фицитом массы тела, что обосновало проведение комплексной характеристики физического развития и заболеваемости детей.

Ретроспективно нами оценено физическое развитие детей женщин исследуемых групп в сравнительном аспекте**.** Мы изучили физическое развитие, заболеваемость и инвалидность детей 1 года. Нами проанализированы темпы увеличения массы и длины тела в декретированные сроки. Родившихся у женщин с дефицитом массы тела – 98 детей, у женщин с нормальной массой тела – 100 детей.

Средняя масса детей при рождении у женщин с ДМТ составила среди недоношенных – 2150±32 г., длина 42±0,7. Среди доношенных у женщин с ДМТ с СЗРП – 2650 ± 27 г, длина тела 50,5 ±0,6 см,

У женщин с нормальной массой тела – 3523 ±25 г и 52,6±0,6 см.

По данным антропометрического среза у детей были выявлены следующие основные закономерности: во обоих группах детей возрастная весовая кривая нарастала; у мальчиков и девочек средняя масса тела при рождении существенной разницы не имела, средняя длина тела у мальчиков была несколько больше, чем у девочек; темпы увеличения массы тела у мальчиков в первые месяцы жизни были выше, чем у девочек.

Сравнение выделенных групп детей показало, что в первые месяцы жизни темпы роста массы тела у детей женщин с ДМТ были выше, чем у детей женщин с нормальной массой тела. Мальчики, рожденные с задержкой нутритивного развития, за первый месяц прибавили на 29% от первоначальной массы, среди девочек наибольший темп нарастания массы тела был зафиксирован у женщин с ДМТ – 23,8%, у женщин с нормальной массой тела – 12,4%. Интенсивность прибавки массы тела замедлилась к 6 месяцу жизни у всех детей. Во втором полугодии жизни дети с малой массой при рождении прибавляли медленнее, что привело к отставанию по массе тела в сравнении с другими, ($p<0,001$).

У детей женщин с нормальной массой тела в основном наблюдался равномерный темп нарастания массы тела. У этой группы темп увеличения массы тела к 6 месяцу несколько замедлился, далее он был плавно равномерным.

Известно, что детям свойственна гетерохрония роста. В периоды усиления ростовых процессов идет снижение темпов нарастания массы тела. Однако у детей женщин с ДМТ при рождении эта закономерность не прослеживается, т.е. увеличение длины тела шло синхронно с прибавкой массы тела и было больше в первом полугодии. По показателям длины тела они к 6 месяцу догнали своих сверстников, но к году опять отстали от них. В среднем увеличение длины тела в первом полугодии жизни за каждые 3 месяца у детей женщин с ДМТ составило 7,58 ±0,46 см, 2-й – 6,23 ±0,4, ($p <0,001$), во втором полугодии достоверной разницы по этому показателю не отмечено.

Дети женщин с нормальной массой тела отличались более равномерным ростом на 1 году жизни.

Выводы. Уровень перинатальной патологии у новорожденных, рожденных женщинами с дефицитом массы выше, чем у новорожденных, рожденных женщинами с нормальной массой тела. В структуре патологии, связанной с родовым травматизмом на первом месте находится синдром гипервозбудимости.

**Список литературы**

1. Акушерство. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Э.К. Айламазян, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей (новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях): руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 424 с.

3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2009 году. М.: ГЭОТАР-Мед, 2010. 120 с.

4. Концепции демографической политики в РФ до 2025 г.: Указ Президента РФ № 1351 от 09.10.2007 г.

5. Педиатрия. Национальное руководство / под ред. А.А. Баранова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1024 с.

6. The influence of body mass index to in-vitro fertilisation treatment outcome, risk of miscarriage and pregnancy outcome / Thum M.Y. [et al.] // Journal of obstetrics and gynaecology. 2007. Vol. 27(7). P. 699 – 702.

7. The effect of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on pregnancy outcomes in urban care settings in Urmia-Iran / Yekta Z. [et al.] // BioMed Central. Pregnancy and Childbirth. 2006. Vol. 6. P. 15 – 22.

## ВЛИЯНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ

Марданова М.Т., Сероева К.И.

*ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь,*
*e-mail: mmmt102@gmail.com*

Актуальность. Медицинский диагноз не дает полной и объективной характеристики состояния больного – степени дезадаптации и влияния болезни на эмоциональную и социальную сферу. Качество жизни является интегральным показателем физического, психологического, эмоционального и социального состояний, способностью пациента адаптироваться к болезни. Возникает вопрос о том, какие параметры качества жизни больных наиболее зависимы от бронхиальной астмой (БА) и тяжести заболевания.

Цель: оценить качество жизни больных бронхиальной астмой в зависимости от степени тяжести и формы контроля над заболеванием

**Материалы и методы.** Было исследовано 60 детей, которые были разделены на основную группу в количестве 31 человека в возрасте от 1 года до 17 лет с подтвержденным диагнозом БА. Все пациенты находились на обследовании и лечении в пульмонологическом отделении Краевой детской клинической больницы г. Перми. Контрольную группу составили дети в количестве 29, с I и II группой здоровья в возрасте от 8 до 17 лет, обучающиеся в МОУ «Козьмодемьянская средняя школа».

Всем детям с БА было проведено общепринятое клинико – лабораторное и инструментальное исследование. Для оценки КЖ использовались опросники ( ВОЗ КЖ-100, психологический тест (ДС), тест AQLQ по контролю над астмой) и функциональные пробы (пробы Штанге, Генча).

Результаты. Основными причинами возникновения бронхиальной астмы являются экзогенные факторы – 16,13%, эндогенные факторы – 13,9%, и сочетание их у 70,96% детей. Наследственная предрасположенность прослеживается у 40,9% детей, инфекционные и не инфекционные заболевания – 27,3% детей, ожирение наблюдается у 9,1% больных. У 68,2% детей отмечается влияние стресса, как провоцирующего фактора БА. Основными жалобами при поступлении были: приступообразный кашель – 83,8%, приступы удушья (25%), экспираторная одышка (78%), гипертермия (9,7%), ринит (65,4%). В основной группе у всех детей наблюдалось изменение перкуторного звука, жесткое дыхание, у детей с тяжелой степенью БА выслушивались сухие свистящие хрипы. Лабораторные методы выявили изменения: в ОАК повышение таких показателей, как эритроцитов, гемоглобина, эозинофилов, MCV, тромбоцитов, моноцитов. В биохимическом анализе у 41,2% мальчиков и у 50%девочек наблюдается повышение lgE в среднем в 5-8 раз по сравнению с нормой.

Следует отметить, что по данным опросника ВОЗ КЖ – 100 общая оценка качества жизни у детей с БА (77.25 баллов) ниже, чем у детей контрольной

группы (78.45 баллов). Такой итог можно объяснить результатами проведенного психологического теста, который свидетельствует о снижении шкалы тонуса в группе мальчиков (характерна усталость, несобранность, вялость, инертность, низкая работоспособность, снижена возможность проявлять активность, расходовать энергию), а в группе девочек снижение в шкале «спокойствие – тревога» (отражается неуверенностью в своих силах, возможностях и энергии). Так же следует отметить, что у детей с неконтролируемой БА был самый низкий уровень качества жизни. При оценке физического развития (ФР) в основой группе были получены следующие данные: 58% детей с БА имеют нормальное ФР, 42% – имеют отклонения в ФР за счет низкого роста – 3,22%, высокого роста – 16,14%, дефицита массы I степени – 6,44%, дефицита массы II степени – 3,22%, избытка массы I степени – 12,9%, избытка массы II степени – 9,7%. При сопоставлении данных ФР и опросников ВОЗ КЖ-100 у больных с отклонением в ФР наблюдаются низкие показатели большинства сфер жизни, что свидетельствует также о влиянии на КЖ не только БА, но и физического развития. Проведенные функциональные пробы отмечают снижение функций кислородообеспечивающих систем организма, что свидетельствует о низкой толерантности к физической нагрузке у детей с БА.

**Выводы.** Качество жизни больных с бронхиальной астмой снижено по сравнению со здоровыми детьми, что подтверждается данные результатов опросников ВОЗ КЖ – 100, ДС и теста по контролю над астмой.

## ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Стяжкина С.Н., Марьенко А.С., Хузина И.А.

*ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, e-mail: marenko_anastasiya@mail.ru*

Рак поджелудочной железы занимает четвертое место в структуре злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта.

