

КОРТЕКСИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Кац Л.С., Скрипцова А.Я., Петрова М.А., Антонова Т.П., Инночкина И.В., Соколова М.В., Францишко Е.М., Мельников М.Ю., Темяков О.Н.

Саратовский государственный медицинский университет

Цель. Обоснование применения Кортексина в комплексной терапии синдрома вегетативной дисфункции (СВД) у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 39 детей с СВД от 9 до 15 лет, из них 18 мальчиков (46%) и 21 девочка (54%). Выявлены частые ОРВИ у 100% детей и перинатальная патология ЦНС у 87%. Среди провоцирующих факторов возникновения СВД у всех детей отмечались психоэмоциональное перенапряжение и хроническая патология внутренних органов. Диагноз СВД подтверждался по таблице Вейна и методов КИГ и РЭГ. Среди наблюдаемых пациентов выделены 2 группы детей: 1 группа — 26 детей (16 девочек — 61,5% и 10 мальчиков — 38,5%) с применением кортексина в комплексной терапии; 2 группа — 19 детей (7 девочек — 37% и 12 мальчиков — 63%) получали стандартную терапию без применения кортексина. Дети предъявляли жалобы на головную боль (1 группа — 84%, 2 группа — 79%), головокружение (1 гр. — 65%, 2 гр. — 31%), боли в области сердца (1 гр. — 88%, 2 гр. — 26%), одышку, чувство нехватки воздуха, (1 гр. — 50%, 2 гр. — 5%) и др. Всем пациентам проводилась КИГ: в обеих группах почти у половины обследованных преобладал смешанный тип вегетативного тонуса симпатикотонический 1 группа — 9 (34,6%), 2 группа — 3 (15,8%), ваготонический 1 группа — 4 (15,3%), 2 группа — 8 (42,1%), смешанный 1 группа — 13 (50,1%), 2 группа — 8 (42,1%). Проводилось комплексное, индивидуальное, целенаправленное этиотропное и патогенетическое лечение СВД. Кортексин применялся по 10 мг 1 раз в день в/м курсом — 10 дней.

Результаты. В 1 группе клиническое улучшение у 20 детей (76%) на 2–5-й день лечения. За такой же промежуток времени во 2 группе, улучшение наступило у 6 пациентов (26,4%) $p < 0,02$.

Выводы. Кортексин обладает высокой клинической эффективностью в комплексной терапии СВД и необходим для успешного лечения СВД у детей школьного возраста.

СУСТАВНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЗА 1979–1980-е И 2002–2003-е ГОДЫ

Кац Л.С., Кузнецова С.М., Емельянова Т.Л., Павлова Т.Н., Манвелян А.Г., Балашова Е.В.

Государственный медицинский университет, Саратов

Цель. Изучить структуру суставной патологии у детей и подростков за 1979–1980 и 2002–2003 годы.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни детей с заболеваниями суставов, находившихся на стационарном лечении в соматическом отделении клиники госпитальной педиатрии СГМУ в 1979–1980 и 2002–2003 годах. Были использованы: статистическая карта структуры суставной патологии и анкета, разработанная на основе «Карты больного ранним артритом», предложенной Институтом Ревматологии РАМН.

С 1979 по 1980 годы всего больных 4094, с заболеваниями суставов 92 (2,27%): инфекционный неспецифический и ревматоидный артрит 11 (12%), инфекционно-аллергический и аллергический 24 (26%), суставной синдром: при ревматизме 36 (38,71%), ДБСТ 5 (5,38%), геморрагическом васкулите 10 (10,75%); реактивный артрит 5 (5,38%), болезнь Пертеса 1 (1,08%).

С 2002 по 2003 годы всего больных 2284, с заболеваниями суставов 50 (2,19%): ЮРА 22 (78,57%), ЮХА 1 (3,57%), суставной синдром при ревматизме 6 (21,43%), ДБСТ 2 (7,14%), геморрагическом васкулите 4 (14,29%); реактивный артрит 13 (46,43%), болезнь Рейтера 1 (3,57%), остеохондропатия 1 (3,57%).

Согласно современной классификации МКБ-10, ранее выставлявшиеся диагнозы инфекционный неспецифический, ревматоидный артриты были внесены в рубрику ювенильный ревматоидный и ювенильный хронический артрит, для более правильного подсчета мы объединили данные диагнозы.

Таким образом, анализируя полученные данные необходимо подчеркнуть, что отмечается рост ЮРА с 12 до 82%, реактивных артритов с 31 до 46%, снижение ревматизма с 38 до 21%, и, соответственно, суставного синдрома при нем, что соответствует литературным данным. Суставной синдром при ДБСТ и при геморрагическом васкулите незначительно увеличился.

