

В результате лечения пациентов с гиперметропической рефракцией отмечено повышение остроты зрения во всех возрастных группах. Отмечается улучшение качественных показателей аккомодации также во всех возрастных группах, но в большей степени в возрастной группе от 7 до 10 лет РА и ЗОА повысились в 2,6 раза.

Таблица 3 – Изменения остроты зрения, запасов и резервов относительной аккомодации до и после лечения у детей и подростков с астигматизмом.

Возрастные группы	Острота зрения		РА		ЗОА	
	до	после	до	после	до	После
7-10 лет	0,86	0,95	(-)1,33	(-)5,2	(-)2,6 (+)1,6	(-)5,0 (+)2,3
11-14 лет	0,94	0,99	(-)4,75	(-)5,25	(-)1,5 (+)2,0	(-)2,5 (+)2,5
15-18 лет	0,35	0,35	(-)4,0	(-)8,5	(-)1,0 (+)2,0	(-)5,0 (+)3,0
Среднее значение	0,7	0,76	(-)3,4	(-)6,3	(-)1,7 (+)1,9	(-)4,2 (+)2,6

В результате лечения пациентов с астигматизмом отмечено повышение остроты зрения в возрастных группах младшего и среднего школьного возраста. В группе старшего школьного возраста острота зрения осталась без изменений. Отмечается улучшение качественных показателей аккомодации также во всех возрастных группах, но в большей степени в возрастной группе от 7 до 10 лет РА повысились в 3,9 раза. Положительная часть ЗОА повысилась в 5 раз в возрастной группе от 15 до 18 лет, отрицательная часть ЗОА повысилась во всех возрастных группах.

Сравнительная динамика показателей остроты зрения выявила, что из всех рефракционных нарушений гиперметропия лучше поддается лечению, чем миопия и астигматизм.

После проведенного анализа полученных данных эффективность цветоимпульсной терапии в лечении рефракционных нарушений не составляет сомнения. Повышение запасов относительной аккомодации выявлено во всех рефракционных группах, не зависимо от возраста пациентов. Пациенты всех рефракционных групп отмечают уменьшение астенопических жалоб и повышение остроты зрения.

Таким образом, применение цветоимпульсной терапии позволило повысить эффективность лечения и может использоваться в комплексном лечении рефракционных нарушений у детей и подростков в амбулаторных условиях.

Литература:

1. Аветисов Э.С. Близорукость.- М.: Медицина , 2002- 288 с.
2. Кашченко Т.П.,Аветисов Э.С. Зрительные функции у детей.-М. :Геотар Мед.Геотар Мед, 2006.
3. Митрофанова А.// корпорация ДЭНАС МС.
4. Пильман Н.И. Практические вопросы детской офтальмологии.- Киев, 1967-211 с.
5. Шапавалов С.Л., Корнюшина Т.А. Аккомодационная способность глаза// Зрительные функции и их коррекции у детей – М.- «Медицина»-2005- с.93-119.

References

1. Avetisov Je.S. Blizorukost'.- M.: Medicina , 2002- 288 s.
2. Kashhenko T.P.,Avetisov Je.S. Zritel'nye funkcii u detej.-M. :Geotar Med.Geotar Med, 2006.
3. Mitrofanova A.// korporacija DJeNAS MS.
4. Pil'man N.I. Prakticheskie voprosy detskoj oftal'mologii.- Kiev, 1967-211 s.
5. Shapavalov S.L., Kornjushina T.A. Akkomodacionnaja sposobnost' glaza// Zritel'nye funkcii i ih korrekcii u detej –M.- «Medicina»-2005- s.93-119.

Шовдра С.В.

Аспирант

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, Россия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕНОСОДЕРЖАЩЕГО ПРЕПАРАТА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аннотация

Обследовано 28 детей с хроническим гастродуоденитом и 18 здоровых в возрасте 7-15 лет. Пациенты были разделены на 2 группы по 14 в каждой. 1 группа получала базисную терапию, включающую диету, антихеликобактерные препараты, антациды, седативные. Больные 2 группы наряду с традиционной терапией принимали препарат селена внутрь в дозе 45 мкг 3 раза в день в течение 1,5-2 месяцев. Сравнение эффективности терапии показало, что сочетанное лечение, дополненное селеном, имеет положительную динамику, так как продолжительность болевого синдрома уменьшилась на 3,4 дня, а диспепсического синдрома на 2,3 дня. Применение селена способствовало нормализации исходно сниженных показателей глутатиона.

Ключевые слова: селен, глутатион, гастрит, дети.

Shovdra S.V.

Postgraduate student

Volgograd State Medical University, Russia.

EXPERIENCE OF PREPARATION SELENIUM IN PEDIATRIC PRACTICE

Abstract

The study involved 28 children with chronic gastroduodenitis and 18 healthy aged 7-15. Patients were divided into 2 groups of 14 each. One group received basic therapy includes diet, H. pylori drugs, antacids, sedatives. Patients 2 groups together with traditional drug therapy took selenium orally at a dose of 45 mg three times a day for 1.5-2 months. Comparison of efficacy showed that the combined treatment, supplemented with selenium, has a positive trend, as the duration of pain decreased by 3.4 days and dyspeptic syndrome at 2.3 days. The use of selenium contributed to the normalization of indicators initially reduced glutathione level.

Keywords: selenium, glutathione, gastritis, children.

Несмотря на большое количество публикаций, посвященных изучению патогенеза хронического гастродуоденита (ХГ), многие механизмы его возникновения мало изучены [1]. При этом остается далеко неясным вопрос об экологических факторах, которые, возможно, определяют значительную вариабельность в распространении ХГ в районах с разным микроэлементным составом почвы [2, 3]. Кроме того, в процессах подавления избыточного накопления гидроперекисей, которые образуются при нарушении структурной целостности слизистой оболочки желудка при ХГ, участвует селеносодержащая глутатионпероксидаза [4, 5]. У пациентов с ХГ, ассоциированными с хеликобактерной инфекцией, выявлено снижение содержания селена в плазме и тканях [6]. Учитывая это, мы применили селен в терапии детей, больных ХГ.

Цель исследования – выявить эффективность применения селено содержащего препарата в педиатрической практике.

Материалы и методы. Обследовано 28 детей с ХГ и 18 здоровых в возрасте 7-15 лет. Диагноз ХГ устанавливался по клиническим признакам и подтверждался фиброгастродуоденоскопией. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа получала базисную терапию, включавшую диету, антихеликобактерные препараты, антациды, седативные. Больные 2 группы наряду с традиционной терапией принимали препарат селена внутрь в дозе 45 мкг 3 раза в день в течение 1,5-2 месяцев.

Результаты. До лечения у 60,5% больных выявлен астеновегетативный синдром, у 89,5% - болевой и 84,2% - диспепсический. Содержание селена до начала терапии по сравнению со здоровыми детьми было снижено на 32,4%, количество глутатиона уменьшено на 35,1% за счет восстановленной фракции. Выявлена прямая корреляционная связь между уровнями селена и общего глутатиона ($r=0,79$; $p<0,001$). Глутатион является мощным антиоксидантом, и снижение его уровня является плохим прогностическим признаком.

Сравнение эффективности терапии по клиническим симптомам показало, что сочетанное лечение, дополненное селеном, имеет более положительную динамику, так как продолжительность болевого синдрома по сравнению с традиционной терапией уменьшилась на 3,4 дня, а диспепсического синдрома на 2,3 дня. Применение селена способствовало нормализации исходно сниженных показателей глутатиона. Наши данные совпадают с мнением других авторов, выявивших благоприятное действие пищевых добавок у детей с ХГ на показатели перекисного окисления липидов [7].

Селен всасывается в тонкой, в основном, в двенадцатиперстной кишке и практически не всасывается в желудке. У детей преобладающим морфологическим признаком ХГ является именно дуоденит, а не гастрит. Поэтому логично предположить, что нарушение утилизации селена происходит за счет воспаления слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки с нарушением её функции.

