

отдел сужен. Бариевая взвесь длительно задерживается в пищеводе, периодически проваливается. Рельеф слизистой деформирован.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Через 6 месяцев после оперативного лечения ахалазии пищевода подросток вновь обследован в пульмонологическом отделении МАУ ДГКБ №9 с диагнозом: atopическая бронхиальная астма, персистирующее течение, среднетяжелая форма. Получен положительный эффект от терапии будесонидом. Ребенку даны рекомендации по базисной терапии в амбулаторных условиях. В течении 6 месяцев обострений не зарегистрировано.

Выводы

Данный клинический случай является примером того, как более яркие симптомы бронхиальной астмы маскируют проявления патологии пищевода. В результате отсутствия радикальной коррекции патологии пищевода, бронхиальная астма оставалась неконтролируемой.

Несмотря на совокупность имеющихся с раннего возраста жалоб (дисфагия, длительный кашель), диагноз ахалазия пищевода был установлен только к 17ти летнему возрасту, таким образом, наличие астмоподобных симптомов требует проведения дифференциальной диагностики с другими патологическими состояниями, в том числе с ахалазией пищевода, с использованием современных визуализирующих методов и привлечением специалистов разного профиля: педиатров, пульмонологов, торакальных хирургов, оториноларингологов, гастроэнтерологов.

Список литературы:

1. Горячкина Л. А. Ошибки в диагностике бронхиальной астмы. Результаты наблюдений. /Л. А. Горячкина, О. С. Дробик, М. Ю. Передельская //Трудный пациент – 2010. - № 12. С. 36–39.
2. Соколова Л. В. Диагностические ошибки при бронхиальной астме у детей / Л. В. Соколова // Пульмонология. – 2002. - №1. – С. 72–77.
3. Балаболкин, И. И. Проблема бронхиальной астмы в детской аллергологии / И. И. Балаболкин // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2003. – Ноябрь. – С. 15–21.
4. Сигал Е.И., Бурмистров М.В. Доброкачественные заболевания пищевода // Тихоокеанский медицинский журнал. 2009. № 2. С. 40–46.
5. Трухманов А.С. Заболевания пищевода // Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. С. 397–411.

УДК 616-07

**Гарагашева В.Д., Джураева Д.Д., Кива А.П., Соломеина Е.С., Сафина Е.В.
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И
СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ПОЧЕК**

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Garagasheva V.D., Dzhuraeva D.D., Kiva A.P., Solomeina E.S., Safina E.V.
COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT AND
HEALTH OF CHILDREN UNDER 3 YEARS OLD WITH KIDNEY DISEASE**

Department of children's diseases
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: docha66@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты исследования комплексной оценки физического развития и состояния здоровья детей с заболеваниями почек по данным первичной документации (форма №112/у). По результатам исследования дана оценка критериев здоровья детей в возрасте от 0 до 36 месяцев с острой и хронической патологией почек.

Annotation. The article presents the results of a comprehensive assessment of the physical development and health of children with kidney disease according to the primary documentation (form №112/y). The study assessed the health criteria of children aged 0 to 36 months with acute and chronic kidney disease.

Ключевые слова: комплексная оценка, дети, заболевания почек

Key words: integrated assessment, children, kidney disease

Введение

Охрана здоровья детей является одним из приоритетных направлений государственной политики в Российской Федерации. За последние 10 лет наметилась отчетливая тенденция к улучшению демографических показателей, однако влияние неблагоприятных факторов (экологических, медико-биологических, социальных и т.д.) нередко приводит к росту врожденных патологий и заболеваний почек у детей разных возрастных групп. Грамотно организованная лечебно-профилактическая деятельность врача-педиатра и врача-нефролога способствует повышению качества здоровья детей с данной патологией, что является маркером здоровья населения в целом. При систематическом проведении комплексной оценки здоровья важным является умение использовать современные методологические подходы для определения уровня здоровья, что позволяет своевременно выделить категории детей со скрыто протекающими хроническими заболеваниями почек и мочевыводящих путей, нуждающихся в дополнительном обследовании и консультациях специалистов [3].

Цель исследования – проведение комплексного анализа физического развития детей с заболеваниями почек и оценка их состояния здоровья.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования был проведен проспективный анализ первичной медицинской документации (форма №112/у) на амбулаторном этапе ведения пациентов. Исследование проводилось на базе МАУ ДГБ №8. По результатам анализа были сформированы 2 группы детей — I группа – дети с патологией почек (n=50; 28 (56%) мальчиков и 22 (44%) девочек) и II группа - здоровые дети (n=25; 9 (36%) мальчиков и 16 (64%) девочек). I группа (основная) в свою очередь была подразделена на 2 подгруппы – дети с острой патологией мочевыделительной системы (n=25; 10 (40%) мальчиков и 15 (60%) девочек) и дети с хроническими заболеваниями почек (n=25; 18 (72%) мальчиков и 7 (28%) девочек). Критерии включения в основную группу исследования: дети в возрасте от 0 до 36 месяцев, дети с патологией почек. Критерии исключения: дети старше 3 лет, недоношенные дети.

Комплексная оценка с определением группы здоровья проводилась по 5 критериям: особенности онтогенеза (данные генеалогического, биологического и социального анамнеза), физическое развитие, нервно-психическое развитие, уровень резистентности и функционального состояния основных систем организма, а также наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний, врожденных пороков развития мочевыделительной системы. Оценка физического развития детей проводилась с помощью центильных таблиц ВОЗ.

Для статистической обработки данных использовалась программа Microsoft Office Excel. Данные представлены в виде абсолютного количества и (%).

Результаты исследования и их обсуждение

С учетом цели исследования, нами была выполнена комплексная оценка состояния здоровья 75 детей, разделенных на 3 группы.

