

### Выводы

1. В природных очагах вероятность заболевания детей ККГЛ высокая, особенно среди лиц, привлекаемых к труду в животноводстве, домашнем хозяйстве.

2. Клинические проявления ККГЛ у детей сходны с таковыми у взрослых. Прогноз заболевания зависит как от степени тяжести, так и от своевременности и адекватности лечения.

3. В целях ранней диагностики ККГЛ в эпидсезон считаем целесообразным расценивать наличие лихорадки и тромбоцитопении у детей, проживающих на неблагополучных территориях (юг Казахстана), как подозрительный случай на ККГЛ.

4. При тяжелых геморрагических случаях ККГЛ применение гемостатического препарата-НовоСэвен в комплексном лечении оказывает положительный эффект.

### Список литературы

1. Бутенко, А.М. Крымская геморрагическая лихорадка / А.М. Бутенко, Е.В. Лещинская, Д.К. Львов // Вестник Российской академии естественных наук. М., 2002. № 2. С. 1-10.

2. О лечении Конго-Крымской геморрагической лихорадки на современном этапе / Абуова Г.Н., Пшеничная Н.Ю., Нурмашева А.А., Лизинфельд И.А., Алимбаева Ж.С. // Материалы международной научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия инфекционных и неинфекционных болезней». Вестник ЮКГФА. 2013. № 2. С. 10-11.

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСТРАКТА ПЛОДОВ КАРЛИКОВОЙ ПАЛЬМЫ САБАЛЬ В КАЧЕСТВЕ АЛЬТЕРНАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ У ЖЕНЩИН

Литвинова Л.В.

ФГАОУ ВПО «Северо-Кавказский федеральный университет», Ставрополь, e-mail: larisa-litva@yandex.ru

В настоящее время мигрень остается одним из тех заболеваний, симптомы которого можно только предупредить. Наиболее частыми и характерными симптомами мигрени являются эпизодические или регулярные сильные и мучительные приступы головной боли в одной (редко в обеих) половине головы. Головная боль при мигрени не связана с повышением или резким снижением артериального давления, приступом глаукомы или повышением внутричерепного давления. При этом у пациентов отсутствуют серьезные травмы головы, инсульт, опухоли мозга, а интенсивность и пульсирующий характер болей больше связывают с сосудистой головной болью, а не с головной болью от напряжения.

Мигрень является достаточно распространенным хроническим заболеванием. Официальная статистика отмечает 10% диагностированных больных в популяции, и ещё 5% недиагностированных или неверно диагностированных. Было отмечено, что мигрень чаще всего встречается у женщин, чем у мужчин, так как передается, в основном, по женской линии. В зависимости от тяжести заболевания приступы мигрени могут быть редкими, но, чаще всего, приступы повторяются с периодичностью от 2 до 8 раз в месяц.

Учеными было установлено несколько причин, способствующих возникновению приступов мигрени. Среди них: стресс, нервное и физическое перенапряжение, пищевые факторы (сыр, шоколад, орехи, рыба), алкогольные напитки (пиво, красное вино, шампанское), прием гормональных контрацептивов, сон (недостаток или избыток), погодные факторы (смена погоды, смена климатических условий). Однако окончательно объяснить патофизиологию мигрени пока не удалось.

В нашем исследовании было выдвинуто предположение о гормональной природе возникновения приступов мигрени. В экспериментальную группу вошли 5 женщин-добровольцев от 34 до 61 года. Согласно опросу все они стали страдать приступами

мигрени с периода половой зрелости. Повышенная частота приступов наблюдалась в периоды стресса.

В соответствии с гипотезой было выдвинуто предположение о том, что нормализация гормонального фона у женщин будет способствовать снижению частоты приступов или их полному прекращению. В качестве препарата, стабилизирующего гормональный фон был выбран экстракт плодов карликовой пальмы сабаль (ЭПКПС). С древних времен плоды (черные ягоды) сабаля применялись народной медициной американских индейцев при лечении болезней, связанных с эндокринной системой. В наше время ЭПКПС используют при аномалиях роста волос и поликистозе яичников у женщин. Вместе с тем, биологически активные компоненты экстракта (фитостеролы) не вызывают изменений гормонального баланса в крови, а также не влияют на гипоталамо-гипофизарную систему. Следует особо отметить, что данный экстракт не обладает побочными действиями и имеет высокие питательные, тонизирующие, адаптогенные и общеукрепляющие свойства, что повышает его безопасность в тестировании на экспериментальной группе. В данном исследовании уделялось особое внимание главному свойству ЭПКПС – нормализация функции эндокринных желез и понижение мужских гормонов у женщин.

