой активности (в состоянии «вялого» ремоделирования). Причём при I степени гипотрофии эти процессы в большинстве случаев одинаковые по своей активности. При II и III степенях отмечается тенденция к преобладанию процессов резорбции.

В возрасте 6 мес. при всех степенях гипотрофии установлено преобладание активности процессов костеобразования, особенно выраженное при III степени гипотрофии. В возрасте 12 мес. при I и III степенях процессы костеобразования и резорбции, по данным оценки ИКР и фаз адаптации, в большинстве случаев оказались уравновешенными, а по данным содержания С-КТГ в крови у детей, родившихся с III степенью гипотрофии, в этом возрасте отмечается преобладание активности процессов резорбции. У детей, родившихся с гипотрофией II степени, преобладали процессы костеобразования.

Таким образом, у детей, родившихся с пренатальной гипотрофией, на первом году жизни отмечается выраженный дисбаланс процессов костного ремоделирования. Соотношение процессов костеобразования и резорбции на разных этапах первого года жизни ребёнка заметно отличается. При оценке эндокринной регуляции установлено, что при всех степенях гипотрофии в периоде новорожденности и в 12 месяцев преобладают процессы, направленные на повышение содержания кальция в крови за счёт повышенного образования паратгормона. При этом усиливаются процессы резорбции костной ткани, которые, в свою очередь, усиливают процессы костеобразования. Соотношение между указанными процессами очень динамичное. В связи с этим необходима постоянная оценка процессов ремоделирования костной ткани в режиме реального времени. Такая оценка и дифференцированный подход к проведению терапевтических и профилактических мероприятий возможны при использовании рекомендуемых нами индексов.

Литература:

1. Дементьева Г.М. Оценка физического развития новорожденных: пособие для врачей. – М., 2000. – 25 с.
2. Бунин А.Т. Задержка внутриутробного развития плода (патогенез, диагностика и акушерская тактика): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – 63 с.
3. Неудахин Е. В. Клинико-метаболические и генетические аспекты гипотрофии у детей раннего возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 39 с.
4. Шабалов Н.П. Неонатология. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – Т.1,2.
5. Ожегов А.М., Королева Д.Н., Петрова И.Н. Особенности минерального обмена и костного метаболизма у новорожденных с пренатальной гипотрофией. – Детская больница. – 2010, №3 (41). – С. 23-26.
6. Щеплягина Л.А., Моисеева Т.Ю., Коваленко М.В. и др. Остеопения у детей (диагностика, профилактика и коррекция): пособие для врачей. – М., 2005. – 40 с.
7. Namgung R, Tsang RC. Bone in the pregnant mother and newborn at birth / R. Namgung, R.C. Tsang // Clin Chim Acta. – 2003, №1. – P. 100-111.
8. McKane W.R., Khosla S., Egan K.S. Role of calcium intake in modulating age-related increases in parathyroid function and bone resorption // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1996. – Vol. 81. – P. 1699-1703.
9. Беневоленская Л.И. Остеопороз – актуальная проблема медицины. – Остеопороз и остеопатии. – 1998, № 1. – С. 19-22.
10. Щеплягина Л.А., Нетребенко О.К. Значение питания для формирования костей скелета у детей. – Педиатрия, 2012; 91 (1): 107-113.

11. Неудахин Е.В. О хроническом стрессе и ассоциированных с ним психовегетативных расстройствах. Детская вегетология (под ред. Р.Р. Шилиева, Е.В. Неудахина). – М.: ИД «Медпрактика-М.». – 2008. – С. 81-104.
12. Голованова Н.Ю. Остеопороз у детей. Педиатрия: национальное руководство в 2 т. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – Т.1. – С. 279-298.

Петрова И.Н., Тарасова Т.Ю., Ожегов А.М., Алексеева О.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плода и новорожденного характеризуется высокой распространенностью и не имеет тенденции к снижению. В настоящее время, по данным различных авторов, частота ЗВУР колеблется от 3% до 25% [1].

Нутритивная недостаточность у новорожденного, начиная с периода внутриутробного развития, оказывает неблагоприятное влияние на его развитие, предрасполагая к формированию ряда патологических состояний, в том числе, к изменению иммунологической реактивности ребенка и, как следствие, повышенному риску реализации и осложненному течению врожденных инфекций [2]. Несмотря на внедрение в последние годы современных методов диагностики и лечения, врожденные инфекции (ВИ) по-прежнему вносят значительный вклад в перинатальные потери и ухудшают качество жизни детей в последующие годы [3-5].

Цель работы: выявить клинико-иммунологические особенности течения врожденных внутриклеточных инфекций у детей, родившихся с задержкой внутриутробного развития.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели проведено обследование 103 новорожденных детей с ЗВУР: 60 детей с ВИ (основная группа) и 43 детей без ВИ (группа сравнения). Диагноз ВИ подтверждали методами ПЦР и ИФА. Идентификация ДНК *Cytomegalovirus*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* в крови осуществлялась с использованием термоциклера «*Gradient Palm Cycler*» («*Corbett Research*», Австралия), аппарата *Molecular Imager Gel Doc-XR 170-8170 (Bio-RAD)* и набора реагентов «Ампли Сенс» (ФГУН «ЦНИИЭ» Роспотребнадзора, г. Москва). Специфические антитела класса G и M в сыворотке крови к вышеперечисленным возбудителям определялись на анализаторе *Digiscan* с использованием реактивов «Вектор-Бест».

У всех новорожденных детей проанализировано течение ante-, intra- и неонатального периодов, проведено лабораторно-инструментальное обследование. У 31 пациента основной группы, 30 детей группы сравнения и 20 здоровых новорожденных (контрольная группа) в возрасте 8-14 дней жизни определялись уровни интерферонов α (*IFN- α*) и γ (*IFN- γ*) (тест-система ИФА, фирма «*Pro Con*», Россия), интерлейкина 4 (*IL-4*) (лаборатория иммуногенетики ФГУ, «Медико-генетический научный центр РАМН», Москва, руководитель – д.м.н., профессор А.Л. Пухальский), иммуноглобулинов A, M, G в сыворотке крови (метод радиальной иммунодиффузии, *G. Mancini et al.*, 1965), а также секреторного *IgA (sIgA)* и сывороточных *IgA*, *IgM*, *IgG* в копрофильтратах (метод радиальной иммунодиффузии, *G. Mancini, A. Carbonara*, 1965, в модификации Е.В. Чернохвостовой, С.И. Гольдерман, 1975, Московский НИИ эпидемиологии и

микробиологии им. Г.Н. Габричевского, зав. лабораторией – к.м.н. Н.С. Матвиевская).

Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием лицензионной программы «BioStat 2009».

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного у 334 пациентов скринингового исследования установлена частота ВИ у доношенных детей с ЗВУР в педиатрическом стационаре, которая составила 17,9%. Среди пациентов с ВИ чаще других выявлялась цитомегаловирусная инфекция (46,6%), несколько реже - хламидийная (25,0%), микоплазменная (11,7%) и смешанная (16,7%) инфекции.

Исследование показало, что все дети основной группы имели неблагоприятное течение антенатального периода (в группе сравнения 90,7%; $p < 0,05$). Только у женщин основной группы отмечались в анамнезе замершая беременность (8,3%; $p < 0,05$), бесплодие (6,7%; $p < 0,05$), смерть детей в раннем неонатальном периоде (3,3%). Беременные этой группы достоверно чаще переносили ОРВИ (38,3%; $p < 0,05$), острые заболевания бактериальной этиологии (23,3%; $p < 0,05$), инфекции, передающиеся половым путем (65,0%; $p < 0,05$), в 2 раза чаще имели измененный характер околоплодных вод. Только у женщин основной группы отмечены аномалии предлежания плода (15,0%; $p < 0,01$).

Средние масса тела, рост и окружность головы у детей основной группы при рождении составили $2575,2 \pm 46,8$ г; $49,2 \pm 0,2$ см и $32,8 \pm 0,2$ см, соответственно, и не отличались от аналогичных показателей группы сравнения. Однако средние размеры окружности груди у них были достоверно меньше. Новорожденные с ВИ значительно чаще рождались в асфиксии (56,7%; $p < 0,02$). Их состояние в раннем неонатальном периоде чаще расценивалось как тяжелое (18,3%; $p < 0,02$), что было обусловлено дезадаптационным синдромом, соматической и неврологической патологией и требовало проведения интенсивной терапии (18,3%; $p < 0,02$), в том числе искусственной вентиляции легких (10,0%; $p < 0,05$). Тяжесть состояния детей основной группы коррелировала с полисистемностью поражения ($r = 0,77$; $p < 0,01$).

В раннем неонатальном периоде у детей основной группы значительно чаще выявлялись врожденные пороки развития (26,7%; $p < 0,01$), дыхательные расстройства (36,7%; $p < 0,02$), изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (46,7%; $p < 0,05$), перинатальные поражения ЦНС (85,0%; $p < 0,05$), в том числе тяжелой степени (6,7%; $p < 0,05$). По нашему мнению, в генезе выявленных нарушений имели значение осложненное течение беременности и наличие инфекционной патологии у детей.

Из специфических проявлений ВИ у детей с ЗВУР в позднем неонатальном периоде достоверно чаще выявлялись пневмония (28,3%; $p < 0,001$), имевшая у каждого второго ребенка интерстициальный характер; поражение верхних дыхательных путей (15,0%; $p < 0,001$); гепатит (16,7%; $p < 0,01$); инфекция мочевыводящих путей (15,0%; $p < 0,01$); гипертермия (11,7%; $p < 0,01$); геморрагический синдром (11,7%; $p < 0,01$); синдром экзантемы (8,3%; $p < 0,05$); лимфоаденопатия (3,3%); нейросонографические изменения в виде гиперэхогенных включений (28,3%; $p < 0,01$), внутричерепных кровоизлияний (21,7%; $p < 0,05$), кист (10,0%; $p < 0,01$). При ВИ у детей с ЗВУР часто выявлялись перинатальное поражение ЦНС (91,7%; $p < 0,001$), патология сердечно-сосудистой системы (60,0%; $p < 0,05$), анемия (33,3%; $p < 0,001$).

Манифестное течение ВИ зарегистрировано нами у 75,0% детей, из них у 38,8% отмечалось моносистемное, у 62,2% - полисистемное поражение. Ведущим клиническим синдромом при ВИ, независимо от этиологического фактора, у детей с ЗВУР было перинатальное поражение ЦНС и его последствия (70,0-100,0%).

При ЦМВИ частыми проявлениями были: поражение сердечно-сосудистой системы (71,4%), пролонгированная желтуха (46,4%), синдромы цитолиза (46,4%) и холестаза (39,3%), пневмония (32,1%), гепатит (28,6%), геморрагический синдром (17,9%). Только у новорожденных детей с ЦМВИ регистрировалась гипертермия (25,0%), достоверно чаще в сравнении с другими инфекциями – анемия (53,6%; $p < 0,05-0,001$).

При хламидиозе у новорожденных детей существенно чаще, чем при ЦМВИ и смешанной инфекции, отмечалась инфекция мочевыводящих путей (46,7%; $p < 0,01$). Другими частыми проявлениями хламидийной инфекции явились: поражение сердечно-сосудистой системы (40,0%), пролонгированная желтуха (40,0%), пневмония (26,6%), анемия (26,6%), конъюнктивит (26,6%) и синдром цитолиза (26,6%).

Менингоэнцефалит, лимфоаденопатия, энтероколит диагностированы только у пациентов с цитомегаловирусной (7,1%, 6,7%, 3,6%) и хламидийной инфекцией (6,7%, 10,7% и 13,3% соответственно).

При микоплазменной инфекции у детей регистрировались: патология сердечно-сосудистой системы (57,1%), конъюнктивит (28,5%), инфекция мочевыводящих путей (28,5%), пневмония (14,3%), ринит (14,3%), синдром экзантемы (14,3%). Нами отмечена достаточно высокая частота синдрома цитолиза (42,9%), который носил транзиторный характер и не сопровождался гипербилирубинемией.

При смешанном характере инфекции ведущими проявлениями были: пролонгированная желтуха (70,0%), синдром цитолиза (60,0%), патология сердечно-сосудистой системы (60,0%), пневмония (30,0%), ринит (30,0%), гепатит (10,0%).

При анализе гемограммы у детей с ВИ в раннем неонатальном периоде определялись более высокие уровни молодых форм лейкоцитов и моноцитов, у них достоверно ниже был уровень тромбоцитов и сегментоядерных лейкоцитов, что является отражением инфекционного процесса. Наиболее выраженные гематологические изменения в первые сутки жизни отмечены у детей с микоплазменной инфекцией. В этой подгруппе было более низкое содержание тромбоцитов ($167,3 \pm 9,2 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,001$), высокий уровень молодых форм лейкоцитов и моноцитов ($p < 0,05$). В подгруппе новорожденных с хламидийной и смешанной инфекцией уровень лейкоцитов в раннем неонатальном периоде был достоверно выше ($19,9 \pm 2,6 \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,02$; $19,1 \pm 1,7 \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,05$). Наиболее низкий уровень гемоглобина в первые сутки жизни отмечался у новорожденных с ЦМВИ ($178,3 \pm 3,8$ г/л; $p < 0,001$), что сопровождалось наличием анемии у каждого второго ребенка (53,6%). Уровень тромбоцитов при рождении у детей с ЦМВИ не отличался от показателя группы сравнения, однако в позднем неонатальном периоде был достоверно ниже, что, вероятно, было обусловлено интранатальным характером инфицирования у части детей.

У детей с ЗВУР, имеющих ВИ, нами исследовано состояние общего и местного гуморального иммунитета, а также некоторые показатели цитокинового статуса.

При анализе сывороточных концентраций иммуноглобулинов в крови у новорожденных детей с ЗВУР и ВИ выявлена дисиммуноглобулинемия в виде снижения *Ig A* и повышения *Ig M* (табл. 1). Увеличение концентрации *Ig M* обусловлено закономерностями текущего инфекционного процесса и ранней антигенной стимуляцией организма ребенка. Сывороточная концентрация *Ig G* у пациентов основной группы не имела значимых различий с показателями группы сравнения и здоровых детей.

Таблица 1

Показатели сывороточных иммуноглобулинов
у новорожденных детей, М±m

Показатель, мг%	Основная группа n=32 (1)	Группа сравнения n=20 (2)	Контрольная группа n=20 (3)
Ig A	7,18±1,09 $p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,01$	16,13±2,41	15,23±2,41
Ig M	93,18±17,72 $p_{1-2}<0,02$ $p_{1-3}<0,05$	47,68±6,39	50,53±7,24
Ig G	821,0±62,17	735,0,18±16,09	702,21±21,01

Примечание: p_{1-2} , p_{1-3} , достоверность различий между группами детей.

Исследование содержания в крови противовоспалительного цитокина - интерлейкина-4, показало, что его исходный уровень у новорожденных детей основной группы был несколько выше (4,27±0,47 пг/мл), чем в контрольной (3,31±3,04 пг/мл) и группе сравнения (3,09±0,92 пг/мл), но без достоверной разницы показателей. Известно, что IL-4 продуцируется T-хелперами 2-го типа (Th2), которые реализуют хелперную функцию формирования гуморального иммунитета. IL-4 осуществляет регуляцию образования других цитокинов, в частности ограничивает синтез макрофагами провоспалительных цитокинов, снижает образование высокоактивных метаболитов кислорода, азота, способствуя снижению активности воспалительного процесса.

Уровень IFN- γ у новорожденных детей основной группы был достоверно выше, чем в группе сравнения и у здоровых детей (табл. 2). Полученные данные о повышении в большей степени IFN- γ , чем IL-4, у детей с ВИ позволяют предположить наличие Th1 направленности иммунного ответа и подтверждают ведущую роль IFN- γ в противоинфекционной защите новорожденного ребенка.

Таблица 2

Показатели IFN- α и IFN- γ в сыворотке крови у новорожденных детей, М±m

Показатель, пг/мл	Основная группа (n=31)	Группа сравнения (n=30)	Контрольная группа (n=20)
IFN- α	13,31±0,63	14,30±0,79	12,47±1,68
IFN- γ	12,17±0,93*	7,09±0,52	7,58±2,00

Примечание: достоверность различий с группой сравнения и контрольной группой детей: * – $p<0,05$.

