

## Материалы IX Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 10–12 февраля 2004 г.)

### Кортексин в лечении цефалгии напряжения у детей

Н.В.Андросенко, Л.А.Пак, И.Е.Смирнов

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Феноменология цефалгии напряжения у детей соответствует современным представлениям об участии нейротрофинов в их патогенезе. Это позволяет использовать для лечения этого заболевания препараты, обладающие тканеспецифическим нейропротективным действием. Как известно, тяжесть течения цефалгии напряжения у детей определяется частотой пароксизмов головной боли, интенсивностью болевого синдрома, снижением успеваемости на фоне цефалгии, выраженностью субъективной и неврологической симптоматики. Для повышения эффективности лечения цефалгии напряжения мы применили у детей курсовое лечение кортексином (в ампулах по 1,0 мл с содержанием 10 мг действующего вещества). При проведении первого двухнедельного курса кортексин вводился внутримышечно 1 раз в сут в дозе 10 мг. Основную группу больных, получавших кортексин, составили 14 подростков 12–16 лет, с цефалгией напряжения, сочетавшейся с сосудистыми расстройствами. В референтную группу вошло 10 больных того же возраста, получавших анальгетики по общепринятой схеме. Всем детям были проведены исследования церебральной гемодинамики до и после курса лечения кортексином или анальгетиками.

Критериями эффективности применения кортексина явились: уменьшение частоты и интенсивности пароксизмов головной боли и головокружения, улучшение функционального состояния церебральной гемодинамики, нормализация сна и повышение работоспособности. Проведенные исследования показали, что курсы кортексина способствовали улучшению мозгового кровообращения у всех обследованных пациентов и сопровождалось небольшим гипотензивным и седативным действием. У детей с цефалгией напряжения, сочетавшейся с сосудистыми расстройствами, применение кортексина дало наилучшие результаты. Положительный эффект терапии был более значимым у всех подростков основной группы и проявлялся быстрее (на 6 сут), чем у детей референтной группы (10 сут). Кроме того, лечение кортексином сопровождалось нормализацией тонуса мозговых сосудов и улучшением церебральной гемодинамики. Кортексин не вызывал побочных эффектов и хорошо переносился, что позволяет рекомендовать его курсовое применение при цефалгии напряжения у детей.

### Структура онкологических заболеваний у детей Новосибирской области за 2000–2003 гг.

К.С.Казначеев, Е.С.Костылева, Е.И.Федорченко

Новосибирский областной онкогематологический центр;  
Новосибирская государственная медицинская академия

Нами были проанализированы истории болезни 302 детей, госпитализировавшихся за период 2000–2003 гг. в Новосибирский областной онкогематологический центр (пос. Краснотурбанинский) по поводу различных онкологических заболеваний. Из них: 160 мальчиков и 142 девочки, детей в возрасте 0–14 лет – 233 человека, подростков (старше 14 лет) – 69 человек. В структуре выявленных заболеваний лидирующее положение занимает острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – 122 человека (40,4%), далее следует лимфогранулематоз (ЛГМ) – 48 (16%) человек. Острый миелобластный лейкоз (ОМЛ) диагностирован у 16 (5%) человек, нефробластома – 15 (5%) человек, лимфомы – у 15 (5%) человек, гистиоцитоз-Х – 11 (3,6%) человек, апластическая анемия (АА) – 9 (3%) человек, нейробластома – 10 (3,3%) человек, опухоль головного мозга – 9 (3%) человек, опухоли костей – 10 (3,3%) человек, саркомы – 7 (2,3%) человек, ретинобластома – 5 (1,6%) человек, острый недифференцированный лейкоз (ОНЛ) – 3 (1%) человека, тератобластома – 1 (0,33%) человек.

Общая смертность составила 38 (12,6%) человек. Смертность от ОЛЛ составила за исследуемый период 11 (9,3%) человек, от ЛГМ – 5 (10,42%) человек, ОМЛ – 5 (31,25%) человек, АА – 2 (22,2%) человека, ОНЛ – 2 (66,7%) человека.

В структуре распределения заболеваемости по районам г. Новосибирска частота впервые выявленных онкологических заболеваний у детей выше всего в Ленинском районе – 27 человек (9% от общего числа заболевших), в Кировском районе – 18 (6%) человек и Октябрьском районе 17 (5,7%) человек. По остальным районам города заболеваемость составила 1–4%.

По районам Новосибирской области чаще всего онкологическая патология диагностировалась в Новосибирском сельском районе – 17 человек (5,66%), г. Искитиме и г. Куйбышеве – по 13 (4,33%) человек, Тогучинском районе и Тарском – по 8 (2,66%) человек. Заболеваемость в остальных районах НСО составила от 0,33 до 2%.

## Распространенность апластических анемий в Новосибирске и Новосибирской области (1988–1998 гг.)

К.С.Казначеев, М.Н.Майорова, В.Д.Злобина

*Новосибирская государственная медицинская академия;  
Новосибирский областной онкогематологический центр*

По данным НИИ детской гематологии, частота заболеваемости апластическими анемиями составляет 6–10 случаев на 1 млн. детского населения в год (А.А.Масчан и соавт., 1998). По нашим данным заболеваемость в НСО за период с 1988 по 1998 гг. составила 5 случаев в год на 1 млн. детского населения.