Учитывая рост заболеваний суставов за последние 20 лет, данное исследование может привлечь внимание врачей-педиатров к дальнейшему изучению закономерностей развития артритов у детей и подростков.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, РОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

**Качанова Л.А., Рябчикова Т.В., Ласкарева Л.Н., Соколова С.В.,
Соколова И.В., Соколова Е.В.**

Ивановская государственная медицинская академия

Психическое здоровье является одним из основных индикаторов здоровья ребенка. Поэтому актуальным является своевременное выявление функционального дефицита центральной нервной системы, особенно у детей, имевших при рождении задержку внутриутробного развития (ЗВУР), так как основным патогенетическим фактором данного состояния является хроническая внутриутробная гипоксия плода. Степень повреждения диэнцефальных и других структур головного мозга становится очевидной в более позднем возрасте, в период формирования тех или иных функций, в переломные этапы индивидуального развития, когда предъявляются повышенные требования к адаптационным системам. Одним из методов, характеризующих созревание головного мозга, является электроэнцефалограмма.

Нами обследовано 80 детей 6–8 летнего возраста, рожденных с задержкой внутриутробного развития.

При изучении биоэлектрической активности головного мозга обращает на себя внимание наличие дизритмии. У детей с ЗВУР в младшем школьном возрасте преобладал тета-ритм с частотой 5–6 кол/сек и амплитудой 80–100 мкВ. Альфа-волны встречались в форме единичных колебаний небольшой амплитуды, наслаиваясь на тета-колебания. Дельта-волны были представлены генерализованно, в форме групповых колебаний частотой 2–3 кол/сек. Данный фон являлся благоприятным для стволовых вспышек, которые были представлены смешанными тета-дельта-колебаниями. Очаговые нарушения, как правило, выражались в виде дельта-колебаний большой амплитуды. Несмотря на умеренные общемозговые изменения, у детей часто выявлялись нарушения реакции на раздражители, которые проявлялись большей частью (70%) отсутствием реакции или извращением, т.е. нарастанием медленной ритмики.

Большая представленность тета-ритма и пароксизмальных вспышек указывает на значительную роль диэнцефальных структур в формировании электрической активности. Следовательно, еще не сформирована реакция активации, ослаблено тормозящее влияние коры на нижележащие подкорковые структуры, что отражает незрелость активирующей системы мозга у детей с ЗВУР.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кашин А.В., Мошанова О.Ю., Жуков В.Н.

Кировская государственная медицинская академия

Анализ влияния вида вскармливания на частоту развития острых респираторно-вирусных заболеваний (ОРВИ) выявил, что у детей, находившихся на грудном вскармливании более 9 месяцев (первая группа) ОРВИ встречались в 2 раза реже (30,0% случаев), чем у детей находящихся на искусственном вскармливании с рождения (вторая группа) — 68,0% случаев. У детей первой группы в 33,0% случаев ОРВИ регистрировались один раз в год, в 50,0% — 2 раза и 17,0% — 3 раза. В этой группе не было детей, которые болели ОРВИ более 4 раз в течение года. Среди детей второй группы ОРВИ регистрировались у 68,0% детей, из них у 6,0% заболевание было в течение года один раз, у 12,0% — два раза, в 33,3% — три раза, у 48,7% — четыре и более раз в год. Основной контингент с заболеваниями составляли дети в питании которых использовались неадаптированные смеси. При анализе состояния здоровья по индексу острой заболеваемости было установлено, что у детей второй группы в возрасте 12 месяцев в 45,0% случаев он находился в пределах 0,30–0,35, при норме 0,20–0,25 для данного возрастного периода. У детей, первой группы индекс острой заболеваемости был выше нормы в 25,0% случаев, причем его колебания составили от 0,25 до 0,3. У 72,3% детей первой группы резистентность оценивалась как высокая и только у 27,7% — как средняя. В этой группе не было детей с низкой и очень низкой резистентностью. Во второй группе детей с высокой резистентностью было в два раза меньше (31,6%), а у 33,0% детей резистентность оценивалась как низкая и очень низкая. Таким образом, дети, находившиеся на искусственном вскармливании, в год имели наиболее высокий индекс острой заболеваемости и более низкую резистентность организма, по сравнению с детьми, находившимися на грудном вскармливании.

АНАЛИЗ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кашин А.В., Мошанова О.Ю., Беляков В.А., Подлевских Т.С.

Кировская государственная медицинская академия

Изучалась распространенность и продолжительность грудного вскармливания, у 1125 детей, обследованных в период с 2003 по 2005 гг. и у 855 детей, обследованных в 1997–1999 гг. в г. Кирове.

При сравнении данных по вскармливанию детей первого года жизни за последние 7 лет установлено, что как по продолжительности, так и по распространенности грудного вскармливания, в настоящее время, имеет место увеличение продолжительности грудного вскармливания. Кроме того, число детей, получавших грудное молоко в первые 30 минут после рождения увеличилось в 15 раз, и в 4 раза снизилось число женщин, кормящих по часам, так же увеличилось число женщин, хорошо ориентирующихся в вопросах рационального вскармливания детей. Анализ вскармливания детей первого года жизни показал, что по сравнению с данными 1997–1999 гг. в настоящее время отмечается более четкая тенденция по переходу к вскармливанию детей первого года жизни, в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Увеличилось число детей по сравнению с данными 1997–1999 гг. с 40,0% до 56,5%, получавших материнское молоко более 6 месяцев. Определенные успехи в улучшении питания детей первого года жизни, считаем, связаны с работой на постоянной основе на базе кафедры пропедевтики детских болезней «школы молодой матери» и с организацией ежегодных семинаров среди участковых врачей по рациональному вскармливанию детей первого года жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Кельцев В.А., Гребенкина Л.И., Платонова Н.В., Иванов А.С.

Самарский государственный медицинский университет

Цель. Оценить эффективность и безопасность комплексного препарата Кальцинова, содержащего кальций, фосфор, витамины А, D3, B6, С, при лечении остеопороза у детей младшего возраста, больных ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

Методы. Обследовано 59 детей в возрасте от 3 до 7 лет. Девочек было 35, мальчиков — 24. Всем детям проводилось общеклиническое обследование, а также оценивалось состояние костно-суставной системы по данным рентгенографии, оценку кальциевого обмена проводили по показателям сывороточного и ионизированного кальция, щелочной фосфатазы, минеральная плотность костной ткани (МПКТ) оценивалась на рентгеновском компьютерном костном денситометре в проксимальном отделе бедренной кости и на уровне 1–4 поясничных позвонков.

Результаты. Остеопороз был выявлен у 37 детей, у 22 больных МПКТ была в пределах возрастной нормы. Больные с остеопорозом получали исследуемый препарат в течение 6 месяцев. В динамике определяли уровень кальция, уровень щелочной фосфатазы в сыворотке крови, ионизированный кальций. За время наблюдения биохимические показатели костного метаболизма восстанавливались до нормы у 21 больных к 4–5 месяцу от начала лечения, у 16 детей остеопороз продолжал усиливаться и у 22 человек динамические показатели остеопороз оставался на прежнем уровне. Проведенные исследования показали, что остеопороз плохо коррелировался у детей со средней и тяжелой формой ЮИА.

Выводы. Коррекция остеопороза препаратом Кальцинова дает положительный эффект при лечении детей с легкими формами ЮИА. Возможно включение препарата в комплексную терапию остеопороза у детей младшего возраста.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА, СОДЕРЖАЩЕГО ГЛЮКОЗАМИН И ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТ, В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОАРТРОЗА У ПОДРОСТКОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Кельцев В.А., Гребенкина Л.И., Стадлер Е.Р.

Самарский государственный медицинский университет

Цель. Оценить эффективность и безопасность препарата Артра при профилактике остеоартроза у подростков, больных ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА) на фоне базисной терапии.

Методы. Под наблюдением находилось 26 подростков, больных ЮИА, с I–II рентгенологической стадией, II–III степенью активности, в возрасте от 16 до 18 лет. Длительность заболевания составила 5–7 лет. Всем детям проводилось общеклиническое, иммунологическое обследование. Определялся цитокиновый спектр: ИЛ-1, ИЛ8, ФНО- α . Перед началом лечения и через 6 месяцев на фоне проводимой базисной терапии больным делали рентгенографию пораженных суставов. На протяжении 5–7 лет больные получали базисные препараты (метотрексат, циклоспорин, далагил), нестероидные противовоспалительные средства, внутрисуставные инъекции глюкокортикостероидов. Хондропротективный препарат назначался на 12 недель перорально по 2 таблетки в день первый месяц, далее по 1 таблетке. Контрольную группу составили 20 больных ЮИА, находившихся на базисной терапии.

Результаты. Через 8 недель от начала терапии исследуемым препаратом достоверно уменьшилась выраженность болевого синдрома у 83% больных, исчезли явления синовита, улучшилась функциональная

способность суставов. Данные контрольного иммунологического исследования выявили снижение уровня CD4 и повышение CD8 в сыворотке крови. Уровень ИЛ-1 через 12 недель от начала терапии был достоверно ниже контрольной группы. У всех больных отмечалась положительная динамика рентгенологической картины через 6 месяцев после лечения. У больных контрольной группы выявлено дальнейшее прогрессирование заболевания. Эффект от проводимой терапии сохранялся в течение 6 месяцев после отмены препарата. Все пациенты отметили хорошую переносимость.