Женщинам-добровольцам, страдающим мигренью, были предложены капсулы с фитопрепаратом ЭПКПС. Испытуемые не знали о том, какой препарат они принимают и что находится в капсулах. Прием был однократно в сутки во время еды. Доза препарата составляла 0,2 г экстракта карликовой пальмы сабаль. Все женщины вели ежедневник приступов мигрени, в котором записывали время и продолжительность приступов.

Результаты приема ЭПКПС показали, что в течение первого месяца у троих из пяти женщин частота приступов уменьшилась в два раза, а продолжительность сократилась до нескольких часов. У двоих женщин-добровольцев приступы прекратились. Женщинам предложили продолжать принимать капсулы в том же режиме. В течение второго месяца приступы сохранились только у одной испытуемой, но частота уменьшилась до 2 раз в месяц, а продолжительность составляла около 3-х часов. В течение третьего месяца приема капсул с ЭПКПС приступы мигрени прекратились у всех испытуемых.

По статистике, приступы мигрени у женщин вызывают периодическую или непредсказуемую потерю работоспособности, что иногда приводит к необходимости установления пациенту инвалидности, вследствие неспособности больного работать достаточное количество часов в неделю или вообще работать. Исходя из вышесказанного, следует, что приём экстракта плодов карликовой пальмы сабаль (ЭПКПС) в дозе 0,2 г в сутки во время еды снижает количество приступов мигрени и их продолжительность, а также предотвращает приступы мигрени после приемы препарата в течение 3-х месяцев. Полученные данные требуют дальнейшего исследования и являются основой альтернативной терапией мигрени.

### ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРООБРАЗОВАНИЯ СЛЮННОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ

Львов Н.И., Бриль Г.Е., Раскина Е.Е.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Саратов, e-mail: darh13066@mail.ru

Метод клиновидной дегидратации биологических жидкостей был разработан В.Н. Шабалиным и С.Н. Шатохиной (2001) и является новой диагно-

стической технологией, дающей возможность получения информации, заложенной в особенностях структурообразования биологических жидкостей. При дегидратации капли биологической жидкости информация, содержащаяся в жидкой фазе, представляется в виде различных структур, доступных для наблюдения под микроскопом. Процесс структурообразования при дегидратации слюнной жидкости у детей различного возраста изучен мало.

Целью данной работы явилось изучение морфологических особенностей структур, формирующихся при дегидратационной самоорганизации слюны детей в возрастном аспекте.

**Материал и методы исследования.** Проведено морфологическое исследование структурного следа (фации) слюны у здоровых детей, среди которых были девочки (n=30) и мальчики (n=31). Проведена оценка фаций в трёх группах детей, различающихся по возрасту: с 3 месяцев до 3 лет (n=20), с 3 до 7 лет (n=22) и с 7 до 11 лет (n=19). Забор слюны (1,5-2 мл) проводился утром натощак с использованием одноразового устройства для сбора биологической жидкости. Слюна помещалась в пластиковые пробирки и центрифугировалась 10 мин при 3000 об/мин. Надосадочная жидкость (2 мкл) наносилась на поверхность сухого чистого обезжиренного предметного стекла и в строго горизонтальном положении подвергалась высушиванию при температуре 20оС в течение 24 часов. Для исследования фаций использовали микроскоп (Carl Zeiss, Jenna) с видеоокуляр (5 Мп) и конечным увеличением в 70 и 140 раз.

