

УДК 616.1/9-08-039.76+618.1]-085.8-053.2/5(571.6)(063)

ТЕЗИСЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ»

В соответствии с планом основных мероприятий Сибирского отделения РАМН 27-28 ноября 2003 г. Дальневосточным филиалом НЦМЭ ВСНЦ СО РАМН совместно с департаментом здравоохранения администрации Приморского края, филиалом СО РАМН «Дальневосточный научный центр», Владивостокским государственным медицинским университетом, Краевым клиническим центром охраны материнства и детства проведена межрегиональная научно-практическая конференция «Проблемы реабилитации и восстановительного лечения детей и подростков на Дальнем Востоке». В работе конференции приняли участие врачи различных специальностей, которые занимаются лечением детей и подростков. Обсуждались вопросы восстановительной медицины, проблемы реабилитации инвалидов и детей, перенесших операции на сердце, а также вопросы реабилитации часто болеющих детей с соматической патологией. Участники конференции имели возможность познакомиться с современными технологиями профилактики и восстановительного лечения в педиатрии и детской хирургии, применяющимися в Краевом клиническом центре охраны материнства и детства.*

Ф.Ф. Антоненко, Т.И. Гуляева, С.В. Иванова, Н.В. Чеберяк, Н.М. Бондаревская, Л.Н. Ченцова, Е.В. Петрова ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ В ККЦОМД

Владивостокский государственный медицинский университет, Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток), Дальневосточный филиал ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)

Гематогенный остеомиелит — одно из самых частых и тяжелых гнойно-септических заболеваний детского возраста с летальностью до 0,8-1,4%. Переход в хроническую стадию наблюдается в среднем в 7,2-13,3% случаев (по данным ККЦОМД, с 1997 г. на территории Приморья — в 39%). Гематогенный остеомиелит при несвоевременной диагностике и неадекватном лечении приводит к инвалидизации. Наиболее тяжелые осложнения (патологические вывихи, анкилозы, контрактуры) возникают после эпифизарных остеомиелитов и септических артритов в раннем возрасте (особенно у новорожденных). В последующем у таких больных развиваются осевые деформации, а при поражении ростковых зон — асимметрия конечностей. К отдаленным осложнениям можно отнести патологические переломы с образованием в дальнейшем ложных суставов.

Мы проанализировали оказание восстановительной помощи детям и подросткам края с гематогенным остеомиелитом за 2000-2003 гг. В многопрофильном хирургическом отделении ККЦОМД пролечены 46 детей с этим заболеванием в возрасте от 1 года до 17 лет (16 девочек и 30 мальчиков). Острый гематогенный остеомиелит встретился в 19, хронический — в 27 случаях. С отдаленными последствиями после перенесенного в раннем возрасте остеомиелита наблюдались 6 детей. Среди детей с острым остеомиелитом, пролеченных ранее в ККЦОМД, в хроническую стадию заболевание перешло у одного ребенка. Все остальные пациенты получали первичную помощь в период острой стадии заболевания по месту жительства. Причиной хронизации явились поздняя диагностика и несвоевременное неадекватное оперативное лечение по месту жительства.

Виды оперативных вмешательств, выполненных детям с местными осложнениями остеомиелитического процесса: корригирующая остеотомия (5 чел.), резекция кости с пластикой аутокостью при ложном суставе (2 чел.), остеосинтез пластиной (2 чел.), пластика костной полости мышечно-апоневротическим лоскутом (2 чел.), удлинение конечности аппаратом Илизарова (1 чел.). Низкую частоту перехода острого гематогенного остеомиелита в хронический на базе ККЦОМД можно объяснить интенсивными методами лечения.

С.Ю. Безуглая

ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕЛЕГочНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Приморская краевая клиническая детская туберкулезная больница (г. Владивосток)

Изучены эпидемиология и особенности клиники внелегочного туберкулеза (ВЛТ) у детей и подростков в Приморском крае за 1996-2002 гг. Отмечено снижение заболеваемости с 4,54 в 1998-м до 2,84 на 100 000 детей в 2002 г. Преобладали дети младшего возраста (от 0 до 4 лет), заболеваемость которых составила в 1996 г. — 5,96, в 1997 г. — 8,48, в 1998 г. — 9,96, в 1999 г. — 10,38, в 2000 г. — 6,58 и в 2002 г. — 4,51 на 100 000. Чаше встречались костно-суставные формы ВЛТ (64%) и туберкулез периферических лимфатических узлов (18,6%).

Анализ методов выявления ВЛТ свидетельствовал о том, что чаще (72,1%) он диагностировался по обращению и реже — при профилактическом обследовании по поводу контакта. Единичные случаи обнаружены при обследовании по нарастанию чувствительности к туберкулину. Большинство детей (82 чел. — 95,3±2,34%) с ВЛТ были уроженцами Приморья и только 4 — переселенцами из республик Средней Азии и Закавказья. Все мигранты — это больные с костно-суставными формами туберкулеза. В 69,8% болели дети из семей с высоким и средним уровнем жизни. 95,3% детей (81 чел.) были вакцинированы БЦЖ при рождении. Из всех детей, привитых в родильном доме, эффективный «поствакцинальный» знак (рубец 3 мм и более) имелся в 62 наблюдениях (75,6%). 30,2% детей (26 чел.) находились в контакте с больными туберкулезом. До поступления под наблюдение специализированных учреждений гиперчувствительность к туберкулину, по данным внутрикожной пробы Манту, отмечена в 16,3% наблюдений (14 чел.). У большей части пациентов (58 чел. — 64,7%) была положительная чувствительность. Чаше ВЛТ протекал как подострое или острое заболевание. В 4,7% случаях заболевание развивалось бессимптомно.

При обследовании в клинике признаки интоксикации выявлены во всех наблюдениях. Выраженный эндотоксикоз отмечен у 12 человек. В общем же преобладали случаи с умеренно выраженной интоксикацией (44 чел.).

* Тезисы размещены в алфавитном порядке по фамилии первого автора.

У большинства (55 чел.) физическое развитие было среднегармоничным, гипотрофия зарегистрирована в 8 наблюдениях. Лабораторные показатели характеризовались изменениями в клиническом анализе крови у 36 человек (повышение СОЭ и/или умеренный лейкоцитоз). В рентгенологической картине отличительных особенностей не найдено. У 47,7% детей и подростков диагноз ВЛТ был поставлен через 6 месяцев от начала заболевания, у 24,4% — через 2 года и более, что объясняется фтизиатрической неподготовленностью специалистов общей лечебной сети. Для ограничения распространенности ВЛТ необходимо своевременное выявление больных с ориентировкой прежде всего на детей группы повышенного риска по этому заболеванию.

А.Ф. Беляев

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – НОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

Владивостокский государственный медицинский университет

Концепция восстановительной медицины, разрабатываемая МЗ России, предусматривает два основных направления — сохранение здоровья здоровых и собственно реабилитацию, т.е. оптимальное восстановление здоровья больного человека. Для практической реализации концепции необходимо создание нормативной базы и инфраструктуры. К настоящему времени МЗ РФ изданы приказы о введении новой специальности — «врач восстановительной медицины», регламентирована деятельность этого врача. Исходя из духа и буквы приказов, эта специальность должна включать, как минимум, функциональные обязанности врача-валеолога, физиотерапевта, курортologa, врача лечебной физкультуры и некоторых других специалистов. Разработана и утверждена отраслевая программа «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003–2010 гг.». Предложена организация центров (больниц), в обязанность которых будет входить внедрение в практику методов восстановительной медицины. Функции центров будут включать раннюю диагностику, обследование организованных коллективов и населения с целью выявления групп риска и активного наблюдения за лицами из этих групп. В функции центров также войдут квалифицированная амбулаторная и стационарная реабилитационная помощь, разработка и внедрение новых медицинских технологий, направленных на осуществление первичной и вторичной профилактики и др. Разработан перечень основных показаний по направлению и отбору больных на реабилитационное лечение.

В ВГМУ и ДЗ АПК также проведена определенная организационная и методическая работа: созданы кафедра восстановительной медицины и проблемная комиссия по восстановительной медицине, организовано общество врачей восстановительной медицины (реабилитологов). В ДЗ АПК введена должность внештатного специалиста по восстановительной медицине, проведено совещание по практическому исполнению Российской программы сохранения здоровья здоровых.

