

ЛИТЕРАТУРА

1. University of Michigan Medical Center. Idiopathic constipation and soiling in children. / University of Michigan; 1997. P. 5.
2. Леньюшкин А.И., Комиссаров И.А. Педиатрическая колопроктология. Руководство для врачей. Изд-е СПбГПМА, 2008. С. 448.
3. Кольченко И.И., Михайлова Т.Л., Румянцев В.Г. и др. Рентгенконтрастные маркеры в оценке моторной функции толстой кишки при хроническом запоре // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. 2002. № 1. С. 50—57.
4. Rome II: A Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders // Gut. 1999. Vol. 45. Suppl. II. P. 43—60.
5. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterology. 2006. Vol. 130, № 5. P. 1377—1390.
6. Kamm M.A., Lennard-Jones I.E. Constipation. UK, Bristol, USA: Petersfield, 1994. P. 402.
7. Цимбалова Е.Г., Потапов А.С., Баранов К.Н. Дюфалак в лечении гастроинтестинальной аллергии у детей. // Вопр. соврем. педиат. 2002. №6. С. 56—61.
8. Леньюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. М.: Медицина, 1999. С. 366.
9. Пасечников В.Д. Современные представления об этиологии, патофизиологии и лечении функционального запора // Клин. перспективы гастроэнтерол. гепатол. 2003. № 2. С. 24—30.
10. Porter A.J., Wattchow D.A., Hunter A., Costa M. Abnormalities of nerve fibers in the circular muscle of patients with slow transit constipation // Int. J. Colorect. Dis. 1998. Vol. 13. P. 208—216.
11. Smith V.V., Gregson N., Foggensteiner L. et al. Acquired intestinal aganglionosis and circulating autoantibodies without neoplasia or other neural involvement // Gastroenterology. 1997. Vol. 112. P. 1366—1371.
12. Lindberg G., Glia A., Nyberg B., Veress B. Lymphocytic Epithelioganglionitis—A new entity causing severe motility disorders of the gut // Gastroenterology. 1999. Vol. 116. G4476.
13. Ухтомский А.А. Доминанта. Ст-Петербург: Питер, 2002. С. 448.
14. Ahlquist R.P. A study of adrenotropic receptors // Am. J. Physiol. 1948. Vol. 153. P. 586—600.
15. Ahlquist R.P. Discussion: The receptors for epinephrine and norepinephrine // Pharmacol. Rev. 1959. № 11. P. 441—442.
16. Denny-Brown D., Robertson E.G. Brain. 1948. P. 650.
17. Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М., 1968. С. 40.
18. Ноздрачев А.Д. Физиология вегетативной нервной системы. М.: Наука, 1983. С. 296.
19. Нормальная физиология / К.В. Судаков (ред.). М.: Медицинское информационное агентство, 1999. С. 920.
20. Вишневский Е.Л., Лоран О.Б., Вишневский А.Е. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания. М.: ТЕРРА, 2001. С. 96.
21. Долецкий С.Я. Вопросы структуры и функции в педиатрической хирургии. М.: Методическое пособие ЦОЛИУВ, 1973. С. 3—38.

Поступила 18.03.09

Использование гормона роста при лечении новорожденных с хроническими заболеваниями почек: показания, эффективность и безопасность

Growth hormone treatment of infants with chronic kidney disease: requirement, efficacy, and safety

D. Haffner, D.C. Fischer

Pediatr Nephrol 2009

Проблема задержки роста и развития по-прежнему является актуальной у новорожденных с хроническими заболеваниями почек. По достоверным данным известно, что задержка роста связана также с прогрессирующим ростом уровня смертности у таких пациентов — в неонатальном периоде ребенок очень уязвим в отношении роста и развития, поскольку физиологическое развитие в этом периоде идет в несколько раз активнее, чем в последующие годы жизни. Существует множество причин задержки роста у детей с хроническими заболеваниями почек, в том числе: недостаточное или неправильное питание, неадекватные потери жидкости и электролитов, метаболический ацидоз, анемия и почечная остеодистрофия. Доказана эффективность и безопасность использования рекомбинантного человеческого гормона роста при лечении задержки роста уремического происхождения в детском возрасте. Сегодня трудно судить об эффективности этого лечения у новорожденных ввиду недостаточного количества исследований. Однако М.А. Mencarelli и соавт. (2009) провели ретроспективный анализ роста 27 новорожденных с ранним началом хронического заболевания почек, которые получали либо стандартную терапию, либо дополненную гормоном роста. В ходе анализа были получены обнадеживающие результаты, демонстрирующие высокие показатели роста у детей, получавших гормон роста. Опираясь на указанные данные, необходимо провести еще ряд исследований по изучению безопасности гормона роста, так как известно, что он способен индуцировать инсулинорезистентность и нарушать глюкозотолерантность, особенно у новорожденных, получающих высококалорийное питание и находящихся на диализе.

Референт А.И. Асманов