По дебюту заболевания в I группе получены следующие данные: с острой патологией: от 0-12 месяцев дебют заболевания произошел у 20 (80%) человек, 12-24 месяца – 3 (12%), 24-36 месяцев - 1 (4%), а с хронической: от 0-12 месяцев - 20 (80%) детей, 12-24 месяца – 2 (8%), 24-36 месяцев - 2 (8%). Дебют заболевания неизвестен в обеих подгруппах у 2 (8%) человек.

Оценка особенностей онтогенеза детей всех групп выявила, что отягощенность по генеалогическому, биологическому и социальному анамнезам наиболее выражена у детей с острой патологией (12%, 24%, 8%). По срокам прорезывания молочных зубов отклонение выявлено в большинстве случаев в подгруппе детей с хроническим течением заболеваний почек (60%), что связано с задержкой роста в результате неадекватных потерь жидкости и электролитов, метаболическим ацидозом и почечной остеодистрофией [1].

По уровню резистентности наиболее неблагоприятные показатели имеет подгруппа детей с острой патологией мочевыделительной системы – 4%.

При сравнительной оценке коморбидного фона были выделены 5 групп наиболее значимых заболеваний: сердечно-сосудистой, нервной и половой систем, а также нарушения метаболизма и инфекционные заболевания. По всем перечисленным заболеваниям лидирующее положение занимает подгруппа

детей с острой патологией мочевыделительной системы, кроме заболеваний сердечно-сосудистой системы – наблюдается у 60% детей с хроническими заболеваниями почек (табл.1).

Таблица 1

Характеристика критериев оценки здоровья обследуемых детей,
абс. число (%)

Диагностический критерий	I группа (n=50)		II группа (n=25)	P
	с острым течением (n=25)	с хроническим течением (n=25)		
<i>Отягощенность генеалогического анамнеза</i>				
Низкая (0-0,2)	13 (52)	14 (56)	22 (88)	p < 0,05
Умеренная (0,3-0,5)	7 (28)	7 (28)	2 (8)	p > 0,05
Выраженная (0,6-0,8)	3 (12)	1 (4)	1 (4)	p > 0,05
Высокая (> 0,9)	1 (4)	2 (8)	0 (0)	p > 0,05
<i>Отягощенность биологического анамнеза</i>				
Низкая	3 (12)	8 (32)	11 (44)	p < 0,05
Умеренная	12 (48)	9 (36)	9 (36)	p > 0,05
Выраженная	6 (24)	3 (12)	5 (20)	p > 0,05
Высокая	3 (12)	4 (16)	0 (0)	p > 0,05
<i>Отягощенность социального анамнеза</i>				
Благополучный	23 (92)	24 (96)	25 (100)	p > 0,05
Неблагополучный	2 (8)	1 (4)	0 (0)	p > 0,05
<i>По срокам прорезывания молочных зубов</i>				
Норма	14 (56)	10 (40)	17 (68)	p > 0,05
Отклонение	5 (20)	8 (32)	8 (32)	p > 0,05
Зубы не прорезались	6 (24)	7 (28)	0 (0)	p < 0,05
<i>По уровню резистентности</i>				
Хорошая (0-3)	21 (84)	22 (88)	22 (88)	p > 0,05
Сниженная (4-5)	3 (12)	3 (12)	3 (12)	p > 0,05
Низкая (6-7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Очень низкая (>8)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	p > 0,05
<i>Коморбидный фон</i>				
Заболевания сердечно-сосудистой системы	14 (56)	15 (60)	3 (12)	p > 0,05
Заболевание нервной системы	23 (92)	22 (88)	2 (8)	p > 0,05
Заболевания половой системы	10 (40)	5 (20)	2 (8)	p < 0,05
Нарушения метаболизма	8 (32)	6 (24)	2 (8)	p > 0,05

Инфекционные заболевания	14 (56)	12 (48)	5 (20)	p > 0,05
--------------------------	---------	---------	--------	----------

Таким образом, среди всех детей с патологией почек регистрируется выраженная отягощенность по всем диагностическим критериям, что диктует необходимость прегравидарной подготовки к беременности, в т.ч. медико-генетическое консультирование.

Выводы:

1. У 40 (80%) детей с патологией почек, средний возраст которых составил $7,5 \pm 3,9$ месяцев, заболевание дебютировало в грудном возрасте.

2. В подгруппе детей с острой патологией гораздо больше детей имели выраженную и высокую отягощенность биологического анамнеза (36%), чем в подгруппе детей с хронической патологией (28%).

3. Во II группе наблюдается наибольшее количество детей с низким индексом генеалогического анамнеза (88%) и низкой отягощённостью по биологическому анамнезу (44%), в связи с чем можно сделать вывод, что особенности онтогенеза играют большую роль в возникновении патологии мочевыделительной системы.

Список литературы:

1. Асманов А.И. Использование гормона роста при лечении новорожденных с хроническими заболеваниями почек: показания, эффективность и безопасность / А.И. Асманов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2009. - №4, С.93.

2. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия: Учебное пособие / Под ред. В.А. Доскина. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - 464 с.

3. Основы здоровья детей и подростков: руководство для врачей. Часть 1. Комплексная оценка здоровья детей и подростков/Бородулина Т.В., Санникова Н.Е., Левчук Л.В. – Екатеринбург: УГМУ, 2017.-126 с.

4. Оценка физического развития детей Свердловской области от 0 до 16 лет. Методические рекомендации/ Бабина Р.Т., Насыбуллина Г.М., Кочева Н.О. и др. // - Екатеринбург, 2002.-84 с.

5. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий/ Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2008.-216 с.

УДК 612.65

Гринева О.В., Храмцова Ю.С., Мышинская О.И. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО И СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В СПОРТИВНОЙ ШКОЛЕ

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация