

достоверное уменьшение тяжести и укорочение длительности большинства клинических симптомов (интоксикация, лихорадка, катаральные симптомы), отмечается более выраженная положительная динамика по сравнению с контрольной группой.

Негативного влияния на клинические симптомы и лабораторные показатели не отмечено.

В процессе терапии у всех обследованных больных отмечена хорошая переносимость, ни в одном случае не было преждевременной его отмены и не выявлено нежелательных явлений.

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Анаферон детский эффективен в лечении детей с ОРВИ.

2. На фоне лечения Анафероном имеется статистически достоверное уменьшение тяжести и укорочение длительности большинства клинических симптомов (интоксикация, лихорадка, катаральные симптомы), отмечается более выраженная положительная динамика по сравнению с контрольной группой.

3. В процессе терапии, у всех обследованных больных отмечена хорошая переносимость, ни в одном случае не было преждевременной его отмены и не выявлено нежелательных явлений.

4. Включение «Анаферона детского» в комплекс лечебных мероприятий при гриппе и других ОРВИ сокращает время пребывания больных в

стационаре, а также значительно снижает риск осложнений, вызываемых этими заболеваниями.

5. При применении «Анаферона детского» отмечается существенное снижение затрат на лечение гриппа и других ОРВИ.

6. Учитывая высокую эффективность и безопасность, целесообразно включение Анаферона детского в схему лечения ОРВИ и гриппа у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. – М.: «Медицина», 1996. – С. 239.

2. Мартюшев А.В., Шерстобоев Е.Ю., Масная Н.В. и др. // Тез. работ Первой междунар. конфер. «Клинические исследования лекарственных средств». – М., 2001. – С. 178.

3. Осидак Л.В., Афанасьева О.И., Образцова Е.В. и др. // Лечащий врач. – 2003. – № 2 – С.75–76.

4. Шерстобоев Е.Ю., Масная А.В., Чурин А.А. и др. // Цитокины и воспаление: Материалы междунар. н.-пр. конфер. – СПб., 2002. – Т.1, № 2. – С. 40.

5. Шерстобоев Е.Ю., Масная Н.В., Чурин А.А. и др. // Тезисы докладов IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М. – 2002. – С. 724–725.

6. Marteushev A.V., Sherstoboev E.Yu., Sergeeva S.A., et al. // Pharmacologist. – Vol. 44, № 2 (Suppl. 1). – 2002. – A240.

Petrov V.I., Bobrov M.V., Petrov V.A. Administration of Anaferon for the treatment of children acute respiratory viral infections in outpatient departments and polyclinics // Vestnik of Volgograd State Medical University. – 2004. – № 2(11). – P. 50–52.

120 children were examined: the experimental group was comprised of 60 children with acute respiratory viral infection treated both with basic therapy and Anaferon; the control group consisted of 60 children treated with Immunal for the comparison- Statistically reliable shortening of the period of clinical signs manifestation (intoxication, fever, catarrhal symptoms) and significant positive dynamics were observed in children treated with Anaferon. The obtained data prove the necessity of Anaferon usage in complex with the treatment means in influenza and other acute respiratory viral infections.

УДК 612.017.1:541.182:616.61–002.3–055.2

ГОМЕОСТАЗ МАГНИЯ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В СТАДИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ

С.Л. Моисеева., И.Н. Иежица, А.А. Спасов, М.Я. Ледяев

Кафедра детских болезней, кафедра фармакологии ВолГМУ

Среди биологически активных ионов магний занимает 4-е место в организме человека и 2-е место среди внутриклеточных ионов. Выделяют основные функции магния: 1) участие в метаболизме (входит в состав и является кофактором более 300 ферментов); 2) поддержание электрического равновесия клетки (необходим для нормального функционирования Na-K-АТФазы, влияет на трансмембранный поток кальция) [2].

Почки – главный орган гомеостаза магния [5,6]. Пилонефрит, вероятно, будет фактором риска развития нарушений гомеостаза магния за счет нарушения ионорегулирующей функции почек [7].