Выводы. Использование препарата, содержащего глюкозамин и хондроитин сульфат, в комплексной терапии ЮИА позволяет получить более быстрый и выраженный лечебный эффект и предотвратить развитие остеоартроза.

ДИНАМИКА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 β (ИЛ 1 β) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Кельцев В.А., Гребенкина Л.И., Платонова Н.В., Иванов А.С.

Самарский государственный медицинский университет

Цель. На основании исследования в сыворотке крови уровня провоспалительного интерлейкина (ИЛ) 1 β разработать критерии ранней диагностики ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) и определить наиболее эффективные методы лечения детей, больных ЮИА.

Методы. Проведено обследование 75 детей в возрасте от 2 до 18 лет, больных ЮИА, 30 детей, больных реактивным артритом. Группу контроля составили 30 здоровых детей того же возраста. Содержание ИЛ 1 β определялось иммуноферментным методом с помощью коммерческих тест-наборов для *in-vitro* диагностики производства ТОО «Цитокин». Дети больные ЮИА были разделены на 3 группы по 25 человек в каждой в зависимости от вида базисной терапии. В первую группу вошли дети, не получавшие базисной терапии, во вторую — находящиеся на базисной терапии циклоспорином (Сандимун Неорал), в третью — получающие метотрексат.

Результаты. По полученным данным уровень в сыворотке крови ИЛ 1 β был в 4,8 раза выше у детей, больных ЮИА, которые не получали базисной терапии. У детей с реактивным артритом, а так же с ЮИА, получавших циклоспорин или метотрексат, уровень ИЛ 1 β был как в группе контроля. Выявлено, что у детей с дебютом ЮИА уровень ИЛ 1 β был выше, чем у здоровых лиц и у детей с реактивным артритом, и колебался в пределах 85,5–299,6 пг/мл.

Выводы. Для ранней диагностики ЮИА у детей и подростков рекомендуется определение уровня ИЛ-1 β в сыворотке крови. Использование циклоспоринона и метотрексата в качестве базисных препаратов при лечении детей, больных ЮИА, оказывает положительное влияние на динамику патологического процесса, что подтверждается снижением уровня ИЛ 1 β в сыворотке крови.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИКЛОСПОРИНА И СУЛЬФАСАЛАЗИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Кельцев В.А., Гребенкина Л.И., Бухарева О.Н., Иванов А.С., Прокопенко О.И.

Самарский государственный медицинский университет

Цель. Провести сравнительный анализ эффективности модифицирующих препаратов — циклоспоринона и сульфасалазина при лечении ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) у детей и подростков.

Методы. Проведено сравнительное открытое клиническое испытание эффективности и безопасности применения циклоспорина (Сандимун неорал) и сульфасалазина при лечении ЮИА у детей и подростков. Исследование проводилось в двух сопоставимых по клиническим проявлениям группах детей в возрасте от 5 до 18 лет с диагнозом ЮИА. В каждую группу было включено по 20 больных. Сульфасалазин назначался по 0,5 г в сутки, с постепенным повышением до 2 г, циклоспорин — в дозе 1–5 мг/кг на срок 12 месяцев. Контроль за эффективностью лечения осуществлялся с помощью клинических, лабораторных и иммунологических показателей активности заболевания (клеточных маркеров лимфоцитов: СД3+, СД4+, СД8+, СД16+, СД95+, HLA — DR, IgM, IgG, IgA, ЦИК. РФ, факторов неспецифической защиты).

Результаты. Клинический эффект терапии циклоспорином появился через 2 месяца от начала лечения. У больных купировался суставной синдром (подавлялись экссудативные изменения в суставах, увеличивалась их подвижность). Отмечалась положительная динамика лабораторных показателей активности воспалительного процесса. Определение клеточных маркеров выявило снижение процента СД4+ и повышение уровня СД8+ и СД16+ у больных ЮИА. Снизилась экспрессия Fas антигена, который является фактором, отражающим стабилизацию процесса апоптоза. В группе больных, получавших сульфасалазин, клинического и иммунологического улучшения течения ЮИА мы не выявили.

Выводы. Использование циклоспорина в качестве базисного препарата способствует клинико-иммунологическому улучшению при лечении больных с ЮИА.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФЛИКСИМАБА У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Кельцев В.А., Гребенкина Л.И., Бухарева О.Н. Прокопенко О.И.

Самарский государственный медицинский университет

Цель. Оценить эффективность инфликсимаба при лечении больных ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

Методы. Под наблюдением находились две больные в возрасте 18 и 17,5 лет, страдающие ЮИА в течение 15 лет. Обе больные находились на базисной терапии. Показанием к назначению препарата послужил длительный стаж заболевания, вовлечение в патологический процесс практически всех суставов, множественные контрактуры, отсутствие эффекта от проводимой терапии. Инфликсимаб назначался из расчета 3 мг/кг массы тела. Курс лечения состоял из 6 внутривенных введений с интервалом в 2–6–8 недель. Эффективность лечения оценивалась по клинико-лабораторным и иммунологическим данным (оценка клеточных маркеров лимфоцитов, цитокинового профиля). Иммунный статус определяли перед лечением, в середине курса и после проводимой терапии.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют, что у больных уже после первого внутривенного введения инфликсимаба улучшилось самочувствие, уменьшилась утренняя скованность, после второго введения препарата уменьшился болевой синдром, увеличился объем движений в суставах. После 5–6 вливания болевой синдром полностью купирован, объем движений в пораженных суставах увеличился. Отмечалась положительная динамика лабораторных показателей воспалительного процесса. Уровень клеточных маркеров в крови: СД3+, СД4+, СД8+, СД16+ соответствовал нормативным показателям. Уровень провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α был в пределах нормы.

Выводы. Инфликсимаб является высокоэффективным антицитокиновым препаратом, с помощью которого возможна индукция клинико-лабораторной и иммунологической ремиссии у больных ЮИА. Наблюдение за данными больными продолжается

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АУРАНОФИНОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Кельцев В.А., Гребенкина Л.И., Иванов А.С.

Самарский государственный медицинский университет

Цель. Выявить особенности цитокинового статуса при лечении ауранофином детей и подростков, больных ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

Методы. В открытое контролируемое исследование включено 80 детей и подростков, в возрасте от 6 до 18 лет, больных ЮИА в течение 2–5 лет, с олиго- и полиартикулярным вариантами заболевания, с I–II рентгенологической стадией, II–III степенью активности. Курсовая доза препарата составляла 1000–1500 мг, который назначался ежедневно в течение 12–18 месяцев. Контроль за эффективностью лечения осуществлялся с помощью клинических, лабораторных и иммунологических показателей активности заболевания (клеточных маркеров лимфоцитов, факторов неспецифической защиты). Цитокиновый профиль (ИЛ 1 β , ИЛ 6, ФНО- α) определялся иммуноферментным анализом с помощью коммерческих тест-наборов для *in-vitro* диагностики производства ТОО «Цитокин». Уровень цитокинов определялся перед лечением и после проведенной терапии. Контрольную группу составили 20 здоровых детей того же возраста.

Результаты. Клинический эффект от лечения ауранофином выявлен через 4 месяца от начала лечения. У больных купировался суставной синдром (подавлялись экссудативные изменения в суставах, увеличивалась их подвижность). Отмечалась положительная динамика лабораторных показателей активности воспалительного процесса. Определение клеточных маркеров выявило снижение процента CD4+ и повышение уровня CD8+ и CD16+ у больных ЮИА. Снизилась экспрессия Fas антигена. По полученным данным уровень провоспалительных цитокинов до лечения был достоверно выше. После проведенной терапии показатели были сопоставимы с группой контроля. Большинство пациентов отметили хорошую переносимость ауранофина.

Выводы. Использование ауранофина в качестве базисного препарата при лечении детей, больных ЮИА, оказывает положительное влияние на динамику патологического процесса, что подтверждается снижением уровня ИЛ 1 β , ИЛ 6 и ФНО- α в сыворотке крови.

СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ, ПОСЛЕ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ПЕПТИДНЫМ БИОРЕГУЛЯТОРОМ

Кельцев В.А., Зимнухова С.И., Лужнова С.И.

Самарский государственный медицинский университет

Цель. Оценить состояние детей и подростков с синдромом вегетативной дистонии после курса лечения пептидным биорегулятором.

Методы. Под наблюдением находилось 15 детей и подростков в возрасте от 12 до 17 лет, с давностью заболевания от 3 месяцев до 2 лет. Больные предъявляли жалобы на слабость, недомогание, головные боли, перепады артериального давления. Пациенты с синдромом СВД получали препарат Кортексин в виде внутримышечных инъекций в дозе 10 мг. Курс терапии составлял 10 внутримышечных инъекций ежедневно. Контрольную группу составили 25 больных СВД того же возраста, находившихся на традиционной терапии (пирацетам, винпоцетин) в общепринятых дозировках в течение 5 недель.

Результаты. У детей основной группы отмечена положительная динамика клинической картины СВД, которая характеризовалась исчезновением жалоб на головные боли, нехватку воздуха при дыхании, гипо-

кисические вздохи, нормализовалось артериальное давление. У всех больных улучшилось общее самочувствие. В контрольной группе больных положительная динамика клинических проявлений СВД отмечалась у 7 подростков. Побочных или отрицательных эффектов не было ни у одного подростка.

Выводы. Проведенные исследования показали, что использование Кортексина в комплексном лечении больных СВД дает более высокий клинический эффект по сравнению с традиционной терапией, а также не вызывает побочных эффектов, что делает возможным рекомендовать данный препарат для более широкого внедрения при лечении СВД у детей и подростков.

ЛЕЧЕНИЕ РЕКУРВАЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Кенис В.М.

*Научно-исследовательский детский ортопедический институт
им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург*

Рекурвация коленного сустава является частым вариантом ортопедической патологии при ДЦП. Прогрессирование деформации приводит к ограничению двигательных возможностей пациентов. Однако, несмотря на важность и частоту этой патологии, в литературе рекурвации коленного сустава при ДЦП посвящены немногочисленные работы, а единая тактика ее лечения отсутствует. В данной работе предложен систематизированный подход к диагностике, лечению, послеоперационному ортезированию, и реабилитации детей с ДЦП, имеющих рекурвацию коленного сустава различной степени тяжести.

Основным фактором предотвращения прогрессирования рекурвации и необходимым условием при ее устранении являлась ликвидация провоцирующих деформаций смежных суставов нижних конечностей (голеностопного и тазобедренного). При наличии нефиксированных патологических установок они компенсировались за счет ортезирования, а фиксированные провоцирующие контрактуры и деформации устранялись хирургическими методами.

Оперативные вмешательства по поводу рекурвации непосредственно на коленном суставе были выполнены у 17 пациентов (20 операций). У двух детей с прогрессирующей рекурвацией, обусловленной гипертонусом прямой мышцы бедра и не сопровождающейся деформацией эпифиза большеберцовой кости выполнялась тенотомия дистального сухожилия прямой мышцы бедра. В обоих случаях был получен хороший функциональный результат. При тяжелой рекурвации (более 30°), обусловленной деформацией эпифиза большеберцовой кости у 15 детей выполнены корригирующие операции на костях голени (16 операций). У большинства детей получены хорошие и удовлетворительные результаты. Полученный в двух случаях неудовлетворительный результат лечения (потеря коррекции) был связан с остеопорозом костей голени, что заставило нас пересмотреть средние сроки послеоперационной иммобилизации в сторону увеличения.

Период наблюдения за пациентами с рекурвацией коленных суставов после операции составил от 1 года до 8 лет. Анализ результатов лечения показал эффективность использованных методик оперативного лечения и необходимость своевременного его проведения.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ПУРПУРЕ ШЕНЛЕЙНА-ГЕНОХА У ДЕТЕЙ

Кикинская Е.Г., Лыскина Г.А., Зиновьева Г.А., Фролкова Е.В., Сониная О.И.

Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

В современных условиях отмечается тенденция к нарастанию числа детей с поражением почек при пурпуре Шенлейна-Геноха (ПШГ).

Из 130 наблюдаемых за последние 15 лет детей с ПШГ у 76 (58,5%) выявлены признаки поражения почек. В одной группе 28 (37%) — в виде транзиторной эритроцитурии, купировавшейся одновременно с исчезновением других клинических проявлений ПШГ. В другой — 48 (63%) стойкие, длительные (более 6 месяцев) изменения в анализах мочи расценивали как Шенлейна-Геноха — нефрит (ШГН). У подавляющего большинства (88%) детей с развившимся нефритом в дебюте заболевания отмечался абдоминальный синдром. Среди пациентов ШГН у всех детей гематурия была выраженной, нередко с эпизодами макрогематурии. У 5 пациентов — это были только мальчики младшего возраста (4–5 лет) — гематурия сочеталась с нефротическим синдромом. У них ПШГ дебютировала с абдоминального и почечного синдромов, а кожный и суставной присоединились на 2–3 неделе болезни. У одного ребенка диагностирован быстропрогрессирующий гломерулонефрит с исходом в терминальную почечную недостаточность к 8-му месяцу болезни.

Нарушение функции почек в остром периоде выявлено у 14 пациентов, из них у 5 — острая почечная недостаточность.

Исходом ПШГ у 76 детей с поражением почек было:

— выздоровление у 44 человек (по результатам катamnестического наблюдения длительностью более 2-х лет)

— стойкая клиничко-лабораторная ремиссия у 17 пациентов (наблюдение в катamnезе до 2-х лет)

— сохранение персистирующей эритроцитурии без нарушения функции почек у 13 детей

— два ребенка погибли в результате развития хронической почечной недостаточности.

Представленные данные свидетельствуют о том, что вовлечение в патологический процесс почек при ПШГ осложняет течение заболевания, делая, в ряде случаев, выздоровление сомнительным.

РОЛЬ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО БАРЬЕРА В РАЗВИТИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Ким Е.И., Бурмистрова Т.И., Лучанинова В.Н., Пилясова А.А.

*Владивостокский государственный медицинский университет;
Департамент здравоохранения администрации Приморского края,
Владивосток*

Одной из важнейших проблем современного акушерства и перинатологии остаются внутриутробные инфекции (ВУИ). Они во многом определяют уровень мертворождаемости и ранней неонатальной смертности (О.И. Линева с соавт., 2004). Согласно исследованиям Н.П. Шабалова (2000), около 2% детей инфицируются внутриутробно и почти 10% во время родов или сразу после них. С проявлениями ВУИ рождается от 10 до 53% детей. В структуре перинатальной смертности доля инфекций составляет от 2 до 65,6% (А.А. Дурова, 1995; И.С. Сидорова, 2002).

Цель нашего исследования состояла в изучении функционального состояния системы мать-плацента-плод.

Нами проанализировано 215 протоколов вскрытий плодов, погибших новорожденных и детей, умерших на первом году жизни, у которых при патолого-анатомическом исследовании была выявлена или возникло подозрение на ВУИ за 2002–2005 гг.

Из 215 новорожденных 57 (26,5%) погибли до рождения, причем примерно 2/3 погибли в антенатальном периоде и треть — во время родов. Остальные 158 детей родились живыми, но большинство из них (107 (49,8%)) умерли в раннем неонатальном периоде, 33(15,4%) — в позднем и 18(8,4%) детей не дожили до года.

Почти в 90% случаев в анамнезе у матерей выявлялись инфекции, специфические для перинатального периода (герпетическая, цитомегаловирусная, хламидийная, уреоплазменная и др.) и хронические очаги инфекции, такие как хронические пиелонефрит, аднексит, сальпингофорит и др. Это послужило одной из причин недонашивания беременности. Так, 93 (43,3%) ребенка родились доношенными и 122 (56,7%) —

преждевременно.

В подавляющем большинстве случаев ВУИ протекала как острый инфекционный процесс с признаками воспаления в различных органах, чаще в легких и печени. Хроническое течение ВУИ приобрела в 29% случаев с формированием стигм дизэмбриогенеза, пороков развития органов и различных фетопатий.

В направлениях на вскрытие диагноз «внутриутробная инфекция» с поражением какого-либо органа выставлялся в 73% случаев. У 49 (23%) детей признаков ВУИ не было выявлено, хотя при гистологическом исследовании последа четко определялись инфекционные изменения в ворсинах хориона и оболочках плода, что говорит о том, что плацента выполнила свою барьерную функцию.

ПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Кипин Е.Н.

Таганский Мясоперерабатывающий завод

В поддержании здоровья ребенка важнейшая роль принадлежит полноценному и регулярному снабжению организма необходимыми веществами: белками, пищевыми волокнами, витаминами, микроэлементами и прочими нутриентами. Питание должно удовлетворять не только физиологические потребности организма в пищевых веществах и энергии, но выполнять профилактические и лечебные задачи, отвечать органолептическим и физико-химическим показателям. Оно также должно соответствовать требованиям санитарных норм и правил к допустимому содержанию биологических, радиологических, химических веществ и соединений, представляющих опасность для здоровья детей.

Научные исследования, проведенные в учреждениях с круглосуточным пребыванием детей, убедительно доказывают негативное влияние на физическое развитие и здоровье ребенка. Одним из важнейших продуктов в рационе ребенка является мясо. Мясо содержит все необходимые детскому организму аминокислоты и является важным источником жиров, которые на 30% покрывают энергетические затраты организма и влияют на усвоение белков, витаминов и минеральных солей. Животные жиры — это источник полиненасыщенных жирных кислот, важнейшие из которых линолевая, линоленовая и арахидоновая, необходимые так же как и незаменимые аминокислоты. Отсутствие или недостаток их в рационе питания ребенка задерживает его физическое развитие. Среди минеральных веществ, содержащихся в мясе, особую ценность для детей представляет железо, которое находится в легкоусвояемой биологически активной форме и усваивается организмом ребенка лучше, чем из растительных продуктов. Кроме того, в мясе содержатся такие важные минеральные вещества, как магний, медь, цинк, кальций, фосфор, селен и др. В мясе обнаружено около 20 витаминов, из них основные — В1, В2, В12, РР.