Проведена выборка 24 историй болезней детей (12 мальчиков и 12 девочек), находившихся в Новосибирском областном онкогематологическом центре за период 1988–1998 гг. Средний возраст на момент поступления составил 8 лет, на момент постановки диагноза – 7 лет. Длительность заболевания на момент поступления (от момента постановки диагноза) составляла от 2 мес до 7 лет (в среднем 3 года 8 мес), 16 больным диагноз был впервые установлен при госпитализации в онкогематологический центр.

У 6 пациентов анемия носила наследственный характер (у 5 – анемия Даймонда–Блекфана, у 1 – анемия Эстрена–Дамешака) и была диагностирована на первом полугодии жизни. Приобретенная анемия диагностирована у 18 человек, из

них: с поражением 2-х ростков – 6 человек, с поражением 3-х ростков – 12 человек.

Из 24 больных в Новосибирской области проживал 21 человек (из них 14 – Новосибирск и 7 – область).

Среди сопутствующей патологии наблюдались: хронический вирусный гепатит В (3 человека), сахарный диабет (2 человека), язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением (2 человека).

На настоящий момент из 24 детей живы 15 человек, среди них: улучшение на фоне терапии наблюдалось у 12 человек; длительная подтвержденная ремиссия диагностирована у 2 человек; 2 человека переведены для дальнейшего обследования и лечения в НИИ детской гематологии (Москва). От прогрессии основного заболевания скончалось 6 человек, ухудшение на фоне проводимой терапии отмечалось у 2-х человек (у одного из них диагностирован переход парциальной красноклеточной апластической анемии в трехростковую), резистентность к терапии наблюдалась у 7 человек.

## Вскармливание детей, относящихся к группе риска по аллергическим заболеваниям

А.Ф.Казначеева, Н.С.Ишкова, К.С.Казначеев, Н.А.Рычкова, А.Н.Дубровина

*Новосибирская государственная медицинская академия*

Для грудного ребенка из группы риска по развитию аллергических заболеваний важной профилактической мерой является естественное вскармливание. Антигенные свойства грудного молока таковы, что оно обладает наименьшей сенсibilизирующей активностью. В женском молоке содержатся в оптимальных количествах все необходимые бифидо- и лактогенные факторы, ферменты, витамины, антитела, макро- и микроэлементы, обеспечивающие рост и развитие ребенка и формирование резистентности к болезням.

Если по каким-либо причинам нет возможности обеспечить грудное вскармливание, необходимо правильно выбрать смесь-заменитель грудного молока. Представителем нового поколения смесей для гипоаллергенного питания является «НАН гипоаллергенный». Белковый компонент смеси на 70% представлен модифицированной фракцией сывороточных белков с наиболее благоприятным аминокислотным составом. К принципиально важным особенностям этого

продукта относится модификация белка коровьего молока путем частичного гидролиза, что не только предотвращает развитие аллергической реакции у ребенка, но и способствует выработке иммунологической толерантности к этому аллергену, с которым он неизбежно встретится в течение жизни.

Проанализированы результаты использования «НАН гипоаллергенный» для питания 40 грудных детей группы высокого риска по развитию аллергопатологии. В течение первого года жизни реализация аллергического заболевания не отмечалась ни в одном случае, в группе сравнения – у 70,0% детей ( $p < 0,05$ ). При вскармливании «НАН гипоаллергенный» только у 2 детей из 40 (5,0%) наблюдались кратковременные высыпания эфемерного характера, не имевшие признаков конкретной нозологической формы, с тенденцией к самопроизвольному исчезновению без последующего рецидивирования.

## Изменения плацент у доношенных новорожденных с задержкой внутриутробного развития

Н.Ю.Калинина, М.Б.Колесникова, М.М.Торопова

Ижевская государственная медицинская академия

Целью настоящего исследования было изучение взаимосвязи между степенью выраженности синдрома задержки внутриутробного развития (ЗВУР) у доношенных новорожденных и гисто-морфологическими изменениями в плаценте.

Проведен анализ результатов гисто-морфологического исследования последов у 63 детей, рожденных со ЗВУР: у 25 с I (1-я группа), у 22 со II (2-я группа) и у 16 детей с III степенью ЗВУР (3-я группа). Основной причиной ЗВУР была хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХПлН) – у 91% пациентов; у остальных наблюдались признаки старения плаценты. У детей с I степенью ЗВУР незначительная и средне-выраженная ХПлН встречалась одинаково часто, при II и III степенях синдрома преобладали средние и высокие ее показатели. Степень ЗВУР зависела от выраженности компенса-

торно-приспособительных изменений (КПИ) в плаценте. Чем ниже была КПИ, тем более выражены были признаки ЗВУР. У детей со II и III степенями ЗВУР наблюдалось истощение КПИ плацент. Нами была обнаружена также высокая частота воспалительного процесса в плацентах в 81,5%. Так, ДНК-вирусная инфекция была диагностирована у 15,8%, хламидиоз у 3% пациентов. В 1-й группе воспалительные изменения плаценты были обнаружены в 31%, во 2-й – 28,5% и 3-й – 22%. Кроме перечисленного выше в каждой четвертой плаценте были выявлены аномалии развития и ее формы. Плаценто-плодовый коэффициент был в пределах нормы только у половины детей.

Таким образом, результаты исследования показали, что выраженность патологических изменений в последе в значительной степени определяет степень тяжести ЗВУР.