При анализе показателей IFN- γ у новорожденных детей с ВИ в зависимости от этиологического фактора более низкие значения выявлены при ЦМВИ (8,31±1,17 пг/мл). При хламидийной, микоплазменной и смешанной ВИ у детей с ЗВУР показатели IFN- γ были достоверно выше, чем при ЦМВИ (14,16±1,42 пг/мл; 12,57±0,66 пг/мл; 13,69±1,95 пг/мл; $p<0,05-0,01$). По нашему мнению, снижение уровня IFN- γ может свидетельствовать о неадекватной мобилизации противоинфекционных механизмов защиты при ЦМВИ, что может способствовать затяжному течению инфекции.

Среднее содержание IFN- α в сыворотке крови новорожденных детей основной группы составило 13,31±0,63 пг/мл. Значимых различий показателя с группами сравнения и контрольной выявлено не было (табл. 2).

При ЦМВИ, хламидийной, микоплазменной и смешанной инфекциях у детей с ЗВУР средний уровень IFN- α варьировал от 12,25±0,87 пг/мл до 14,94±1,60 пг/мл. Достоверной разницы в содержании IFN- α при различной этиологии инфекции у детей не отмечено.

Количественное определение сывороточных иммуноглобулинов А, М, G в копрофильтратах показало, что средний уровень *IgA* и *IgM* у детей основной группы был достоверно выше показателей в группе сравнения и здоровых детей (табл. 3). Более высокая концентрация *IgM* в копрофильтратах детей основной группы сочеталась с высоким уровнем сывороточного *IgM* в крови ($93,18 \pm 17,72$ мг%).

Таблица 3

Содержание иммуноглобулинов в копрофильтратах у новорожденных детей, М±m

Иммуноглобулины, мг/мл	Основная группа, n=32 (1)	Группа сравнения, n=20 (2)	Контрольная группа, n=20 (3)
<i>sIgA</i>	0,032±0,010 $p_{1-2} < 0,01$ $p_{1-3} < 0,001$	0,089±0,019 $p_{2-3} < 0,01$	0,164±0,015
<i>IgA</i>	0,033±0,012 $p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-3} < 0,05$	0,0089±0,002	0,006±0,002
<i>IgM</i>	0,028±0,010 $p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-3} < 0,05$	0,008±0,003	0,005±0,003
<i>IgG</i>	0,016±0,007	0,013±0,008	0,012±0,008

Примечание: p_{1-2} , p_{1-3} , p_{2-3} - достоверность различий между группами.

Известно, что сывороточные антитела, участвующие в реализации местного иммунитета, проникают в просвет кишечника в результате пассивной трансудации интерстициальной жидкости через покровный эпителий. По-видимому, повышение концентрации сывороточных *IgM* и *IgA* в копрофильтратах обусловлено повышенной проницаемостью кишечной стенки при наличии инфекционного процесса у ребенка. Содержание сывороточного *IgG* в копрофильтратах детей основной группы было несколько выше, чем в группе сравнения и контрольной группе, однако достоверной разницы показателей выявлено не было. Исследование уровня секреторного *IgA*, который является первой линией специфической защиты слизистых, выявило, что у новорожденных детей с ЗВУР средняя концентрация *sIgA* была достоверно ниже, чем у здоровых детей. При этом у пациентов основной группы показатель *sIgA* был существенно ниже, чем в группе сравнения. В секретах организма *sIgA* связывается с бактериями и вирусами, блокируя тем самым их адсорбцию и адгезию к эпителию слизистой и препятствуя проникновению патогенов во внутреннюю среду организма. Выявленные изменения показателей *sIgA* в копрофильтратах могут свидетельствовать о недостаточности местного специфического гуморального иммунитета у детей с ЗВУР, более выраженной при имеющемся инфекционно-воспалительном заболевании.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в педиатрическом стационаре среди доношенных новорожденных с ЗВУР частота ВИ составила 17,9%. Выявлены неблагоприятные антенатальные факторы у детей с ЗВУР, имеющих ВИ: осложненное течение беременности, перинатально значимые инфекции, ОРВИ, острые заболевания бактериальной этиологии, осложненный репродуктивный анамнез, аномалии предлежания плода, врожденные пороки развития, интранатальная асфиксия. Установлено, что врожденные инфекции у детей с ЗВУР отличаются клиническим многообразием. Доминирующими проявлениями их являются: перинатальное поражение ЦНС, сердечно-сосудистые нарушения, анемия, пневмония, гепатит, инфекция мочевыводящих путей, гипертермия, геморрагический синдром, экзантема. Состояние

цитокинового статуса у новорожденных детей с ВИ характеризовалось повышенной продукцией *IFN-γ* при нормальном уровне *IL-4*, за исключением ЦМВИ, при которой отмечены низкие показатели *IFN-γ*. Особенности гуморального системного и местного иммунитета кишечника у новорожденных детей с ЗВУР, имеющих врожденные инфекции, явились дисиммуноглобулинемия, низкое содержание секреторного *IgA* и повышение сывороточных *IgA* и *IgM* в копрофильтратах.

Литература:

1. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. – М.: Медицина, 2004. – 494 с.
2. Ни А.Н., Фадеева Т.Ю., Быкова О.Г. Нутритивный статус детей, родившихся с синдромом задержки внутриутробного развития / Вопросы детской диетологии. – 2011. - №4. – С. 9-12.
3. Состояние здоровья внутриутробно инфицированных детей / М.Ю. Коровина, Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. - №2. – С.48-52.
4. Врожденные перинатальные и неонатальные инфекции / под ред. А. Гриноу, Дж. Осборна, Ш. Сазерленд: пер с англ. – М.: Медицина, 2000. – 288 с.
5. Буданов П.В., А.Н. Стрижаков. Этиология, патогенез, диагностика и лечение внутриутробных инфекций // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2010. - №3.- С.61-71.

Рябова Г.А., Борисова Н.А.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ МСЧ № 5

Детский организм наиболее чувствительный к воздействию вредных факторов окружающей среды, микроокружению, стрессовым ситуациям. В результате дети болеют различными заболеваниями в зависимости от возрастного периода. Педиатры озабочены состоянием здоровья детей, особенно раннего возраста. В течение последних лет индекс здоровья падает, только 1,3-0,4% детей рождаются здоровыми, 35% новорожденных выписываются с грубыми органическими поражениями, 64% - дети группы риска на различную патологию. Одной из главных причин заболеваемости периода новорожденности является крайне неудовлетворительное здоровья матери, особенно в период беременности. По данным анализа экспертных оценок дородовых патронажей и сводки патологических данных о здоровье мамы по выпискам из родильных домов на одну родившую женщину приходится 3,8 заболевания (таб. 1).

Структура заболеваний среди беременных женщин по 486 медицинским документам за 1997 год.

Таблица 1

№ п/п	Нозология	Среднее количество заболеваний на 100 родивших женщин (в%)
1	Анемия	54,4
2	Инфекционные заболевания в том числе:	60,2
	токсоплазмоз	2,6
	микоплазмоз	26
	хламидиоз	15
	гонорея	1,6

	трихомониаз	4,2
	сифилис	2,6
	ОРВИ до 12 недель	16,7
	после 12 недель	30
	туберкулез	2,6
	носители австралийского антигена	3,6
	инфекции мочевыводящих путей	2,4
3	Заболевания почек	33
4	Заболевания сердечно-сосудистой системы	37,8
	из них ВСД	27,5
5	Заболевания эндокринной системы	15
6	Заболевания легких	1,6
7	Заболевания ЖКТ	14,6
8	Заболевания ЛОР-органов	9
9	Заболевания женской половой сферы	38,6
10	Патология беременности	51

Многие женщины в периоде беременности имеют острые или обострение хронических заболеваний и получают медикаментозное лечение, в том числе антибиотики в больших дозах. Все эти неблагоприятные осложнения отражаются на здоровье новорожденных (таблица 2).

Структура заболеваемости новорожденных
(по анализу экспертных оценок 486 амбулаторных карт новорожденных за 1997 год)

Таблица 2

№ п/п	Нозология	Среднее количество заболеваний на 100 родившихся детей (в%)
1	Перинатальная энцефалопатия	76
2	Конъюгационная желтуха	36,5
3	Малая септическая инфекция	22,8
4	Дисбактериоз кишечника	30
5	ОРВИ	23
6	Анемия	15,2
7	Рахит	2,3
8	Гипотрофия	20
9	Врожденные пороки развития	3,6
10	Эксудативно-катаральный диатез	11
11	Кардиопатия	6,5
12	Прочие заболевания	4,1

В результате анализа на 1-го новорожденного приходится 2,5 заболевания. 158 детей, то есть 31% новорожденных пролечены в стационарах города уже на 1 месяце жизни.

Лечебные манипуляции, химиотерапевтические вмешательства, фоновые состояния способствуют формированию нарушения обменных процессов и снижению резистентности детского организма к внешним условиям. Дети, особенно в раннем и дошкольном возрасте, имеют малокровие, дефицит веса, проявления рахита, плохой аппетит, нарушения пищеварительной функции, проявления на коже, отклонения со стороны нервной системы. 42% от числа

обследованных на микробный состав кишечного содержимого имеют отклонения физиологического состояния микрофлоры. При дисбактериозах у детей отмечаются вздутие живота, срыгивание, учащение стула, изменение консистенции кишечного содержимого. У детей дошкольного возраста появляются частые вирусно-бактериальные заболевания. У детей школьного возраста начинается хронизация процессов.

В течение 7 лет применяли жидкий концентрат бифидобактерий, лактобактерий в комплексном лечении ослабленным детям, а также применяли с профилактической целью экзоэндогенной реабилитации детям всех возрастов на участках, в дошкольных учреждениях, школьных оздоровительных сменах в летний период, в оздоровительном комплексе «Волна» и смена «Мать и дитя», в профилактории «Нефтяник».

Целью применения были: снизить заболеваемость и улучшить показатели здоровья. «Эуфлорин» применялся внутрь согласно методическим рекомендациям, на кожу местно в виде примочек при кожных проявлениях, на раневые поверхности в хирургической практике, в виде турунд в уши при гнойных отитах, орошение и промывание носоглотки при аденоидах, риносинуситах, в гинекологии местно при кольпитах. При местном применении эффект в 100% достигался быстро и при комплексном лечении, укорачивались сроки лечения.

Эффективность применения оценивалась по объективным изменениям, клинико-лабораторным данным, статистическим показателям.

Оценка эффективности применения нативного концентрата бифидобактерий («Эуфлорин-В») у детей первого года жизни (в сравнении с применением сухого бифидумбактерина)

Таблица 3

№ п/п	Критерии	Жидкий «Эуфлорин» (в%)	Сухой бифидумбактерин (в%)
1	Санация кишечника	98	69
2	Улучшение аппетита	91	30
3	Малая септическая инфекция	48	40
4	Снижение болей в животе	90	80
5	Нормализация частоты дефекации	80	60
6	Нормализация кожных покровов	90	50
7	Нормализация консистенции кишечных выделений	95	50
8	Повышение гемоглобина	90	20

Нативный «Эуфлорин» применялся в школе №76 у детей первых классов, в период адаптации к школе в 1995 году. Работа проводилась совместно с кафедрой нормальной физиологии ИГМА под руководством д.м.н. Л.С. Исаковой. В начале учебного года в сентябре было проведено комплексное обследование состояния здоровья детей, поступивших в 1 класс, путем компьютерного обследования по многим параметрам, клинико-биохимического обследования, объективного осмотра. Результаты показали, что дети пришли в школу с низкими адаптационными возможностями физиологических систем, которые утяжеляют адаптацию ребенка к школе.

В перечень оздоровительных мероприятий был назначен «Эуфлорин-В» курсами весной и осенью.

В конце учебного года было повторное полное обследование детей.

Результаты оздоровительных мероприятий оценивались по разным критериям, в том числе по состоянию заболеваемости экспериментальной и контрольной групп школьников, не получающих оздоровления, представлены в таблице 4.

Таблица 4

№ п/п		Количество случаев заболеваний	
		Экспериментальная группа	Контрольная группа
1	За год до поступления в школу	1790	1800
2	В конце учебного года	460	1200

Большое внимание в поликлинике уделяется оздоровлению диспансерных детей пробиотиками. В 1997 году пролечено 450 детей, детей до года – 88% от общего числа детей до года, 186 детей с1-3 лет, 586 детей диспансерных групп – 16% от количества диспансерных детей.

Конечным итогом оздоровительных и профилактических мероприятий являются стабильные показатели заболеваемости, особенно острыми кишечными заболеваниями (таблица 5).

Таблица 5

№ п/п	Наименование показателя	Поликлиника/город		
		1995	1996	1997
1	Общая заболеваемость	1551/2090	1428/2007	1590,2/2393,2
2	Заболеваемость детей до 1 года жизни в том числе инфекционные и паразитарные кишечные инфекции	3630/3996	3174/4800	2373,8/4692,8 54,8/134,2 29,9/73,1
3	Младенческая смертность	17,8/19,5	12,6/15,2	3,8/18

Исходя из вышеизложенного и полученных результатов можно сделать вывод, что жидкие концентраты бифидобактерий и лактобактерий эффективны при назначении детям всех возрастов, как для лечения, так и для профилактики.

Самсонова А.А.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕМЕЙНЫХ ФОРМ УСТРОЙСТВА ДЕТЕЙ-СИРОТ В РОССИИ

Социальное сиротство - это тяжелая, неестественная ситуация, когда родители по разным причинам не воспитывают своих детей.

Семейные формы устройства детей наиболее приоритетны, т.к. они дают ребенку возможность получить положительный опыт семейной жизни, пройти внутрисемейный процесс социализации.

При устройстве ребенка должны учитываться его этническое происхождение, принадлежность к определенной религии и культуре, родной язык, возможность обеспечения преемственности в воспитании и образовании.

Организации, в которые дети помещены под надзор, вправе осуществлять временную передачу детей в семьи граждан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации. Временная передача ребенка в семью граждан, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, не

является формой устройства ребенка в семью, а осуществляется в интересах ребенка в целях обеспечения его воспитания и гармоничного развития (на период каникул, выходных или нерабочих праздничных дней и другое).

Из истории известно, что, когда еще не существовало единого Российского государства, призрение детей-сирот было частным делом князей, либо возлагалось княжеским государством на церковь. Но в любом случае оно осуществлялось из религиозных, моральных побуждений, рассматривалось как богоугодная акция.

Существовали в древние времена и конкретные способы защиты осиротевшего ребенка путем его усыновления или передачи под опеку. Усыновление как искусственное «сыновство», как прием «стороннего» в состав семьи, совершалось в России «издревле», то есть и в пору язычества.

Таким образом, усыновление знали и во времена, когда существовала древняя семья с патриархальным отцом семейства во главе, в которую одинаково входили «и дети, и рабы, и принятые в семью (примаки) из чужой семьи». Но со временем все более отчетливым становится намерение усыновителя иметь наследника, который бы поминал души бездетных супругов.

Опека над несовершеннолетними своими корнями уходит далеко вглубь истории. Потребность в ней существовала во все времена, даже в эпоху господства большой патриархальной семьи. И всегда она связана с заменой родительской власти. Именно этот мотив, это обоснование и это оправдание учреждения опеки и проявляются у всех народов. Но первоначально опека возникает не столько по соображениям нравственного порядка - позаботиться о сироте, сколько ради соблюдения интересов его родственников - претендентов на имущество в случае смерти малолетнего. На первых порах именно поэтому опека представляла собою право этих родственников.

Первый случай опеки над ребенком, упоминавшийся в летописи, относится к 879 году. После смерти родителей опекунами становились те ближайшие родственники, которые в роде занимали место умерших. Например, после смерти князя Игоря, опекуном над Святославом стала его мать. Что касается существа опекунских отношений, то они были только личными. Опекун заботился только о воспитании и прокормлении сироты, об охране его от обид и несправедливостей, а имущество принадлежало всему роду. Никаких имущественных обязанностей опекун не имел, ему принадлежали только права. Вот почему он был безотчетен и безответственен.

