

Таблица 1

Рассчитанный индекс массы тела у детей, находившихся на разном виде вскармливания

Индекс массы тела	% детей, находившихся на грудном вскармливании	% детей, находившихся на смешанном вскармливании	% детей, находившихся на искусственном вскармливании
дефицит веса (менее 18,5)	18	15	10
нормальный вес (18,5-25)	77	74	72
избыточный вес (25-30)	5	10	12
ожирение (более 30)	-	1	6

Полученные данные указывают, что у детей, находившихся на искусственном вскармливании чаще наблюдается ожирение и избыточная масса тела.

В таблице 2 представлены данные опроса, относительно оценки состояния здоровья детей родителями.

Таблица 2

Оценка состояния здоровья детей родителями в зависимости от типа вскармливания

состояние здоровья детей, %	естественное вскармливание	смешанное вскармливание	искусственное вскармливание
неудовлетворительное	-	4	-
удовлетворительное	22	36	47
хорошее	70	56	53
отличное	8	4	-

Нами установлено, что оценка матерями состояние здоровья своего ребенка как хорошее и отличное наблюдалось, когда практиковалось естественное кормление. Из полученных данных следует, что искусственное кормление отрицательно сказывается на здоровье детей.

В ходе анкетирования нами определено, что дети, находившиеся на грудном вскармливании в 1,5 раза реже страдают хроническими заболеваниями, по сравнению с детьми, не принимавшими грудное молоко. У детей, находившихся на искусственном вскармливании чаще встречаются заболевания, имеющие аллергическую природу.

В заключение можно сделать вывод о том, что грудное вскармливание оказывает положительное влияние на организм ребенка. У таких детей реже наблюдаются хронические заболевания, в первую очередь аллергические, риск развития ожирения ниже, общее состояние здоровья намного лучше, по сравнению с детьми, употреблявшими молочные смеси. Поэтому женщинам, имеющим малышей следует кормить ребенка грудным молоком.

Список литературы

1. Сорвачева Т.Н., Пашкевич В.В., Конь И.Я. Влияние вида вскармливания на первом году жизни на некоторые показатели здоровья детей раннего возраста // Вопросы питания. 2001. № 4. С. 27-30.
2. Гаппаров М.М. Питание детей первого года жизни: взгляд нутрициолога / М.М. Гаппаров, М.М. Левачев // Вопросы питания. 2001. -№ 4. С. 23-27.
3. Педиатрия: учебник / под ред. Н.П. Шабалова. Спб., 2000. 323 с.
4. Альбицкий В.Ю. Репродуктивное здоровье и поведение женщин в России / Альбицкий В.Ю. и [др.]. М., 2001. 247 с.
5. [https://ru.wikipedia.org/wiki/ индекс массы тела](https://ru.wikipedia.org/wiki/индекс_массы_тела)

ДЕБЮТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ

Локтионова А.А., Пархоменко Н.В., Гребенникова И.В., Петренко О.Н.

ГОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия, irina_voronezh@inbox.ru

В последнее время отмечается тенденция к росту злокачественной патологии, как взрослого населения, так и детей [2-9]. Острые лейкозы занимают ведущее место в структуре заболеваемости гемобластомами. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) у детей встречается в 75-80% случаев всех острых лейкозов [3-9]. Знание вопросов ранней диагностики ОЛЛ не-

обходимо врачу любой специальности в связи с тем, что первично данная группа больных обращается к педиатрам, инфекционистам, ортопедам, хирургам, но только не к онкогематологам. Современная диагностика и начало противоопухолевой терапии на максимально ранней стадии заболевания являются залогом успешного лечения [1, 3, 6, 7].

Цель исследования: выявить основные начальные проявления лейкоза, время от манифестации до постановки диагноза и явку к разным специалистам при первичном обращении.

Материалы и методы исследования:

Материалом для исследования были первичные документы о заболевших и умерших, истории болезни и выписные эпикризы, данные анамнеза, амбулаторные карты детей, находившихся в отделении гематологии и онкологии БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница № 1» с диагнозом: острый лимфобластный лейкоз.