А.Ф. Беляев, С.А. Семашко

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Владивостокский государственный медицинский университет

В 2000–2002 гг. в Институте вертеброневрологии и мануальной медицины ВГМУ под наблюдением находились 5436 детей в возрасте до 1 года. Детей периода новорожденности было 18,0%, до 3 мес. — 25,0%, до 6 мес. — 67,8%, от 6 до 12 мес. — 32,2%. На основании клинического анализа наблюдений перинатального поражения центральной нервной системы травматического генеза установлена различная частота патобиомеханических изменений в зависимости от возраста. Так, в первый месяц жизни функциональные блоки шейного отдела позвоночника диагностированы у 92%, блоки крестцово-подвздошного сочленения — у 95%, изменение ритма костей черепа — у 87% и нарушения мышечного тонуса — у 90% пациентов. В возрасте от 2 до 5 месяцев 62% наблюдений приходилось на изменение ритма костей черепа и 65% — на нарушение мышечного тонуса. С 6 до 9 мес. чаще встречались блоки шейного отдела позвоночника и крестцово-подвздошного сочленения (47%), изменения двигательного стереотипа (45%). С 10 до 12 месяцев на блоки шейного отдела позвоночника приходилось 6%, а на блоки крестцово-подвздошного сочленения — 16% наблюдений.

Все новорожденные нуждались в мануальной диагностике и 95% из них — в мануальной коррекции. В среднем, одному ребенку проводились 2–3 процедуры. Положительный результат чаще наблюдался при легкой степени патологии по сравнению со средней степенью тяжести. Так, например, стабильность положительных изменений при синдроме повышенной нейрорефлекторной возбудимости легкой степени тяжести составила 90%, а при среднетяжелом — до 45%, при двигательных расстройствах — 75 и 55%, при внутричерепной гипертензии — 90 и 45%, задержке психомоторного, сенсорного, предречевого развития — 40 и 30% случаев соответственно. Диссомнический синдром поддавался мануальной коррекции в 65% случаев при обеих степенях поражения.

Таким образом, можно отметить, что дифференцированная, «мягкая» мануальная коррекция, используемая в первый год жизни ребенка, может явиться одновременно и профилактическим, и лечебным средством при перинатальной патологии центральной нервной системы.

О.А. Беляева, В.А. Мирошниченко, О.Г. Боченина, Л.Н. Камлык, Т.Я. Янсон

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Анализировали данные комплексного обследования 80 больных в возрасте от 12 до 18 лет с хроническим гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori* (НР). Верификацию диагноза осуществляли с помощью эзофагогастродуоденоскопии по методике Гершмана (1980). Состояние слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки оценивалось согласно критериям эндоскопического раздела Сиднейской классификации (A.B. Price, 1991) и дополнений новой международной классификации гастрита (M.F. Dixon et al, 1996). Диагностику инфекции НР осуществлялась с помощью морфологического, биохимического (уреазный тест) и иммунологического (иммуноферментный анализ для выявления антител класса IgG к НР) методов. Эффективность эрадикации НР оценивали при помощи дыхательного хелик-теста (Е.А. Корниенко, В.Е. Милейко, 1997) через 4–6 недель после лечения.

В зависимости от режима фармакотерапии все пациенты были разделены на четыре сопоставимые клинические группы. Больные 1-й группы получали амоксициллин, кларитромицин и антисекреторный препарат, 2-й — амоксициллин, метронидазол и коллоидный субцитрат висмута, 3-й — кларитромицин, тинидазол и антисекреторные препараты, 4-й — метронидазол и антисекреторные препараты. Препараты назначались на 7 дней.

Анализ собственных материалов показал, что в возрасте 12-14 лет чаще болели мальчики, а в возрасте 15-18 лет — девочки. Наиболее высокие показатели эффективности лечения наблюдались в 1-й и 3-й группах. Так, положительная динамика клинической симптоматики наступила у всех пациентов в 1-й группе и у 90% — в 3-й группе. У пациентов 2-й и 4-й групп положительная динамика наблюдалась в 83,3 и 60,0% случаев соответственно. Положительная динамика эндоскопической картины установлена у 100% пациентов в 3-й группе и у 95,6% в 1-й группе. Во 2-й и 4-й группах этот показатель был 88,8% и 50,0% соответственно. Наиболее эффективными оказались комбинации с макролидным антибиотиком кларитромицином.

А.Б.-Ж. Бимбаев, Т.А. Баирова, И.В. Тузутова, Н.В. Дуйбанова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕНСОРНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бурятский филиал ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (г. Улан-Удэ)

Поиск и разработка новых немедикаментозных методов терапии эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) у подростков определили актуальность использования психотерапевтического воздействия методом сенсорной терапии как одного из перспективных методов реабилитации.

Проведены курсы сенсорной терапии (СТ) 15 подросткам с ЭАГ и 21 с вегетативной дисфункцией по гипертоническому типу. В процессе СТ использовалось комплексное психотерапевтическое воздействие музыка-, свето-, цвето-, ароматерапии-, стимуляции кожно-кинестетической чувствительности в специально оборудованном кабинете. Курс состоял из 5-9 сеансов в зависимости от психологической проблемы. СТ проводилась в комплексе восстановительной терапии (массаж, кинезиотерапия, иглорефлексотерапия и др.). Лечение проходило в 3 этапа. 1-й — диагностический, на котором тестировалось индивидуальное исходное состояние. На этом этапе составлялась рецептура СТ в релаксационном режиме. 2-й этап — психокоррекционный. На нем проводилась основная сенсорная терапия. 3-й этап — заключительный: закреплялись полученные навыки, давались рекомендации для дальнейшей жизни и повторной терапии. Для психокоррекционной и релаксационной работы создавались искусственные мультисенсорные ситуации. В результате удавалось добиваться решения самых различных задач: снятия психоэмоционального и мышечного напряжения, достижения релаксации и душевного равновесия, нормализации различных функций центральной нервной системы, создания положительного эмоционального фона, снижения тревожности и агрессивности, расширения коммуникативных возможностей, обучения основам аутотренинга. После 4-5 сеансов у 90% больных отмечалось уменьшение головных болей, у 95% — улучшение психоэмоционального состояния, у 75% — снижение артериального давления.

Таким образом, психокоррекционное воздействие методом СТ, оказывая седативный, гипотензивный и анальгезирующий эффект, является одним из перспективных методов немедикаментозного лечения ЭАГ, что определяет необходимость дальнейшего углубленного изучения воздействия СТ на актуальное психическое состояние подростков с данной патологией.

О.Г. Боченина, В.А. Мирошниченко, О.А. Беляева, Л.М. Камлык, Т.Я. Янсонс

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Владивостокский государственный медицинский университет

С целью диагностики дисфункций билиарного тракта использовали метод серийной ультрасонографии (О.С. Антонов, О.А. Ротахов, 1986). Определение степени литогенности желчи проводили по методу, предложенному Ю.В. Мараховским (1999). Результаты исследования показали, что дискинезии желчевыводящих путей достоверно чаще встречались в возрасте 12-14 лет. Достоверных различий по полу среди различных возрастных групп выявлено не было. У всех обследованных дискинезии желчевыводящих путей были вторичными и возникали на фоне различных заболеваний органов пищеварения (гастрит, эзофагит, дуоденит). У 17,5% больных двигательные-эвакуаторные нарушения зарегистрированы на фоне аномалий желчевыводящих путей. Наиболее частыми типами дискинезии желчевыводящих путей у детей с повышенным уровнем агломерации желчи были дискинезии со сниженной моторной функцией желчного пузыря и /или с повышенным тонусом сфинктеров — т.е., где имелось замедленное опорожнение желчного пузыря (гипокинетический, гипертонический-гипокинетический, гипертонический типы). Повышенный уровень агломерации желчи при аномалиях желчевыводящих путей выявлен только при гипокинетическом варианте дискинезии.

Т.Г. Васильева, А.И. Ицкович, М.А. Белякова

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ВЛАДИВОСТОКА

Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток), Владивостокский государственный медицинский университет

Обследованы 560 детей дошкольного возраста, проживающих в различных по экологической ситуации районах Владивостока. Были изучены орографические и метеорологические особенности местности, интенсивность загрязнения атмосферного воздуха, здоровье и группы здоровья, заболеваемость, реактивность бронхов, механизмы саногенеза верхних дыхательных путей, местные факторы защиты, влияние антропогенных стимулов на организм ребенка, методы коррекции дисфункций местных факторов защиты. Сформулированы следующие выводы: 1. Климатические особенности города в сочетании с резко пересеченным рельефом местности является негативным фактором внешней среды, дополняющим экологическое неблагополучие; 2. Накопление вредных веществ в низинных районах в сочетании с повышенной влажностью способствует срыву адаптационных механизмов,

возвышенное положение местности стимулирует напряжение резервных возможностей системы дыхания; 3. Неблагоприятная экологическая обстановка существенно влияет на функционирование системы дыхания в целом, вызывает напряжение и, в конечном итоге, истощение резервных возможностей организма ребенка; 4. Воздействие вредных экологических факторов на эпителий верхних дыхательных путей проявляется в замедлении процессов очищения слизистой оболочки, усилении деструкции клеток, снижает компенсаторные возможности респираторного тракта, что способствует повышению уровня заболеваемости патологией органов дыхания детей в изучаемой возрастной группе.