Осиротевших детей брали и в зажиточный дом, где благочестивые отцы семейств их воспитывали и обучали какому-нибудь занятию, а по достижении совершеннолетия отпускали, что называлось «благословлять в мир». Вместе с тем бытовало и преступное отношение к осиротевшим детям. По свидетельству Н. Костомарова в X VII веке служилые люди торговали женским полом в Сибири. «Они насильно брали беспомощных сирот-девиц и продавали их».

Крестьянские дети, «оставшись от родителей своих», поступали на воспитание или родственников или посторонних людей вместе со своим имуществом, которое «небыв приведено в известность, расхищается часто корыстолюбивыми воспитателями в свою пользу». Если у осиротевшего ребенка не было никакого имущества, он жил обыкновенно мирским подаянием. «Общество об них нисколько не заботится, предоставляя их на волю судьбы».

В середине XVII века при царе Алексее Михайловиче получила свое дальнейшее развитие идея постепенного сосредоточения призрения в руках власти гражданской. В это время были созданы приказы, специально занимавшиеся призрением бедных и сирот. А патриарх Никон получил от царя право принимать от них прошения и делать царю по ним представления. По Указу

царя Алексея Михайловича в 1650 году была перепечатана Кормчая книга, включавшая в себя все существовавшие до того времени правила православной церкви, относящиеся к сиротам.

В 1682 году был подготовлен проект Указа, где из общего числа нищих выделялись нищие безродные дети. Здесь же впервые ставился вопрос об открытии для них специальных домов с целью обучения их грамоте и ремеслам, наукам. С 1706 года было положено начало истории специальных детских учреждений для детей-сирот, когда Новгородский митрополит Иов построил по собственной инициативе и за собственные средства в Холмово-Успенском монастыре «сиропитательницу» для «засорных» младенцев.

Нехватка рабочих рук объясняла отношение к ребенку-сироте и как к будущему работнику. Поэтому государство отдавало беспризорных детей частным лицам и церковным учреждениям, позволяя им пользоваться бесплатным трудом своих воспитанников. Такое закабаление было наиболее примитивной формой заботы общества и государства о малолетних, оставшихся без семьи. Что же касается самих частных лиц, то они охотно брали на воспитание сироту, чтобы потом закабалить его навсегда. А оставшийся без родителей ребенок «бил челом во двор к лицу согласившемуся взять его к себе», чем обеспечивал свое пропитание. Что же касается устройства осиротевших детей в семью, то две его основные формы - усыновление и опека продолжали существовать в прежнем виде. Новых законодательных актов на этот счет не было, за исключением одного предписания, запрещавших усыновлять своих незаконных детей. Но опека постепенно начинает подвергаться более детальному правовому регулированию. Более четким становится круг возможных опекунов, куда могут входить: отчим, ближайшие родственники ребенка. Появилась также опека по назначению органами, обладающими властными полномочиями. Имеется в виду прежде всего церковь, поскольку духовенство в те времена полностью распоряжалось семейными, наследственными и опекунами делами. Однако родственники продолжали следить за опекунами. Но постепенно чисто нравственная обязанность опекуна возвращать имущество опекаемому к моменту достижения им полной самостоятельности превращается в юридическую. Из безотчетного и полновластного распорядителя опекун превращается в представителя интересов опекаемого.

Еще одним, имеющим принципиальное значение, шагом в законодательном регулировании вопросов семьи и брака, стало ограничение церковной власти над брачно-семейными отношениями, так как ранее делами семейными ведало главным образом «Великое духовенство». Теперь большая часть «семейственных дел» подчинялась светским, гражданским законам. Если Стоглав устанавливал брачный возраст для жениха - 15 лет, невесты - 12 лет, то Указ Петра I «О порядке наследования» (1714 год) поднял его рамки: для жениха - 20 лет, для невесты - 17 лет.

Петр I уделил внимание вопросам, касающимся родительской власти, на неограниченность которой он также обратил свое внимание, подтвердив их право употреблять против непокорных детей домашние исправительные меры. Родителям разрешалось:

- отдавать детей в смиренные дома;
- приносить на них жалобы в суд.

Опеке как форме устройства ребенка в семью реформы уделяли достаточное внимание. Петр I повелевал призывать сирот «без призрения после родительства оставшихся подкидышей или явленных таких, которых воспитывать мужского пола до 7 лет, а потом посылать в школы определенные, а женского пола обучать грамоте, також следующих мастерств...» Что же касается

непосредственно опеки как формы устройства ребенка в семью, то на этот счет появилось следующее указание: магистраты (а не церковь) обязаны смотреть, «чтобы сироты не оставались без опекунов, назначение которых и наблюдение за которыми поручает магистратам же». Это нужно считать первым установлением опеки как особого государственного учреждения с властью, контролирующей деятельность опекунов.

При Екатерине II российское законодательство по-прежнему не давало перечня ограничений родительской власти на случай злоупотребления ею. Поэтому «самые безнравственные родители, поведение которых самым развращающим образом действует на детей, страдающих морально и физически, сохраняют всю полноту своей власти, как и родители безукоризненной нравственности и вполне чадолюбивые».

В годы ее царствования имело место еще одно существенное нововведение, имеющее прямое отношение к положению детей. Если раньше, незаконнорожденные подкидыши закрепощались путем их закрепления за воспитателями, чьими крепостными они становились, то теперь они стали поступать до совершеннолетия в ведомство приказов общественных учреждений, после чего становились вольными. За владельцами закреплялись только незаконнорожденные дети крепостных матерей.

Наряду с дворянской опекой для купеческих и мещанских вдов при каждом городском магистрате учреждался городской сиротский суд. На «всякого города главу» возлагалась аналогичная обязанность уведомлять городской сиротский суд о вдовах и осиротевших малолетних детях «всякого звания городских жителей», «кои в том городе, где он избран, остались после мужей, или родителей, и без призрения находятся».

Продолжала развиваться опека, сословность накладывала свой отпечаток на содержание требований, касающихся воспитания. Для одного сословия они были одни, для другого другие. Так, малолетнего дворянина надлежало воспитывать так, чтобы он мог «вести жизнь порядочную, сходственную с достатком, безхлопотную от заимодавцев и безмятежную от домашнего неустройства, весьма отдаленную от расточения, разоряющего роды». А для мещан и купцов предназначались несколько иные правила: «дабы мог воспитываться в знании приличного его состоянию промысла или ремесла». При всех более или менее значительных различиях в регламентации отношений по опеке всякий раз устанавливались правила, относящиеся к имущим группам населения. Не случайно, поэтому, речь всякий раз идет об опеке над именем (имуществом) и личностью ребенка.

Следовательно состоявшиеся при Екатерине II перемены в правовом регулировании отношений, связанных с опекой, в круге обязанностей опекунов, порядке назначения и отзыва их и другие вопросы поставили деятельность в законные рамки.

Таким образом, в годы царствования Екатерины II заметное место занимают административно-организационные перемены в устройстве осиротевших детей. При этом сохранявшийся принцип сословности обрел еще более четкие черты.

В деятельности Екатерины II, находившейся под влиянием западноевропейских просветительских идей, особое место занимает забота об устройстве осиротевших детей вообще. С одной стороны, она предписывает устраивать их в семьи. В Указе «Учреждения для управления губерний» на этот счет говорилось: «если же устройство сиротских домов будет неудобно или потребует издержек, кои отнимут способы к оказанию Призрения большему числу сирот, то Приказ неимущих сирот отдает за умеренную плату надежным

добродетельным и добронравным людям для содержания и воспитания с обязательством, чтобы предоставить их во всякое время Приказу. В ст. 301 этого Указа говорилось также, что ребенок передается воспитателям «дабы научился науке или промыслу или ремеслу, и доставлен был ему способ учиться добрым гражданином». Но и эта гуманная идея полностью подчинялась принципу сословности.

При Екатерине II укрепились и административно-правовые основы воспитательных домов и приютов для «осиротелых» детей. Все они, кроме Московского и Петербургского, передавались в ведение Приказов общественного призрения. Однако, несмотря на все усилия И.И. Бецкого создать так называемое «третье сословие», его идея потерпела крах. Во-первых, он не предполагал такого наплыва детей в Воспитательные Детские Дома, что парализовало их деятельность. Во-вторых, чрезвычайно высокой была смертность среди поступающих сюда детей. Так, в первые четыре года существования Московского Воспитательного Дома из принятых 3147 детей больше 82 % умерло. Были годы, когда умирали просто все дети.

Поэтому Екатерина стала предписывать устраивать детей в семьи. Приказ неимущих сирот отдает за умеренную плату надежным добродетельным и добронравным людям для содержания и воспитания с обязательством, чтобы предоставить их во всякое время Приказу. В ст. 301 этого Указа говорилось также, что ребенок передается воспитателям «дабы научился науке или промыслу или ремеслу, и доставлен был ему способ учиться добрым гражданином». Раздача на воспитание в деревенские семьи осуществлялась за плату (2 рубля в месяц). Сначала в деревню отправляли ребенка, пока ему не исполнилось 9 месяцев, потом 5-7 лет.

После этого по плану И.И. Бецкого детям предстояло вернуться в Воспитательный Дом. Позже, ради создания в его стенах необходимых условий существования воспитанников установили их численность (500 человек). Остальные дети продолжали оставаться в деревенских семьях, откуда мальчики по достижении 17 лет зачислялись в разряд казенных крестьян, им давали участок земли и необходимый инвентарь. А девочек обычно выдавали замуж. Это - первый опыт патронатного воспитания на Руси.

При Екатерине II имело место еще одно существенное нововведение. Если раньше, незаконнорожденные подкидыши закрепощались путем их закрепления за воспитателями, чьими крепостными они становились, то теперь они стали поступать до совершеннолетия в ведомство приказов общественных учреждений, после чего становились вольными. Заметное место занимают административно-организационные перемены в устройстве осиротевших детей. При этом сохранявшийся и ранее принцип сословности обрел еще более четкие черты.

Крестьянские же дети, оставшихся без родителей поступали на воспитание или родственников или посторонних людей вместе с наследством, которое часто расхищалось корыстолюбивыми воспитателями в свою пользу.

Что же касается усыновления, то в крестьянском быту оно имело место по большей части только тогда, когда в семействе не было прямых наследников.

Первая половина XIX века не принесла существенных изменений, нововведений в правовое регулирование семейных отношений, касающихся родителей и детей.

Краеугольным камнем опеки продолжали оставаться положения, заложенные Указом «Учреждения для управления губерний» 1775 года. Особенно привлекательным для опеки был, как и раньше принцип сословности, нашедший свое развитие в последующие годы. Что же касается усыновления, то оно подверглось в это время более тщательной и подробной правовой

регламентации. 11 октября 1803 года появился Указ, позволяющий бездетным дворянам усыновлять ближайших законнорожденных родственников через передачу им при жизни фамилии и герба и оставление по смерти в наследство недвижимого имущества. Усыновленные дети признавались как бы родными «во всех наследственных линиях и не могли быть отчуждаемы от прав, присвоенных общими узаконениями равным степеням родства»

Кроме опеки и усыновления в России, примерно с XIX века, начал вводиться патронат и патронаж, то есть «помещение беспризорных детей, больных и других лиц, нуждающихся в заботливом домашнем уходе, в частные семьи». Появляется понятие «патроната» для «падших, но которые не утратили силу воли», который включал заботу о здоровье ребенка, начальном образовании и развитие его способности к труду как источнику самообеспечения в будущей жизни. Эти требования были не всегда реальными для выполнения в тех семьях, которые брали детей. Семье, принявшей к себе на патронат ребенка, выплачивалось разное по размерам пособие: 5 рублей (заметная по тем временам помощь) на маленького ребенка, так как он ничем по хозяйству не помогал, и гораздо меньше - на старших, так как они могли помогать по хозяйству, а значит, зарабатывать деньги. Постепенно к 14 годам выплаты прекращались. Тогда детей брали в основном бедные сельские семьи, для которых патронат был обычным «народным промыслом». Чтобы облегчить положение ребенка, переданного на патронат, организовывался надзор за выполнением воспитателем своих обязанностей. Один из специалистов по охране детей-сирот того времени Н.В.Яблоков, обобщая многолетнюю практику государственного призрения, пришел к выводу: передача в семью ребенка-сироты - лучший способ его устройства.

Что же касается патронажа, то он издавна связывался в России с передачей воспитанника в семью для вскармливания. Постепенно все более четкими становились требования к таким семьям: содержать ребенка так, чтобы по возможности обеспечивать его здоровье, и чтобы он получил начальное образование, был приспособлен к какому-либо труду, способному служить ему источником будущей жизни. Но эти требования не всегда были реальными, поскольку чаще всего взять ребенка к себе на воспитание за вознаграждение хотели «беднейшие жители», для которых «пятирублевое подспорье» являлось заметной помощью». Тем не менее, приходилось отдавать детей именно им, так как обеспеченные круги населения предпочитали усыновление.

Недостаток патронажа как деревенского промысла заключался не только в существовании убогих условий воспитания. Настоящей бедой, особенно, в конце XIX века была и сифилизация деревенского населения, в том числе и детей, источником которой была болезнь ребенка, поступившего из приюта, из-за женщины-кормилицы. Не случайно, поэтому в 90-е годы XIX столетия вопрос о воспитании покинутых детей неоднократно ставился врачами на Пироговских съездах, рекомендовавших не раздавать детей из воспитательных домов в семьи ранее достижения ими 3-х месячного возраста, когда картина состояния здоровья младенца более или менее прояснялась.

Передача ребенка на патронаж в семью осуществлялась на условиях, определяемых губернскими управами и лицами, берущими детей на воспитание. Эти условия отличались крайним разнообразием не только по своему существу, но и продолжительности своего действия. Но какими бы они не были, если наступит момент, когда они оказываются неудобными для воспитателя, невзирая, ни на что, он «приводит или приносит питомца обратно в приют».

Чтобы облегчить положение ребенка, переданного на патронаж, организовывался надзор за выполнением воспитателем своих обязанностей. С

этой целью местности, где были взяты дети, делились на округа, которые вверялись надзору врачей или иного персонала, по возможности хотя бы с низшим медицинским образованием. В некоторых округах вместо постоянно живущего в округе «заведующего» устанавливалась объездная система, при которой командированное лицо, обыкновенно врач, делал периодические объезды своих питомцев. Но все это вошло в жизнь России уже во 2-ой половине XIX столетия.

Таким образом, в начале XIX века, как и прежде, предметом государственной заботы оставалось устройство осиротевших бездомных детей в различного рода учреждения, заведения. Но если законодательство предыдущих лет всячески способствовало децентрализации устройства этих детей в воспитательные дома, приюты и т.п., то теперь положение стало меняться, поскольку существовавшая система «тайного приноса» имела серьезные недостатки. Поэтому, с одной стороны, предпринимаются поиски путей оказания помощи нуждающимся матерям, с другой, осиротевшие дети устраиваются несколько по-другому. Так, Павел I издал Указ о выдаче пособия бедной матери, которая не могла воспитывать детей собственными средствами. Но желающих получить это пособие «явилось такое множество, что пришлось прибегнуть к сокращению расходов». Поэтому императрица Мария Федоровна, в чьем ведении находилась помощь детям-сиротам, распорядилась выдавать это пособие каждый раз с ее разрешения. Это требование оказалось настолько трудно выполнимым, что выплата пособий таким матерям вовсе прекратилась. Что касается иного устройства детей, пополняющих ряды сирот, то с 1807 года появляется так называемое «городское воспитание». Заключалось оно в предоставлении матери возможности за определенную плату воспитывать своих детей дома до достижения ими 7-летнего возраста. Примерно в это же время предпринимаются попытки уничтожения системы тайного приноса детей. Теперь главным ориентиром в определении судьбы воспитанника стала передача его в крестьянскую семью для подготовки «сельского сословия». Поэтому в 1828 году принимается закон, воспрещающий дальнейшее строительство воспитательных домов в губерниях, тем более, что смертность в них составляла 75 % и более. А в 1837 году правительственный Указ обязывает всех без изъятия младенцев, приносимых в воспитательный дом, приюты, отправлять в деревню «с воспрещением обратного их поступления в это заведение» Уходом за детьми здесь наблюдали окружные надзиратели - главным образом врачи. Но при желании мать могла за вознаграждение сама ухаживать за своим ребенком до достижения им 3-х лет, после чего всякая выплата прекращалась. Это Указ, ориентирующий на воспитание брошенных детей исключительно в деревнях, имел своей целью удержать родителей от отдачи своего ребенка в воспитательный дом.