**Результаты исследования.** У всех детей в фациях слюны визуализировались три зоны: периферическая (ободок), промежуточная и центральная. Площадь периферической зоны увеличивалась с возрастом детей (p<0,001). У детей раннего возраста периферическая зона представляла собой узкий ободок, в котором при большом увеличении визуализировались мелкие, беспорядочно расположенные глыбки. Структура фаций слюнной жидкости у детей в возрасте старше 3 лет заметно отличалась от описанной выше. В фациях слюны старших детей присутствовала широкая периферическая зона, имеющая отчетливый рисунок, представленный древовидными образованиями, ориентированными продольно или поперечно к плоскости ободка и содержащими ветви первого и второго порядка. У детей старшего возраста средний размер объектов ободка увеличивался по сравнению с детьми раннего возраста (p<0,001). Энтропия ободка уменьшалась с увеличением возраста детей с достоверностью различий в группах детей от 3 до 7 лет и старше 7 лет (p<0,001). Между ободком и центральной частью фации имелось широкое пространство (промежуточная зона). Промежуточная зона фации была четко структурирована и содержала плотно расположенные мелкие ветвистые структуры. Энтропия промежуточной зоны детей старших групп имела достоверность различий с детьми до 3 лет (p<0,001). Площадь центральной зоны фаций слюны детей старшей возрастной группы снижалась (p<0,001). В центральной зоне фации слюны детей раннего возраста обнаруживались свободно расположенные крупные, длинные, радиально ориентированные осевые кристаллы, с отходящими, в основном под прямыми углами, короткими отростками в виде ветвей дерева или кустарника (так называемые скелетные или дендритные кристаллы) без вторичных ответвлений. У детей старшего возраста центр фации был насыщен линейными кристаллическими образованиями. Средний размер этих объектов значительно превышал аналогичный показатель у детей раннего

возраста (p<0,001). В центральной зоне выявлялись плотно расположенные крупные ветвистые структуры по типу «еловых веток», содержащие один длинный осевой кристалл с ветвями второго и третьего порядка, ориентированные перпендикулярно осевому кристаллу. На каждой осевой структуре число первичных ветвей значительно превышало количество аналогичных образований, выявляемых в фациях детей раннего возраста.

**Заключение.** Проведённое исследование позволило выявить морфологические особенности структурообразования в фациях при клиновидной дегидратации слюны у здоровых детей разных возрастных групп, что необходимо учитывать при проведении исследования слюны в скрининговых диагностических программах как у здоровых детей, так и для выявления патологии. Преимуществами данного метода являются его объективность, информативность, экономичность, неинвазивность, возможность многократного забора материала для исследования и динамического контроля.

#### АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Лялина И.С., Денисов М.С., Лялина Т.С.

ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.И. Ульянова», e-mail: ljalina-irina@mail.ru

Рождение здорового ребенка становится все более проблематичным из-за низкого индекса здоровья женщин – будущих матерей [1, 5].

По официальным данным Всеобщей диспансеризации, заболеваемость детей увеличилась в 1,5 раза, подростков – в 2 раза. Достоверно чаще стали встречаться анемия, дефицит массы тела, эндокринные заболевания, дисфункции яичников, бесплодие, воспалительные заболевания мочеполовой системы [2, 3].

При исследовании репродуктивной функции женщин с ДМТ были выявлены различные эндокринные расстройства: недостаточность функции яичников, гиподисфункция щитовидной железы, нарушение углеводного обмена. Гормональные нарушения оказывают неблагоприятное влияние на децидуальные реакции в эндометрии и пролиферативную активность трофобласта в ранние сроки беременности, на этапе формирования плаценты [1, 6, 7].

Вследствие дефицита массы тела (ДМТ), болезней желудочно-кишечного тракта развиваются каскадные взаимосвязанные и взаимообусловленные нарушения обмена белков, липидов, жиров и электролитов, что существенно ухудшает начальные трофические процессы в матке, а именно при формировании плацентарного ложа и плаценты, что, безусловно, отрицательно сказывается на качестве здоровья новорожденных [1, 6, 7].

Изучение уровня физического развития детей в отдаленные периоды жизни представляется крайне важным и актуальным, потому что это один из важнейших показателей здоровья ребенка. Углубленное изучение состояния физического развития выявляет резервы здоровья, отражает адаптативные возможности, гомеостатические ресурсы [5].

Сохранение здоровья каждого ребенка – особая стратегическая и в высшей степени приоритетная задача государства. Обеспечение здоровья детей – главная задача общества и государства [1, 3, 4, 5].

Цель исследования – анализ перинатальной патологии детей, рожденных женщинами с дефицитом массы тела.