



и динамику их изменения в процессе проведения комплекса профилактических мероприятий; обосновать целесообразность и проанализировать эффективность применения настоя травы мелиссы лекарственной в комплексе противорецидивных мероприятий у детей с НД; разработать комплекс мероприятий, направленный на профилактику рецидивов НД у детей с применением настоя травы мелиссы лекарственной. Мы обследовали детей от 7 до 17 лет, их семьи; данные историй болезней детей (форма 003/у) и историй развития ребенка (форма 112/у).

Нами разработана комплексная программа профилактики НД у детей школьного возраста на амбулаторном этапе с применением настоя травы мелиссы лекарственной. На базе гастроэнтерологического отделения ДГКБ №1 набраны две сопоставимые группы детей школьного возраста с диагнозом неязвенная диспепсия — основная и контрольная, в зависимости от схемы противорецидивной терапии. При выписке из стационара в комплексе основных мероприятий детям одной из групп дополнительно назначается фитотерапия в виде настоя травы мелиссы лекарственной в возрастной дозировке 2 раза в день (утро и вечер) в течение 3 недель. Эффективность применения настоя травы мелиссы лекарственной у детей будет оцениваться по качеству жизни (до лечения, сразу после и через 3 месяца после курса лечения), субъективным (наличию жалоб, характеру диспептических расстройств) и объективным данным результатов обследования (количеству рецидивов в год, динамике лабораторно-инструментальных исследований). Для исследования КЖ мы используем специальный опросник по оценке качества жизни PedsQL 4.0 (Pediatric Quality of Life Inventoty), русская версия. Вопросы PedsQL разделены на 4 шкалы, описывающие физическое функционирование (ФФ), эмоциональное функционирование (ЭФ), социальное функционирование (СФ), жизнь в школе (ЖШ). Кроме того, в исследовании оцениваются показатели психо-социального функционирования (ПСФ), которые представляют собой сумму

показателей ЭФ и СФ, а также суммарной шкалы (СШ), которая включает в себе сводную информацию всех вышеперечисленных шкал. Ответы ребенка дублируются ответами родителей. Варианты опросника, заполняемые родителями, имеют такое же смысловое содержание, как и заполняемые детьми, но несколько отличаются по форме задаваемых вопросов. Дети основной и контрольной группы при изучении КЖ выделены в возрастные подгруппы: 7-12 лет (по 15 детей) и 13-17 лет (по 30 детей) — с учетом требований опросника. Нами был модернизирован гастроэнтерологический модуль опросника КЖ с учетом возрастной группы детей. С целью оценки КЖ каждый ребенок опрашивается три раза: перед началом проведения комплексных мероприятий по профилактике НД с применением настоя травы мелиссы лекарственной, сразу после и через 3 месяца после комплексной схемы профилактики. Родители детей тестируются три раза с целью получения более достоверной информации. Во всех случаях опрашивается одно и то же взрослое лицо. Итоговые результаты тестирования оцениваются по 100-бальной системе (чем выше итоговая величина, тем лучше КЖ ребенка).

На сегодняшний день получены следующие результаты. В течение 3-месячного периода наблюдений отмечается более интенсивная положительная динамика баллов у детей основной группы по сравнению с контрольной на фоне проведения комплекса противорецидивных мероприятий с применением настоя травы мелиссы лекарственной. Подобный характер изменений КЖ выявляется по всем шкалам опросника с преимущественным акцентированием в ЭФ. Также у детей основной группы отмечается более гладкое течение периода реконвалесценции и более длительный период ремиссии. Таким образом, мы считаем применение настоя травы мелиссы лекарственной в комплексе противорецидивных мероприятий перспективным вариантом профилактики НД у детей школьного возраста на амбулаторном этапе.

616.12-0737.7-053.31

М.Н. АЛИЕВА

Казанский государственный медицинский университет

Данные ретроспективного анализа показателей электрокардиографии новорожденных

Цель работы: провести ретроспективный анализ электрокардиографических данных новорожденных с патологией неонатального периода, осложненной транзиторной ишемией миокарда (ТИМ).

Проведен анализ 185 историй болезни новорожденных, получивших лечение в условиях отделения патологии новорожденных и недоношенных детей ДРКБ МЗ РТ. Из них 116 историй доношенных (I группа) и 69 недоношенных (II группа) детей. Критериями исключения стали хирургические вмешательства и врожденные пороки развития.

В клиническом диагнозе всех новорожденных было поражение центральной нервной системы и ТИМ. В I группе конъю-

гационная гипербилирубинемия осложняла течение неонатального периода 53,45%, геморрагический синдром — 12,07% пациентов, анемия при поступлении отмечалась у 25% детей. На долю патологии легких приходилось 43,10%, в том числе 18,10% — пневмония. Внутриутробная инфекция диагностирована в 13,80% случаев, в 12,9% — ишемический нефрит.

Во II группе конъюгационная гипербилирубинемия, геморрагический синдром, анемия при поступлении, патология легких, в том числе пневмония, встречались в 59,42%, 14,49%, 24,68%, 72,46% и 17,39% случаев. Внутриутробная инфекция была диагностирована у 33,33% детей этой группы, ишемический нефрит — у 44,93%.