На основе полученных данных были разработаны и внедрены в практическое здравоохранение способы скрининг-диагностики здоровья детей в условиях экологического неблагополучия, методы оценки потенциального риска отклонений в состоянии здоровья населения для санитарно-гигиенического мониторинга местного уровня, способы коррекции нарушений со стороны местных факторов защиты верхних дыхательных путей.

Т.Г. Васильева, С.Н. Шишацкая, Т.В. Зайцева, Ю.А. Шастун, Н.В. Горелик

ХРОНИЧЕСКИЙ ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Расшифровка этиологии хронической диареи — актуальная и сложная задача в педиатрии. Так, в Приморском крае только у 60,6% детей муковисцидоз диагностируется в первые 3 года жизни, у 15,2% — диагноз устанавливается через 7 и более лет от появления первых симптомов. С целью расшифровки причин этого синдрома в детском соматическом отделении, являющемся структурным подразделением регионального центра муковисцидоза и наследственных заболеваний обмена веществ, функционирующего на базе ККЦОМД, внедрен диагностический алгоритм. Он включает в себя комплекс клиничко-анамнестических, медико-генетических, биохимических, бактериологических, иммунологических, функциональных, морфологических, рентгенологических, ультразвуковых, клиничко-диетологических методов исследования. В центре лабораторной диагностики проводят потовый тест, копрологические исследования, цитоморфологические исследования крови, мочи, мокроты, назального секрета.

Были обследованы 220 детей, поступивших с направительным диагнозом «дисбиоз кишечника» и «синдром нарушенного кишечного всасывания» с основной жалобой на хроническую диарею. Из них 33 больным был выставлен диагноз муковисцидоз, 23 — целиакия, 2 — пострезекционный синдром нарушенного кишечного всасывания, 1 — экссудативная энтеропатия, в 3 случаях установить причину диареи не удалось. У 158 обследованных были диагностированы первичная или вторичная дисахаридная недостаточность (на фоне паразитарного поражения, синдрома дисбиоза кишечника, пищевой сенсibilизации и др.), гиперкинетическая дисфункция кишечника, реактивный панкреатит, пищевая аллергия. Расшифровка этиологии хронической диареи позволила правильно подобрать элиминационную диету, этиотропную и симптоматическую терапию, разработать план реабилитационных мероприятий.

Н.В. Горелик, М.П. Мельниченко, Л.Н. Васечко, П.А. Прилепко

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Обследованы 193 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 17 лет, которым было проведено оперативное лечение врожденных пороков сердца: дефекта межжелудочковой перегородки (55 чел. — 28,5%), дефекта межпредсердной перегородки (37 чел. — 19%), тетрады Фалло (36 чел. 18,6%), открытого артериального протока (33 чел. — 17%), коарктации аорты (9 чел. — 4,6%) и других пороков (23 чел. — 12,3%). Всем детям проводилась электрокардиография на 6-канальном аппарате Nihon Konden (Япония).

Результаты: частота встречаемости нарушений сердечного ритма в послеоперационном периоде при врожденных пороках сердца составила 32% (62 чел.). Наибольший удельный вес имели нарушения сердечной проводимости — 88,7% (55 чел.) и нарушения автоматизма — 11,3% (7 чел.). Среди нарушений сердечной проводимости полная блокада правой ножки пучка Гиса встретилась в 31, неполная блокада правой ножки пучка Гиса — в 16, атриовентрикулярная блокада I ст. — в 4 и полная атриовентрикулярная блокада — в 4 случаях. Среди нарушений автоматизма брадикардия зарегистрирована у 4 и экстрасистолия — у 3 человек. Наиболее часто нарушения сердечного ритма встречались у оперированных по поводу дефекта межпредсердной перегородки (48,6%), тетрады Фалло (41,6%) и дефекта межжелудочковой перегородки (32,7%). В группе детей с оперированным открытым артериальным протоком нарушения сердечного ритма не зарегистрированы.

А.И. Ицкович, Н.П. Блохина, М.Г. Шегада, Т.Н. Пономаренко, М.В. Ильина, Т.А. Шушлебина, Н.Н. Фатьянова, С.А. Мындреску

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет

Несмотря на прогресс перинатальных технологий, остается высоким количество преждевременных родов. Недоношенные дети формируют основную часть структуры перинатальной смертности, способствуют росту заболеваемости. Обследовано 49 недоношенных детей (гестационный возраст 26–34 недели) находившихся на лечении, выхаживании в ДГКБ и наблюдавшихся в детских поликлиниках г. Владивостока. Все обследованные дети родились от матерей с отягощенным акушерским анамнезом. Беременность протекала с угрозой прерывания у каждой второй женщины. В 42% наблюдений беременность протекала на фоне сочетанного ОГ-гестоза. Все дети родились в состоянии умеренной или тяжелой асфиксии. По данным кардиоинтервалографии, у всех детей преобладал симпатический тип регуляции сердечного ритма. При наблюдении за этой группой детей в катамнезе общая заболеваемость составила 1285,7 промилле. На 1-м месте оказались болезни органов дыхания, на 2-м — перинатальные поражения центральной нервной системы, на 3-м — задержка внутриутробного развития, затем следовали анемии

недоношенных, локализованные гнойно-септические инфекции и т.д. Уровень заболеваемости недоношенных детей в 2 и более раз превышал таковой в группе доношенных новорожденных. В грудном возрасте общая заболеваемость в группе недоношенных составила 1897,9 промилле. Лидирующее положение здесь также занимали болезни органов дыхания. С учетом гестационного возраста, характера перенесенной патологии, адаптационных возможностей разработаны программы реабилитации, включающие условия ухода, питания, развития психических, физических функций, медикаментозные, немедикаментозные методы реабилитации, лечебную физкультуру, физиопроцедуры, осмотр специалистов различного направления деятельности.

Н.А. Карпенко, Е.Е. Ширяева

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С РОДОВЫМИ ТРАВМАМИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Актуальной проблемой вертеброневрологии и мануальной медицины является реабилитация детей с родовыми травмами. Проанализированы 190 обращений к мануальному терапевту родителей детей в возрасте от первых недель жизни до 5 лет. Диагнозы распределились следующим образом: перинатальная энцефалопатия (34%), перекос таза (19,5%), сколиотическая осанка (6%), дисплазия тазобедренного сустава (3%), кривошея (17%). В клинической картине преобладал синдром гипертонической болезни (14%), синдром двигательных нарушений (7%), гидроцефальный синдром (1,6%), судорожная готовность (1%), церебральный паралич (0,5%). С целью уточнения диагноза 18% обратившихся пациентов была назначена нейросонография, которая выявила кисты головного мозга (8,4%), гидроцефалию (5%), геморагии (2%), гипоксически-ишемическое поражение головного мозга (1%), вентрикулопатию (0,5%). Обращало на себя внимание то, что практически у всех матерей имелся отягощенный акушерский анамнез, а у 64% — осложненные роды. Мануальная диагностика выявила следующие дисфункции: компрессия позвоночных сочленений (156 чел.), функциональные блоки шейного отдела позвоночника (127 чел.), экстензионная (76 чел.) и флекссионная (52 чел.) формы черепа, компрессия сфенобазиллярного симфиза (62 чел.), торзия данного симфиза (7 чел.), торзия в сочетании с компрессией (49 чел.), мышечный дисбаланс (103 чел.).

Проводилась коррекция дисфункций мануальными методами, назначались массаж и динамическая гимнастика. В течение 3 лет у них нормализовался двигательный стереотип, улучшались статика и психологический статус.

М.В. Кибасова, Л.Г. Волчкович, Е.В. Ковязина

МЕТОД СПЕЛЕОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток), Дальневосточный филиал ГУ НИЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)

В терапии больных неспецифическими заболеваниями легких все большее значение приобретают немедикаментозные методы лечения. В отделении восстановительной терапии ККЦОМД спелеоклиматическая камера введена в эксплуатацию с 15 декабря 1997 года. За 1999–2002 гг. спелеотерапия широко применялась у детей с бронхиальной астмой, аллергическим бронхитом, полинозами, atopическим дерматитом и крапивницей. Пролечены 376 детей в возрасте от 2 до 17 лет. Среди них с бронхиальной астмой было 184 человека (49%), с аллергическим бронхитом — 45 человек (12%), с крапивницей и atopическим дерматитом — 84 человека (22%), с риноконъюнктивальным синдромом — 53 человека (14%). На фоне галотерапии, начиная с 3–4-го сеанса, у 175 пациентов (95%) с астмой и аллергическим бронхитом улучшалось общее состояние и нормализовался сон. Увеличилось количество выделяемой мокроты, она стала менее вязкой, легко отделялась. Уменьшился дыхательный дискомфорт, улучшилась аускультативная картина в легких. У 12 человек (3%) после 1–2 сеансов наблюдалось временное ухудшение состояния, связанное с затруднением бронхиального дренажа за счет заполнения крупных бронхов секретом, выделяющимся из мелких периферических бронхов. После 3–5 дней состояние больных постепенно улучшалось, а к 10-му сеансу наблюдалась положительная динамика клинических симптомов. У 7 человек (2%) с астмой и аллергическим бронхитом клиническая картина не изменялась. У 90% пациентов с риноконъюнктивальным синдромом к 4–5-й процедуре уменьшились зуд глаз и носа, гиперемия склер, чихание, водянистые выделения из носа. У 10% пациентов (6 чел.) клиническая картина не изменялась. При atopическом дерматите после 3–4-го сеанса положительная динамика отмечена у 75% больных (63 чел.).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности метода спелеотерапии в лечении и реабилитации детей с аллергическими заболеваниями дыхательных путей, кожи и слизистых оболочек.

Е.А. Косницкая, Л.В. Транковская

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЕ

Владивостокский государственный медицинский университет

В последние годы обоснованную тревогу вызывает состояние здоровья школьников как наиболее массового контингента детей и подростков. Дети младшего школьного возраста наиболее чувствительны к организации, режиму и психоэмоциональному фону обучения. Модернизация образовательной системы сопровождается серьезными издержками. Обычные программы не под силу сегодня для более чем трети школьников. Однако неблагоприятные изменения здоровья у многих детей, особенно страдающих хроническими заболеваниями, связаны не только с учебной нагрузкой, но и с существенными нарушениями организации их свободного времени и отдыха в семье. Накапливается все больше работ, свидетельствующих об особенностях реакции человека на учебный стресс, связанных с его когнитивной индивидуальностью. Именно конфликт метода обучения и индивидуального стиля восприятия, обработки и преобразования информации может становиться причиной информационных патологий, в основе которых лежат болезни регуляции. Отмечается снижение физических возможностей детского организма. Это приводит к истощению образовательного потенциала, к снижению стрессоустойчивости, замедлению творческого начала, падению межличностных отношений. Снижение физического здоровья объясняется не

только прямым воздействием вредных экологических факторов, но и кинезиофобией, выражающейся в отсутствии интереса к активным занятиям физическими упражнениями. Большую роль в восстановлении, укреплении и развитии здоровья детей играют физкультурно-оздоровительные технологии, повышение двигательной активности. Изменить социальные, экономические, экологические факторы в ближайшее время не представляется возможным, но существуют доступные пути оздоровления: оптимизация организации учебного процесса, медицинская и психолого-педагогическая профилактика и коррекция, формирование потребности в здоровом образе жизни.

Ю.А. Кравцов, А.А. Григорюк

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА С ПРИМЕНЕНИЕМ РАССАСЫВАЮЩИХСЯ ИМПЛАНТАТОВ

Владивостокский государственный медицинский университет, Дальневосточный филиал научного центра МЭ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)

Для оперативного лечения послеоперационных грыж белой линии живота используют как пластику местными тканями, так и пластику с применением естественных и искусственных материалов — это деминерализованный костный трансплантат, сухожильная часть диафрагмы, твердая мозговая оболочка, стальная сетка, поролон и др. Описаны осложнения аллопластики, которые носят в основном воспалительный характер, а также отторжение имплантатов. Мы использовали способ пластики, заключающийся в укреплении швов апоневроза белой линии живота наклеиванием специальных пленок ЭСБ (элементы соединительные биосовместимые). Пленки фиксировались поверх линии швов тканевым рассасывающимся клеем МК-7М, рана послойно ушивалась, подкожное пространство дренировалось силиконовыми трубками. Имплантаты в течение 4–6 мес. рассасывались с замещением соединительной тканью и формированием прочного рубца. Предлагаемый способ пластики позволяет надежно закрыть дефекты белой линии любых размеров, ликвидировать диастаз прямых мышц и избежать осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Описанная методика применена у 5 больных с послеоперационными вентральными грыжами больших размеров, возникшими после верхне- и нижнесрединных лапаротомий, проведенных по поводу деструктивного панкреатита, холецистита, вентральных грыж, гинекологических заболеваний. В трех случаях грыжи были рецидивными. Отторжения имплантатов в течение года наблюдения не зарегистрировано.

Ю.А. Кравцов, В.Ю. Тихомирова

ПРИМЕНЕНИЕ ГОНАДОТРОПИНОВ ПРИ СИНДРОМЕ НЕПАЛЬПИРУЕМОГО ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет, Дальневосточный филиал научного центра МЭ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)

Сначала 60-х годов как за рубежом, так и в нашей стране стали использовать хорионический гонадотропин в качестве средства лечения крипторхизма у детей. Изучение результатов применения ХГЧ (хорионический гонадотропин человеческий) при крипторхизме выявило как показания, так и противопоказания к его использованию в качестве самостоятельного метода лечения. На основании длительного наблюдения за 210 больными, пролеченными на базе ККЦОМД, разработан алгоритм диагностики и лечения ХГЧ детей с непальпируемыми яичками.

Крипторхизм односторонний. *Алгоритм I*: 1. При пальпации не найдено яичко, противоположное нормальных размеров или гипертрофировано — ультразвуковое исследование (УЗИ) яичек; 2. При УЗИ не найдено яичко, второе нормальных размеров или гипертрофировано — лапароскопия; 3. При наличии четких данных об агенезии гонады — консервативная терапия; 4. При брюшном крипторхизме в случае аплазии — лапароскопическое удаление, в случае гипоплазии — низведение яичка, консервативная терапия; 5. При паховом крипторхизме проводится открытая ревизия пахового канала, в случае аплазии — удаление недоразвитого яичка, в случае гипоплазии — низведение яичка, консервативная терапия; 6. При аплазии нормально расположенного яичка — удаление. *Алгоритм II*: 1. На УЗИ не найдено яичка, второе уменьшено — консервативная терапия (курс ХГЧ с последующим УЗИ); 2. При обнаружении яичка — низведение, консервативная терапия ХГЧ; 3. На УЗИ не найдено яичка, второе нормальных размеров или гипертрофировано — повторение алгоритма I.

Крипторхизм двусторонний. *Алгоритм III* (при пальпации и УЗИ не найдено яичка, противоположное нормальных размеров, ретинировано — паховый или абдоминальный крипторхизм): 1. Низведение одного ретинированного яичка; 2. Консервативная терапия (курс ХГЧ с последующим УЗИ); 3. При обнаружении яичка — низведение, консервативная терапия; 4. На УЗИ не найдено яичко, второе развито нормально или гипертрофировано — повторение алгоритма I. *Алгоритм IV* (при пальпации и УЗИ не найдены оба яичка): 1. Исключение различных вариантов гермафродитизма, ложного крипторхизма; 2. Консервативная терапия ХГЧ; 3. При УЗИ не найдено одно яичко, второе нормальных размеров или гипертрофировано — низведение яичка, консервативная терапия ХГЧ с последующим УЗИ. 4. При УЗИ не найдено одно яичко, второе нормальных размеров или гипертрофировано — повторение алгоритма I.

Таким образом, применение ХГЧ-терапии у детей с непальпируемыми яичками позволяет обнаружить гонады, не прибегая к инвазивным методам диагностики, при этом в случае гипоплазии яичек они становятся заметны, определяются пальпаторно и при УЗИ. Если же имеется аплазия одного яичка, то противоположное начинает заметно гипертрофироваться, что позволяет заподозрить монорхизм. У всех больных, прошедших курс ХГЧ, не выявлено послеоперационной атрофии яичек.

Г.В. Кузнецова, А.Ф. Беляев, А.И. Ицкович

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Современные программы химиолучевой терапии снижают смертность детей от онкологических заболеваний с достижением 70%-ного уровня выживаемости, в связи с чем приобрела актуальность проблема реабилитации

таких пациентов. В силу установившихся традиций в онкогематологии долго было противопоказано применение физиотерапии, лечебной физкультуры и массажа. Существующее положение лишает этих больных санаторно-курортного лечения. Цель нашей работы — обоснование возможности применения физических факторов в реабилитации детей с онкогематологическими заболеваниями. Реабилитацию проводили на базе санатория «Строитель». Под наблюдением находились 38 детей со злокачественными опухолями и 19 детей с гематологическими заболеваниями в возрасте от 2 до 14 лет. Использовались различные факторы: режим, диет-, витамин- и фитотерапия, климато- и бальнеоводолечение, отрицательная электроаэрозольтерапия, гидрокинезитерапия, преформированные физические факторы, а также лечебная физкультура и массаж. Изучали особенности адаптационно-компенсаторных механизмов с применением атравматичных методов. За время пребывания детей в санатории не было случаев прогрессирования основного заболевания. По завершении курса реабилитации был получен ближайший положительный эффект в виде улучшения эмоционального тонуса, сна, уменьшения болевого синдрома и увеличения объема движений в суставах.

Таким образом, необходимо отметить, что проблема реабилитации детей с онкогематологическими заболеваниями актуальна. Включение в систему восстановительного лечения санаторного этапа повышает эффективность проводимых мероприятий. Использование местных лечебных факторов дает возможность улучшить качество жизни больных.

И.Л. Ли

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ДОРСАЛГИЯМИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Боли в спине беспокоят около 10% детей и подростков. Мануальная терапия успешно применяется в восстановительном лечении болевых синдромов различного происхождения. Исследования проведены на материале 57 наблюдений (23 мальчика и 34 девочки) в возрасте от 7 до 14 лет. Дети находились на амбулаторном лечении в клинике вертеброневрологии и мануальной медицины ВГМУ. Средняя интенсивность болевого синдрома составила $4,6 \pm 0,12$ балла по визуально-аналоговой шкале. Условием возникновения боли в 58,2% случаев явилась статическая нагрузка в виде позного вынужденного напряжения, в 14,8% — ротационные движения. У детей наблюдали изменения опорно-двигательного аппарата в виде нарушения осанки (82,4%), сколиотической болезни I (12,3%) и II степени (5,3%). Миопия зарегистрирована у 37,2% пациентов. Перинальное поражение центральной нервной системы в анамнезе выявлено в 73,7% случаев.

Восстановительная терапия у пациентов с болевыми синдромами в области грудной клетки включала мануальную терапию, массаж, лечебную гимнастику. Мануальную терапию проводили мышечно-энергетическими техниками с обязательной коррекцией реберных дисфункций, также использовали методы висцеральной и кранио-сакральной мануальной терапии. Курс мануальной коррекции в среднем составил 2,6 процедуры, с частотой 1-2 раза в неделю. В основе кинезиотерапии лежали упражнения в изометрическом режиме. Массаж, классический и сегментарный, назначали после первой процедуры мануальной терапии. Курс лечебного ручного массажа состоял из 10-12 процедур, выполняемых ежедневно. После мануальных процедур наблюдали исчезновение боли, уменьшение количества детей с неоптимальным двигательным стереотипом до 37,9%. Коррекция клинически значимых реберных дисфункций позволила снизить количество персистирующих и функциональных рекуррентных блоков в грудном отделе позвоночника с 91,2 до 7,3%, а также уменьшить частоту мышечных дисфункций.

Е.В. Москович

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО УКОРОЧЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Цель настоящей работы — показать эффективность лечения функционального и истинного укорочения нижних конечностей методами мануальной терапии. Под наблюдением находились 100 детей с различными заболеваниями позвоночника и опорно-двигательного аппарата в возрастном интервале от 3,5 до 15 лет. У всех детей отмечалось изменение длины конечности: у 94% укорочение было функциональным, а у 6% — истинным. Всем проводилась мануальная терапия курсами по 5-7 процедур. Использовались мышечно-энергетические техники, направленные на устранение ротационных дисфункций таза, компрессии лона и функциональных блоков позвоночника, коррекцию суставов стоп, постизометрическую релаксацию укороченных мышц. Назначались массаж курсами, лечебная физкультура, физиотерапия. Выполнялись висцеральная мануальная терапия и ортопедическая коррекция. Кроме того, детям с истинным укорочением конечности ежедневно рекомендовалось проводить тракцию по оси бедра и шейки бедра, стимуляцию зон роста укороченной конечности методом прерывистой вибрации кратностью 8-10 раз в день. Массаж (общий) детям с истинным укорочением ноги проводился по особой схеме. В течение роста ребенка курс массажа повторялся каждые 2-3 месяца. Особое внимание уделялось кранио-сакральной терапии. После лечения у всех детей нормализовалось положение костей таза и, соответственно, длины ног, улучшился двигательный и статический стереотипы. Уменьшился или полностью исправился угол сколиотических дуг. У детей с истинным укорочением конечности после почти 2,5 лет ежедневного применения специальных методов мануальной терапии и курсов массажа мы смогли добиться того, что с ростом ребенка разница длины конечностей не увеличивалась.

К.В. Мосолов, Ю.И. Ишпахтин, А.А. Осин

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВУШЕК И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ

Владивостокский государственный медицинский университет

В юношеском возрасте одной из наиболее частых причин обращения девушек к гинекологу является дисменорея. Под нашим наблюдением на базе гинекологического отделения и женской консультации роддома № 3

в 1999–2003 гг. находились 165 девушек и девочек-подростков в возрасте 15–18 лет с первичной дисменореей. Проведен комплекс общеклинических и специальных методов обследования. Лечение проводилось немедикаментозными методами (ультразвуковая- и лазеротерапия) и с применением лекарственных средств (дюфастона, нурофена, аколата) в 122 случаях по методике М.Ю. Кучуковой и В.И. Кулакова (2002). Дюфастон быстро купировал симптомы дисменореи при отсутствии побочных эффектов, хорошей приемлемости, отсутствии значимых изменений липидного спектра крови, что особенно важно для пациенток с экстрагенитальной патологией. 60 пациенток принимали дюфастон с 14-го по 25-й день менструального цикла по 10 мг 1 раз в день, а 62 — с 14-го по 25-й день цикла по 10 мг 2 раза в день. Через 1–3 мес использования препарата наблюдалось снижение выраженности боли и сопутствующих проявлений дисменореи и их исчезновение у 58% пациенток 1-й группы и 87% пациенток 2-й группы. Эффективность лечения к 6-му месяцу составила 84 и 95% соответственно. Таким образом, гестагенный препарат «Дюфастон» является высокоэффективным препаратом для лечения первичной дисменореи, в том числе и у девочек-подростков с несформированным менструальным циклом.

О.И. Пак, Д.Е. Ульяшин, Н.В. Чеберяк, Н.М. Бондаревская, А.В. Блохов

ПЛАСТИКА ПОСТОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ АУТОКОСТЬЮ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Пластика костных дефектов показана чаще всего после травмы черепа, костной опухоли, остеомиелита и удаления костных лоскутов при тяжелом отеке головного мозга. В 2003 г. в нашей клинике было оперировано 8 больных в возрасте от 5 до 12 лет. У 6 были посттравматические костные дефекты вследствие декомпрессионных резекционных трепанаций в острый период черепно-мозговой травмы, у 1 — дефект после перенесенного остеомиелита теменной кости и еще у 1 — дефект после удаления остеомы височной кости. В 7 случаях выполнили аутопластику ребрами и в 1 из-за большого дефекта (17×12 см) в качестве трансплантата использовали наружную пластинку противоположных лобной, теменной и височной костей. Небольшие дефекты твердой мозговой оболочки закрывали с помощью оболочечной ткани путем ее расслаивания, при больших дефектах использовали тахокомб. Для профилактики инфекционных осложнений применяли цефазолин и бисептол. Во всех случаях осложнений в виде отторжения или инфицирования трансплантата зафиксировано не было, и больные были выписаны на 3–10-е сутки после операции. Все дети социально адаптировались, их психологический фон стал намного позитивнее.

Предпочтение аутопластике перед аллопластикой отдано из-за меньшего процента отторжения и инфицирования трансплантата, наличия пластического материала независимо от внешних факторов и экономической выгоды. Использование эксплантатов у детей ограничено, так как по ним намного хуже идет регенерация костной ткани и возможно его баллотирование в увеличивающемся по мере роста черепа дефекте.