Несмотря на различного рода запреты детские учреждения, предназначенные для осиротевших детей, продолжают все-таки появляться. Но теперь они возникают главным образом за счет частной благотворительности. Причем их создателями становятся преимущественно церкви, монастыри. Первый светский приют был открыт в России в 1837 году при Демидовском доме «призрения трудящихся» для дневного надзора за детьми, которых оставляли матери, идущие на заработки. Со временем таких приютов становится все больше и больше. Поэтому для руководства над ними в 1838 году создается Комитет главного попечительства, а в 1839 году разрабатывается «Положение о детских приютах». К этому времени постепенно на смену «тайному приему» приходит так называемый явный. Для него характерно предъявление при устройстве документов матери и ребенка, установление действительной материальной

несостоятельности женщины. Ей оказывалась такая поддержка, которая снимала проблему устройства ее ребенка. В противном случае нередко мать принималась в приют вместе с ребенком и служила в нем кормилицей. Со временем, когда она уходила отсюда со своим ребенком, ей продолжали выплачивать на него пособие, например, 30 копеек в день в течение первого года. 20 копеек в сутки на втором году жизни ребенка, затем выдача пособия прекращалась

После революции 1917 года основной (если не единственной) формой устройства стали государственные детские дома.

В годы Великой Отечественной войны был возрожден институт опеки и патроната, который был отменен в первые годы советской власти. В 1936 году вновь появился термин «патронат», который напрямую связан с принятием ВЦИК и СНК РСФСР постановления «О порядке передачи детей на воспитание (патронат) в семьи трудящихся». Институт опеки и патронатной семьи активно развивался в годы Великой Отечественной войны. В 1942 году на патронате находилось 37 490 детей. Только по официальным данным в России в конце войны насчитывалось 678 тысяч детей, оставшихся без родителей. Из них 278 тысяч (41%) находились в семьях, заменивших родительскую. В 1943г. был издан специальный Приказ Наркомпроса о передаче сирот рабочим и колхозникам на патронат по договору, с выплатой зарплат и пособий детям. К сожалению, патронатное воспитание не вошло впоследствии в законодательство о браке и семье.

В настоящее время семейные формы устройства детей-сирот являются приоритетными.

Смирнова М.В.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Задачей нашего исследования явилось провести комплексную оценку состояния здоровья детей раннего возраста, рожденных доношенными с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) в анамнезе. Всего обследовано 265 детей. Из них 105 были дети с ЗВУР и 160 составили группу сравнения. Масса тела при рождении в группе детей с ЗВУР была $2747 \pm 42,5$ г и $3456 \pm 65,5$ г в группе сравнения ($p < 0,01$). Длина тела $47,7 \pm 0,3$ см и $53,7 \pm 0,5$ см ($p < 0,01$) соответственно. При комплексной оценке состояния здоровья новорожденных нами отмечено, что здоровых детей не было в обеих группах. Половина детей с ЗВУР (54,3%) была отнесена во вторую группу здоровья, причем 27,3% детей были соматически здоровы, но имели отягощенный онтогенез (IIА группа здоровья); 72,7% детей группы наблюдения имели функциональные отклонения (IIБ группа здоровья). К третьей группе здоровья относилось 31,4% детей с ЗВУР. В группе сравнения большинство детей относилось ко второй группе здоровья (87,5%), причем 78,3% имели IIА группу здоровья и только 21,7% были отнесены ко IIБ группе. К III группе здоровья относились 21,3% детей группы сравнения. К IV группе здоровья относились 14,3% детей с ЗВУР и 1,2% детей группы сравнения.

Нервно-психическое развитие (НПР) у детей группы наблюдения по сравнению с детьми группы сравнения отмечалось негармоничным отставанием развития по линиям общих движений, зрительного анализатора; наблюдались снижение мышечного тонуса (73,2% и 41,7%) и отклонения в неврологическом

статусе, где преобладали синдромы общей мышечной гипотрофии и повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Практически все дети на первом месяце получали грудное вскармливание. К 6-месячному возрасту данный показатель изменился: лишь 39,4% детей с ЗВУР продолжали кормиться грудью против 68,2% детей из группы сравнения. Все наблюдаемые дети до 6-ти месяцев развивались согласно возрасту. Дети с ЗВУР достаточно хорошо прибывали в массу и основная часть их находилась в III (28,6%) и IV (51,4%) коридорах; ниже среднего (II коридор) было 9,5% детей с ЗВУР и 4,2% детей группы сравнения. В I коридоре были только дети с ЗВУР – 3,8%. В год увеличился процент детей в группе наблюдения, имеющие показатели роста и веса ниже средних (в II-I коридорах) – 29,5%, а в группе сравнения таких детей было лишь 4,9%. В обеих группах большинство детей в год имели средние массо-ростовые показатели – 70,6% против 68,0% детей группы наблюдения. Лишь 2,4% детей с ЗВУР в год имели показатели физического развития выше средних, в то время как в группе сравнения таких детей было – 24,3%.

При исследовании НПР так же были выявлены существенные различия между группами. Дети с ЗВУР чаще имели отставание и задержку развития (73,3% в группе наблюдения и 37,5% в группе сравнения) по линиям общих движений (До), движений руки (Др), навыков (Н), активной речи (Ра). В первые три месяца у детей с ЗВУР наблюдалось отставание по линиям зрительного (АЗ) и слухового (Ас) анализаторов, что клинически выражалось в отсутствии длительного зрительного и слухового сосредоточения. Они хуже дифференцировали «своих» и «чужих». Комплекс «оживления» возникал на 1 месяц (1 эпикризный срок) позже; чаще отмечались отрицательные эмоции в ответ на стимуляцию. Дети с ЗВУР в анамнезе позже начинали удерживать, а в дальнейшем самостоятельно держать голову, переворачиваться со спины на живот и обратно, самостоятельно сидеть, стоять у опоры. Такие дети в большинстве своем (56,2%) не ползали совсем. Самостоятельной ходьбой дети с ЗВУР овладевали позже на 1-1,5 месяца. В навыках манипуляций с игрушкой дети группы наблюдения демонстрировали отставание в два раза чаще ($p < 0,001$), чем дети группы сравнения. Моторные навыки у детей с ЗВУР характеризовались более поздним формированием и быстрой утомляемостью. У большинства детей с ЗВУР ($85,1 \pm 1,4\%$) и у $40,3 \pm 2,1\%$ детей из группы сравнения к году была задержка речевого развития ($p < 0,001$).

При изучении в динамике физического развития детей в возрасте от 1 года до 3-х лет нами отмечено, что дети с ЗВУР продолжали отставать в физическом развитии. К трем годам значительно увеличилось число детей, имеющих показатели физического развития ниже средних. Увеличилось число детей, имеющих средний рост и низкую массу тела. Замедление темпов физического развития у детей с ЗВУР, которое начиналось после 6-ти месячного возраста, к трем годам становилось очевидным. Несмотря на то, что в 3 года физическое развитие большинства детей обеих групп соответствовало возрасту, в группе наблюдения таких детей было все-таки меньше (85,6% против 97,4%). В группе наблюдения 64,8% детей имели массу соответствующую возрасту, а 35,2% имели массу ниже нормы, в группе сравнения 96,9% имели массу соответствующую данному возрасту, а ее дефицит был лишь у 3,1%. Мониторинг НПР показал, что развитие по линиям До у всех детей соответствовало возрасту. Отклонения в НПР в этот период проявлялись более дифференцированной, «локальной» задержкой моторного развития- задержкой развития речи (ЗРР). ЗРР к двум годам встречалась у 83,8% детей с ЗВУР и у 34,4% детей группы сравнения ($p < 0,001$).

В структуре заболеваемости детей с 1-3-х лет преобладали болезни органов дыхания (66,7% у детей группы наблюдения и 42,4% детей группы сравнения). Часто у детей с ЗВУР наблюдались болезни желудочно-кишечного

тракта и мочевыделительной системы. 22,9% детей группы наблюдения были отнесены к группе часто болеющих детей. В сопоставляемой группе таких детей было вдвое меньше – 11,8%.

Распределяя детей по группам здоровья отмечено, что здоровых детей в группе наблюдения не было. В группе сравнения их число увеличилось до 11,9%. Большинство детей находились под наблюдением во II группе здоровья (59,0% – с ЗВУР и 78,8% – группы сравнения), в III группе здоровья наблюдалось 36,2% детей из группы наблюдения и только 9,3% детей группы сравнения, к IV группе относилось 4,8% детей с ЗВУР, в группе сравнения таких детей не было.

Таким образом, в первые шесть месяцев показатели физического и НПР достоверно не различались. К году у детей с ЗВУР наблюдалась задержка физического развития, которая увеличивалась к трем годам; чаще встречалась ЗРР. У 41,0% детей группы наблюдения и 9,3% детей группы сравнения была та или иная хроническая патология внутренних органов, что потребовало дальнейшего диспансерного наблюдения.

Литература:

1. Захарова, Н.И. Задержка внутриутробного развития новорожденных / Н.И. Захарова, Р.А.Сундентова // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Том 5. – №1.
2. Зеленцова, В.Л. Организация амбулаторно-поликлинической помощи детям с ЗВУР на современном этапе /В.Л. Зеленцова, С.П. Хохлова // Педиатрия. – 2008. – №4.
3. Шабалов Н.П. О перинатальной гипотрофии / Н.П. Шабалов, В.В. Абрамченко // Педиатрия. – 2004. – №6.

Смирнова Т.Д., Губанова Н.И.

ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Вилочковая железа является центральным органом иммунной системы. Ранняя потеря функции вилочковой железы влечет за собой неполноценность иммунной системы. Размеры железы изменяются с возрастом. У новорожденного масса ее примерно 12 г, увеличивается до пубертатного периода, достигая 35-40 г, а затем начинается процесс инволюции тимуса.

Акцидентальная инволюция тимуса наблюдается при антигенной стимуляции, а также при повреждении органа, например, при рентгеновском облучении. Вилочковая железа увеличивается в размерах, интенсивно функционирует. При дальнейшем влиянии повреждающего фактора на тимус, начинаются ее инволютивные изменения: уменьшается ее масса, снижается уровень тимических гормонов, происходит гибель лимфоцитов, опустошение медуллярной зоны, ее коллагенизация, склерозирование и полное угасание функции.

Описаны случаи, когда в зрелом возрасте при патологии вилочковой железы наблюдается особое нарушение иммунологических процессов (status thymicolymphaticus), приводящее к внезапной смерти при даче наркоза во время операции.

На базе ГКБ №4 было проведено исследование вилочковой железы у 24 детей в возрасте до 3 месяцев жизни. Все дети находились на стационарном лечении: 14 - в отделении недоношенных детей, 9 - в вирусном, 1 - в диагностическом отделении. При рождении масса тела детей колебалась от

1774 до 4400 г. Из них 6(40%) имели низкую оценку по шкале Апгар (до 7 баллов). У 12 (50%) новорожденных имело место тяжелое, осложненное течение раннего неонатального периода. Эти дети имели патологические состояния органов дыхания: врожденные пневмонии, дыхательные расстройства, судорожный синдром.

Из сопутствующих заболеваний у всех (100%) новорожденных диагностировали поражение ЦНС, у 9 (37,5%) - острые респираторные вирусные заболевания, в том числе и обструктивные бронхиты, пневмонии; у 10 (41,6%) - патологию сердечно-сосудистой системы, у 3 (12,5%) - апноэ, аффективно-респираторные расстройства.

У всех (100%) пациентов выявлены при нейросонографии поражения головного мозга различной степени тяжести, в том числе со структурными изменениями: у 14 (58,3%) детей выявлены геморрагические поражения ЦНС.

Состояние 5 (20,8%) детей при рождении было расценено как тяжелое. На искусственной вентиляции легких находились 3(12,5%) детей.

Все дети получали интенсивную инфузионную, антибактериальную терапию.

При анализе анамнестических данных обнаружено, что течение беременности и родов у всех матерей было осложнено различными заболеваниями. Угроза прерывания беременности наблюдалась у 18 (75%) женщин. У всех женщин течение беременности было осложнено поздним гестозом, тяжелыми соматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, эндокринные заболевания, обострение хронического пиелонефрита, анемия, ОРВИ, уреоплазмоз, кандидозный вульваовагинит, сальпингоофорит), носительством ЦМВ, вируса гепатита В и токсоплазмоза.

Ультразвуковое исследование вилочковой железы проводили ультразвуковым сканером Sonoscape 6000, с линейным широкополостным датчиком до 16 мГц. Всем обследуемым детям проводили ультразвуковое сканирование вилочковой железы в В-режиме, оценивали форму, локализацию, контуры, эхогенность и эхоструктуру. Одновременно определяли линейные размеры, используемые для расчета объема тимуса. Кроме обзорного ультразвукового исследования использовали режимы цветового картирования, импульсно-волновую доплерометрию для определения пиковой скорости кровотока и индекса резистентности.

В результате проведенного ультразвукового исследования были получены следующие данные: у всех (100%) детей вилочковая железа с четкими, ровными контурами, имела двудольное строение. Паренхима тимуса была изоэхогенной, эхоструктура ее была однородной. При расчетах было установлено, что отношение суммарного объема вилочковой железы по отношению к массе тела ребенка варьировал от 0,29 до 0,98 % (при норме в возрасте ребенка до 4 месяцев 0,30%).

У 20 (83,3%) детей суммарный объем железы превышал нормативный показатель, у 4 (16,6%) - был в пределах возрастной нормы.

Всем детям (100%) проводилось по показаниям рентгенологическое исследование органов грудной клетки. При этом было диагностировано расширение верхнего средостения у 20 {83,3%} детей.

Таким образом, можно рекомендовать ультразвуковой метод исследования тимуса в детской практике как основной диагностический метод для комплексной оценки состояния вилочковой железы, т.к. позволяет оценить ее эхографические и гемодинамические характеристики, не вызывая антигенной стимуляции тимуса в отличие от рентгенографии.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Забота о здоровье грудных детей является главным направлением работы врача-педиатра, что осуществляется проведением профилактических мероприятий. Диспансеризация детей первого года жизни включает в себя ультразвуковое исследование головного мозга, сердца, печени, почек, надпочечников и тазобедренных суставов.

В 2012 году на базе ГП №3 было проведено диспансерное обследование 290 детей в возрасте до 3 месяцев.

Ультразвуковое исследование выполнялось на ультразвуковом сканере Acusson X 300.

Первое место среди выявленной патологии занимали нарушения сердечно-сосудистой системы - у 95 детей (32,7%). Диагностированы у 76 (26,2%) детей открытое овальное окно, у 52 (17,9%) - ложные хорды в левом желудочке (единичные и множественные), у 20 (6,8%) - открытое овальное окно и аневризма межпредсердной перегородки, у 3 (1,0%) - дефект межпредсердной перегородки, у 2 (0,7%) - открытый артериальный проток, у 2 (0,7%) - двустворчатый аортальный клапан, у 1 (0,3%) - клапанный стеноз легочной артерии.

Открытое овальное окно, аневризму межпредсердной перегородки относят к малым anomalies сердца. Функционирование открытого овального окна прекращается в большинстве случаев в течение первого полугодия жизни. У обследуемых детей с ООО выслушивался систолический шум небольшой интенсивности во втором межреберье слева у грудины, других клинических проявлений не наблюдалось.