У всех новорожденных отмечалось нарушение микроциркуляции, проявившееся бледностью, цианозом, мраморным рисунком кожных покровов. Выраженность этих симптомов была больше в группе недоношенных детей. Так «мраморность» кожи в I и II группах отмечалась у 47,41% и 79,71% новорожденных, бледность покровов — у 80,17% и 85,51% детей соответственно.

Анализ электрокардиографических записей и заключений выявил следующие изменения в I и II группах соответственно: замедление внутрипредсердной проводимости — у 0,86% и 4,35% новорожденных, у 7,76% и 10,14% — замедление предсердно-желудочковой проводимости, в 14,66% и 8,70% случаев — нарушение внутривентрикулярной проводимости по правой ножке пучка Гиса, в 30,17% и 31,88% — удлинение сегмента QT. Синусовая тахи- и брадикардия зарегистрированы у 17,24% и 6,03% детей I группы, а также 31,88% и 10,14% — II соответственно. Синусовая тахи- и брадиаритмия — у 2,59%

и 2,59% детей I группы. В группе недоношенных синусовая брадиаритмия была в 4,35% случаев, тахиаритмия в этой группе не отмечалась. Аритмия без нарушения частоты сердечных сокращений была выявлена у 8,62% пациентов I группы и 10,14% — II. В 5,17% и 4,35% случаев соответственно зафиксирован эктопический ритм. Кроме того, в I и II группах регистрировалось смещение сегмента ST выше (21,55% и 39,13%) и ниже (8,62% и 11,59%) изолинии, изменения зубца T (42,24% и 40,58%), снижение вольтажа комплекса QRS (12,93% и 14,49%), повышение электрической активности желудочков (50,86% и 37,68%).

Вариабельность электрокардиографических показателей имела место в процессе лечения и непосредственно перед выпиской из стационара у 87,93% и 95,65% доношенных и недоношенных новорожденных соответственно. Отсутствие значительной положительной динамики свидетельствует о необходимости дополнительных мер лечения.

616-006-001

П.С. АНДРЕЕВ, А.П. СКВОРЦОВ

Центр травматологии Республиканской клинической больницы, г. Казань

Лечение обширных опухолеподобных образований длинных трубчатых костей у детей с применением чрескостного остеосинтеза по Г.А. Илизарову

При лечении обширных опухолеподобных образований длинных трубчатых костей наиболее эффективным методом лечения данного симптомокомплекса является чрескостный остеосинтез по Г.А. Илизарову.

Метод предусматривает профилактику деформации и анатомического укорочения сегмента конечности с радикальным удалением патологических тканей в пределах здоровой костной ткани с последующим замещением образовавшегося дефекта за счет перемещения здорового участка кости без нарушения ее питания.

В НИЦТ «ВТО» с 1990 г. применяется «Способ лечения доброкачественных опухолей длинных костей у детей», включающий в себя компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову, остеотомию кости на участке между здоровой и измененной костной ткани, внутрикостную резекцию патологического очага с последующим внедрением здорового костного фрагмента в костную полость и формированием дистракционного регенерата. Этот способ применен у 47 больных в возрасте от 8 до 16 лет с положительным исходом лечения. Однако при использовании данного способа лечения возникают технические затруднения, так как возникают сложности при внедрении здорового костного фрагмента в костную полость вследствие того, что на участке между здоровой и измененной костной тканью всегда имеется сужение костно-мозгового канала. Кроме того, при формировании дистракционного регенерата костная полость заполняется дистракционным костным регенератом не полностью, что объясняется наличием кортикального слоя

внедряемого здорового костного фрагмента в костную полость. Поэтому в дальнейшем указанный метод совершенствовался, и для лечения больных с данным заболеванием мы предлагаем следующее. После остеотомии кости на участке между здоровой и измененной костной тканью и формирования внутрикостного канала одновременно с резекцией патологического очага при условии сохранения кортикального слоя мы производим остеоперфорацию костной полости по ее периметру, продольное линейное рассечение кортикальных стенок патологического участка кости. В последующем производим внедрение здорового костного фрагмента с циркулярно удаленным кортикальным слоем в костную полость, компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову и формирование дистракционного регенерата. Однако большое клиническое разнообразие обширных опухолеподобных образований побудило нас к применению ещё одного технического приема при лечении обширных опухолеподобных образований методом чрескостного остеосинтеза. Так, при внедрении здорового костного фрагмента в костную полость в ряде случаев наружный диаметр здоровой кости на границе с опухолью гипертрофирован и имеет такой же наружный размер, что и патологически измененный отдел кости. Кроме того, костная полость, образовавшаяся после внутрикостной резекции опухоли, имеет суженный костномозговой канал вследствие гипертрофии своего кортикального слоя, поэтому при внедрении здорового участка кости даже после частичного удаления её кортикального слоя по окружности и линейного рассечения кортикальных стенок костной кисты