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положены клинические наблюдения и исследования, выполненные на базе кафедры детских болезней и кафедры фармако-

логии Волгоградского государственного медицинского университета, нефрологического отделения МУЗ ДКБ № 8 г. Волгограда. Контрольная группа – 12 человек, с хроническим вторичным пиелонефритом в стадии клинико-лабораторной ремиссии - 48.

Содержание магния было изучено в эритроцитах (ммоль/л), плазме (ммоль/л), суточной моче (ммоль/24 ч), с последующим расчетом фракционной экскреции магния (%) [FE(Mg)], которая представляет собой отношение клиренса магния к клиренсу эндогенного креатинина [3,4].

Содержание магния в биологических средах определяли методом по цветной реакции с титановым желтым [1]. Креатинин плазмы и мочи определяли стандартными наборами фирмы LACHEMA (Чехия). Моча за сутки собиралась

как для функциональной пробы по Зимницкому. В каждой пробе мочи определяли концентрацию магния (ммоль). Полученные данные обрабатывали с помощью программы «Statistica 6.0» с использованием однофакторного дисперсионного анализа и критерия Scheffé.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Содержание магния в биологических средах всех групп представлено в табл. 1. Отмечается статистически достоверное снижение содержания магния эритроцитов (на 8,2 %), увеличение содержания в моче (моль/л) (на 10,8 %), FE(Mg) (на 34,4 %) у пациентов с хроническим пиелонефритом в стадии клинико-лабораторной ремиссии.

Таблица 1

Содержание магния в различных биологических средах у девочек подросткового возраста

Параметр	Контрольная группа (n=12)	Хронический пиелонефрит, ремиссия (n=48)
Содержание магния в эритроцитах (ммоль/л)	2,05±0,07	1,88±0,02*
Содержание магния в плазме (моль/л)	1,14±0,05	1,09±0,03
Содержание магния в моче (ммоль/л)	1,01±0,04	1,12±0,02*
Фракционная экскреция магния (%)	3,1±0,4	4,17±0,2*
Содержание магния в моче (ммоль/24часа)	0,83±0,09	0,83±0,05

* – достоверное различие по сравнению с контролем ($p<0,05$)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с хроническим пиелонефритом в стадии клинико-лабораторной ремиссии выявлено статистически достоверное снижение эритроцитарного магния по сравнению с контрольной группой, по-видимому, за счет повышенных потерь катиона с мочой. Данный показатель может быть рассмотрен как критерий хронизации воспалительного процесса в тубулоинтерстициальной ткани почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник / Под ред. Меньшикова В.В.). – М.: Медицина, 1987. – С. 266–267.

Moiseeva S.L., Yezhitsa I.N., Spasov A.A., Led'aev M.Ya. Magnesium homeostasis in female teenagers with chronic pyelonephritis staged on clinical and laboratory remission // Vestnik of Volgograd State Medical University. – 2004. – № 2(11). – P. 52–53.

The results of magnesium (Mg) homeostasis study in female teenagers with chronic pyelonephritis (CP) were presented. Significant depletion of erythrocyte Mg was revealed in patients with CP compared with controls due to the increasing of urine cation losses. The given parameter may be considered as criterion of inflammatory process chronisation in kidney tubulointerstitial tissue.

2. Спасов А.А. Магний в медицинской практике: Монография. - Волгоград: ООО «Отрок», 2000. – 272 с.

3. Allegra A., Corica F., Ientile R., et al. // Magnes. Res. – 1998. – Vol. 11, №1. – P.11–18.

4. Corica F., Corsonello A., Buemi M., et al. // Magnes. Res. – 1999. – Vol. 12., № 4. – P. 287–296.

5. Quamme G.A. // Am. J. Physiol. – 1989. – Vol. 256 – F197–F210.

6. Quamme G.A., De Rouffignac C. // The Kidney: Physiology and Pathophysiology, Third Edition. / D.W. Seldin, G. Giebisch (eds.). – NY: Raven Press, 2000. – 375 p.

7. Zaloga G.P., Chernow B., Pock A. et al. // Syrg. Gynec. Obstet. – 1984. - Vol. 158. – № 6. – P. 561–565.