Двустворчатый (двустворчатый) аортальный клапан относится к врожденным порокам сердца, в течение долгого времени у детей и взрослых с двустворчатым аортальным клапаном никаких клинических проявлений не наблюдается, но частым исходом является формирование аортального стеноза. У обследуемых детей клинических проявлений не было.

По данным кафедры педиатрии и кафедры лучевой диагностики детского возраста РМАПО, у 94% детей диагностируют аномально расположенные в левом желудочке хорды и трабекулы. Клинические проявления у обследуемых детей - систолический шум слева у грудины.

Второе место занимали поражения ЦНС, составлявшие в среднем 26,5%. При нейросонографическом исследовании головного мозга обнаружены перивентрикулярные и интравентрикулярные кровоизлияния 13,4%, гипертензионный синдром (5,1%), умеренная внутренняя гидроцефалия (6,8%), врожденный порок развития ЦНС - септохиазмальная дисплазия (0,3%), арахноидальная киста (0,3%), лентиклостриарная ангиопатия (0,3%).

Среди неврологической патологии у новорожденных значительное место занимают геморрагические и ишемические поражения головного мозга, наиболее распространенными являются перивентрикулярные и интравентрикулярные кровоизлияния. Динамика патологического процесса может быть самой разнообразной. При повторном обследовании у части детей (0,9%) наблюдался полный регресс, у 0,3% - развитие необратимых кистозно-дегенеративных изменений.

На третьем месте были заболевания почек: пиелоктазии и пиелокаликотктазии (9,3%), удвоение ЧЛС (0,6%), агенезия одной почки (0,3%).

У 12 детей (4,13%) диагностирована патология тазобедренных суставов: незрелые суставы, дисплазия различной степени.

Патология желчевыводящих путей (деформация желчного пузыря) выявлена у 2 детей (0,6%).

Таким образом, выявленная патология у детей первых месяцев жизни указывает на необходимость раннего и комплексного обследования, для своевременной коррекции здоровья.

В соответствии с планом диспансеризации детей первого года жизни обследование проводится комплексно различными узкими специалистами. Целесообразно и в последующие годы продолжить диспансеризацию детей первого года жизни.

Солодянкина О.В.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА – ОБЛАСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ ПО НАПРАВЛЕНИЮ «СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ВУЗЕ»

В условиях социально-экономического кризиса в России социальная работа рассматривается как существенный элемент профилактической деятельности, направленной на формирование здорового образа жизни населения и укрепление здоровья.

Стратегия ВОЗ в целях достижения «здоровья для всех» ориентирована на достижение населением такого уровня здоровья, который позволит жить продуктивно в социальном и экономическом плане. При этом специалистами ВОЗ предусматривается реализация нескольких взаимосвязанных аспектов, а именно:

- обеспечение справедливости в области охраны здоровья;
- увеличение продолжительности жизни путем предоставления людям возможностей для полноценного развития и использования своих физических, умственных и социальных способностей;
- обеспечение более здоровой жизни путем снижения заболеваемости и инвалидности;
- продление сроков жизни с помощью мероприятий, способствующих увеличению ожидаемой продолжительности жизни.

Приоритетным направлением стратегии ВОЗ в целях «достижения здоровья для всех» является политика, способствующая укреплению здоровья. Она опирается на формирование здорового образа жизни населения и развитие реальных практических действий по сохранению и укреплению здоровья.

В условиях социально-экономического кризиса в России социальная работа в учреждениях здравоохранения приобретает все большее значение как существенный элемент профилактической деятельности, направленной на формирование здорового образа жизни населения и укрепление здоровья.

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Поэтому социальная работа рассматривается как деятельность, родственная врачеванию.

Проблема здоровья как глобальная неотъемлема от других проблем человека. Здоровье актуально во все периоды индивидуального развития организма, от рождения и до смерти. В личностном плане здоровье - это не отсутствие болезни, но скорее ее антипод. Здоровье не только состояние организма, оно рассматривается как «стратегия жизни человека». Здоровье

человека является предметом изучения многих естественных и общественных наук: биологии, медицины, социологии, психологии, философии и многих других. Изучение основ здоровья - это в большей степени медико-биологический аспект. И все же необходимо помнить, что хотя все медицинские доктрины в своей основе имели две взаимосвязанные цели: сохранение здоровья и лечение болезней, фактически медицина является наукой о болезнях. Человек связан с отношениями в обществе и его социальной структурой. Поэтому невозможно решать проблемы здоровья без учета широкого спектра социальных факторов. Известно, что, по данным зарубежных и отечественных исследователей, здоровье человека на 50 процентов зависит от образа жизни.

Практика свидетельствует о том, что специалист социальной работы, стремящийся оказать профессиональную помощь своему клиенту, обязан владеть теоретическими и практическими знаниями в области медицины и здравоохранения. Независимо от специализации и рабочего места, он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья, выступает в качестве «учителя здоровья».

Становлению медико - социальной работы как специализированного направления социальной работы в области охраны здоровья в Российской Федерации способствовало законодательное закрепление участия социальных работников в оказании медико-социальной помощи населению (ст. 20 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»).

Место и роль социальных работников в оказании медико - социальной помощи различным контингентам обосновывают Н.Н. Ваганов, Ю.В. Валентик, И.И. Гребешова, О.В. Гринина, И.М. Гурович, Н.Ф. Дементьева, И.П. Каткова, Н.А. Кравченко, Н.А. Комысова, О.И. Лебединская, А.В. Мартыненко, З.Я. Матвейчик, Е.И. Моисеенко, Е.А. Сигида., О.Г. Фролова, О.П. Щепин и другие авторы.

Медико - социальная работа рассматривается как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

Система охраны здоровья рассматривается как совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней, активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Английские ученые Ш. Рамон и Т. Шанин определяют социальную работу как «организацию личностной службы помощи людям. Она основана на альтруизме и направлена на то, чтобы облегчить людям в условиях личного и семейного кризиса повседневную жизнь, а также, по возможности, кардинально разрешить эти проблемы. Кроме того, социальная работа является важным связующим звеном между людьми, которым надо помочь, и государственным аппаратом, а также законодательством».

В «Глоссарии терминов по медико-социальной помощи» Европейского регионального бюро ВОЗ дано следующее определение социальной работы: «Организованное социальное обслуживание, охватывающее широкий круг социальных проблем людей путем исследования конкретных случаев и использования других специализированных методов». При этом принципиальным положением такого вида социального обслуживания - собственно профессиональной социальной работы - является наличие развитых социальных служб различных специфических направлений.

А.В. Мартыненко под медико - социальной работой понимает вид профессиональной деятельности, который способствует восстановлению, сохранению и укреплению здоровья путем решения проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации.

Создание современной системы профессионального образования в вузе в области социальной работы учитывает направление медико - социальной работы.

В соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом для выделения направлений профилей определены два признака: первый - предмет или объект деятельности; второй - отраслевой признак. Приведем пример рекомендованных направлений профилей УМО вузов России в области социальной работы, представляющих для нас особый интерес:

- медико-социальная работа с населением;
- социальная работа в учреждениях здравоохранения;
- медико - социальная помощь людям пожилого возраста и инвалидам в условиях стационарных учреждений.

Исходя из перечней направлений профилей, медико - социальную работу следует рассматривать как разновидность социальной работы, направленной на восстановление и сохранение физического и психического здоровья (индивида, коллектива), а с другой стороны, это вид деятельности, направленный на достижение социального благополучия.

Ю.Е. Растов считает, что центральной системообразующей категорией в понятии «социальная работа» является категория «социальное благополучие», понимаемое как такое состояние взаимодействия жизненных сил человека и социальных систем, которое обеспечивает конструктивность разрешения социальных конфликтов, а поэтому выступает мерилем эффективности социальной работы. Категория «социальное благополучие», с одной стороны, сопоставима с экономическим понятием «благополучие (человека, группы, народа, общества)», а также «благополучием» в психологическом, педагогическом, этическом и иных аспектах. С другой - оно явно неадекватно им, значительно «богаче» и в отмеченном значении используется только в социальной работе.

При организации профессионального образования в вузе в области социальной работы в базовом плане введена учебная дисциплина «Основы социальной медицины» как наука, изучающая состояние общественного здоровья и организации медицинской помощи в зависимости от социально-экономических факторов, а также рассматривающая медицину как социальный институт и подсистему социальной системы в целом, исследующая социальные аспекты при изучении и лечении заболеваний. Систематизированные знания по разделам и направлениям социальной медицины дают представление о преемственности формирования медико-социологических концепций, теорий и моделей медицины и здравоохранения, закономерностях возникновения и исследования медико - социальных проблем.

Вузовская составляющая в Удмуртском государственном университете дополнена с учетом особенностей и потребностей конкретного региона, так введены специальные дисциплины «Социальная работа в чрезвычайных ситуациях», «Социальная работа с инвалидами», «Социальная работа в здравоохранении» и др., где уделяется внимание изучению медицинских аспектов.

Важной составляющей профессионального образования в области социальной работы является проведение практикоориентированных занятий по дисциплинам специализации на базе учреждений здравоохранения, социального обслуживания населения, образования и др.

Сотрудничество профильной кафедры с общественными организациями «Православные врачи», «Матери против наркотиков», «Новая жизнь», «Новый свет» оказывает влияние на формирование общекультурных и профессиональных компетенций студентов в области медико-социальной работы (в частности, с созависимыми), а также формирует активную гражданскую позицию.

В условиях снижения качества жизни и показателей здоровья населения возрастает объективная потребность в подготовке профессиональных кадров в вузе, готовых к решению взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера на уровне деятельности комплексно-интегративного характера в рамках профессиональной социальной работы, связанной с решением проблем восстановления, сохранения и укрепления здоровья.

Литература:

1. Глоссарий терминов по медико-социальной помощи. Европейское региональное бюро ВОЗ. - Копенгаген, 1976.
2. Мартыненко А. В. Теория медико-социальной работы: учебное пособие. - М.: Московский психолого-социальный институт, 2006.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. – <http://base.consult>.
4. Рамон ГЛ., Шанин Т. Милосердие и умение: социальный работник как профессия // Вестник высшей школы. - М., 1991. - № 11.
5. Растов Ю. Е. Конфликтологический аспект социальной работы. - Барнаул, 1991.

Фатыхов И.Р., Брындин В.В.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДИСПЛАЗИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Дисплазия тазобедренного сустава – самая частая из врожденных деформаций опорно-двигательного аппарата у детей первого года жизни, диагностируется, по данным различных авторов в 20-25 % случаев. В основе дисплазии лежит нарушение формирования элементов тазобедренного сустава – вертлужной впадины, проксимального конца бедренной кости, в эмбриональном периоде. Эти первичные нарушения обуславливают вторичные изменения: недоразвитие подвздошной кости, смещение головки бедра, антеторсию шейки бедренной кости, замедленную оссификацию костных элементов, адаптационно-компенсаторные изменения мышц и связок окружающих суставов.

Заболевание требует длительного лечения с раннего детства. Нередко оно сопровождается длительными этапными иммобилизациями. Содержание реабилитации детей определяется выраженностью деформации, патологическим состоянием костной ткани, анатомическим функциональным недоразвитием сосудистой сети тазобедренного сустава. Поддержание адекватного двигательного режима здесь имеет огромное значение, что требует подбора новых эффективных методик лечения данной патологии.

Программа восстановительного лечения составлялась на основе избирательности и преимущества средств функциональной терапии с учетом сложной первичной патологии костно-хрящевой, нервно-мышечной систем, связочного аппарата, анатомофункциональных, биохимических и структурных нарушений в области пораженной конечности и пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

Лечебная физкультура (ЛФК) при любом методе лечения дисплазии и врожденного вывиха бедра – одно из ведущих средств комплексной терапии, так как основой нормального формирования костной ткани и соотношений в суставе является движение, что способствует адаптации головки во впадине, нормализации сократительной способности и работоспособности мышц, контролирующей тазобедренный сустав.

Целью проведенного нами исследования явилось сравнение эффективности методов физической реабилитации при лечении врожденной патологии тазобедренных суставов у детей раннего возраста.

Была поставлена следующая задача исследования: провести сравнительный анализ клинико-инструментальных результатов однонаправленного лечения и комплексного с манипуляционной активностью при формировании тазобедренных суставов у детей.

Исследование проводилось на базе Детской городской поликлиники №1 г.Ижевска. Проведено ультразвуковое обследование 48 детей, поступивших на лечение в возрасте от 1 месяца до 6 месяцев. Основная группа включала в себя 24 человека, получавших комплексную физическую реабилитацию (парафин, массаж и лечебная физкультура). Контрольная группа включала в себя 24 человека, стандартное консервативное лечение, включающее в себя физиотерапию, массаж по классическим схемам. Сроки лечения зависели от возраста ребенка, тяжести патологии. Клинически были выявлены следующие симптомы: асимметрия ягодичных и бедренных складок, ограничение разведения бедер. Наличие клинических проявлений соответствовало УЗИ нарушениям.

В результате исследования были получены следующие данные:

- дети в контрольной группе получали однонаправленное лечение, положительный эффект наблюдался через 20-25 дней у 40% детей, у остальных через 2-2,5 месяца. Причем у 10% положительный эффект мало выражен, сохранялась асимметрия складок и ограничения подвижности в тазобедренном суставе;

- в группе детей, где использовалась комплексная реабилитация и индивидуальный подход, результат наблюдался к 10 дню лечения у 50% детей, у 30% к концу 1 месяца, у 15% к концу 2 месяца, и 5% прошли повторный курс.

Таким образом, комбинированный метод лечения (с участием родителей - выполнение лечебной гимнастики дома) и индивидуальный подход к ребенку повышает эффективность реабилитации.

В качестве рекомендаций следует отметить, что ЛФК необходимо начинать как можно раньше, сразу же после диагностики заболевания. Проводимые несколько раз в день занятия должны включать в себя общий поглаживающий массаж туловища, ягодиц и бедер, рефлекторные и специальные упражнения в сгибании ног в коленных и тазобедренных суставах и их последующее отведение до плоскости стола. Другое специальное упражнение – при согнутых в коленных суставах ног производится внутреннее вращение бедер, таким образом, чтобы голени согнутых конечностей одновременно поворачивались наружу. Также можно добавить негрубое давление по оси при круговых движениях согнутых в коленных суставах ножек. У детей старше трех месяцев ЛФК проводится 3-5 раз в день и включает в себя активные гимнастические упражнения. Массаж должен проводиться курсами по 10 раз и включать в себя стимулирующие приемы для ослабленных мышц (большая и средняя ягодичные, напрягатель широкой фасции бедра) и расслабляющие приемы для спастичных мышц (разгибатели спины в поясничном отделе позвоночника, квадратная мышца поясницы).

Литература:

1. Дубровский В.И., Дубровская Н.М. Практическое пособие по массажу. Москва Издательство «ШАГ» 1993. – 230с.
2. Красикова И.С. Детский массаж. Массаж и гимнастика для детей от рождения до трех лет. 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: КОРОНА принт, 2000. – 320 с.

Фатыхов И.Р.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД И АДАПТИВНЫЕ МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Детский церебральный паралич - тяжёлое мультифакториальное заболевание нервной системы, обусловленное патологическими воздействиями на мозг в различные периоды внутриутробного развития ребёнка, во время родов и в первые недели жизни. Заболевание сопровождается не только собственно грубыми двигательными нарушениями, но и извращением программы нормального развития движений.

ДЦП изменяет жизнь ребенка, создает ограничение и дезадаптацию, в большей степени к условиям жизни, к окружающей среде. Возникают барьеры для движения, перемещения. Ограничивая ребенка, защищая его от возможных травм, родители тем самым способствуют, либо торможению развития, либо созданию патологического движения. Оба варианта препятствуют физиологическому развитию ребенка.

При ДЦП возникают некоторые трудности в реабилитации, это необычный ребенок, где можно просто преодолеть гипертонус, с сохранением эффекта.

Основной проблемой является необходимость длительного обучения:

- они с большим опозданием начинают удерживать головку и передвигаться;
- по сравнению с другими детьми им требуется больше времени, чтобы научиться улыбаться и говорить;
- они медленнее осваивают навыки самообслуживания;
- им нужно больше времени, чтобы научиться самостоятельно есть;
- их приходится учить опрятности и пользованию туалетом в более старшем возрасте, чем других детей.