Методы исследования: всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее тщательный сбор анамнеза, клинический осмотр, лабораторные исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен анализ данных анамнеза, первичных жалоб и основных симптомов у 62 детей с впервые установленным диагнозом ОЛЛ.

Среди заболевших 34 мальчика (54,8%) и 28 девочек (45,2 %). Наиболее часто ОЛЛ диагностировался среди детей в возрасте 3-7 лет (n=34; 54,8%), что соответствует средним показателям по РФ [2-6].

Т.к. лейкозия разворачивается постепенно, клиническая манифестация происходит, когда масса опухоли составляет 1012 клеток, и только тогда начинается острый период заболевания. В начальном периоде ОЛ протекает под видом заболеваний, связанных преимущественно с гиперпластическим поражением органов и/или выраженным цитопеническим синдромом [5, 6].

Тщательный анализ представленных данных позволил распределить начальные проявления на 3 группы:

- 1 группа: с постановкой диагноза в течение 1 недели от появления первых симптомов (n=18; 29%).
- 2 группа: с окончательной верификацией ОЛЛ в течение первых 2-3 недель от проявления первых симптомов (n=9; 14,5%).

3 группа: диагноз устанавливался лишь через 1-6 месяцев ($n=35$; 56,5%).

Бессимптомный дебют лейкоза в нашем исследовании выявлен в 1 случае, при плановой сдаче общего анализа крови при оформлении ребенка в детский сад.

То, анализ анамнестических данных показал, что более половины детей поступали в гематологическое отделение спустя 20 дней и более от манифестации заболевания.

Для всех пациентов было характерно наличие одновременно нескольких клинических симптомов. Так, признаки интоксикации выявлены у 55 детей (88,7%), боли костно-суставные у 21 человека (33,9%), жалобы на боли в животе предъявляли 7 детей (11,3%). Гепатомегалия была установлена у 46 детей (74,2%), спленомегалия - у 41 (66,1%). У половины детей (33, 53,2%), обратившихся к врачу, выявлено увеличение периферических лимфатических узлов, чаще в форме полилимфаденопатии, без признаков воспаления. У половины обследованных 32 ребенка (51,6%) были выявлены анемический и геморрагический синдром (от единичных петехий до выраженных экхимозов, с кровоточивостью десен, носовыми кровотечениями).

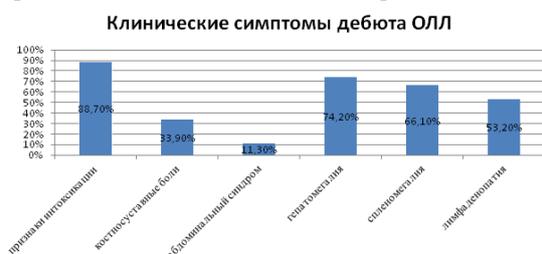


Рис. 1

Разнообразие клинических симптомов приводило к тому, что дети обращались не сразу к гематологу, а наблюдались и лечились у разных специалистов. Так, по поводу изменений в носоглотке наблюдались 2 детей у ЛОР-врача, у фтизиатра (1 ребенок) с выражом туб.пробы, 9 детей поступали первично в инфекционное отделение с симптомами интоксикации, рвотой и лихорадкой, сыпью. В хирургический стационар было доставлено 6 детей, с подозрением на остеомиелит и острый живот. У 1 мальчика имело место кровоизлияние в оба глаза, по поводу чего родители обратились к офтальмологу. Но чаще всего с характерной симптоматикой ОЛ приходилось сталкиваться врачам первичного звена и педиатрам в ЦРБ (42 ребенка; 67,7%), где наиболее распространенными симптомами были лимфаденопатии, анемии, частые ОРВИ, ангины.

Выводы: учитывая полиморфизм клинических проявлений, отсутствие патогномичных симптомов на ранних стадиях, а так же полисистемность, ОЛ маскируется под разнообразные заболевания. Поэтому необходима онкологическая настороженность практикующих врачей.