Биологически полноценные продукты, вырабатываемые в условиях промышленного производства, играют большую роль в рациональном питании детей. Для производства детского питания в промышленных условиях на ОАО «ТАМП», Таганский мясоперерабатывающий завод используется мясо от молодых животных, выращенных и откормленных по специально разработанной технологии с соблюдением соответствующих агрономических, зооветеринарных и зоогигиенических требований, без антибиотиков, синтетических азотсодержащих веществ, продуктов микробного синтеза и других видов нетрадиционных кормовых средств. Сырье проходит строгий контроль по всем микробиологическим и токсикологическим показателям. Не допускается использование мяса и компонентов, полученных с применением генной инженерии. Система менеджмента качества мясокомбината сертифицирована по международной системе на основе принципов ХАССП и ИСО.

Одно из направлений специализации завода — выпуск продукции для детского питания, ассортимент которой постоянно обновляется и расширяется. Вся продукция для детского питания сертифицирована, на все виды продукции имеются санитарно-эпидемиологические заключения, экологический сертификат по системе ССК. Продукция, пройдя все государственные сертификации и конкурсы, поставляется практически во все московские школы.

Анатомо-физиологические особенности детского организма, как-то: незрелость регулирующих систем, барьерных механизмов и систем детоксикации, проблема поддержания энергообеспечения организ-

ма ребенка и предотвращение развития кишечной недостаточности является такой же важной задачей, как и поддержание функций жизненно важных органов. При большинстве заболеваний детей, страдающих диареей, мальабсорбцией, пищевой аллергией, непереносимостью белков коровьего молока, требуются соответствующие диеты. Эти диеты должны обеспечивать достаточное поступление всех основных пищевых веществ, необходимых для роста и развития ребенка. Правильно организованное питание способствует повышению защитных сил организма и положительно влияет на общее клиническое состояние больного ребенка.

В решении проблемы лечебно-профилактического питания детей, большую роль играет мясное сырье, обладающее высокой биологической ценностью — печень, кровь, куриные грудки. Специалистами лаборатории детского питания ВНИИ мясной промышленности совместно с сотрудниками НИИ питания РАМН и НИИ педиатрии разработан широкий ассортимент колбасных изделий: вареные (колбаски, сосиски, сардельки, колбасы), ветчины, а также полукопченые, паштеты и другая продукция, который постоянно совершенствуется высококвалифицированными специалистами ОАО «ТАМП» с учетом достижений педиатрии и нутрициологии.

При составлении диет для детей, следует учитывать возрастающие в условиях стрессовой ситуации потребности ребенка в основных макро- и микронутриентах. Для этого необходимы специализированные лечебные продукты с заданным составом, адекватным специфике заболевания. Создание таких продуктов имеет большое значение. Так как они являются одним из элементов терапии при лечении того или иного заболевания.

ПАРАМЕТРЫ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ, РАЗВИВШИМСЯ НА ФОНЕ СЕПСИСА

Киргетов Я.В., Карпов Е. М., Пиянзин А.И.

Государственная Новосибирская областная клиническая больница,

Сепсис детей первого года жизни является актуальной проблемой педиатрии. При этом заболевании наряду с другими органами поражаются легкие и развивается острый респираторный дистресс-синдром. В данном случае респираторная поддержка является одним из ключевых моментов интенсивной терапии.

Цель работы. Оптимизация параметров искусственной вентиляции легких у детей до года с сепсисом.

В исследуемую группу входили дети с острым респираторным дистресс-синдромом, возникшем на фоне тяжелого сепсиса. Количество детей до 10 дня жизни — 5 человек (33,3%), с 11 дня до 1 месяца — 6 человек (40%), с 1 месяца — до 1 года — 4 человека (26,7%). Число детей со II стадией острого респираторного дистресс — синдрома составило 8 человек (53,3%), с III стадией — 5 человек (33,3%), с IV стадией — 2 человека (13,4%).

Контролируемыми параметрами вентиляции легких явились: концентрация кислорода во вдыхаемой смеси, пиковое давление, частота дыхания, положительное давление в конце выдоха.

Показателями оценки эффективности параметров вентиляции легких были данные пульсоксиметрии, газов и кислотно-основного состояния венозной крови, а также респираторный индекс.

Наиболее оптимальным вариантом искусственной вентиляции легких у детей до года с острым респираторным дистресс — синдромом, развившемся на фоне сепсиса — избегание «жестких параметров», лишь при IV стадии острого респираторного дистресс — синдрома значения контролируемых параметров были максимальными.