## Некоторые показатели адаптации новорожденных у матерей с нарушением углеводного обмена

А.В.Кирина, М.Б.Колесникова, Е.Л.Шешко, Н.А.Михайлова

Ижевская государственная медицинская академия

Цель работы – выявить особенности адаптации новорожденных от матерей, беременность у которых протекала с нарушением углеводного обмена.

Нами было изучено состояние здоровья 29 новорожденных, у матерей которых был нарушен углеводный обмен. Из них 14 детей (основная группа) родились от матерей с гестационным диабетом (ГД), у 15 (группа сравнения) матери страдали инсулинзависимым сахарным диабетом (ИЗ СД), возникшим до беременности. В обеих группах не было фетоинфантильных потерь, уровень сахара крови контролировался. В 1-й группе родоразрешение кесаревым сечением проведено у 1/3 детей матерей, во 2-й – почти у половины ( $p > 0,05$ ), причем показанием к оперативному вмешательству было в том числе нарастание тяжести эндокринопатии. В первой группе более четверти детей родилось недоношенными, что достоверно ниже, чем во второй – более 3/4 пациентов ( $p < 0,001$ ), причем недоношенных и I и II степени было достоверно ( $p < 0,01$ ) больше во 2-й группе,

где один новорожденный имел даже III степень недоношенности. В группе матерей с гестационным диабетом родилось в 2 раза меньше (40%) детей в состоянии тяжелой гипоксии, что достоверно ниже, чем во 2-й группе ( $p < 0,001$ ). В первый день жизни в основной группе среднесуточная гликемия составила 2,9 ммоль/л, в то время как в группе сравнения она была достоверно ниже – 1,67 ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Максимальная убыль массы тела в первой группе в среднем была в пределах нормы – 6,4%, а во второй – выше нормы и составила в среднем 12,5% ( $p < 0,01$ ). К 7 дню жизни первоначальную массу тела восстановила третья часть детей 1-й и только 1 ребенок 2-й группы ( $p < 0,001$ ). На второй этап выхаживания было переведено двое I и более половины детей II группы.

Таким образом, в обеих группах мы наблюдали признаки дезадаптации новорожденных, тяжелее проявлявшиеся у тех детей, чьи матери болели ИЗ СД, по сравнению со страдавшими диабетом беременными.

## Нозокомиальная инфекция в пульмонологическом отделении педиатрического стационара и возможности ее профилактики

В.Ф.Коляденко, И.А.Утц, Е.И.Столярова, З.В.Мельникова, В.О.Ицкович, И.В.Федорченко

Саратовский государственный медицинский университет

На протяжении трех лет нами осуществлялся мониторинг по определению обсемененности и запыленности воздуха в отделении гнотобиологии (класс «чистоты» воздуха 1, 2, 3) в палатах площадью 12, 16 и 18 м<sup>2</sup>, рассчитанных на 8 пациентов раннего возраста (от 1 мес до 3 лет), больных острой пневмонией, ОРВИ, острым бронхитом, бронхиолитом, муковисцидозом. За указанный период под нашим наблюдением находилось 628 пациентов. Группу сравнения составили 600 аналогичных больных пульмонологического отделения, размещенных в таких же палатах. Микробная обсемененность воздуха исследовалась методом посева на чашки Петри, степень запыленности определялась с помощью аппарата ПКЗВ – 905. Обсемененность пульмонологического отделения была представлена золотистым стафилококком (68,4%), грибами рода кандиды (66,7%), эшерихиями (35,1%), споровой флорой (53,2%), клебсиеллой и энтеробактером (11,7%), пневмококком (9,9%), зеленым стрептококком (3,5%), протеом (0,6%), клостридиями (0,6%), гемофильной палочкой (4,1%), синегнойной па-

лочкой (0,6%), сапрофитами (11,1%). Из воздуха в палатах отделения гнотобиологии (1 класс «чистоты») высевались исключительно грибки рода кандиды, которые можно отнести к транзитной микрофлоре.

Возникновение внутрибольничной инфекции в отделении пульмонологии отмечалось у 26% пациентов в виде ОРВИ (18%), пневмонии (6%), острой кишечной инфекции (2%). Это увеличивало сроки лечения на  $12,1 \pm 1,2$  дня. В отделении гнотобиологии, в условиях 1, 2, 3 классов «чистоты», проявлений внутрибольничной инфекции за период наблюдения не регистрировалось, а средняя продолжительность излечения не превышала  $5,0 \pm 0,012$  дня.

Таким образом, степень запыленности и микробной обсемененности воздуха являлась главной причиной возникновения внутрибольничной инфекции в пульмонологическом отделении педиатрического стационара. Использование аппарата ПКЗВ-05 для определения степени запыленности позволяет в течение двух минут установить степень микробной обсемененности.

## Цитокины при некоторых формах обструктивных уropатий у детей

А.Г.Кучеренко, С.С.Паунова, И.Е.Смирнов, И.Н.Хворостов

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва;  
Российский государственный медицинский университет, Москва

Цитокины – неспецифические в отношении антигенов белки, продуцируемые активированными клетками иммунной системы. Выполняя функции медиаторов, они регулируют силу и продолжительность воспалительного процесса и иммунного ответа, обеспечивают межклеточные взаимодействия, иммунорегуляцию и являются факторами роста. Учитывая, что в условиях обструкции почки являются органом мишенью для цитокинов, нами было обследовано три группы больных в возрасте 3–14 лет с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) и хроническим пиелонефритом. Первую группу составили дети с ПМР и хроническим вторичным пиелонефритом ( $n = 94$ ) без проявлений нефросклероза, вторую – больные с эхографическими признаками рефлюкс-нефропатии ( $n = 12$ ), третью – пациенты с рентгенологическими проявлениями нефросклероза ( $n = 17$ ). Референтная группа ( $n = 10$ ) состояла из больных хроническим пиелонефритом без нарушений уродинамики. Всем детям проводилось ультразвуковое и рентгеноурологическое исследование морфофункционального состояния по-

чек. У всех пациентов иммуноферментным методом определялось содержание в сыворотке крови трансформирующего фактора роста –  $\beta$  (ТФР- $\beta$ ), инсулиноподобного фактора роста 1 (ИФР-1) и фактора роста фибробластов (ФРФ), а также экскреция с мочой интерлейкинов (ИЛ) – ИЛ8, ИЛ10 и фактора некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ). Проведенные исследования показали, что у больных с ПМР содержание ТФР- $\beta$ , ИФР-1 и ФРФ в крови было существенно повышено по сравнению с контролем. При этом у пациентов 2 и 3 групп при различной выраженности нефросклероза было установлено значимое увеличение содержания в крови изученных факторов роста по сравнению с больными первой и референтной групп. У этих же больных было выявлено значительное (по сравнению с контролем) увеличение экскреции с мочой интерлейкинов – ИЛ8, ИЛ10 и фактора некроза опухоли- $\alpha$ , зависящее от степени проявлений нефросклероза. Эти данные свидетельствуют об участии цитокинов в механизмах формирования и прогрессирования нефросклероза при обструктивных уropатиях у детей.

# БИОПАРОКС®

фюзафюнжин

## УНИКАЛЬНЫЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ

- ринит
- синусит
- тонзиллит
- фарингит
- ларингит
- трахеит
- бронхит

**4** ингаляции через рот и/или

**4** ингаляции в каждый носовой ход

**4** раза в день

**Состав:** Биопарокс выпускается в виде дозированного аэрозоля по 20 мл (400 доз). Одна доза содержит 0,125 мг фюзафюнжина. Биопарокс — антибактериальный препарат местного действия с противовоспалительными свойствами для лечения инфекционных и воспалительных заболеваний дыхательных путей, таких как синуситы, риниты, ринофарингиты, фарингиты, тонзиллиты, ларингиты, трахеиты, бронхиты, состояния после удаления миндалин. У взрослых препарат применяется по 4 ингаляции через рот и/или в обе ноздри каждые 4 часа. У детей препарат применяется по 4 ингаляции через рот и/или в обе ноздри каждые 6 часов. Длительность курса лечения 8-10 дней. Противопоказания: применение Биопарокса противопоказано при повышенной чувствительности к компонентам препарата, а также у детей в возрасте до 30 месяцев. Нежелательные эффекты: Возможно развитие местных быстро проходящих реакций типа ощущения сухости в носу или горле, а также во рту. Иногда может возникнуть першение, что не требует прекращения лечения.



Адрес: Москва, 113054,  
Павелецкая пл., д. 2, строение 3.  
Тел.: (095) 937-07-00, факс (095) 937-07-01.

## Гематологические изменения у часто болеющих детей с лейкопенией

А.Ф.Латыпова, Г.И.Глимшина

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Проблема частой заболеваемости является одной из актуальных в педиатрии, поскольку к категории часто болеющих относится 40–70% детей. При этом особую группу составляют часто болеющие дети с постоянной лейкопенией.

Целью исследования явилась оценка изменений периферической крови именно у этого контингента детей. В исследование были вовлечены 116 часто болеющих детей со сниженным числом лейкоцитов в периферической крови. В группе контроля наблюдались 37 часто болеющих детей с нормальными показателями периферической крови и 36 здоровых детей.

Сравнение показателей общего анализа крови позволило выявить отличительные особенности изменений периферической крови у детей с лейкопенией. Так, уровень гемоглобина и эритроцитов у детей с лейкопенией был ниже, а СОЭ выше, чем у здоровых. Средний показатель числа лейкоцитов в периферической крови при лейкопении был  $4,596 \times 10^9/\text{л}$  (в контроле  $7,643 \times 10^9/\text{л}$ , у здоровых –  $7,800 \times 10^9/\text{л}$ ).

Лейкоцитарная формула при лейкопении отличалась относительным моноцитозом, лимфоцитозом, эозинофили-

ей, увеличением палочкоядерных нейтрофилов по сравнению со значениями аналогичных показателей в контроле. Лейкопения при этом была представлена нейтропенией за счет относительного снижения содержания как палочкоядерных, так и сегментоядерных лейкоцитов. При анализе абсолютного содержания других форменных элементов выявлены лимфоцитопения, моноцитопения, эозинопения.

Обнаружена четкая закономерная связь между степенью тяжести лейкопении и другими показателями периферической крови: при усугублении лейкопении наблюдалось прогрессирующее снижение всех показателей периферической крови и лейкоформулы.

Таким образом, можно констатировать, что у часто болеющих детей с лейкопенией наблюдается угнетение всех ростков кроветворения. Лейкопения обусловлена нейтропенией, но при этом наблюдается и снижение абсолютного содержания всех видов лейкоцитов. Степень тяжести лейкопении отражается на качественном и количественном составе не только лейкоформулы, но и показателей красной крови.

## Обмен железа и состояние репродуктивного здоровья у девочек-подростков с железодефицитной анемией

А.Ф.Латыпова, Ф.Г.Садыков, А.Г.Фазлыева, Х.И.Латыпов

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Железодефицитные анемии (ЖДА) – одна из актуальных проблем научной медицины и практического здравоохранения. К группе риска по развитию ЖДА относятся дети и женщины репродуктивного возраста, особенно девушки-подростки, среди которых анемии широко распространены.

Целью исследования явилось изучение этиопатогенеза ЖДА у девушек-подростков и выявление взаимосвязи между нарушением обмена железа и формированием у них репродуктивной функции. Под наблюдением находились 80 девочек в возрасте с 12 до 17 лет, страдающих железодефицитной анемией. Всем пациенткам определяли показатели периферической крови, уровень сывороточного железа и ферритина, концентрацию половых гормонов в плазме крови (пролактин, эстрадиол, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов).

В зависимости от тяжести анемии больные распределились следующим образом: легкая ее степень выявлена у 78,2% детей, средняя – у 17,2%, тяжелая – у 4,6%.

Исследованием установлено, что наиболее частыми причинами ЖДА у девушек-подростков являются врожденный

железодефицит (10,2%), алиментарный дисбаланс (63%), хронические болезни желудочно-кишечного тракта и нарушение всасывания железа (64,2%), частые респираторные заболевания (48,2%), повышенные потребности организма в железе (32,1%) и кровопотери (31,7%).

Изучение анамнеза детей позволило выявить у большинства из них хронические патологические очаги в носоглотке, более чем у двух третей фоновые отклонения, почти у половины – расстройства питания. Наряду с этим, были обнаружены изменения неврологического статуса, частые астенические состояния и вегетоневрозы. Оценка половой зрелости показала отклонения от нормальных показателей у 71,3% детей, причем степень их прямо зависела от тяжести анемии и продолжительности болезни, что подтверждалось корреляцией между ними.

Изучение связи между показателями обмена железа и уровнем половых гормонов, возможно, позволит снизить заболеваемость анемией, предотвратить дисфункцию половых желез и развитие нарушений репродуктивного здоровья у девушек-подростков.

## Влияние социально-психологических факторов на формирование репродуктивного здоровья подростков

Е.С.Наймушина, О.Г.Масальцева, М.Б.Колесникова

*Ижевская государственная медицинская академия*

Интегральная оценка состояния здоровья подростков в Удмуртии выявила высокий уровень эндокринной патологии с тенденцией к ее росту.

Цель настоящего исследования – выявление неблагоприятных вариантов полового развития и их связи с социальными и психологическими факторами.

Нами обследовано 372 подростка, которые были разделены на 2 группы. 1-я – с задержкой полового развития (основная) и 2-я – с нормальным половым развитием (группа сравнения). При анализе социально-психологических характеристик установлено, что в основной группе было достоверно более низкое число семей с относительно-благопо-

лучными и достоверно более высокое с конфликтными и нестабильными внутрисемейными отношениями. Отмечены значительные различия между образовательным уровнем родителей в сравниваемых группах: в основной группе достоверно реже встречались родители с высшим образованием. При психологическом обследовании пациентов этой группы получены результаты, свидетельствующие о повышенном уровне тревожности, эмоциональной и вегетативной лабильности.

Таким образом, отклонения в психологическом и социальном благополучии приводят к дисфункции нейро-эндокринной системы и задержке полового развития.

## Факторы роста при рефлюкс-нефропатии у детей

С.С.Паунова, А.Г.Кучеренко, И.Е.Смирнов, Е.Б.Ольхова, А.И.Цукерман, И.Н.Хворостов

*Российский государственный медицинский университет;  
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

Среди гуморальных факторов наиболее активными и разносторонними медиаторами фиброгенеза в последние годы признают факторы роста – комплекс биологически активных соединений, воздействующих на макрофаги и фибробласты и непосредственно участвующих в регуляции межклеточных взаимодействий. В связи с этим для изучения состояния системы ростовых факторов у детей с рефлюкс-нефропатией и их влияния на фиброгенез в почечной паренхиме было обследовано 123 ребенка в возрасте от 3 до 14 лет с хроническим пиелонефритом и пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР). Всем детям проводилось ультразвуковое исследование почек с определением интратанального кровотока и, по показаниям, – рентгеноурологическое обследование. Больные были распределены на 3 группы. Первую группу составили дети с хроническим вторичным пиелонефритом и ПМР без рентгенологических и ультразвуковых признаков нефросклероза ( $n = 94$ ), 2-ю – пациенты с эхографическими признаками рефлюкс-нефропатии ( $n = 12$ ), 3-я объединяла детей с рентгенологическими проявлениями нефросклероза ( $n = 17$ ). Пациенты с хроническим пиелонефритом без нарушений уродинамики представляли группу сравнения

( $n = 10$ ). У всех обследованных больных иммуноферментным методом определялось содержание в сыворотке крови трансформирующего фактора роста –  $\beta$  (ТФР- $\beta$ ), инсулиноподобного фактора роста 1 (ИФР-1) и фактора роста фибробластов (ФРФ). Проведенные исследования показали, что у всех больных с ПМР было выявлено существенное увеличение содержания этих факторов в крови. При этом у больных 2 и 3 групп отмечалась достоверно более высокая концентрация факторов роста, чем у пациентов группы сравнения и 1-й. Установленные закономерности свидетельствуют о том, что избыточная продукция факторов роста при выраженном нефросклерозе у детей приводит к нарушению процессов деградации матрикса и развитию коллагеногенеза с последующим исходом в фиброз. Можно полагать, что основной причиной, приводящей к развитию почечного фиброза у больных детей с нарушениями уродинамики, является экспрессия генов, кодирующих повышенную продукцию факторов роста, что в условиях формирующейся рефлюкс-нефропатии способствует мононуклеарной инфильтрации интерстиция с последующим повреждением клеток под влиянием просклеротических цитокинов.

## Применение кортексина при лечении детского церебрального паралича

А.С.Семенов, Л.А.Пак, И.Е.Смирнов

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

В последние годы при лечении детского церебрального паралича все более широко используются пептидные биорегуляторы. Установлено их позитивное влияние на функциональное состояние нервной системы, психоэмоциональное развитие и адаптивные возможности детского организма. Показано, что на церебральную ткань эффективно воздействуют пептидные соединения из числа цитомединов – кортексин и эпителиамин. Кортексин является комплексом низкомолекулярных пептидов и обладает тканеспецифическим действием на клетки головного мозга. Целью нашей работы явилась клиническая оценка эффективности применения кортексина при гиперкинетической, спастической и атонически-астатической формах детского церебрального паралича. Двадцати пяти больным детским церебральным параличом в возрасте 6–15 лет проведена терапия кортексином. Препарат вводился внутримышечно 1 раз в сут в дозе 10 мг в течение 10 дней, курсом продолжительностью 20 дней. Повторные курсы лечения проводились через 3 мес. В анализируемых нами клинических случаях дети получали по

5 курсов кортексина. Комплексные исследования показали, что курсовое применение кортексина сопровождалось значительным увеличением объема спонтанной двигательной активности, расширением набора двигательных навыков и снижением мышечного тонуса, особенно при спастической и атонически-астатической формах. При гиперкинетической форме у детей уменьшалась повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, улучшалась зрительно-моторная координация и концентрация внимания. У всех пациентов после 5 курсов кортексина формировался положительный эмоциональный фон, уменьшалась дизартрия и дисфония, расширялись контакты и сфера общения с родителями и медицинским персоналом. Нами выявлен также значимый кумулятивный эффект кортексина – при повторных курсах эти положительные реакции закреплялись на сроки от 6 мес до 1,5 лет. Таким образом, благодаря нейротрофическому и нейростимулирующему эффектам кортексина, его широкое использование может быть рекомендовано в составе комплексной терапии детского церебрального паралича.

## Особенности течения атопического дерматита при изменении уровня селена в организме

Е.Ю.Склянова, К.С.Казначеев

Новосибирская государственная медицинская академия

Обследовано 50 детей дошкольного возраста с атопическим дерматитом. Все дети являются жителями г. Мирный (Саха-Якутия), посещают одни и те же детские дошкольные учреждения, что обусловило сходность образа жизни.

При сочетании атопического дерматита с дефицитом селена ( $n = 32$ ) среднее значение концентрации селена составило  $0,26 \pm 0,02$  мкг/г, что в 1,2 раза меньше ( $p < 0,05$ ), чем в целом в группе ( $n = 50$ ). У детей с дефицитом селена отмечается ранняя манифестация заболевания ( $M = 3,02 \pm 0,8$  мес). В исследуемой группе диффузное поражение кожных покровов выявлено у большинства осмотренных детей – 56,3%, распространенный процесс отмечен в 28,1% случаев. В структуре заболевания преобладают тяжелые формы: эритематосквамозная у 56,3%, эритематосквамозная форма с лихенификацией – у 43,7% детей. Непрерывно рецидивирующее течение отмечено у 90,6%, частые обострения (4–5 раз в год) – у 9,4% больных.

На момент осмотра индекс SCORAD составил  $80,47 \pm$

$\pm 3,93$  балла, что в 1,3 раза больше, чем в целом в группе ( $p < 0,05$ ). Средние значения распространенности патологического кожного процесса –  $71,74 \pm 4,65\%$ , интенсивности –  $53,18 \pm 3,65$  балла, субъективные симптомы –  $14,36 \pm 0,78$  балла. Коррекция дисбаланса селена осуществлялась препаратом Триовит. Повторное обследование выявило положительную динамику: достоверное снижение показателей индекса SCORAD за счет уменьшения: площади поражения ( $56,43 \pm 3,42\%$ ), интенсивности кожных проявлений ( $38,28 \pm 2,64$  балла) и субъективных симптомов ( $11,13 \pm 3,22$  балла).

Таким образом, у большинства детей сочетание АД с дефицитом селена характеризуется тяжелым, распространенным, непрерывно рецидивирующим течением. Терапия витаминно-минеральным комплексом Триовит позволяет проводить обоснованную дифференцированную коррекцию дисбаланса селена у пациентов дошкольного возраста, страдающих атопическим дерматитом с хорошим клиническим эффектом.