Список литературы

1. Вопросы ранней диагностики лейкозов / Г.В. Морева и др. // Медицинская наука и образование Урала. №4, 2006. С. 145-147.
2. Корабельникова И.С. Распространенность острых лимфобластных лейкозов у детей Воронежской области / И.С. Корабельникова, И.В. Гребенникова // Международный студенческий научный вестник. Электронный научный журнал, Пенза. 2015. №2. С. 113-115.
3. Косых Н.Э. Злокачественные новообразования у детей на Дальнем Востоке (популяционное эпидемиологическое исследование): Автореф. Дис. ... д-ра мед. Наук. Томск, 1996.
4. Мень Т.Х. Эпидемиология злокачественных новообразований у детей в России Т.Х. Мень, В.Г.Поляков, М.Д. Алиев // Онкопедия-триа, 2014. №1. С. 7-12.
5. Практическое руководство по детским болезням. Гематология / онкология детского возраста / под ред. А.Г. Румянцев и Е.В. Самочатовой. М.: ИД Медпрактика, 2004. Т. 4. С. 10-29, 518-536.
6. Руководство по детской онкологии / под ред. Л.А. Дурнова. М.: «МИКЛОШ», 2003. С. 10-18, 239-251.

7. Shu X.O. Epidemiology of childhood leukemia. *Curr Opin Hematol* 1997;4(4):227-32.

8. Spector L.G., Ross J.A., Robinson L.L. Epidemiology and Etiology. In: *Childhood leukemias*, C.-H. Pui (ed.), 2nd ed. Cambridge University Press, 2006.

ОСНОВНЫЕ ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ

Мелихова Л.В., Чентиева Л.А., Луцик М.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия, Lidulek@mail.ru

Сегодня существует несколько альтернативных теорий, которые отчасти противоречат друг другу, а отчасти – дополняют. Современная биология уделяет проблеме старения очень большое внимание, и с каждым годом появляются новые факты, позволяющие глубже понять механизмы этого процесса.

Молекулярно-генетические теории. Гипотеза, согласно которой причиной старения является изменение генетического аппарата клетки, является одной из наиболее признанных в современной геронтологии. Молекулярно-генетические теории подразделяются на две большие группы. Одни ученые рассматривают возрастные изменения генома как наследственно запрограммированные. Другие считают, что старение – результат накопления случайных мутаций. Отсюда следует, что процесс старения может являться или закономерным результатом роста и развития организма, или следствием накопления случайных ошибок в системе хранения и передачи генетической информации.

Теория свободных радикалов. Практически одновременно выдвинутая Д. Харманом (1956) и Н.М. Эмануэлем (1958), свободнорадикальная теория объясняет не только механизм старения, но и широкий круг связанных с ним патологических процессов (сердечно-сосудистых заболеваний, ослабления иммунитета, нарушений функции мозга, катаракты, рака и некоторых других). Согласно этой теории, причиной нарушения функционирования клеток являются необходимые для многих биохимических процессов свободные радикалы – активные формы кислорода, синтезируемые главным образом в митохондриях – энергетических фабриках клеток. Если очень агрессивный, химически активный свободный радикал случайно покидает то место, где он нужен, он может повредить и ДНК, и РНК, и белки, и липиды. Природа предусмотрела механизм защиты от избытка свободных радикалов: кроме супероксиддисмутазы и некоторых других синтезируемых в митохондриях и клетках ферментов, антиоксидантным действием обладают многие вещества, поступающие в организм с пищей – в том числе витамины А, С и Е. Регулярное потребление овощей и фруктов и даже несколько чашек чая или кофе в день обеспечат вам достаточную дозу полифенолов, также являющихся хорошими антиоксидантами. К сожалению, избыток антиоксидантов – например, при передозировке биологически активных добавок – не только не полезен, но может даже усилить окислительные процессы в клетках.

Старение – это ошибка. Гипотеза «старения по ошибке» была выдвинута в 1954 г. американским физиком М. Сциллардом. Исследуя эффекты воздействия радиации на живые организмы, он показал, что действие ионизирующего излучения существенно сокращает срок жизни людей и животных. Под воздействием радиации происходят многочисленные мутации в молекуле ДНК и инициируются некоторые симптомы старения, такие как седина или раковые опухоли. Из своих наблюдений Сциллард сделал вывод, что мутации являются непосредственной причиной старения живых организмов. Однако он не объяснил факта