РПЖ – заболевание с крайне высоким потенциалом злокачественности, смертность от РПЖ практически равна заболеваемости, составляя для России около 13 тыс., а для мира около 230 тыс. случаев в год. Особенность клинического течения заболевания являются: патогномоничной клиники на ранних стадиях заболеваниях, когда наиболее эффективно хирургическое лечение, и выраженная клиника на поздних стадиях, когда эффективность лечения низкая.

**Цель работы:** изучить распространенность рака поджелудочной железы и способы его лечения.

**Материалы и методы исследования:** объектом исследования явились 6 историй болезни за период с 2013 по 2014 годы, в которых был изучен средний возраст и применяемые методы лечения. В результате было получено, что средний возраст составляет 63 года. Проведенное хирургическое лечение: в первом случае был образован холецистоэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом по Брауну, во втором случае: холецистостома, в третьем случае: ЭГА доступом по Федорову, в четвертом случае: образование холедоходуоденоанастомоза по Юрашу, в двух последних случаях оперативного вмешательства не было. Во всех случаях наблюдалась механическая желтуха.

Клинический пример. В хирургическое отделение 1РКБ переведена пациентка 55 лет с диагнозом: рак головки поджелудочной железы, механическая желтуха. Жалобы на общую слабость, интенсивный кожный зуд, желтушность кожных покровов, периодическую тошноту. Проведено медикаментозное и хирургическое лечение. На момент поступления билирубин – 321 мкмоль/л. Хирургическое лечение было проведено в 2 этапа: 1 этап холецистостомия, установление дренажной трубки – без положительной динамики; 2 этап образование холедоходуоденоанастомоза по Юрашу, установление дренажной трубки. После оперативного лечения билирубин = 303мкмоль/л, также было проведено симптоматическое лечение для снижения интоксикаций. После проведенного лечения пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии (билирубин = 114мкмоль/л).

**Заключение.** Единственным методом радикального лечения больных раком ПЖ остается хирургический, однако применять его можно лишь у 3,9-22% пациентов, когда опухоль диагностируется на ранней стадии. Кроме радикальных вмешательств при наличии противопоказаний у больных раком головки поджелудочной железы проводят паллиативные операции с целью устранения желтухи- холецистодуоденоанастомоз, холедохоеюноанастомоз, холецистоеюноанастомоз. В среднем после радикальной операции больные живут от 2 до 6 лет. В настоящее время проводят комбинированное лечение рака поджелудочной железы – паллиативные операции или резекцию поджелудочной железы комбинируют с химиотерапией или дистанционной гамма- терапией. В запущенных случаях применяют полихимиотерапию и лучевое лечение. Своевременное выявление рак поджелудочной железы позволяет провести качественное лечение, тем самым продлевает жизнь и улучшает её качество.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ АЛЬТЕРАЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ

Михеева Н.С.

*Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово, e-mail: mikheeva31@mail.ru*

В литературе имеются лишь единичные отрывочные сведения об аллергической альтерации лейкоцитов. Представлялось интересным детально изучить этот процесс.

**Материал и методы исследования.** Опыты проведены на 30 половозрелых кроликах породы Шиншила. Животных сенсибилизировали трехкратным внутривенным введением противокоревого человеческого гамма-глобулина в дозе 0,2 мл на кг веса. На 21-е сутки вызывали несмертельный анафилактический шок средней тяжести введением разрешающей дозы того же антигена. Кровь для получения мазков брали дважды до начала эксперимента, через 7, 14 и 21 сутки после введения 3-й сенсибилизирующей инъекции, а также на 2-й 5-й, 10 –й и 30 –й минуте анафилактического шока. Для фиксации и окраски мазков крови использовали инновационные гематологические фиксаторы и красители, защищенные патентами на изобретения. Щелочную фосфатазу выявляли модифицированным метолом одновременного азосочетания. Для выявления кислой фосфатазы использовали оригинальный метод азосочетания, опубликованный нами в журнале “Folia Haematologica”. Пероксидазу выявляли бензидиновым методом, а СДГ – по Нахласу.

Полученные результаты. На 14-е и 21-е сутки сенсибилизации наблюдается умеренный лейкоцитоз с повышением псевдоэозинофилов, базофилов и средних лимфоцитов с увеличением объема цитоплазмы. Уже на 2-й минуте шока определяется резкая лейкопения с выраженными признаками аллергической