## Пуриновые основания при гипоксических повреждениях мозга у недоношенных детей

И.Е.Смирнов, Г.Ф.Задкова, Р.С.Зайниддинова, А.С.Семенов, Г.В.Яцык

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

При ишемическом или гипоксическом повреждении тканей индуцируются механизмы катаболизма нуклеиновых кислот. Это сопровождается образованием пуриновых оснований – свободного аденина, который гидролитически дезаминируется в гипоксантин, и гуанина – дезаминирующегося в ксантин. Учитывая эти особенности синтеза пуриновых оснований, нами была изучена динамика их содержания в крови у 63 недоношенных детей с различными степенями недоношенности и разной выраженностью церебральной гипоксии. Дети были распределены на 3 группы: I – со сроком гестации 30–35,5 нед, II – 36–37 нед и III – 38–40 нед. Концентрации ксантина и гипоксантина в плазме крови определялись высокоэффективной жидкостной хроматографией при поступлении, через 6 и 12 дней после начала лечения. Проведенные исследования показали, что суммарное содержание пуриновых оснований в плазме крови до лечения было самым высоким у больных с глубокой степенью недоношенности. При этом показатели концентраций ксантина, гипоксантина и тяжести гипоксического повреждения мозга у обследованных детей тесно положительно коррелировали. Так, у глубоко не-

доношенных детей 1 группы с тяжелым гипоксическим поражением мозга суммарное содержание пуринов в 4 раза превышало концентрации пуриновых оснований у пациентов со среднетяжелым течением заболевания. Аналогичные закономерности выявлены у детей 2 и 3 групп, что свидетельствует о диагностическом значении анализа содержания пуриновых оснований в крови недоношенных детей с различной выраженностью гипоксически/ишемического поражения мозга. При базовом лечении наблюдавшихся нами детей была установлена положительная динамика содержания ксантина и гипоксантина, связанная с процессами восстановления азотного метаболизма. Об этом свидетельствовало уменьшение концентраций пуриновых оснований в плазме крови детей через 6 дней после начала терапии: у детей 1 и 3 групп суммарное содержание пуринов снижалось более чем в 3 раза по сравнению с таковым до лечения. Через 12 дней после начала курсового лечения состояние всех обследованных детей значительно улучшалось. Однако у всех детей сохранялась четкая зависимость между содержанием пуриновых оснований и степенью тяжести церебральной гипоксии.

## Новые возможности противовоспалительной терапии атопического дерматита у детей

Г.И.Смирнова

Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова

Одним из современных направлений в местном лечении атопического дерматита (АД) у детей является применение нового класса противовоспалительных средств, не содержащих кортикостероидов – топических ингибиторов кальциневрина, которые не только дополняют терапевтические возможности, но и предупреждают прогрессирование заболевания. Одним из таких средств является пимекролимус (1% крем) – селективный ингибитор продукции провоспалительных цитокинов с преимущественным воздействием на Т-лимфоциты и тучные клетки, не влияющий на пролиферацию кератиноцитов и синтез коллагена. Нами был использован пимекролимус (1% крем) у 26 больных в возрасте от 3 мес до 14 лет с легким и средне-тяжелым течением АД. Пимекролимус (1% крем) назначался в виде аппликаций 2 раза в день на пораженные участки кожи с ежедневным применением увлажняющих средств. Продолжительность курса лечения в среднем составила 3–6 нед. Референтную группу представляли 10 больных АД. При легком течении заболевания гиперемия и инфильтрация кожи исчезала к концу 1 сут, а высыпания и зуд – к 3–4 дню терапии, при средне-тяжелом – гиперемия кожных покровов уменьшалась на 4–5 день, вы-

сыпания – на 6 день, а зуд полностью ликвидировался на 7–10 день лечения. Наилучший эффект от применения пимекролимуса (1% крем) отмечен нами при эритемато-сквамозной форме АД. У детей с лихеноидной формой АД наблюдалось быстрое исчезновение гиперемии особенно на лице и шее, уменьшение зуда с 3-го дня, значительное уменьшение всех клинических симптомов к концу 3 нед, улучшение качества жизни – к 4–6 нед. Таким образом, пимекролимус (1% крем) быстро купирует симптомы АД, особенно зуд и, кроме того, способствует увеличению длительности ремиссии в 2 раза. Он безопасен, может применяться длительно на чувствительных участках кожи и не имеет ограничений по площади аппликаций. Использование пимекролимуса (1% крем) на ранних стадиях АД в сочетании с базисной терапией (увлажняющие и питательные средства) позволяет контролировать воспаление и предупреждает обострение АД, что уменьшает потребность в топических кортикостероидах. При тяжелом течении целесообразно использование топических кортикостероидов с последующим переходом на пимекролимус (1% крем). Побочных эффектов крема у обследованных детей нами не выявлено.

## Нозологическая структура, этиопатогенетические аспекты и эффективность лечения эпилепсии и эпилептического синдрома у детей

А.Б.Темина, И.С.Кордонская, А.К.Сибряева, Т.М.Шишкова

Самарская областная клиническая больница им. М.И.Калинина

Целью настоящего исследования была разработка схемы противосудорожной терапии с учетом этиологии, характера припадков и возраста ребенка.

Нами обследовано 213 пациентов в возрасте от 2 мес до 17 лет, находившихся в детском неврологическом отделении. Детям было применено КТ и МРТ головного мозга, лабораторные исследования на внутриутробные инфекции, генетические исследования. Мониторировалась концентрация антиконвульсантов в крови.

