

аденоида, чаще – это аденовирусы, что является причиной частых обострений заболевания. В этом случае нередко ставится диагноз ОРЗ, но это не ОРЗ, а скорее всего – аденоидит. Случаются и сочетания этих двух форм при наличии воспаления в увеличенных аденоидах.

Острые фарингиты почти в 70% случаев имеют вирусную этиологию. Основными возбудителями среди вирусов при ангине и фарингитах являются аденовирусы, риновирусы, ротавирусы, вирус простого герпеса (типы 1, 2), вирусы гриппа А и В, энтеровирус, ВИЧ, вирус Коксаки (типы А9, В1-5) и ЕСНО, коронавирусы, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус, пикорновирус и др. (Пальчун В.Т. и др., 2002).

Пусковым механизмом в развитии такой патологии, как острый средний отит, очень часто становится вирусная инфекция. Это ведёт к развитию воспалительной реакции слизистой оболочки среднего уха, экссудативным процессам и к быстрым присоединениям бактериальной инфекции (Пальчун В.Т. и др., 2001). Очень часто эти заболевания могут сочетаться и (или) провоцировать взаимное развитие.

**ВЛИЯНИЕ РАДИАЦИИ
НА ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ОБМЕН**

Рымбаева А.А., Утегенова А.М., Ильдербаева Г.О.,
Кирпина А.М., Ильдербаев О.З.

Государственный медицинский университет, Семей,
e-mail: oiz5@yandex.ru

Нарушение биоэнергетики – пусковой механизм патогенеза лучевой болезни, где основным звеном является поражение металлосодеждающих ферментов. Факт снижения активности ферментов указывает на серьезные нарушения энергетического метаболизма в цикле Кребса. Так как дыхательные ферменты не способны участвовать в нормальном тканевом процессе в митохондриях (Вдовин А.В. и др., 1998), вследствие этого разобщается процесс окислительного фосфорилирования (Манойлов С.Е., 1973).

Целью исследования явилось изучение действия гамма-облучения в дозе 0,2 Гр на состояние энергетического обмена в печени, селезенке, лимфатических узлах тонкого кишечника и лимфоцитах крови.

Методы. Эксперимент проведен на белых крысах, 12 месячного возраста. 1 группа – интактные (n = 10), 2 группа – облученные (n = 15). Животные второй группы подвергались облучению на радиотерапевтической установке Терагам ⁶⁰Со в дозе 0,2 Гр. Из печени, селезенки и лимфоузлов тонкого кишечника облученных и необлученных животных готовились гомогенаты, по ним и лимфоцитам крови определялись ферменты энергетического обмена сукцинатдегидрогеназа (СДГ) и цитохромоксидаза (ЦХО).

Как показали исследования при воздействии гамма-излучения активность ЦХО в печени снижалась с 0,248 ± 0,021 до 0,149 ± 0,011 (p < 0,01), селезенке с 0,193 ± 0,032 до 0,112 ± 0,010 (p < 0,05), лимфоцитах крови с 0,153 ± 0,013 до 0,142 ± 0,019 (p > 0,05). В свою очередь активность СДГ во всех исследуемых клетках и гомогенатах выявлены тенденции к повышению, за исключением лимфоузлов тонкого кишечника, где выявлены повышение активности ферментов СДГ и ЦХО: с 0,002 ± 0,0003 до 0,009 ± 0,001 (p < 0,001) и с 0,183 ± 0,012 до 0,245 ± 0,022 (p < 0,05) соответственно. Полученные нами экспериментальные данные свидетельствуют о том, что облучение оказывает существенное отрицательное влияние на каталитическую активность ферментов энергетического обмена. Снижение метаболических процессов при радиационном поражении на уровне клеток и органов играет важную роль в проявлении выраженности отдельных патологических реакций и снижении защитно-приспособительных механизмов организма.

**ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ
АНЕМИИ У ДЕТЕЙ**

Савельева Н.А.

Пермская государственная медицинская академия им. ак.
Е.А.Вагнера, Пермь, e-mail: natamed23@mail.ru

Дефицит железа оказывает системное влияние на жизненно важные функции организма, особенно в критические периоды роста и умственного развития, поэтому необходимо придавать этой проблеме глобальное значение и особенно в педиатрии.

Цель работы – установить группы риска, определить ведущие факторы развития и оценить методы диагностики железодефицитной анемии (ЖДА).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 детей с ЖДА, госпитализированных в гематологическое отделение клиники им. П.И. Пичугина в 2009 году. Проведено общепринятое клиническое обследование. Изучены показатели эритропоэза обмена железа.

Полученные результаты. Анализ частоты заболеваемости показал, что среди обследованных с ЖДА преобладали дети в возрасте от 1 до 3 лет – 36%, дети до 1 года – 32% и дети старшего школьного возраста – 10%, реже ЖДА диагностировалась у детей в возрасте от 7 до 11 лет – 6%.

У мальчиков ЖДА наблюдалась чаще в раннем возрасте, а у девочек – в подростковом. По степени тяжести больные распределились следующим образом: ЖДА I степени – 56%, ЖДА II степени – 38% и ЖДА III степени – 6%.

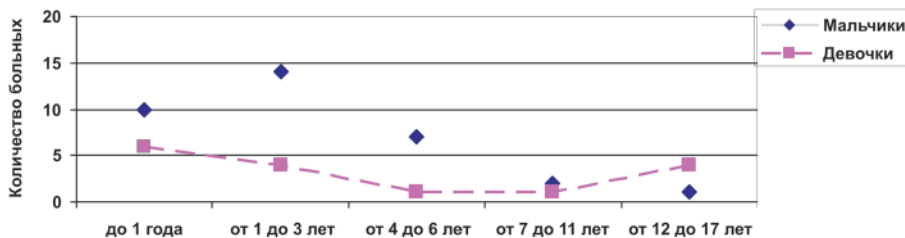


Рис. 1. Распределение детей в зависимости от пола и возраста

При изучении перинатального анамнеза у детей раннего возраста установлено, что ведущими факторами риска развития ЖДА являются: внутриутробные инфекции (56%), недоношенность (50%), анемия во время беременности (13%) и гестоз (19%). Как фактор риска развития ЖДА, для детей дошкольного возраста выступают частые вос-

палительные заболевания носоглотки – 67%, а для подростков – хроническая гастродуоденальная патология-60%. В клинической картине наблюдались астенический (25%) и сидеропенический (35%) синдромы. Лабораторные показатели при ЖДА различной степени тяжести представлены ниже (табл. 1, 2).