Н.Н. Перельштейн, Т.Г. Васильева, Г.С. Першина, Ю.А. Шастун, Н.В. Горелик, М.П. Мельниченко, Т.В. Зайцева

ДИАГНОСТИКА КАРДИОМИОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Кардиомиопатии (КМП) изучены недостаточно, особенно в детском возрасте. Под нашим наблюдением находились 12 детей с КМП в возрасте от 1 до 12 лет. В 8 случаях диагностирована дилатационная КМП, в 3 — гипертрофическая, в 1 — рестриктивная. Наследственность была отягощена по сердечно-сосудистой патологии у 85% детей. В клинической картине ведущими были признаки сердечной недостаточности. Кардиомегалия клинически и рентгенологически отмечена у 100% детей с дилатационной КМП. Разная степень отставания в физическом развитии отмечена у всех детей. Рентгенологически увеличение тени сердца и признаки венозного застоя крови в легких были во всех наблюдениях. Специфических для кардиомиопатий лабораторных данных не выявлено.

Самым информативным методом диагностики КМП у детей явилась эхокардиография, которая должна проводиться всем детям с признаками поражения сердца, нарушениями гемодинамики, особенно при наличии отягощенного по сердечной патологии наследственного анамнеза. Перспективным направлением в данной области является внедрение в ККЦОМД метода пренатальной диагностики КМП (ультразвуковое и электрокардиографическое исследование плода, медико-генетическая консультация и обследование). Мы планируем дальнейшее изучение этиологических факторов кардиомиопатий, расширение методов обследования и улучшение качества помощи больным детям и наблюдение за ними в динамике.

Т.И. Перлова, Л.Н. Ченцова, Ф.Ф. Антоненко

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства, г. Владивосток

Программа реабилитации детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области, предложенная детским челюстно-лицевым центром Москвы (ЦНИИС, больница Святого Владимира), внедрена в практику детского хирургического отделения ККЦОМД с января 2000 г.

Алгоритм реабилитации. I. Пренатальный период: для групп риска — генетическое консультирование, ультразвуковое исследование (УЗИ); для всех беременных — УЗИ диагностика с 16 недель. При выявлении патологии — консультации генетика, психолога, челюстно-лицевого хирурга. II. Новорожденные: осмотр специалистами, составление комплексной программы реабилитации. Оперативное лечение при нарушении витальных функций. III. Грудные дети (до 1 года): хирургическое лечение — первичные пластики верхней губы, альвеолопериостопластика. Консультирование родителей, оформление документации на инвалидность, динамическое наблюдение ребенка педиатром. IV. Ясельный период (1–3 года): ортодонтическое лечение, санация лор-органов и полости рта, проведение пластик расщелин неба, дистракционный остеосинтез; занятия с логопедом. V. Дошкольный период (3–6 лет): ортодонтическое лечение, санация лор-органов и полости рта, занятия с логопедом; консультации психолога, невролога; хирургическое лечение — устранение дефектов после первичных операций, реконструкция мягких тканей. VI. Младший школьный период (7–11 лет):

ортодонтическое, хирургическое лечение, логопедическая коррекция. VII. Старший школьный период (12-18 лет): устранение остаточных деформаций, эстетическая хирургия, психолого-педагогическая реабилитация.

Показатель рождаемости детей с пороками лица в Приморском крае стабилен — 1:800 в год, банк данных и организация потока больных формируются в течение 5 лет в ККЦОМД через роддомы, районных педиатров, стоматологов, а также по информационным письмам и путевкам. В банке данных с 1990 по 2002 г. состояло 359 детей, 208 проведено хирургическое лечение, 96 находятся на этапном лечении и 25 нуждаются в первичных пластиках. Проведено 106 двухэтапных первичных хирургических операций в ранние сроки.

1-й этап — первичная хейлопластика с одновременной пластикой щели между альвеолярными отростками верхней челюсти (с 3-4,5 мес.). Сделано 86 таких операций. Это позволило в ранние сроки восстановить жизненно важные функции (питание и глотание), стимулировать правильное формирование верхней челюсти, правильное развитие зубов. 2-й этап (в 1,5-2 года) — хирургическое восстановление неба, способствующее раннему и правильному развитию речи и речевого мышления, функций питания и глотания (проведено 40 вмешательств). Операции у новорожденных требуют оздоровления детей и глубокого клинического обследования, т.к. проводятся под эндотрахеальным наркозом. Операции на расщелинах лица осуществляются с профилактической антибиотикотерапией, что снижает количество осложнений по сравнению со среднестатистическими показателями в 1,5-2 раза.

Ю.В. Пономарев, Е.З. Глухова, Н.А. Пономарева, Н.Б. Логинова

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ПЕДИАТРИИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Методы традиционной медицины прочно вошли в систему здравоохранения России, но до сих пор еще не нашли широкого применения в педиатрии. Между тем, как показал опыт работы, положительные результаты подобного лечения у детей, как правило, достигаются быстрее, а эффективность его значительно выше, чем у взрослых. В педиатрической практике нами применяются щадящие методики рефлексотерапии: поверхностная иглотерапия (ПИТ), электропунктура, вакуумтерапия, точечный массаж, полынная и аппаратная термopунктура, фармакопунктура. Болезненные корпоральные иглы почти не используются, за исключением urgentных случаев. Для ПИТ применяются многоигольчатые молоточки с индивидуальными сменными насадками (рацпредложение № 2136 от 12.10.87). В комплексное лечение также входят фитотерапия, гомеопатия, биорезонансная и мануальная терапия. Следует отметить настоятельную необходимость внедрения компьютерных технологий рефлексодиагностики, так как сбор анамнеза у детей представляет известные трудности и выявление топики патологических очагов является большим подспорьем для педиатра и врача-рефлексотерапевта.

В Приморском краевом центре традиционной медицины ПККБ № 1, являющемся базой кафедры традиционной медицины ВГМУ, детский кабинет существует уже 16 лет. За это время здесь прошли лечение 7055 детей. Самая большая нозологическая группа — сочетанная гастро-биллиарная патология. Второй по объему является группа сердечно-сосудистых и аллергических заболеваний. Кроме этого, ПИТ применялась при неврозах, гиперкинетических синдромах, глазных болезнях, гипопластическом нанизме, перинатальной энцефалопатии, хронической церебральной недостаточности, параличе Эрба, невритах, сколиозах, болезни Легг-Пертеса, хроническом персистирующем гепатите и др. В результате анализа эффективности рефлексотерапии выявлено, что значительное улучшение наблюдалось у 40%, а улучшение — у 58% больных. Уменьшилась длительность пребывания больных в стационаре, и снизилось количество используемых лекарственных препаратов.

Е.А. Романченко

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ В ГРУППЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Владивостокский филиал Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания, НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения СО РАМН (г. Владивосток)

На долю часто болеющих детей приходится до 60% всех регистрируемых заболеваний детского и подросткового населения. Часто болеющие дети — чрезвычайно разнообразная по составу группа, у них не всегда удается выявить характерные изменения со стороны основных показателей иммунной системы, даже при наличии респираторной патологии. Представляет также интерес у данного контингента сопутствующая патология мочевыделительной системы. Такое сочетание создает синдром взаимного отягощения. Целью данной работы явился анализ иммунологического статуса у часто болеющих детей без сопутствующей патологии (1-я группа) и с сочетанной патологией мочевыделительной системы (2-я группа) и разработка иммунокорригирующих технологий.

Обследовано 39 детей в возрасте от 8 до 15 лет. Диагноз «часто болеющий ребенок» выставлялся согласно классификации В.Ю. Альбицкого и А.А. Баранова (1986). Для каждой группы был разработан оздоровительный комплекс, включающий ингаляции, прием минеральной воды «Нарзан», физиопроцедуры, добавление в рацион биологически активных добавок. Дети 1-й группы получали «Стимелис», представляющий пищевую композицию из меда и белковополисахаридного комплекса, выделенного из трепанга *Apostichopus japonicus*. Пациентам 2-й группы назначался порошок из морской капусты *Laminaria japonica* «Марилам». На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика клинических симптомов и клеточных и гуморальных показателей иммунитета. Однако в 1-й группе эти изменения были более выражены. Применяемые реабилитационные комплексы способствовали повышению значений НСТ-теста во 2-й группе. Достоверно значимой динамики в показателях IgA, IgM и IgG в обеих группах выявлено не было. Результаты проведенного оздоровительного лечения свидетельствуют о целесообразности профилактического назначения реабилитационных комплексов с включением бальнеотерапии, физиотерапии и биологически активных добавок иммунокорригирующего действия.

