

две группы: 1-ю составили 29 детей с персистирующей БА средней и тяжелой степени: 18 (62,1%) мальчиков и 11 (37,9%) девочек. Вторая группа состояла из 39 детей с легкой БА: 23 (58,9%) мальчика и 16 (41%) девочек. Все полученные данные обработаны статистически.

Результаты. Установлено, что по данным исследования исходного вегетативного статуса ваготонический тип у детей 1-й группы был у 18 (62,1%) детей, симпатикотонический — у 7 (24,1%), эйтонический — у 2 (6,9%), смешанный — у 2 (6,9%), тогда как во 2-й группе — у 10 (25,6%), 7 (17,9%), 19 (48,7%) и 3 (7,7%) соответственно ($p = 0,0346$). Эти закономерности, вероятно, связаны с гипоксией коры головного мозга в приступном периоде. Немаловажную роль на тяжесть течения БА играет уровень тревожности больных. У детей 1-й группы значительно чаще ($p = 0,0062$) регистрировался высокий уровень тревожности — у 13 (44,8%) детей, по сравнению с больными 2-й группы — 7 (17,9%).

Выводы. У детей, страдающих персистирующей атопической БА средней и тяжелой степени, отмечается значимое повышение уровня тревожности по сравнению с детьми с легким течением заболевания, что следует обязательно учитывать при назначении ступенчатой терапии.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЛИЗОСОМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ НАКОПЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Яковлева Л.В., Раянова Р.Р., Мулюкова А.И.

Башкирский государственный медицинский университет
Минздрава России, Уфа
Республиканский кардиологический центр, Уфа

Актуальность. В структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей редкие формы патологии занимают особое положение ввиду низкой частоты встречаемости и сложности диагностики на клиническом уровне. С целью улучшения раннего выявления лизосомных болезней накопления (ЛБН) у пациентов детского кардиологического отделения Республиканского кардиологического центра был внедрён селективный скрининг.

Цель: определить критерии для раннего выявления ЛБН у детей с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы. Для диагностики ЛБН у детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы применялся селективный скрининг как метод выявления наследственных болезней обмена, основанных на обследовании группы пациентов, отобранных на основании клинических критериев. Для проведения скрининга на ЛБН с сердечно-сосудистыми проявлениями направлялись дети от рождения до 18 лет, получавшие лечение в детском кардиологическом отделении, при обнаружении у них одного из основных либо двух и более дополнительных критериев по отдельному заболеванию. Основными критериями для диагностики мукополисахаридоза (МПС) являлись поражение клапанов сердца, гипертрофическая кардиомиопатия; дополнительными — контрактуры суставов, дизостозы, кифоз/сколиоз, грыжи, гепатомегалия, грубые черты лица, рецидивирующие поражения ЛОР-органов, когнитивные нарушения. Основными критериями для диагностики болезни Фабри являлись нарушения ритма сердца, гипертрофия миокарда левого желудочка, рестриктивная кардиомиопатия; дополнительными — акропарестезии, ангиокератомы, микроальбуминурия, гипогидроз кожи. Основным критерием для диагностики болезни Помпе являлась гипертрофическая кардиомиопатия, дополнительными — мышечная гипотония, макроглоссия, значительное повышение активности ЛДГ и КФК. Обязательным условием проведения исследования было информированное добровольное согласие родителя пациента на медицинское вмешательство. Диагностика проводи-

лась путём определения активности соответствующего фермента в сухих пятнах крови в лаборатории наследственных болезней обмена веществ Медико-генетического научного центра биохимическими и молекулярно-генетическими методами.

Результаты. Проведён селективный скрининг МПС I типа, болезни Фабри, болезни Помпе среди 30 пациентов детского кардиологического отделения. Среди образцов крови активность исследуемых ферментов находилась в пределах референсных значений, что трактовалось как отсутствие соответствующей ЛБН у ребёнка.

Выводы. Раннее выявление ЛБН среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями возможно путём проведения селективного скрининга. Анализ 30 пациентов, включённых в программу скрининга на основании клинических критериев, не выявил ни одного случая заболевания. Данный метод требует дальнейшего изучения и практического применения, т.к. возможности биохимической и молекулярно-генетической диагностики способствуют раннему выявлению пациентов с редкими заболеваниями среди детей с сердечно-сосудистой патологией.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Ячейкина Н.А.

Смоленская областная детская клиническая больница,
Смоленск

Актуальность. Факторы риска ожирения у детей — несбалансированное питание и гиподинамия. Ожирение ведёт к увеличению риска развития бронхиальной астмы (БА), а при наличии БА усиливает тяжесть течения и ухудшает контроль заболевания.

Цель: определить характер фактического питания у детей с БА и ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 44 ребёнка в возрасте 9–14 лет с БА и ожирением. Проводилась оценка характера питания с помощью программы «Оценка питания, редакция 2.0 (2.0.3.8) 2009–2010, выполненной на платформе «1С: Предприятие 8». Проводились опрос пациента, регистрация антропометрических данных, количества и частоты потребления продуктов питания с оценкой потребности в энергии, среднего потребления, частоты потребления по группам продуктов.

Результаты. У больных БА и ожирением выявлен дисбаланс между поступлением энергии и её расходом. Так, у 33 (75%) пациентов энергетическая ценность питания превышала индивидуальную потребность в энергии, у 40 (90,9%) выявлено количественное превышение в питании жиров, у 34 (77,2%) — белка и у 28 (63,6%) — углеводов. У более чем половины детей (54,5%) питание было гиперкалорийным за счёт избытка жиров и легкоусвояемых углеводов. Преобладание жирового компонента связано с употреблением колбасы, сосисок, сарделек, молочных продуктов. Избыток углеводов — за счёт преобладания рафинированных продуктов (белый хлеб, печенье, булочки, сахар). При этом овощи (15,9%) и фрукты (34,1%) редко включаются в рацион питания больных. При оценке характера питания у детей с БА и ожирением в зависимости как от пола, так и от возраста значимых различий не получено, однако в зависимости от степени ожирения у детей с 3 и 4 степенью ожирения в 100% случаев выявлен избыток калорийности и всех компонентов питания.

Выводы. Питание детей с БА и ожирением является нерациональным и несбалансированным. Основой профилактики и лечения БА и ожирения является обучение пациентов принципам рационального лечения, питания и адекватной физической нагрузки.