Успешность реабилитации детей с ДЦП в большой степени зависит от ранних сроков начала лечения, возникает необходимость ранней постановки диагноза ДЦП в первые месяцы жизни ребёнка. Эффективность раннего начала восстановительной терапии была убедительно доказана ещё работами Л.О.Бадаляна, К.А.Семёновой, описавшей принципы диагностики и лечения детского церебрального паралича с обеспечением этапности и непрерывности комплексной реабилитации.

Именно от непрерывности комплексной реабилитации, направленной на нормализацию патогенетических механизмов развития болезни, происходит восстановление двигательных, речевых и психических функций.

Разовое занятие не приносит больших результатов, а регулярные занятия и междисциплинарный подход создают предпосылки для физиологического развития.

В нашей стране уже в 60-70-е годы были разработаны чёткие принципы комплексного поэтапно-непрерывного восстановительного лечения и реабилитации детского церебрального паралича, а несколько позднее - уникальные методы реабилитации с применением высоких технологий.

Следует подчеркнуть, что необходимым условием является обучение родителей больных детей всем доступным методам реабилитации с ежедневным их применением в домашней жизни, без чего успешное лечение невозможно. Необходим целостный подход к реабилитации этих больных с объединением усилий членов их семей, профессиональных специалистов и в соблюдении непрерывности процесса реабилитации, что позволит обеспечить им полноценную жизнь с возможностью самостоятельно ходить, учиться и работать.

Методики комплексной реабилитации включают:

1. Кинезотерапия с использованием методик PNF, Войта, Бобат, Транквиллитати, Фильденкрайса, Баланс, микрокинезотерапия, Линдемана, Фрелиха, Кэбота, Фелпса, Темпи—Фэй, Семеновой К. А., Бортфельд С.А. Проводятся персональными инструкторами ЛФК. Эрготерапия.
2. Механотерапия - проводится на современном тренажерном комплексе (роботизация ходьбы), занятий на Treadmill системе.
3. Фазовая электростимуляция мышц при ходьбе совместно с локомоторной тренировкой на Treadmill системе (BWST).
4. Использование костюмов.
5. Вводятся новые методики коррекции нейроурологических проблем.
6. Физиотерапия (с применением лазерной, магнитной терапии, рефлексотерапии, электрофореза, СМТ-терапии, тепловой терапии, лечебных ванн и гидромассажа), аппаратная бальнеотерапия, психологическая и социальная реабилитация.
7. Электронейромиография и электронейростимуляция
8. БОС тренинг на стабиллоплатформе, БОС с анализом ЭМГ, БОС с анализом ЭЭГ.
9. Индивидуальная гидрокинезотерапия, классический массаж, подводный массаж, восточный массаж, аппаратная физиотерапия, мануальная терапия.
10. Иглорефлексотерапия, гомеопатия.
11. Остеопатические методы мануальной терапии.
12. Проведение психотерапии, релаксации в сенсорной комнате.
13. Восточные методы реабилитации.
14. Школа позвоночника.
15. Педагогические методы реабилитации с привлечением логопедов, психологов, педагогов-дефектологов, воспитателей-дефектологов.
16. Круглосуточное соблюдение ортопедического режима с применением ортопедических аппаратов, туторов, лонгет, ортопедических стульев, технических средств реабилитации.
17. Обоснованную лекарственную терапию.
18. Оперативное лечение строго по показаниям.

Для повышения эффективности реабилитации оценивается:

1. Состояние пациента (эмоциональный статус).
2. Адаптация пациента к физическим нагрузкам (подготовленность органов и систем к нагрузкам).
3. Правильный уход.

Для эффективного лечения необходимо соблюдать следующие четкие принципы:

1. Массаж и ЛФК проводится одним специалистом-методистом, имеющим соответствующее комплексное образование, понимающим патогенез ДЦП и принципы этапного лечения. Процедура занимает от 60 до 90 минут с последовательным применением лечебных укладок, массажа, разработок объема

движений в суставах и суставных контрактур, лечебной физкультуры с максимально активным участием ребёнка в выполнении упражнений.

2. Тепловые физиотерапевтические процедуры проводятся непосредственно до массажа. Остальные физиотерапевтические процедуры проводятся чаще после сеанса массажа с ЛФК и распределяются в течение всего дня в зависимости от рекомендаций физиотерапевта.

3. После процедур, направленных на увеличение объёма движений в суставах конечностей применяются тьюторы, лонгеты и аппараты, позволяющие фиксировать физиологическое положение конечностей и туловища, желательно с сохранением возможности ходить в дневное время. Ортопедический режим соблюдается круглосуточно с употреблением не только тьюторов и аппаратов, но и ортопедических стульев, с фиксацией пациентов в вертикализаторах во время педагогических занятий или еды, чтобы не терять время для активных движений и занятий.

4. Рефлексотерапия сочетается по времени с проведением лечебного массажа и ЛФК, позволяя необходимым воздействием на тонус мышц и ребёнка в целом повышать эффективность занятий.

5. Педагоги и логопеды обсуждают план занятий с неврологом с целью выработки единой направленности воздействия на пациентов.

6. Непрерывность реабилитации обеспечивается участием в лечебном процессе персонала учреждений (включая санитарок, нянечек, воспитателей и педагогов), а также родителей больных детей, обеспечивающих непрерывность соблюдения ортопедического режима и необходимой двигательной нагрузки.

7. Лекарственная терапия применяется строго по показаниям, и при необходимости направляется на снижение спастического тонуса мышц, подавление гиперкинезов, проведение курсов ноотропной терапии с достаточными перерывами между лекарственной стимуляцией корковых функций не менее одного-двух месяцев. остеопатическим методом мануальной терапии.

Задерживает реабилитацию:

1. Боль в плечелопаточной области (капсулит, бурсит, периартрит).

2. Запоры (интоксикация, боль, дискомфорт, ограничение двигательной активности, увеличивает частоту императивных позывов, увеличивает частоту рефлекторного недержания).

3. Пролежни (малая подвижность гидратация, вес, нарушение функции тазовых органов, нарушение питания, неврологический дефицит, неправильная укладка).

Своевременное начало комплексной реабилитации больных ДЦП с применением широкого набора медико-педагогических методов восстановительного лечения позволяет успешно лечить большинство из них, добиваясь значительного восстановления двигательных функций с возможностью самостоятельно ходить и не только обслуживать себя, но и учиться, становясь полноценными членами общества

Таким образом, достижение физиологического развития ребенка, формирование навыков самообслуживания и адаптация возможны только при междисциплинарном подходе к лечению. Для достижения положительного эффекта необходимо: во-первых - раннее начало лечения; во - вторых - регулярная физическая реабилитация, такие методы как Войта, Бобат, баланс; в - третьих - комплексный подход. Различные методы реабилитации дополняют и усиливают друг друга, и направлены на основную задачу реабилитации - улучшение качества жизни пациента, создавая условия для адаптации ребенка к окружающей среде.

Литература:

1. Вернер Д. Реабилитация детей-инвалидов. М., 1995.
2. Епифанов В.А. Лечебная физкультура и массаж. М., 2002.
3. Современные технологии реабилитации в педиатрии /Под ред. Е.Т. Лильина. М., 2000.
4. Матч L, Alberman E, Hagberg B, К Кодама, Perat MV. Церебральный паралич: где мы сейчас и куда мы идем? Dev Med ребенка Neurol. 1992; 34:547-551.
5. Roelofsen EE, Ланкхорст GJ. Одновременная разработка и реализация детских реабилитационных мероприятий профиль: общение инструмент для педиатрической реабилитации. Инвалидность Rehabil. 2001; 23:614-622.
6. Gage JR, Novacheck TF. Обновление на лечение проблемы церебрального паралича. J Pediatr Orthop B. 2001; 10:265-274.

Чиговская-Назарова Я.А.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА

Успешная адаптация студентов-первокурсников является частью качественной подготовки специалиста, гражданина, полноценного члена общества.

Известно, что адаптация к вузовским условиям учебы, досуга связана с резким изменением социального положения личности. Мы понимаем под адаптацией не только процесс активного приспособления и волевой регуляции усвоенных норм и ценностей, но и готовность к использованию различных ресурсов (информационных, коммуникативных, организационных и т.д.), способствующих профессиональному и личностному становлению.

Время учебы в вузе совпадает со вторым периодом юности или первым периодом зрелости, который отличается сложностью становления личностных черт. В этом возрасте проявляется усиление сознательных мотивов поведения. Заметно укрепляются те качества, которых не хватало в полной мере в старших классах – целеустремленность, решительность, настойчивость, самостоятельность, инициатива, умение управлять собой. Повышается интерес к нравственным проблемам: цели, образу жизни, долгу, любви, верности и т.д.

Вчерашние школьники, определяясь в своей будущей профессиональной деятельности, стоят на пороге студенческой жизни. Слово «студент» - латинского происхождения, в переводе на русский означает «усердно работающий, занимающийся». На наш взгляд, реализация потенциала, развитие профессиональных компетенций происходит только тогда, когда студент благополучно прошел процесс адаптации к новой для него образовательной и социальной среде, уверен в правильности своего выбора, испытывает внутреннюю потребность в развитии и готов к самореализации.

Таким образом, основное содержание процесса адаптации студентов младших курсов можно определить как:

1. освоение новых учебных норм, оценок, способов и приемов самостоятельной работы и других требований;
2. приспособление к новому типу учебного коллектива, его традициям;
3. формирование нового отношения к профессии;
4. обучение новым видам деятельности;
5. приспособление к новым условиям быта в студенческих общежитиях, новым образцам студенческой культуры, новым формам использования

свободного времени.

При зачислении абитуриента в вуз в основном учитываются лишь сведения о результатах обучения его на предыдущих этапах – уровень знаний, умений и навыков. Вне поля зрения остается информация об особенностях личности абитуриентов, их интересах, мотивах выбора факультета, специальности. Именно отсутствие, игнорирование этой информации приводит к тому, что процесс приобщения студента к вузовской жизни затягивается.

Отсюда для организации процесса адаптации необходим системный подход к организации воспитательной работы 1 курса.

На основании решения Ученого Совета института от 25 мая 2009г. в структуре Управления по воспитательной и социальной работе была создана служба социально-психологической поддержки студентов.

Основная цель службы - сопровождение социальной и учебной адаптации первокурсников. Для достижения этой цели необходимо решить ряд следующих задач: коммуникативные и учебные задачи, где важна социально-психологическая поддержка в период первой сессии, воспитательные задачи, установление правил и норм взаимодействия преподавателей и студентов, задачи информирования.

Исходя из этого, в процессе адаптации студентов должны быть задействованы все, начиная с администрации вуза, факультетов, кураторов академических групп, профессорско-преподавательского состава, органов студенческого самоуправления, студенческих общественных организаций, структурных подразделений, осуществляющих воспитательную деятельность.

Остановимся на социальной и учебной адаптации, связанной именно с обучением в вузе. Постараемся перечислить трудности, с которыми приходится чаще всего сталкиваться студентам младших курсов в своей учебе:

- неумение ориентироваться в расписании, аудиториях, корпусах;
- неумение хорошо планировать свое время;
- отсутствие навыков работы с первоисточниками;
- плохая подготовка, полученная в школе;
- несамостоятельность;
- неуверенность в себе;
- беспокойство и страх перед сдачей экзаменов.

Главная роль без сомнения отводится куратору, который работает в тесном сотрудничестве со службой социально-психологической поддержки, в плане работы которой:

1. Мониторинг и диагностика уровня социально-психологической адаптации и психологических проблем 1 курса.
2. Организация индивидуальных приемов для проживающих в общежитии.
3. Своевременное информирование деканатов факультетов о проблемных социально-психологических ситуациях.
4. Методическая помощь кураторам, заместителям декана и деканам.
5. Тренинговые занятия со студентами.
6. Создание психологического клуба.

Управление по воспитательной и социальной работе готовит материалы и методические рекомендации по итогам психолого-педагогического мониторинга с целью ориентации Совета по воспитательной и социальной работе, Школы кураторов, Школы тьютеров для организации деятельности по решению проблем личностного и социального развития первокурсников. Ежегодно в Управлении по воспитательной и социальной работе на базе службы социально-психологической поддержки проходят практику студенты 5 курса специальности «Педагогика и психология».

Раскрытию, дальнейшему развитию и совершенствованию физического, творческого, научного потенциала первокурсников способствуют секции спортивного клуба, школы и студии Центра досуга и творчества, студенческие научные общества.

В первые месяцы активизируется работа студенческого самоуправления со студентами первого курса (профбюро на факультетах, старостат, студенческие советы в общежитиях): это информирование о деятельности органов ССУ, выявление активных первокурсников, вовлечение их в общественную деятельность факультета, общежития, института.

В июне 2009 года на заседании Ученого Совета института была утверждена Комплексная программа адаптации студентов первого курса ГГПИ им. В.Г.Короленко на 2009-2013 гг. На факультетах разработаны и действуют Программы по адаптации первокурсников, участниками реализации которых являются студенты, профессорско-преподавательский состав, деканаты, органы ССУ.

В реализации Программы по адаптации студентов первого курса особое место отводится студенческой профсоюзной организации, которая организует работу с будущими первокурсниками еще летом в штабе «Абитуриент», продолжая ее на заселении в общежития, акцентируя внимание студентов на особенности обучения в нашем институте, на правила и нормы поведения. Профсоюз работает со студентами в процессе обучения в вузе, развивая организаторские навыки и социальную активность. Многие студенты, прошедшие профсоюзную школу лидерства, учебу студенческого актива, входят в состав Совета студентов ГГПИ и общественных организаций института.

Таким образом, для успешного достижения результатов адаптационного процесса, в институте задействованы все структуры, осуществляющие учебно-воспитательную деятельность.

Чиркина Е.А.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ СПЕЦИАЛИСТА ПОМОГАЮЩЕЙ ПРОФЕССИИ КАК СРЕДСТВО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛИЧНОСТИ

В условиях постиндустриального общества с превалированием культуры потребления индивид оказывается в ситуации, когда не всегда осознает цель своих действий или не может управлять собою. Стандартизированное воспитание и обучение создает эффект массового сознания, в котором сознание индивидуального «Я» сменяется сознанием безликого «мы». Следствием этого может стать формирование индивида, который не может управлять своим поведением, когда у него нет желания или сил противостоять влиянию (воздействию, давлению). Возникает угроза психологической безопасности личности [1,2].

В энциклопедическом словаре Ф.А. Брокгауза и И.А.Эфрона *дается следующее пояснение к статье о безопасности* «...состояние защищённости жизненно-важных интересов личности...от потенциально и реально существующих угроз, или отсутствие таких угроз»[3]. Нам видится в этом определении и суть психологической безопасности личности. И, как нам видится, одной из угроз психологической безопасности личности может выступать отсутствие или недостаточное развитие «само-процессов» (самопонимание,

самопринятие, саморегуляция, самоуправление и т.д.). В том числе и самосознание.

Защищенность идентичности от разрушения под влиянием рационализма философ Г Маркузе. видит в том, что «...люди должны осознать» это разрушение « и найти собственный путь от ложного сознания к истинному, от их ближайших к их подлинным интересам. Это возможно, только если ими овладеет потребность в изменении своего образа жизни, отрицании позитивного, отказе - потребность, которую существующее общество сумело подавить постольку, поскольку оно способно «предоставлять блага» во всем большем масштабе и использовать научное покорение природы для научного порабощения человека» [4].

Таким образом, одним из важных аспектов обеспечения психологической безопасности личности является удержание её в устойчивости, что может осуществляется через деятельность специалистов помогающих профессий.

Помощь как профессиональная деятельность – это новая тема в теории педагогики. Под категорией «помогающая профессия» исследователи понимают деятельность, при которой профессиональные знания и навыки осознанно используются для непосредственного взаимодействия с человеком для того, чтобы способствовать ему в личностном росте, развитии, умении общаться с другими. К помогающим относят такие профессии, как учитель, психолог, социальный работник, врач, дефектолог, тренер, медсестра и др.[5].