О.В. Рябова

СИМПТОМ СРЫГИВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Срыгивание у детей первого года жизни — достаточно частый симптом, нередко влияющий на развитие ребенка. Наблюдалось 23 ребенка с симптомом постоянного обильного срыгивания. Во всех случаях было диагностировано перинатальное поражение центральной нервной системы ишемическо-гипоксического генеза: гидроцефально-гипертензионный синдром (10), синдром нейрорефлекторной гипервозбудимости (10), синдром вегето-висцеральной недостаточности (3). В анамнезе у всех матерей — отягощенная беременность. По результатам нейросонографии признаны гидроцефалии, кисты и гематомы сосудистых сплетений. В 3 случаях патологии не было выявлено. При осмотре отмечались напряжение или ослабление мышц и фасций, перекос таза, фиксация крестцово-подвздошного сочленения, функциональные блоки, подвывихи в шейном отделе позвоночника, нарушения краниосакрального ритма, компрессия швов черепа и сфенобазиллярного симфиза, асимметрия и ротация костей черепа, признаки гипертензии. На первом приеме проводились мягкотканые мануальные техники (особенное внимание уделялось краниальным). На контрольном осмотре через 3 дня во всех 23 случаях отмечалась положительная динамика: частота и выраженность срыгиваний снижались. Осмотр детей проводился ежемесячно до 5-6 месяцев, далее в 9 месяцев и в 1 год, затем в 1,5 и 2 года. Применялись мануальные техники (при необходимости) для коррекции таза, шейного отдела позвоночника, особое внимание уделялось проведению краниальных техник. Дети проходили курс реабилитации — общий массаж. В 18 случаях симптом срыгивания купировался к 4-5 месяцам, к 1 году жизни все дети были сняты с учета у невролога. На контрольных нейросонографиях симптомов гидроцефалии не выявлялось, кисты и гематомы не обнаруживались. Нарушений и задержки моторного развития у детей к 1 году жизни не отмечалось.

Н.В. Текутьева

ЛЕЧЕНИЕ НАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА МЕТОДАМИ КРАНИАЛЬНОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Проблема родовых повреждений долгие годы по-прежнему остается актуальной, предьявляя исследователям и практикующим врачам все новые и новые вопросы. В клинику вертеброневрологии и мануальной медицины с апреля по август 2003 г. неврологами края направлено 36 детей в возрасте от 2,5 до 18 лет с диагнозом: «Последствия натального повреждения шейного отдела позвоночника в виде подвывиха С1. Нестабильность С2-С6. Синдром вертебробазиллярной недостаточности». В клинической картине ведущим симптомом была головная боль. Также наблюдались вестибулярные нарушения, проходящие фотопсии, височная эпилепсия, эмоциональная и вегетативная лабильность. Рентгенологически во всех случаях зарегистрированы несимметричное стояние зуба аксиса, сколиотическая дуга в шейном отделе позвоночника, лестницеобразное искривление контуров позвоночного канала. При реоэнцефалографии у всех больных отмечались признаки вертебробазиллярной недостаточности. При мануальном тестировании зарегистрированы нарушения осанки, дисфункции таза и поясничного отдела позвоночника, функциональные блоки, признаки патологического краниосакрального механизма, нарушения кинетики сфенобазиллярного симфиза.

Для фиксации шейного отдела позвоночника после первой процедуры мануальной терапии использовали воротник Шанца, фиксировали шею при длительных поездках (все пациенты из края) и при выполнении ежедневных занятий кинезиотерапией. В качестве основных методов использовались краниосакральная терапия и остеопатические техники. Основной задачей лечения являлось купирование болевого синдрома, устранение экстравазальной компрессии позвоночных артерий, восстановление оптимальной гемодинамики в экстра- и интракраниальном отделах позвоночника, уменьшение частоты и продолжительности приступов, восстановление эмоциональной стабильности. После курса мануальной терапии субъективная и объективная симптоматика регрессировала у всех больных. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника уменьшились или исчезли статико-динамические нарушения, при реоэнцефалографии с нагрузочными пробами не выявлялось патологии.

И.Л. Ульянова, О.В. Трошина

ПРОФИЛАКТИКА СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Дальневосточный филиал НИЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток), Клинический родильный дом № 3 (г. Владивосток)

В структуре общей смертности женщин фертильного возраста материнская смертность в России составляет 2-2,5%. Среди причин материнской смертности значительное место занимают аборты — 21,5-24,2%. В 2002 г. в гинекологическом отделении КРД № 3 было произведено 690 прерываний беременности, из них 42,3% в сроке 22-27 недель, что значительно превышает среднестатистические данные по РФ (24,8%). Каждый 3-й аборт в позднем сроке и каждый 5-й в сроке до 12 недель произведены в возрасте 15-19 лет. Из общего числа женщин, прервавших беременность, первобеременные составили 17,9%, половина из них — это подростки 15-19 лет. Из всех беременных, которые были прерваны по социальным показаниям, 18% приходилось на этот возраст.

Подростковая беременность — это уже риск нарушения репродуктивного здоровья, потому что она протекает в условиях физиологической незрелости. В обследуемой группе из 59 человек у 20 были выявлены признаки бактериального вагиноза, у 12 обнаружен хламидиоз, в 2 случаях — трихомониаз. Ассоциированные инфекции выявлены в 44% случаев. Таким образом, более половины подростков имели высокий риск развития септических осложнений после прерывания беременности. С целью профилактики септических осложнений у 17 подростков использовали флоримид (кларитромицин) — макролид нового поколения по 250 мг 2 раза в день начиная с дня амниоцентеза в течение 7 дней. При бактериальном вагинозе на втором этапе лечения применяли эубиотики в виде влагалищных инстилляций. Септических осложнений после прерывания беременности не зарегистрировано.

Е.В. Фефелова

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Дальневосточный филиал ГУ НЦМЭ СО РАМН (г. Владивосток)

В Приморском крае у 51,3% девочек-подростков регистрируется гинекологическая патология. В ее структуре преобладают воспалительные заболевания гениталий (48%), из которых воспалительные заболевания матки и придатков составляют более половины наблюдений. За 1998-2001 гг. в ККЦОМД обследованы 195 девочек-подростков с урогенитальной патологией. Доля случаев острого сальпингоофорита составила 54,8%, хронического — 35,9%. Реже встречались tuboовариальные образования (3,1%) и сочетанные поражения матки и придатков (6,2%). После эхогистеросальпингоскопии и гистеросальпингографии выявлено, что маточные трубы были проходимы у 118 пациенток, тогда как 77 имели различные нарушения проходимости. Лапароскопически непроходимость обеих диагностирована в 21 наблюдении. Эндохирургическое лечение проведено в 44 случаях. Произведены реконструктивно-пластические операции на маточных трубах. После хирургической коррекции проходимость обеих труб была восстановлена у большинства пациенток (62%). У остальных девочек была восстановлена проходимость одной маточной трубы. Сомнительный результат восстановления проходимости одной из маточных труб был получен в 4 случаях (2%). Проходимость второй маточной трубы у данных больных после хирургической коррекции была восстановлена.

Таким образом, на основании результатов исследования обоснована необходимость ранней диагностики трубно-перитонеальной патологии у девочек-подростков, перенесших инфекции, передающиеся половым путем. Этим больным показана своевременная хирургическая коррекция на основе комплексного использования ранней эхогистеросальпингоскопии и лапароскопии.

Т.В. Чепель, Г.А. Аристова, Р.Н. Яковлева

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Дальневосточный государственный медицинский университет (г. Хабаровск)

Детская инвалидность — одна из острых проблем общества. По оценке ВОЗ, число детей со стойкими нарушениями в состоянии здоровья постоянно возрастает. В СССР статус ребенка-инвалида официально был признан в 1979 г. За последнее десятилетие показатель детской инвалидности в нашей стране увеличился в 4 раза, а Дальний Восток вошел в перечень территорий с наибольшим темпом его роста. Данные о детской инвалидности в Хабаровском крае на основании Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности впервые были получены в 1996 г. В последующие годы отмечался неуклонный рост уровня детской инвалидности в крае: с 11,8 до 16,5 на 1000 детского населения в возрасте до 16 лет. Согласно законодательству РФ, определение «ребенок-инвалид» с 01.01.2000 г. было распространено и на подростков в возрасте до 18 лет. В тот же год показатель первичной детской инвалидности в крае увеличился почти в 1,5 раза. Однако уровень общей детской инвалидности при этом вырос всего на 0,5%, зато резко увеличился процент реабилитированных детей (до 11,4% в 2000-м и 20,0% в 2001 г.).

