

ни (МКБ) у детей на основе изучения факторов риска, ранних клинических симптомов и функциональных нарушений мочевыделительной системы.

Методы: нами был отобран контингент детей для клинко-лабораторного и инструментального исследования с помощью метода случайной выборки с элементами рандомизации (513 детей от 3 до 14 лет родившихся и постоянно проживающих в г. Владивостоке, г. Дальнегорске и г. Партизанске). У всех детей подробно изучался анамнез жизни, проведено биохимическое исследование мочи на содержание оксалатов, уратов, перекисей, липидов, антикристаллообразующих компонентов. Скрининговым методом диагностики также служила тест-система «Литос». После клинко-лабораторного исследования всех детей разделили на 3 группы: здоровые дети (146 чел.), группа с ДМН (334 чел.) и группа с МКБ (33 чел.). С помощью метода условной информационной энтропии были выявлены рейтинговые факторы риска развития ДМН и МКБ у детей.

Результаты: выявленные нами клинко-лабораторные данные и значимые факторы риска позволили сформулировать алгоритм ранней диагностики ДМН и МКБ у детей:

I. Этап (Обследование всех детей. Проводится средним медицинским персоналом учреждения): 1. Анкетный тест-опрос родителей и/или учащихся с помощью специальной анкеты. Опрос направлен на выявление анамнестических данных и жалоб, характеристики социального статуса семьи, психоэмоциональных нагрузок; 2. Отягощенная наследственность по заболеваниям почек любого члена семьи (индекс отягощенности 0,4 и более); 3. Отягощенная наследственность по обменным заболеваниям (ЖКБ, заболеваний ЖКТ, заболеваний ССС) (индекс отягощенности 0,88 и более); 4. Группа крови отца O(I) или AB(IV); 5. Группа крови

ребенка O(I) или AB(IV); 6. Число беременностей у матери 2 и более.

II. Этап (Обследование детей, выделенных на 1-м этапе. Проводится врачом детской поликлиники, ДОУ): 1. Наличие у ребенка ЭКД, перенесенных в анамнезе инфекций различной этиологии, заболеваний почек, аллергических заболеваний; 2. Определение ранних симптомов (выявлять при активном расспросе): боли в животе, малый прием жидкости в сутки, жажда, потливость, кардиалгии, дизурия, склонность к запорам, энурез, головные боли, нарушение аппетита, отеки век по утрам; 3. Сухость кожных покровов; 4. Высокое или низкое физическое развитие по индексу Кетле-2; 5. Снижение АД, особенно диастолического; 6. Положительный симптом «поколачивания»; 7. Общий анализ мочи (повышение относительной плотности мочи, щелочная pH мочи, кристаллурия, бактериурия, микрогематурия, интерmittирующая лейкоцитурия и незначительная протеинурия); 8. УЗИ почек в декретированные сроки — в 1 год, 7, 11, 14 лет (анатомические дефекты, повышенная эхогенность в пирамидах почечной ткани, микролиты и/или камни в почках).

III. Этап (Обследование врачами-специалистами детей, направленных из ДОУ, школы, педиатром поликлиники): 1. Наличие камнеобразования по системе «Литос-тест»; 2. Суточный анализ мочи на соли (снижение суточного диуреза и показателей АКОС, гипероксалурия, наличие перекисей в моче, липидурия, гиперуриемия); 3. Полное клинко-лабораторное, инструментальное и уро-рентгенологическое исследование в условиях специализированного стационара.

Выводы: разработанный алгоритм ранней диагностики дисметаболических нефропатий и мочекаменной болезни у детей можно рекомендовать практическим врачам с целью ранней диагностики этих заболеваний и проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Сивякова О.Н., Конюк Е.Ф.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Амурская государственная медицинская академия, Амурская областная клиническая больница, Благовещенск

Цель: уточнение объективных критериев диагностики синдрома вегетативной дисфункции с вовлечением сердечно-сосудистой системы, его коррекция просульпином (сульпиридом).

Методы: обследовано 20 человек в возрасте 20-35 лет, из них 10 человек основной группы (2 мужчины и 8 женщин) с синдромом вегетативной дисфункции с вовлечением сердечно-сосудистой системы и 10 человек контрольной группы практически здоровых. Обследование пациентов проводилось на базе поликлинического отделения Амурской областной клинической больницы. Средний возраст пациентов основной группы составил 28 лет. Контрольная группа была аналогична основной по полу и возрасту.

Состояние вегетативной нервной системы определяли при помощи вопросника Вейна, вычислялись индекс Кердо, позволяющий выявить преимущественное влияние симпатической и парасимпатической нервной системы и коэффициент Хильбранта. Проводилось исследование при помощи автоматизированной системы для ввода и обработки электрофизиологических данных «Ритм» с оценкой адаптационных возможностей организма человека по анализу сердечного ритма по методу Баевского Р.М., велоэргометрия с использованием диагностической системы «Валента».

Основная группа пациентов с вегеторегулирующей, антидепрессивной и противотревожной целями в качестве патогенетической терапии в течение двух недель получала препарат просульпин (сульпирид) в дозе 150 мг в сутки (75 мг в 8.00 часов и 75 мг в 12.00 часов). Контроль за лечением осуществлялся при помощи вышеуказанных методов.

Результаты: при обследовании пациентов основной группы до лечения по вопроснику Вейна сумма баллов составила в среднем 50,4, в контрольной группе этот показатель был 12 баллов. Индекс Кердо в основной группе выявил преобладание влияния парасимпатической нервной системы у 5 пациентов и у 5 — симпатической, что составило 50%.

После курса лечения в основной группе средняя сумма баллов по вопроснику Вейна снизилась до 20,4, степень адаптации стала удовлетворительной у 9 человек и расценивалась как напряжение у 1 человека по результатам кардиоинтервалографии.

Выводы: 1. Автоматизированная система «Ритм» позволяет быстро диагностировать синдром вегетативной дисфункции, помогает в дифференциальной диагностике, ее можно использовать в качестве контроля за лечением пациентов, что позволит сэкономить время.

2. Вычисление коэффициента Хильбранта для оценки межсистемных соотношений при синдроме вегетативной дисфункции малоинформативно и нецелесообразно.

3. Использование в коррекции синдрома вегетативной дисфункции препарата просульпин (сульпирид) позволяет воздействовать сразу на несколько патогенетических механизмов развития этого синдрома, что оказывает как субъективное, так и объективное положительное действие.

4. Двухнедельное амбулаторное лечение препаратом просульпин (сульпирид) в дозе 150 мг в сутки (75 мг в 8.00 часов и 75 мг в 12.00 часов) пациентов с вегетативной дисфункцией с вовлечением сердечно-сосудистой системы эффективно и безопасно.

Смирнова Е.А., Кочеткова Е.А., Родионова С.С., Гельцер Б.И.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ БЕДРА

Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр, Владивосток
Владивостокский государственный медицинский университет, ГУН ЦИТО, Москва;

На сегодняшний день социально-экономическая значимость остеопороза (ОП), а также остеопоротических переломов шейки бедренной кости, как закономерного исхода прогрессивного снижения плотности костной ткани, не вызывают сомнений. По

результатам исследования М. Morosano и соавт., в Аргентине, число переломов шейки бедра различной этиологии, на 100000 населения, для женщин в возрасте 50-59 лет составляет 15,1 в год, в возрасте 60-69 лет — 97, 70-79 лет — 527, старше 80 лет