По нашему мнению, селен у больных ХГ оказывает двойное положительное действие. С одной стороны, он корригирует дефицит этого микроэлемента у жителей биогеохимической провинции, а с другой – уменьшает воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки с улучшением всасывания селена и других биотиков.

Рекомендуемые дозы селена многократно апробированы на нескольких группах пациентов с различными заболеваниями и показали их достаточность и эффективность для лечения и профилактики заболеваний, вызываемых его дефицитом. Селен способствует усвоению лекарства, а также уменьшает побочный эффект приема ряда препаратов, хорошо дополняет лекарственные средства и физиопроцедуры. В то же время применение селена не может быть противопоставлено другим лечебным мероприятиям, его необходимо назначать в дополнение к базисной терапии.

Литература

1. Щербак В.А. Современные проблемы детской гастроэнтерологии // Забайкальский медицинский вестник. – 2012. - №2. - С. 128-137.
2. Булатов В.П., Рылова Н.В. Минеральный статус у детей с заболеваниями органов пищеварения // Практическая медицина. – 2010. –№3. – С. 26-30.
3. Щербак В.А., Щербак Н.М., Дремина Г.А. Роль селена в патогенезе и лечении хронического гастродуоденита у детей, проживающих в Читинской области// Педиатрия. Журн. имени Г.Н.Сперанского.- 2004. – Т.83, №6. – С. 103-104.
4. Санникова Н.Е., Шагиахметова Л.В., Ошева Т.М. Обеспеченность эссенциальными микроэлементами детей и подростков с хроническим гастродуоденитом // Вопр. детской диетологии. – 2007. – Т.5, №5. – С. 12-17.
5. Тарасова Л.В. Роль селена, цинка и марганца в патогенезе хронического гастрита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Медицинский альманах. – 2012. - №2. – С. 234-239.
6. Ustundag Y. Plasma and gastric tissue selenium levels in patients with Helicobacter pylori infection // J. Clin. Gastroenterol. – 2001. – Vol.32, №5. – P. 405-408.
7. Щербак В.А., Хышиктуев Б.С., Аксенова Т.А., Малезик Л.П. Влияние вентрамина на перекисное окисление липидов у детей, больных эрозивным гастродуоденитом // Клиническая лабораторная диагностика. - 2005. - №1- С. 12-14.

References

1. Shcherbak V.A. Sovremennyye problemy detskoj gastrojenterologii // Zabajkalskij medicinskij vestnik. – 2012. - №2. - S. 128-137.
2. Bulatov V.P., Rylova N.V. Mineral'nyj status u detej s zabojevanijami organov pishhevarenija // Prakticheskaja medicina. – 2010. –№3. – S. 26-30.
3. Shcherbak V.A., Shcherbak N.M., Dremina G.A. Rol' selena v patogeneze i lechenii hronicheskogo gastroduodenita u detej, prozhivajushhih v Chitinskoj oblasti// Pediatrija. Zhurn. imeni G.N.Speranskogo.- 2004. – T.83, №6. – S. 103-104.
4. Sannikova N.E., Shagiahmetova L.V., Osheva T.M. Obespechennost' jessencial'nymi mikrojelementami detej i podrostkov s hronicheskim gastroduodenitom // Vopr. detskoj dietologii. – 2007. – T.5, №5. – S. 12-17.
5. Tarasova L.V. Rol' selena, cinka i manganca v patogeneze hronicheskogo gastrita i jazvennoj bolezni dvenadcatiperstnoj kishki. // Medicinskij al'manah. – 2012. - №2. – S. 234-239.
6. Ustundag Y. Plasma and gastric tissue selenium levels in patients with Helicobacter pylori infection // J. Clin. Gastroenterol. – 2001. – Vol.32, №5. – R. 405-408.
7. Shcherbak V.A., Hyshiktuiev B.S., Aksenova T.A., Malezhik L.P. Vlijanie ventramina na perekisnoe okislenie lipidov u detej, bol'nyh jerozivnym gastroduodenitom // Klinicheskaja laboratornaja diagnostika. - 2005. - №1- S. 12-14.