Для анализа факторов, определяющих выше отмеченную динамику детской инвалидности в крае, и оценки эффективности реабилитационных мероприятий было проведено ретроспективное клинико-лабораторное исследование 76 детей с почечной патологией, у которых была снята инвалидность при повторном освидетельствовании (18,4% всех «реабилитированных»). Об эффективности лечебных мероприятий при нефрологической инвалидизирующей патологии за исследуемый период можно было говорить лишь в 48,4% случаев. У остальных же детей во время экспертизы не выявлено стойких расстройств функций организма и ограничений жизнедеятельности, требующих социальной помощи и защиты. Следовательно, основной причиной высокого процента реабилитации детей-инвалидов следует считать более жесткий подход к определению инвалидности в связи с отменой приказа № 117 от 04.07.91 г. и изменением критериев детской инвалидности постановлением № 1/30 от 29.01.97 г. (приказ МЗ РФ от 12.05.00 г.).

О.А. Шевченко

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет

В последние несколько лет продолжает увеличиваться число новорожденных с перинатальной патологией центральной нервной системы. К повреждающим факторам антенатального периода относят внутриутробные инфекции, заболевания матери, различные интоксикации и излучения. Большое значение имеет невынашивание беременности, когда ребенок рождается биологически незрелым. К интранатальным повреждающим факторам относятся неблагоприятные обстоятельства родов, сказывающиеся на ребенке: длительный безводный период, стимуляция родовой деятельности, стремительные роды, ручные родовспомогательные приемы, кесарево сечение, тугое обвитие плода пуповиной. Из всех неблагоприятно действующих факторов ведущее значение имеют травматические повреждения. Чаще всего это различные виды повреждений шейного отдела позвоночника.

Проанализирована группа детей (526 человек) в возрасте от 4 дней до 1 года с перинатальной патологией. Разработана программа реабилитации, основными задачами которой являются коррекция двигательного стереотипа, развитие новых двигательных навыков, регуляция процессов возбуждения и торможения центральной нервной системы, повышение адаптационных возможностей организма. Программа включает в себя мануальную терапию в течение 1-го месяца жизни с последующей коррекцией при появлении нового двигательного навыка, массаж, кинезиотерапию, обучение родителей, проведение развивающих игр.

В результате проведенного лечения изменилось состояние детей: улучшились выпрямительные реакции, нормализовался мышечный тонус, восстановились объем, точность и координация движений, изменилась опора стоп, сформировался правильный двигательный стереотип, нормализовались психическая и физическая составляющие здоровья.

Е.Е. Ширяева

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Владивостокский государственный медицинский университет

Неблагоприятные факторы окружающей среды, постоянное нервно-эмоциональное напряжение на фоне снижения двигательной активности, нестабильность в социально-экономической сфере оказывают отрицательное влияние на наиболее уязвимую часть населения — детей. Анализ структуры обращаемости 158 пациентов в возрасте 3-16 лет показал преобладание жалоб на нарушение осанки, болевой синдром в различных отделах позвоночника, дискомфорт в области спины. На первом месте по частоте встречаемости находились вертеброгенные поражения (50%): цервикалгии, цервикокраниалгии, цервикобрахиалгии с мышечно-тоническими и вегетативно-сосудистыми проявлениями, торакалгии с мышечно-тоническими или вегетовисцеральными проявлениями, люмбагии. Сколиозы встретились в 37% случаев. Анализ неоптимальности статики выявил следующие особенности: 60% обследуемых (95 чел.) жаловались на боль и дискомфорт в патобиомеханически значимом регионе, 40% детей (63 чел.) испытывали патологические симптомы в компенсаторном регионе. В 107 наблюдениях (68%) атипичный моторный паттерн был связан со стойкими деформациями позвоночника, длительно существующим укорочением и расслаблением мышц, локальной гипермобильностью. В 32% случаев (54) прослеживалась связь атипичного моторного паттерна с функциональным блоком позвоночника и особенностями тазовых дисфункций.

Согласно выявленным особенностям, была проведена коррекция выявленных дисфункций. Внимание акцентировалось на восстановление статической и динамической составляющих двигательного стереотипа. С этой целью проводились мануальная терапия, массаж, кинезиотерапия, телесноориентированная психотерапия. В результате купировался болевой синдром, исчезал дискомфорт, значительно улучшалось настроение.

Таким образом, восстановление оптимальности статики и динамики у детей может остановить прогрессирование нарушений опорно-двигательного аппарата, восстановить работу внутренних органов, улучшить психологическое состояние.

Е.Б. Шеголева, Т.Ю. Курлеева, М.А. Парчайкина

РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕВОЧЕК 6-7 ЛЕТ В ВЫЯВЛЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Женская консультация № 1 поликлиники № 4 (г. Владивосток)

Ежегодно на базе женской консультации Ленинского района г. Владивостока проводятся профилактические осмотры девочек, поступающих в первый класс. В 2002-2003 учебном году было осмотрено 326 девочек, заболеваемость составила 17%. В структуре гинекологической патологии здесь первое место заняли воспалительные заболевания (53 чел.). Их клиническое значение определяется не только частотой, но и тем, что они могут быть причиной серьезных нарушений функций организма в зрелом возрасте. Вульвовагиниты составили до 70% от всех гинекологических заболеваний у девочек. До 30% вульвовагинитов были вызваны хламидиями, микоплазмами, уреаплазмами, гарднереллами, дрожжевыми грибами, вирусом простого герпеса, цитомегаловирусом. Неспецифические бактериальные вульвовагиниты встретились у 37 девочек. В качестве их причин определены эпидермальный, сапрофитный и золотистый стафилококки, энтерококк, протей, кишечная палочка и клебсиелла.

Проведено комплексное амбулаторное лечение вульвовагинитов с учетом чувствительности флоры к антибиотикам. В первую очередь акцентировалось внимание на соблюдение гигиенических правил, пересматривалась диета ребенка. Лечение включало антибактериальные препараты, санацию половых путей, нормализацию влагалищной микрофлоры, общеукрепляющую терапию и восстановление иммунного статуса. На диспансерный учет было взято 53 ребенка, процент излеченности составил 97, у 2 пациенток с вирусными вульвовагинитами наблюдались рецидивы — проводилось совместное лечение с врачом-вирусологом центра СПИД.

М.В. Ярыгина, М.В. Волков, О.Н. Григорьева

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ СИСТЕМ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ХОРОЛЬСКОМ РАЙОНЕ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Владивостокский филиал ДВНЦ физиологии и патологии дыхания, НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения (г. Владивосток), Центральная районная больница Хорольского района Приморского края

Состояние кожи, легких и почек являются своеобразным интегральным показателем функционального состояния всей выделительной системы организма. Сочетаемость экологозависимых заболеваний выделительных систем можно считать одной из основных особенностей современной патологии в техногенно измененной среде обитания. Проведена оценка распространения болезней выделительных систем у детей и подростков Хорольского р-на Приморского края за 1991-2000 гг. с использованием статистической формы 12. Выявлен относительно невысокий уровень заболеваний кожи по сравнению с другими выделительными системами. Подростковая дерматологическая заболеваемость отличается более низким уровнем, чем детская, но остается территориально привязанной. Уровень заболеваний органов дыхания для жителей района, возможно, социально более значим. Частота заболеваний респираторной системы начиналась со среднего и даже высокого уровней и больше зависела от биоклиматической составляющей (перепады температур, свойственные континентальному климату). Среди подростков чаще болели жители населенных пунктов, где складывалась неблагоприятная экологическая ситуация. Заболеваемость мочевыделительной системы носила те же особенности, то есть зависела от экологической нагрузки. В подростковой популяции отмечается снижение уровня заболеваемости по сравнению с детской до «среднего» уровня.

Таким образом, проведенная оценка заболеваний выделительных систем детей и подростков показала, что распространение экологозависимой патологии зависит от антропогенных и техногенных воздействий и особенностей климата. На распространение заболеваний выделительных систем в детском возрасте преобладающее влияние оказывают факторы биоклиматического характера, тогда как для заболеваний кожи в детском и подростковом возрасте более значительным по силе действия является проживание в районах экологического неблагополучия.