«Помогающие профессии» изучались Н. В. Гришиной, Л. А. Коростылевой, Е. П. Кораблиной, М. А. Сетковой, Л. Браммером, Г. Макдональдом и др.

Е. П. Кораблина исследовала, в частности теоретические и прикладные аспекты помогающей деятельности [6]. Она отмечает, что помогающая деятельность направлена на поддержку человека в сложных, критических моментах его жизнедеятельности и состоит в активизации в нем внутреннего психического потенциала, в передаче ему информационных, материальных и других ресурсов, необходимых в кризисных и проблемных ситуациях. Сама помощь, осуществляемая через помогающую деятельность, может рассматриваться в нескольких планах – профессиональном и не профессиональном – а также на различных уровнях – духовном, душевном, эмоциональном, интеллектуальном, социальном, юридическом, физическом и материальном.

Автор подчеркивает значимость умений взаимодействовать с другими и владение такими личностными качествами, как эмпатия, интуиция, ответственность, гуманизм, эмоциональная уравновешенность и др.

Е. П. Кораблина подчеркивает, что профессия педагога является видом помогающей профессии и имеет древние исторические корни. Они закладывались в социально-философских трудах XVII–XVIII веков Т. Мора, Т. Кампанеллы, Ф. Рабле, М. Монтеня, Ж.-Ж. Руссо, в работах Я. А. Коменского, П. Н. Милюкова, М. В. Ломоносова, Н. Н. Стрехова, Л. Н. Толстого и др.

Педагогическая деятельность всегда играла важную роль в жизни общества, поскольку она предполагает подготовку подрастающего поколения к жизни, его социализацию и обучение определенным формам взаимодействия с другими людьми. Она также ориентирована на повышение уровня профессионализма в различных областях человеческой деятельности. Педагог, учитель, воспитатель имеет дело с группой обучаемых или воспитанников и с конкретным индивидуумом. В процессе взаимодействия между учителем и учеником, воспитателем и воспитуемым складываются определенные отношения, вследствие чего проявляется личностное психологическое «Я» обеих сторон. От представителей этой профессии всегда требуется наличие профессионального

мастерства и компетентности, развитости определенных личностных качеств, таких как эмоциональный интеллект.

В. Н. Панферов к помогающим относит профессию практического психолога. Он отмечает, что практическая психология обязана своим возникновением потребности людей в непосредственной психологической поддержке и помощи в связи с нарастающим напряжением в обществе. Если раньше эта функция принадлежала колдунам, шаманам, а позднее – служителям церкви, то в наше сложное время она может быть осуществлена специально подготовленными специалистами в области психологической помощи.

Под психологической помощью подразумевается создание соответствующих условий и отношений между помогающим психологом и клиентом в целях обеспечения для личности безопасной возможности решения возникающих проблем, а также личностного роста, развития, самоактуализации и самореализации. При этом, психологическая помощь направлена на человека как на личность, поскольку признаются его права на свободное развитие и проявление своих способностей, на заботу о себе, на раскрытие и реализацию своих внутренних потенциалов при решении поставленных жизнью задач.

Поскольку круг проблем, с которыми люди обращаются к психологу, очень широк и носит как индивидуально психологический, так и социальный характер, к личности специалиста по оказанию психологической помощи предъявляются особые требования, связанные с его внутренними субъективными качествами. Помогателю психологу необходимо быть эмпатичным, понимающим, безоценочным, обладать сформированным эмоциональным интеллект.

Общим для видов помогающих профессий является то; что все они базируются на помогающих отношениях (термин введен К. Роджерсом в 1994 году) и целенаправленных действиях по оказанию помощи. Помогательная деятельность становится профессией, когда субъект помогающей деятельности не только осуществляет целенаправленные действия по отношению к тому, кому он помогает, но при этом осознанно применяет специальные знания, умения и навыки для реализации помогающих технологий. Профессия – более формальное понятие, чем деятельность, так как принадлежность к профессии требует документального подтверждения в виде дипломов учебных заведений, сертификатов, свидетельств о прохождении повышения квалификации и др. Своеобразие всех помогающих профессий состоит в том, что сам субъект деятельности является первичным «инструментом» работы. Реализация помощи неразрывно связана не только с использованием методических средств, но и со способностью помогающего (учителя, воспитателя, психолога, врача, медсестры и др.) устанавливать помогающие отношения. Элементы психологической помощи присутствуют во всех видах помогающей деятельности, поскольку она так или иначе осуществляется в процессе общения, взаимодействия помогающего и того, кому оказывается помощь.

Помогающий специалист оказывается перед необходимостью решения как общечеловеческих проблем существования, таких как развития духовно-нравственных ценностей, осознания жизненных смыслов, вопросов индивидуального бытия.

Для совершенствования деятельности специалистов в области помогающих профессий, следовательно, важна поддержка их в процессе личностного и профессионального становления. В связи с этим, актуальна разработка программы формирования профессионально значимых качеств, к которым относится и эмоциональный интеллект.

Литература:

1. Педагогика безопасности: наука и образование.[Текст] : материалы Всероссийской научной конференции с международным участием, Екатеринбург, 12 декабря 2011 г. : в 2 ч. /сост. и общ. ред. В. В. Гафнера ; ФГБОУ ВПО «Урал. гос. пед. унт». – Екатеринбург, 2012. – Ч. 1. – 212 с.
2. Иноземцев В.Л. Современное постиндустриальное общество. М., 2000.
3. Энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона. — С.-Пб.: Брокгауз-Ефрон. 1890—1907.
4. Маркузе Г. Одномерный человек: Исследование идеологии развитого индустриального общества / Г. Маркузе; Пер. с англ., послесл., примеч. А.А. Юдина; Сост., предисл. В.Ю. Кузнецова.- М: ООО «Издательство АСТ», 2002. – 526 с.
5. Чиркина, Е.А. Формирование эмоционального интеллекта студентов, будущих специалистов в сфере помогающих профессий дидактическими средствами. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01, 13.00.08. – Ижевск, 2012. – 166 с.
6. Кораблина Е.П. Помощь и помогающие отношения//Вестник Балтийской педагогической академии. – 2002. – Вып. 43. –С. 143-145.

**Шейкина Т.Н., Осетров А.С., Лазарева Н.И.,
Видинеева А.С., Урасинова Л.В., Белорусова Н.П.**

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

В неврологическом отделении ДГБ №3 «Нейрон» г. Ижевска за 10 лет (2001-2011г.г.) проведено лечение 225 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с невралгией лицевого нерва. При анализе результатов лечения первую группу пациентов составили 150 (66,67%) детей, которые поступили в отделение в первые дни заболевания. Во вторую группу пациентов включены 63 (28%) ребенка поступивших в неврологическое отделение ДГБ № 3 «Нейрон» без предыдущего лечения. Третью группу составили 12 (5,33%) детей, которые поступили в неврологический стационар после безуспешного амбулаторного лечения в городских и частных поликлиниках. При назначении лечения всем поступившим детям с невралгией лицевого нерва назначались антибиотики, дегидратирующие, вазоактивные и десенсибилизирующие препараты. Противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия использовались потому, что у 99% пролеченных нами детей этиологическим фактором являлись: переохлаждение, ОРЗ, отиты, гаймориты. Представляется неинтересным отметить, что у 90 (40 %) пациентов в анамнезе у одного из родителей отмечено однократное или рецидивирующее поражение лицевого нерва. Кроме того, на всем протяжении лечения пациентам назначалось постоянное местное тепло на пораженную половину лица (шерстяной платок). Такие дети освобождались от прогулок на улице. Представляется важным указать, что на пораженную половину лица не назначались физиотерапевтические процедуры и массаж. С 14 дня заболевания применялась терапия, улучшающая проводимость и трофику тканей (витамины, антихолинэстеразные препараты) и лечебная гимнастика мышц лица.

Из первой группы пациентов, поступивших в стационар в первые дни заболевания, значительное улучшение отмечалось у 123 (82%) детей через 2 недели; полное выздоровление наступило через 3 недели. Дети выписывались домой с рекомендациями: избегать общего переохлаждения, простудных заболеваний и продолжать проведение лечебной гимнастики для мышц лица продолжительностью до 1 месяца. У оставшихся 27 (18 %) человек из первой

группы значительное улучшение наступило несколько позднее через 3-4 недели, а полное выздоровление через 5 недель от начала лечения».

Из второй группы 63 (28%) пациентов, которые находились в начале заболевания дома неделю без лечения, а затем поступили в неврологическое отделение, значительное улучшение наступало через 3-4 недели, а полное выздоровление через 5 недель.

Из третьей группы 12 (5,33%) пациентов, которые начинали амбулаторное лечение в городских и частных поликлиниках с применением массажа и/или физиолечения на ранних стадиях заболевания; у 7 (58,33%) человек произошло лишь незначительное или умеренное улучшение проявлений прозопареза, у 5 (41,7%) пациентов после многократных курсов лечения добиться улучшения не удалось, у них сформировались стойкие проявления контрактуры мимических мышц лица.

На основании результатов проведенного нами анализа мы полагаем что, чем раньше начато указанное нами выше лечение, тем быстрее наступает полное устранение симптомов воспалительного неврита лицевого нерва. Применение же на ранних сроках лечения массажем и физиопроцедурами чревато формированием стойких остаточных явлений невропатии лицевого нерва или контрактуры мимических мышц.

Юзмухаметова Н.Ф.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДГБ №3 «НЕЙРОН»

Реабилитация больных с двигательными нарушениями является одной из актуальных и социально значимых проблем не только в нашей стране, но и за рубежом. По статистическим данным, частота рождения детей с аномалиями развития и тяжелой психоневрологической патологией в настоящее время составляет 5-9 % среди всех новорожденных. Успешность реабилитации зависит не только от тяжести поражения центральной нервной системы ребёнка, но и от своевременной диагностики, правильной организации лечебного процесса, начиная с первых дней жизни ребёнка.

Показания для проведения курсов физической реабилитации:

Абсолютные показания:

- Центральные координационные нарушения (средней степени тяжести и тяжелые центральные координационные нарушения, асимметричные легкие центральные координационные нарушения, т.н. гемисиндромы)
- Детский церебральный паралич
- Мышечная кривошея
- Периферические парезы и параличи (например, Spina bifida, Plexuspaesen и др.)
- Врожденные миопатии
- Синдром поперечного поражения спинного мозга
- Артрогриппоз
- Периферические парезы и параличи рук (Дюшена-Эрба, Дежерин-Клюмпке) и ног (спинно-мозговая грыжа)
- Двигательные нарушения вследствие поражения ЦНС инфекционными агентами (менингит, полиомиелит, энцефалит, полинейропатия) и физическими факторами (черепно-мозговая травма, электротравма и др.)

- ППЦНС разного генеза
 - Задержка моторного развития
 - Относительные показания:*
 - Задержка статико-кинетического развития
 - Даун-синдром и другие синдромы
 - Нарушение осанки (сколиозы)
 - Функциональные нарушения суставов (дисплазия тазобедренных суставов, косолапость)
 - Проблемы с функциями глотания, жевания, дыхания
 - Противопоказания для проведения нейрореабилитации:
 - 10 дней после профилактической прививки
 - Температура тела выше 38,5 С°
 - Обострение хронических соматических заболеваний
 - Гидроцефалия (период декомпенсации)
 - Судороги (ремиссия 6 месяцев)*
 - Некоторые наследственные и врожденные заболевания (например, болезнь стеклянных костей)
 - Сердечно-сосудистая недостаточность в периоде суб- и декомпенсации
- Возможность проведения Войта-терапии при наличии у ребёнка симптоматической эпилепсии обсуждается на очной консультации (индивидуально).

Все методики, применяемые в нашем отделении являются высокоэффективными и относятся к классам:

- «А» (т.е. методики прошли мультицентровые, рандомизированные исследования и достоверно доказали свою эффективность)
- «В» (т.е. данные получены в одном рандомизированном клиническом исследовании или в нерандомизированных исследованиях и достоверно доказали свою эффективность).

Методы кинезиотерапии, используемые в отделении:

1. Индивидуальные и групповые занятия ЛФК с детьми
2. Войто-терапии (рефлексная локомоция)
3. Метод Бобата (нейроразвивающая терапия)
4. Упражнения на фитболах и с использованием мягкого модульного оборудования.
5. Кинезиотерапия в сухом бассейне
6. Развивающая гимнастика по Цукунфт-Хубер
7. Кинезиотерапия на тренажере Гросса.
8. Кинезиотерапия в нейро-ортопедических костюмах «Атлант»
9. Механотерапия.
10. Лечебный классический массаж
11. Точечный массаж
12. Миофасциальный массаж
13. Вибромассаж стоп
14. Массаж Шанталы

Войто-терапии (рефлексная локомоция).

Метод Войта-диагностики и Войто-терапии был разработан венгерским врачом неврологом Ва́цлавоом Войтом (12 июля 1917 - 12 сентября 2000).

В основе терапии лежит пробуждение и стимуляция заложенных генетически в двигательном развитии человека *двух рефлекторных локомоторных актов* (поворота и ползания). Эти два локомоторных акта - базис всех остальных движений человека. «Научив» ребёнка этим двум движениям,

появляется возможность запустить в мозге ребёнка программу нормального двигательного развития.

Перед началом проведения Войто-терапии проводится Войто-диагностика. Детей осматривают невролог и педиатр.

Во время сеанса ребенок укладывается и фиксируется в специальных положениях и проводится стимуляция зон на туловище и конечностях. Выбор зон проводится индивидуально и зависит от вида двигательных нарушений и реакций-откликов.

Эффекты Войто-терапии отмечаются со стороны многих органов и систем организма ребенка:

Двигательное развитие:

-достижение стабильности, симметричности положения тела и автоматического управление положением тела;

-стимуляция выпрямительных механизмов;

-регуляция безусловных и подавление патологических тонических рефлексов;

-развитие координации и целенаправленных движений.

Мышечно-суставной аппарат:

-позвоночник растягивается и становится подвижнее;

-голова может более свободно двигаться;

-нормализуется функция суставов (особенно плечевого и тазобедренного);

-улучшается опорная и хватательная функция кистей и стоп.

Оро-фасциальная область:

-облегчается жевание, сосание, глотание;

-движения глаз становятся более целенаправленными и независимыми от движения головы;

-возрастают сила и громкость голоса;

-произношение становится понятнее.

Дыхательная система:

-увеличение объема грудной клетки;

-дыхание становится глубже.

Вегетативная нервная система:

-улучшается кровоснабжение кожи (кисти и стопы становятся теплыми и сухими);

-улучшается ритм сна и бодрствования;

-улучшается функция кишечника и мочевого пузыря.

Восприятие:

-улучшаются реакции равновесия;

-улучшается ориентация в пространстве;

-улучшается тактильная чувствительность;

-увеличивается способность к концентрации внимания.

Психика:

-ребенок становится более уравновешенным, эмоционально-активным;

-способствует интеракции матери и ребенка.

Эффективность войто-терапии зависит от срока начатого лечения, «зрелости» нервной системы и степени и стадии двигательных нарушений.

Стимуляция зоны и фиксация ребенка не должна вызывать боли. Негативное поведение ребенка при проведении терапии является проявлением страха или естественного протеста, особенно у самых маленьких.

Для того чтобы эти нормальные двигательные модели стали для ребенка привычными нужно заниматься 3-4 раза в день по 20-30 минут на протяжении не менее 1 года. Поэтому родители проходят обучение методике под руководством

войто-терапевта и продолжают проведение упражнений дома. Войто-терапевт периодически проводит коррекцию комплекса упражнений во время консультаций или повторных курсов лечения в отделении.

Метод Бобата (нейроразвивающая терапия).

Концепция была создана в 30-е годы XX века кинезиотерапевтом Бертой Бобат (1907-1991г) и психиатром Карлом Бобатом (1906-1991г).

