

## СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ГЕМАТУРИИ И ГИПЕРТОНИИ

Курбатова М.В., Томс С.Р., Николаенкова Е.Ф., Кузьмичева И.Е.,  
Климова И.К., Решетова Т.Г., Ларюшкина Р.М.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

У 5 детей 8—11 лет с дебютом гломеруллопатии исследована почечная гемодинамика методом реоренографии (аппарат «Реоспектр-3», «Нейрософт»). У пациентов имели место нефротический синдром, повышение артериального давления и выраженная гематурия. Все больные получали глюкокортикостероидную, мочегонную, гипотензивную, дезагрегантную терапию. Детей обследовали дважды — через 1 и 4 недели от момента поступления в стационар. Группу сравнения составили 10 больных хроническим гломерулонефритом в периоде ремиссии. Контрольная группа — 10 здоровых детей.

В активную фазу заболевания у всех больных выявлено значительное снижение реографического индекса ( $PI_{RS} = 0,049 \pm 0,005$  у.е.;  $PI_{RD} = 0,061 \pm 0,005$  у.е.;  $PI_N = 0,16 - 1,22$  у.е.) и амплитудно-частотного показателя ( $AЧП_{RS} = 0,41 \pm 0,02$  у.е.;  $AЧП_{RD} = 0,45 \pm 0,04$  у.е.;  $AЧП_N = 1,05 - 1,16$  у.е.), отражающих пульсовое объемное кровенаполнение почек. Тонус почечных артерий повышался ( $\alpha_{RS} = 0,23 \pm 0,02$  с;  $\alpha_{RD} = 0,27 \pm 0,02$  с;  $\alpha_N = 0,11 - 0,16$  с), а эластичность их не изменялась. В обеих почках был замедлен венозный отток ( $T_{кат\_Q\_X_{RS}} = 0,62 \pm 0,05$  с;  $T_{кат\_Q\_X_{RD}} = 0,63 \pm 0,04$  с;  $T_{кат\_Q\_X_N} = 0,48 - 0,54$  с), что было связано, по-видимому, со снижением тонуса посткапилляров ( $ДИА_{RS} = 44,00 \pm 3,9\%$ ;  $ДИА_{RD} = 52,66 \pm 3,9\%$ ;  $ДИА_N = 59 - 63\%$ ).

Итогом вышеуказанных изменений явилось замедление времени трансренальной гемоциркуляции

( $Tцирк_{RS} = 0,51 \pm 0,06$  с;  $Tцирк_{RD} = 0,49 \pm 0,04$  с;  $Tцирк_N = 0,63 - 0,73$  с). Указанные изменения сочетались с нарушением фильтрационной функции почек ( клубочковая фильтрация составила 45—55 мл/мин). Повторное исследование почечной гемодинамики через 4 недели от момента поступления (при нормализации артериального давления, слабо выраженной гематурии и протеинурии) выявило сохраняющееся снижение почечного кровотока ( $PI_{RS} = 0,072 \pm 0,006$  у.е.;  $PI_{RD} = 0,078 \pm 0,007$  у.е.;  $AЧП_{RS} = 0,64 \pm 0,05$  у.е.;  $AЧП_{RD} = 0,71 \pm 0,06$  у.е.), по-видимому, за счет высокого тонуса артерий ( $\alpha_{RS} = 0,19 \pm 0,02$  с;  $\alpha_{RD} = 0,20 \pm 0,02$  с) и венозного застоя ( $ДИА_{RS} = 52,42 \pm 5,1\%$ ;  $ДИА_{RD} = 56,85 \pm 4,3\%$ ). В группе сравнения отмечена аналогичная направленность изменений почечной гемоциркуляции. Таким образом, у детей с дебютом гломеруллопатии, манифестирующей нефротическим синдромом, гематурией и гипертензией, независимо от уровня артериального давления, имеют место пролонгированные вазоспастические реакции. Это, по нашему мнению, может способствовать прогрессивному течению заболевания, усугублению изменений почечной гемодинамики, активации ренального механизма артериальной гипертензии с формированием в последующем стойкой артериальной гипертензии. Можно полагать, что замедление восстановления гемодинамики, длительная гипоксия органа нарушает метаболизм в почечной ткани, являясь одним из звеньев патогенеза нефросклероза.

## КОРРЕКЦИЯ ОБМЕННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОКСАЛУРИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Лавров Г.Л., Чемоданов В.В., Балдаев А.А., Мясникова И.В., Хрипунов А.И.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

МУЗ «Детская городская клиническая больница №1», г. Иваново,

Частота заболеваний оксалурической нефропатией (ОН) и рецидивирующим обструктивным бронхитом (РОБ) у детей увеличивается. Обе эти нозологии чаще всего ассоциированы с синдромом дисплазии соединительной ткани, сопровождающимся морфофункциональными нарушениями сердечно-сосудистой, билиарной и вегетативной нервной систем. Оксалурия, являющаяся непосредственной причиной поражения почек при ОН наблюдалась нами у 64,7% детей, больных РОБ. При этом известно, что нарушение обмена щавелевой кислоты вызывает системную нестабильность цитомембран, дефицит энзимов митохондрий, изменяет вегета-

тивную реактивность. Аналогичные нарушения характерны и для синдрома дисплазии соединительной ткани. В связи с этим мы предприняли попытку коррективной фармакотерапии ОН и РОБ.

Из находящихся на лечении в стационаре детской клинической больницы №1 были отобраны 10 детей 5-7-летнего возраста, у каждого из которых помимо ОН или РОБ имелись дисфункции желчного пузыря на фоне аномалий его развития, малые аномалии развития сердца, очаги хронической инфекции в носоглотке в сочетании с ослож-

ненным аллергологическим анамнезом и проявлениями атопии. Больным дополнительно назначали двухнедельный курс лечения комплексом пробиотиков НПО «Вектор-БиАльгам» — «Бифидум 791 БАГ», «Трилакт» и «Экофлор».

Наши предшествовавшие клинические испытания пробиотического комплекса подтвердили его высокую эффективность при патологических состояниях, сопровождающихся атопическими реакциями, дисбиозом кишечника, нарушением иммунобиологической резистентности, интоксикацией и метаболическими расстройствами, связанными с нарушением обмена витаминов и микроэлементов в организме.

В результате лечения у всех больных были получены положительные результаты. В частности, клинические признаки улучшения состояния (нормализация температуры тела, уменьшение симпто-

мов интоксикации и воспаления, купирование бронхообструкции) у детей, получавших пробиотики, проявлялись на 2—5 дней раньше. Помимо стойкого купирования бронхообструкции, мы наблюдали нормализацию состава мочевого осадка, достоверное уменьшение суточной оксалурии на фоне нормализации гематологических коэффициентов клеточной фагоцитарной защиты и аллергической настроенности организма. Ни в одном случае нами не установлено побочных реакций данных пробиотических препаратов.

Полученные результаты клинических наблюдений, верифицированные положительными сдвигами показателей гемограммы и мочи, позволяют рекомендовать использование пробиотического комплекса «Бифидум 791 БАГ», «Трилакт» и «Экофлор» в качестве сопровождающей терапии ОН и РОБ у детей.

## **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Лавров Г.Л., Чемоданов В.В., Балдаев А.А., Радостина Л.В., Мясникова И.В., Охрименко В.С.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»  
МУЗ «Детская городская клиническая больница №1», г. Иваново

Проведен анализ лечебно-диагностического процесса и качества оказания помощи больным рецидивирующим обструктивным бронхитом (РОБ) в условиях дневного стационара городской детской больницы. Группа детей из 127 человек составила 62% от общего количества пациентов с заболеваниями органов дыхания. При этом у детей в 71,6% случаев имелись очаги хронической инфекции в носоглотке, у 75,2% — минимальная мозговая дисфункция. Осложненный аллергологический анамнез с различными проявлениями атопии определялся у 37,1% пациентов. У 67,4% детей обнаруживалось высокое содержание оксалатов в моче, в среднем составлявшее 159,8 мкмоль/л/сут, как правило, сопровождавшееся дисфункцией желчевыводящих путей. У трети больных отмечались различные сочетания признаков синдрома дисплазии соединительной ткани. Важно, что более половины всех диагностированных патологических состояний были выявлены в условиях дневного стационара, при назначении комплексного обследования, включавшего проведение УЗИ внутренних органов, определение функций внешнего дыхания, нейрофизиологическое и рентгенологическое исследования, аллерготестирование, лабораторно-биохимическое обследование и консультации врачей-специалистов. Поэтому оборот койки в среднем составил 29,3 при плане 24,6, а трети больных потребовалась повторная госпитализация.

Общепринятая базисная терапия РОБ сочеталась с назначением лечебно-охранительного режима, диетотерапии, санацией носоглотки, различными видами массажа, дыхательной и лечебной гимнастики. Использовались ингаляции эфирных масел,

аэроионов. Более 70% больных получали пробиотики, в том числе производства центра «Вектор-БиАльгам» — «Бифидум 791 БАГ» и «Экофлор», ферментные препараты. В лечении применялись растительные адаптогены, неспецифические иммуномодуляторы, гепатопротекторы, лекарственные средства, нормализующие легочную и центральную гемодинамику, гипосенсибилизирующие мембраностабилизирующие средства. Каждый больной получал в среднем до 25 различных физиопроцедур.

Для устранения нарушений обмена щавелевой кислоты, сопровождающихся системной нестабильностью цитомембран, дефицитом митохондриальных энзимов и изменением вегетативной реактивности, широко использовались ксидифон, витамины В<sub>6</sub> и Е, а при необходимости — глицин. Установлено, что скоординированная комплексная терапия оказывала выраженный положительный эффект. Все получавшие лечение больные на 9—18-й день выписывались из стационара в стадии стойкой клинической ремиссии по основному и сопутствующим заболеваниям, а в анамнезе у них было отмечено уменьшение частоты и длительности рецидивов и снижение риска развития осложнений.

Как видим, реабилитация пациентов с рецидивирующей бронхолегочной патологией в условиях детского дневного стационара, базирующаяся на знании ее патогенетических механизмов, позволяет разнообразить формы, улучшать результативность работы с больными, повышая в конечном итоге экономическую эффективность медицинского обслуживания пациентов.