

Цель исследования. Изучить экзогенное воздействие на возникновение первичной артериальной гипертензии (АГ) у детей и подростков с наследственной отягощенностью по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Материалы и методы. В исследование включено 69 детей в возрасте от 9 до 18 лет с отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям: гипертоническая болезнь у женщин, инсульты, инфаркты, ишемическая болезнь сердца. Все пациенты были распределены на 2 группы, в зависимости от наличия или отсутствия АГ: первая группа — 37 детей (29 мальчиков и 8 девочек) с эссенциальной АГ, вторая группа — 32 ребенка (17 мальчиков и 15 девочек) без АГ. Для выявления факторов риска пациентам было проведено исследование соматического здоровья, вегетативного тонуса и анкетирование детей.

Диагностику артериальной гипертензии осуществляли с учетом последних рекомендаций (Рекомендации по диагностике, лечению и профилактики АГ у детей и подростков, 2009).

Результаты исследования. Нами выявлены выраженные различия наследственной отягощенности у пациентов в первой и второй группах: АГ у матери (32,4% и 1,2% соответственно), АГ у отца (21,6% и 11,8%), АГ у обоих родителей (5,4% и 11,8%). Отягощенная наследственность по материнской линии (56,8%

и 70,6%), по отцовской линии (45,9% и 35,3%). Обнаружены отличия данных анамнеза, объективного статуса и социальных факторов у детей с АГ и без АГ: черепно-мозговые травмы (16,2% и 5,9%), оперативные вмешательства под наркозом (16,2% и 17,6%), избыточная масса тела (35,0% и 17,6%), обмороки (13,2% и 17,6%), гиподинамия (45,9% и 76,5%), подсаживание пищи (32,4% и 41,2%), учеба в школах с углубленным изучением отдельных предметов (27,0% и 23,5%), нагрузка более 7 уроков в день (45,9% и 35,3%), дополнительная учебная нагрузка помимо школьной (40,5% и 52,9%), курение (5,4% и 5,9%), употребление алкоголя (10,8% и 11,8%), количество ночного сна менее 8 часов (89,2% и 35,3%), конфликты в семье (2,7% и 17,6%), конфликты в школе (8,1% и 17,6%), неполная семья (18,9% и 29,4%).

Заключение. В нашем исследовании выявлено, что в формировании эссенциальной АГ у детей кроме наследственной отягощенности по сердечно-сосудистым заболеваниям, большую роль играют и ряд различных экзогенных факторов. Полученные данные свидетельствуют, что у данной категории больных оправдано целенаправленное проведение первичной профилактики АГ. Результаты, полученные в ходе работы, могут быть использованы при формировании факторов риска развития АГ.

615.37:631.461.72-053.2

САНТАЛОВА Г.В., ГАСИЛИНА Е.С., КОНДОРОВА Е.А., ГАВРИНА Л.Н.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Иммункоррекция в лечении детей с хламидийной инфекцией

В настоящее время уровень как заболеваемости хламидийной инфекцией (ХИ), так и инфицированности хламидиями остается высоким. Заболевание отличается торпидным течением, сопровождается развитием метаболических нарушений. ХИ развивается на фоне сниженной иммунологической реактивности и сама способствует иммунодепрессии, что приводит к длительной персистенции возбудителя, присоединению интеркуррентных заболеваний, особенно ОРЗ. Этот факт вызывает необходимость применения иммуноотропных препаратов как одного из компонентов терапии ХИ.

Цель нашего исследования — оценка эффективности иммуномодулирующей терапии для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий при ХИ у детей.

В исследование было включено 184 пациента с хламидийной инфекцией в возрасте от 6 мес. до 18 лет, наблюдавшихся в Центре по персистирующим инфекциям и паразитарным инвазиям городской больницы № 5 г. Самары с 2004 по 2009 г. Для верификации диагноза применялись клинические методы,

двукратное (с интервалом в 1 мес.) определение серологических маркеров методом иммуноферментного анализа, метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Иммунологические исследования включали определение показателей иммунограмм первого уровня, интерлейкина-4, интерферона-гамма (в иммунологических лабораториях г. Самары в соответствии с рекомендациями ВОЗ). Проводилась математическая обработка полученных данных.

В течение последних лет количество больных не снижалось. Хламидийная инфекция как моноинфекция встречалась в 37% случаев, в сочетании с герпетической — в 33%, цитомегаловирусной — в 17%, с другими инфекциями (токсоплазмоз, лямблиоз, глистные инвазии) — в 13%. Поводом для обращения к врачу и обследования детей на хламидийную инфекцию послужили преимущественно респираторные и общие симптомы, а также клиника иммунологической недостаточности. Пациенты заболевали ОРВИ до 5-10 раз в год и относились к группе часто болеющих детей.

Оценка стадий заболевания основывалась на определении диагностического диапазона титров специфических антител к хламидиям. При обнаружении в сыворотке крови «пограничных титров» и через 2 месяца «диагностических титров» с нормализацией в течение 6 месяцев мы не назначали антибактериальную терапию. Больным, которым не было показано антибактериальное лечение, назначалась иммуномодулирующая терапия. Учитывая, что вторичные иммунодефициты протекают с выраженными расстройствами интерферонового статуса, наш выбор остановился на препаратах — интерферонгенах, в частности на препаратах «Инфлюцид» и Иммунал, тем более что применение средств природного происхождения не создает дополнительной фармакологической нагрузки на организм.

Мы изучали лечебную и профилактическую эффективность препарата «Инфлюцид» в сравнении с Иммуналом у 60 (33%) детей в возрасте 7-14 лет с ОРВИ на фоне хронического течения хламидийной инфекции в сочетании с инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса.

Анализируя динамику симптомов ОРВИ (интоксикация, катаральные явления, лихорадка), мы отмечали, что на 3-й день лечения наблюдалось выздоровление или значительное улучшение у 79% детей, получавших Инфлюцид (1-я группа), и у 68% — принимавших Иммунал (2-я группа). Через 3 месяца после проведенного профилактического курса мы анализировали количество случаев заболевания ОРВИ у детей различных групп. В 1-й группе повторно заболели 6% детей; во 2-й — 28%; в контрольной группе процент заболевших практически не менялся.

Анализируя влияние различных видов профилактики на частоту заболеваемости ОРВИ в течение 2 лет, отмечено, что Инфлюцид статистически достоверно ($p < 0,05$) в большей степени уменьшал заболеваемость.

Положительная динамика на фоне иммуномодулирующей терапии в большей степени затрагивала инфекционный синдром, являющийся основным в хроническом течении ХИ, в несколько меньшей — аллергический, и практически не отмечалась в случаях проявлений аутоиммунного синдрома. Следует отметить, что более выраженное улучшение наблюдалось при применении Инфлюцида. Подобная тенденция отмечалась и при анализе иммунограмм.

Уровень противохламидийных антител класса IgG имел тенденцию к повышению в первые 2-4 месяца у 45%, получавших Иммунал, и у 60%, принимавших Инфлюцид, оставаясь диагностическим больше 3 месяцев; далее снижался до пограничного уровня и ниже. В контрольной группе уровень противохламидийных антител оставался диагностическим у большинства пациентов (90%).

На первом году лечения рецидивы наблюдались у 15% больных, получавших Инфлюцид, и у 20%, принимавших Иммунал. На 2-м году рецидивов не отмечалось. У детей, не получавших профилактического лечения, рецидивы повторялись: на 1-м году — в 40%, на 2-м — в 35% случаев.

Таким образом, доказана лечебная и профилактическая эффективность препаратов «Инфлюцид» и «Иммунал», что делает целесообразным их применение у детей с персистирующими инфекциями, в том числе в период ОРВИ.

616-089

САТАЕВ В.У., МИРОНОВ П.И., МАМЛЕЕВ И.А.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Опыт применения периоперационной нутритивной поддержки в детской хирургии

Клиническая медицина переживает новый этап своего развития — широкое внедрение в практику современных нутритивных технологий. В настоящее время невозможно адекватное лечение пациентов хирургического профиля без необходимого лечебного питания. Рекомендации ведущих мировых экспертов в области лечебного питания свидетельствуют о необходимости такой терапии в детской хирургии.

Традиционно хирургами и анестезиологами пациенту накануне хирургического вмешательства рекомендовалась «голодная диета», основной задачей которой была подготовка к наркозу и предстоящему оперативному лечению. Нередко этому предшествовал и изнурительный этап очистки кишеч-

ника, что отражалось на соматическом статусе пациента. При этом частота нарушений питания у пациентов может достигать 30-40% (Лазарев В.В. с соавт., 2007). Этим обуславливается необходимость периоперационного питания у пациентов, подвергающихся хирургическому вмешательству на органах брюшной полости.

В клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета в течение 2010 года проведено хирургическое и нутритивное лечение у 11 пациентов с послеоперационным перитонитом. Все вмешательства проведены лапаротомическим доступом, причем 7 пациентам выполнена неоднократная санация брюшной полости. Возраст пациен-