На занятиях посредством многократного повторения учат ребенка всем необходимым движениям нормального двигательного цикла развитого здорового ребенка (от лежания, через положение на четвереньках, сидя, на корточках и до позиции стоя).

Во время выполнения упражнений проводится воздействие кинезиотерапевтом на «точки контроля». Упражнения выполняются на полу, на фитболе, на валике. Перемещение выполняется медленно, с выжиданием активного содействия со стороны ребенка.

Эффекты Бобат-терапии:

- способствует укреплению мышц спины, плечевого пояса, верхних и нижних конечностей,
- ребенок начинает лучше удерживать равновесие,
- самостоятельные движения становятся возможными при постепенном уменьшении внешней помощи

Кинезиотерапия на тренажере Гросса.

Позволяет дозировать нагрузки на опорно-двигательный аппарат, что при недостаточной силе мышц создает облегченные условия для их работы позволяет вертикализировать ребенка с грубыми двигательными нарушениями.

Эффекты:

- обучение больного произвольным движениям и статике;
- расслабление мышцы при наличии гипертонуса и гиперкинеза;
- стимулирование функций ослабленных мышц;
- обеспечение нормальной подвижности в суставах;
- улучшение координации движения
- вертикальное положение стимулирует психическое развитие и даёт возможность полнее воспринимать окружающий мир

Механотерапия.

В занятиях на тренажерах происходит развитие силы, выносливости и тренировка дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Кинезиотерапия в нейро-ортопедических костюмах «Атлант».

Недавно в отделение поступили костюмы «Атлант».

Суть метода заключается в воздействии на антигравитационную систему с помощью специального компрессирования, направляя при этом афферентный поток импульсации, поступающий от мышц, суставов, связок в головной мозг, что и оказывает соответствующее нормализующее действие на структуры ЦНС, контролирующие движения и речь.

Занятия кинезиотерапией в костюме «Атлант» значительно увеличат эффективность данных методик, повышая реакции паретических мышц на их активное сокращение при волевом участии больного.

Развивающая гимнастика по Цукунфт-Хубер.

Эта гимнастика предназначена для здоровых детей и имеет профилактическую направленность. Эти «упражнения–игры» матери и ребенка, стимулируют и гармонизируют развитие ребенка.

Эффекты:

- способствует развитию естественных движений,
- выработке правильной осанки,

- тренировке мышечной силы,
- углубляется контакт между ребенком и матерью.

Упражнения можно использовать в качестве ранней диагностики, своевременно выявляя детей с нарушением моторного развития.

В нашем отделении применяются различные виды **массажа**:

Лечебный классический массаж.

Оказывает всестороннее воздействие на организм ребенка. Выполняется руками массажистки. Реакция организма ребенка на массаж зависит от применяемых приемов, интенсивности и продолжительности воздействия.

Точечный массаж.

В основе точечного массажа положен принцип воздействия на БАТ пальцем.

Эффекты точечного массажа:

- стимулирует или успокаивает (зависит от техники воздействия) вегетативную нервную систему,
- усиливает кровоснабжение,
- регулирует трофику тканей,
- деятельность желез внутренней секреции, уменьшает болезненность,
- снижает нервное и мышечное напряжение.

Миофасциальный массаж.

Включает специальные приемы воздействия на рефлексогенные зоны в местах прикрепления связок, сухожилий и мышечных фасций

Эффекты:

- нормализация мышечного тонуса;
- способствует уменьшению контрактур в суставах.

Вибромассаж стоп.

Способствует нормализации мышечного тонуса ног и стимулирует биологически активные точки стоп.

Детский массаж по Шанталы.

Мы обучаем родителей традиционному детскому индийскому массажу. Выполняет массаж своему малышу мама дома каждый день, лучше вечером, когда его беспокойство максимально. Терапевтические эффекты наблюдаются и у ребенка и у мамы:

- улучшение интеракции матери и ребенка

у ребенка:

- стимуляция нервно-психического развития
- улучшение проприоцептивной чувствительности
- легкое седативное действие
- мама занимается с лицом малыша, что способствует развитию его речи
- доказано, что дети, которым мама делала массаж в грудном возрасте лучше и спокойнее проходят период пубертата

у мамы:

- способствует релаксации и снижению уровня тревожности

Пациенты с двигательными нарушениями нуждаются в комплексной реабилитации. Реабилитационная программа должна быть разработана командой специалистов с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка. Залогом успеха реабилитационного процесса становится использование современных наукоемких технологий и внедрение патогенетически обоснованных методов комплексной реабилитации, с активным участием самого пациента и членов его семьи.

К ВОПРОСУ О ПСИХОТЕРАПИИ МЛАДЕНЦЕВ

Принимая во внимание, что европейские школы психотерапии, в последние десятилетия уделяют большое внимание вопросам психологического благополучия детей раннего возраста и способам их коррекции, представляет интерес знакомство с взглядами австрийских специалистов в данной области на эту проблему. По мнению врача педиатра, психотерапевта австрийской клиники Baby Care Ambulanz Катарины Круппе, проводившей авторский семинар в г. Москва, младенческий возраст сам по себе является провокацией развития психологических и невротических расстройств у детей. Обусловлено это полной телесной и психической зависимостью малыша от близких персон, крайней вульнерабельностью (ранимостью) развивающегося мозга, формированием и закреплением типа привязанности в первые месяцы (годы) жизни и необходимостью для всего развития ребенка наличия особых «трех качеств близкого человека».

Установлено, что сильные эмоциональные травмы поражают пластичный мозг, вследствие чего возникают, зафиксированные в нейробиологии, изменения. Эмпирически выявленными, поздними последствиями ранней травматизации мозга являются уменьшение толщины мозолистого тела и объема гиппокампа; недоразвитость лобных долей и способности к интеграции сенсорных впечатлений; разнообразные нарушения поведения; диссоциативные симптомы; нарушения регуляции аффектами и др.

Эмоционально травмировать в раннем детском возрасте могут негативные явления, такие как, отсутствие успокоения и утешения при большом испуге; запугивание и телесное насилие детского страха; безучастное, эмоционально-неокрашенное, чисто механическое жизнеобеспечение; длительное одиночество; свидетельство насилия между родителями; ситуации невыполнимых требований и ожиданий; переживания действия родителей и не восприятия собственных потребностей.

Представленные факты указывают на крайне большую значимость в психологическом и физическом развитии младенца присутствия рядом с ним человека, обеспечивающего качественный уход, внимательно относящегося к потребностям подопечного и имеющего определенные личностные характеристики. Одним из основных условий реализации шанса на полноценное развития малыша является наличие у близкого ребенку человека трех качеств. Он должен быть всегда при нем, надежным, и «своим», т.е. таким к кому ребенок испытывает доверие. Никто и нигде из потомства в мире разных видов животных не зависит так остро от обучения тому, что является важным для выживания. В особо длительном времени заботы и защиты, поддержки и руководства, нуждается только потомство вида «человек». Присутствие в начале жизни малыша «надежного своего близкого» способствует формированию у него привязанности – базовой, генетически определенной потребности человека. Эмоциональное притяжение, связь, которую ребенок распространяет и испытывает в отношении фигуры привязанности, и которая соединяет обоих через время и пространство определяет надежную привязанность. Чувство близкого человека делает для ребенка возможным развитие потребности в привязанности и ее удовлетворении. И тем самым помогает становлению (развитию): базового доверия - внутренних репрезентаций, стабильности; дифференциации, регуляции

и настройки аффекта. Рано построенные образцы (модели) привязанности остаются у 80 % активными на всю жизнь и передаются дальше детям.

Нарушения формирования привязанности имеют свои проявления в раннем возрасте и последствия в более поздних периодах развития. Профилактика и коррекция таких нарушений необходима и возможна во время беременности, в родах, при грудном вскармливании. Обращение внимания на проблемы ребенка является уже само по себе терапией и помощью. Важным является наблюдение симптомов ребенка, изучение истории его семьи и отношений в ней. Терапии по методу Baby Care подлежат только глубоко травмированные дети.

Сведения об авторах

1. Алексеева И.М., МБОУ «Караклинская СОШ», Канашский район, Чувашская Республика.
2. Алексеева О.А., Удмуртская Республика.
3. Батуева Н.В., Удмуртская Республика.
4. Белорусова Н.П., ДГБ № 3 «Нейрон», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
5. Борисова Н.А., Удмуртская Республика.
6. Брындин В.В., Удмуртская Республика.
7. Вахрушева Н.Ю., Удмуртская Республика.
8. Вдовина Е.Л., БУЗ УР «ДГБ №9 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
9. Видинеева А.С., ДГБ № 3 «Нейрон», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
10. Видякина Н.Ф., врач-педиатр БУЗ УР «ДГП № 3 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
11. Вилесова Т.В., Удмуртская Республика.
12. Ворончихина Н.В., ЛОР врач БУЗ УР «ДГП № 9 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
13. ВострокнUTOва Т.Ф., кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры педагогики и педагогической психологии, заведующая кафедрой педагогики и педагогической психологии Института педагогики, психологии и социальных технологий ФГБОУ ВПО «УдГУ», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
14. Гайсин В.А., Удмуртская Республика.
15. Галлимуллина Н.Н., Удмуртская Республика.
16. Георги С.Б., Удмуртская Республика.
17. Гильмутдинова Т.Г., Удмуртская Республика.
18. Городилова А.В., Удмуртская Республика.
19. Григорьева Н.Г., БУЗ УР «ДГБ № 5 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
20. Губанова Н.И., врач – рентгенолог, БУЗ УР «ГКБ № 4 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
21. Данилов В.Н., аспирант кафедры педагогики и педагогической психологии Института педагогики, психологии и социальных технологий, начальник отдела социальной работы и социальных программ, ФГБОУ ВПО «УдГУ», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
22. Данилова К.А., директор, «Центр практического умения», ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
23. Данченко В.И., ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
24. Девяткова Ю.В., врач–неонатолог, БУЗ УР «ДГКБ № 4 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
25. Евсеева Г.А., БУЗ УР «ДГБ № 3 «Нейрон» МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
26. Ермакова М.К., доктор медицинских наук, профессор, кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии, ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
27. Замина Е.Н., врач-педиатр БУЗ УР «ДГБ № 8 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
28. Звонарева Н.В., Удмуртская Республика.
29. Зорин А.Ю., лауреат Государственной премии УР в области внедрения жидких пробиотиков и продуктов функционального питания, член-корреспондент Академии РИА, председатель совета директоров ЗАО «Катарсис», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
30. Зубкова М.Ю., заведующая, БУЗ УР «ДГП № 2» МЗ УР, г. Ижевск, Удмуртская Республика.

- 31.Иванова Е.А., учитель, ГКОУ «Республиканский центр диагностики и консультирования», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 32.Иванова М.К., ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 33.Калинина Н.Ю., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детских болезней ФПК и ПП, ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 34.Камайкин Р.Е., Удмуртская Республика.
- 35.Кильдиярова Р.Р., доктор медицинских наук, профессор, кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии, ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 36.Князева О.А., главный врач, БУЗ УР «ДГБ № 3 «Нейрон» МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 37.Комиссарова М.М., Удмуртская Республика.
- 38.Королева Д.Н., детский онколог гематологического отделения, БУЗ УР «РДКБ МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 39.Красноперова Г.А., заведующая БУЗ УР «ДГП № 3» МЗ УР, г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 40.Лазарева Н.И., ДГБ № 3 «Нейрон», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 41.Лекомцева С.А., Удмуртская Республика.
- 42.Макарова М.В., заведующая производственной практикой, БОУ СПО «Ижевский медицинский колледж», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 43.Масальцева О.Г., ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 44.Матвеева Л.П., ассистент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии, ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 45.Муромцева Т.А., врач-инфекционист, БУЗ УР «ДГП № 2 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 46.Неганова В.А., врач-инфекционист, БУЗ УР «ДГБ № 2 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 47.Неудахин Е.В., профессор кафедры госпитальной педиатрии РГМУ, г. Москва, Российская Федерация.
- 48.Нефёдова Е.В., участковый педиатр, БУЗ УР «ДГП № 9 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 49.Никитина Н.И., заведующая педиатрическим отделением, БУЗ УР «ДП МСЧ № 7 МЗУР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 50.Овчинникова Е.А., БУЗ УР «ДГБ №3 «Нейрон» МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 51.Ожегов А.М., доктор медицинских наук, профессор, кафедра детских болезней, ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 52.Омельянюк И.В., врач-пульмонолог БУЗ УР «ДП МСЧ № 7» МЗ УР, г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 53.Осетров А.С., ДГБ № 3 «Нейрон», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 54.Пантюхин С.А., главный врач, БУЗ УР «ДГП № 2 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 55.Пенкина Н.И., доктор медицинских наук, профессор, кафедра детских болезней ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 56.Пермякова Л.А., Удмуртская Республика.
- 57.Петрова И.Н., доктор медицинских наук, доцент кафедры педиатрии, ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 58.Попова Н.М., профессор, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
- 59.Прозоров П.В., Удмуртская Республика.
- 60.Прокопьева Л.П., Удмуртская Республика.

61. Русских Л.В., врач-пульмонолог БУЗ УР «ДП МСЧ № 7» МЗ УР, г. Ижевск, Удмуртская Республика.
62. Рябинина С.Л., заведующая дошкольно-школьным отделом, БУЗ УР «ДГП № 2 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
63. Рябова Г.А., Удмуртская Республика.
64. Самсонова А.А., БУЗ УР «ДГБ № 3 «Нейрон» МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
65. Санникова С.В., Удмуртская Республика.
66. Смирнов А.С., врач УЗД, БУЗ УР «ДГП № 3» МЗ УР, г. Ижевск, Удмуртская Республика.
67. Смирнова М.В., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детских болезней ФПК и ПП, ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
68. Смирнова Т.А., врач УЗД, БУЗ УР «ДГП № 3» МЗ УР, г. Ижевск, Удмуртская Республика.
69. Смирнова Т.Д., врач УЗД, БУЗ УР «ГКБ № 4 МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
70. Солодянкина О.В., кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры социальной работы, заведующая кафедрой социальной работы Института педагогики, психологии и социальных технологий, ФГБОУ ВПО «УдГУ», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
71. Тарасова Т.Ю., врач-неонатолог педиатрического отделения для новорожденных и недоношенных, БУЗ УР «РДКБ МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
72. Урасинова Л.В., ДГБ № 3 «Нейрон», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
73. Фатыхов И.Р., кандидат медицинских наук, ассистент кафедры лечебной физкультуры и врачебного контроля с курсом профилактической медицины ФПК и ПП, ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
74. Чечкина Н.В., Удмуртская Республика.
75. Чиговская-Назарова Я.А., кандидат филологических наук, проректор по воспитательной и социальной работе, ФГБОУ ВПО «ГГПИ им. В.Г. Короленко», г. Глазов, Удмуртская Республика.
76. Чиркина Е.А., старший преподаватель, кафедра педагогики и педагогической психологии, Институт педагогики, психологии и социальных технологий ФГБОУ ВПО «УдГУ», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
77. Шейкина Т.Н., ДГБ № 3 «Нейрон», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
78. Шкатова Е.Ю., ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
79. Юзмухаметова Н.Ф., врач-ЛФК, БУЗ УР «ДГБ «Нейрон» МЗ УР», г. Ижевск, Удмуртская Республика.
80. Яковенко О.В., кандидат медицинских наук, доцент, кафедра патофизиологии, ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, Удмуртская Республика.

**ВОСПИТАНИЕ и БЕЗОПАСНОСТЬ:
социальные, педагогические и психологические аспекты**

**Материалы Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием,
посвященной XX-летию Института педагогики, психологии
и социальных технологий
14 – 16 ноября 2012 г.**

Компьютерная верстка Е.Н. Ижболдина

Авторская редакция

Подписано в печать 07.12.2012.

Формат 60x84 ¹/₁₆.

Уч.-изд.л. Усл. печ. л.

Тираж 60 экз. Заказ №

**Издательство «Удмуртский университет»
426034, Ижевск, ул. Университетская, 1
Тел./Факс: +7(3412) 500-295 E-mail: editorial@udsu.ru**