Из 213 пациентов парциальные эпилепсии выявлены у 70% (150), генерализованные – у 28% (60), у 3 (2%) детей – неэпилептические пароксизмы. В структуре заболевания преобладали симптоматические височные и лобные эпилепсии, обусловленные последствиями перинатального гипоксически-ишемического поражения мозга, внутриутробными инфекциями, врожденными пороками развития, туберозным склерозом. У 11 детей первого года жизни наблюдался синдром Уэста. Диагностированы также эпилепсия Кожевникова, Расмуссена, среди идиопатических форм – роландическая. Патологические изменения на ЭЭГ в межприступном

периоде обнаружались у 30% пациентов парциальной, и у 15% – генерализованной формой эпилепсии. В лечении парциальных эпилепсий применялись карбамазепины, вальпроаты или их сочетания, реже – Ламиктал, Клоназепам, Вигабатрин. При синдроме Веста использовался Синактен-депо. Генерализованные эпилепсии были обусловлены, в основном, теми же причинами, что и симптоматические. В их лечении базисным препаратом были вальпроаты, реже, карбамазепины, и их сочетания с Ламикталом и Клоназепамом. В результате лечения у 202 детей приступы были купированы или стали реже. У 10 наблюдались резистентные формы заболевания.

В этиологии эпилепсии ведущее место занимают перинатальные поражения головного мозга гипоксически-ишемического характера, внутриутробные инфекции, в некоторых случаях врожденные и генетические дефекты. В клинической картине преобладают сложные парциальные припадки преимущественно височной и лобной локализации. При адекватном лечении удается добиться контроля над симптомами, используя современные антиконвульсанты.

## Антимикробная терапия при вторичном хроническом пиелонефрите у детей

И.А.Утц, С.С.Милованов, О.И.Кулапина, Д.Г.Хижняк, О.А.Прелатова

Саратовский государственный медицинский университет

Как известно, в последние годы возросла роль внутрибольничной инфекции. У 102 наблюдаемых нами пациентов, страдающих вторичным хроническим пиелонефритом (ВХП), заболевание развилось на фоне дисметаболической нефропатии – у 50,5%, дисэмбриогенеза органов – у 27,6% и обструктивных уротатий – у 21,9% детей. Большинство больных (69–67,6%) были госпитализированы повторно, а более  $\frac{2}{3}$  из них (53–76,8%) – поступали в стационар чаще двух раз в год. Обследование впервые поступивших пациентов позволило выявить традиционную при ВХП этиологическую структуру: кишечную палочку (у 54,3%), золотистый стафилококк (у 25,7%) и протей (у 12,1%). При повторной госпитализации достоверно увеличивалось число больных, инфицированных пиогенными возбудителями: золотистым стафилококком – в 2,3 раза; синегнойной палочкой – почти в 8 раз (при первичной госпитализации – не более 0,5%). Классические возбудители заболевания (кишечная палочка и протей) выявлялись лишь у 29,7% пациентов (15,7% и 14% соответственно).

Установленная тенденция сохранялась и при последующих госпитализациях. При каждой госпитализации проводи-

лась антибиотикотерапия, число курсов которой колебалось от 1 до 4-х. Два антимикробных препарата одновременно применялись у 42 (41,2%) больных. Однако в состоянии полной ремиссии ВХП из стационара было выписано лишь 17 (40,5%) детей. Достижение клинко-лабораторной ремиссии менее чем у половины пациентов требовало продолжения антибиотикотерапии в амбулаторных условиях у 59,5% детей. Следовательно, отсутствие быстрого терапевтического эффекта от применяемых антибактериальных препаратов, прогредиентное течение заболевания, обусловленное инфицированием госпитальными штаммами микроорганизмов, является существенным фактором недостаточной действенности антибиотикотерапии. Быстрое развитие устойчивости основных возбудителей ВХП у детей к антибактериальным препаратам, недостаток мощных антибиотиков резерва и высокая их стоимость, приводит к удорожанию лечения в 3–4 раза, создавая не только медицинскую, но и экономическую проблему.

Таким образом внутрибольничное инфицирование детей, страдающих ВХП, играет несомненную роль в возникновении прогредиентного течения заболевания.

## Чрескожная лазерная биостимуляция крови: патогенез вторичного обострения

И.А.Утц, Н.Г.Соплякова, Н.А.Черникова,  
Д.Л.Дорогойкин, Е.Н.Воронина

Саратовский государственный медицинский университет

Феномен «обострения», впервые описанный И.М.Курочкиным (1988 г.), развивается почти у  $1/10$  больных, получавших лазеротерапию и обусловлен неадекватной антиоксидантной защитой биомембран в ответ на активацию перекисления их липидов (преходящая нестабильность клеточных мембран) под воздействием лазерного излучения. Биозлементы являются мощными мембранопротекторами и входят в состав металлоферментов в эритроцитах, в плазме крови и моче (Al, Mn, Cu, Zn, Se и Fe) у 25 пациентов с раневой инфекцией мягких тканей (12 с флегмонами, 8 с абсцессами и 5 с трофическими «венными» язвами нижних конечностей) и у 30 детей, страдающих гломерулонефритом (19 острым: 7 – с нефротическим, 6 – нефритическим, 4 – с изолированным мочевым синдромом, 2 – со смешанной формой; 11 хроническим: 6 – с нефротической, 3 – с гематурической, 2 – со смешанной формой заболевания). Изучение содержания микроэлементов проводилось до и после курса чрескожной лазерной биостимуляции крови. У взрослых больных дисмикроэлементоз Mn, Cu, Zn, Se, Fe, который усугублялся после курса лазеротерапии. При этом наиболее существенно снижались концентрации Cu и Zn в эритроцитах и плазме крови, Se в эритроцитах и моче. У детей, больных гломерулонефритом до начала лечения установлен глубокий дефицит Cu, Zn, Se, Fe в эритроцитах и плазме крови, их повышенная экскреция с мочой. Проведение 10-дневного курса чрескожной лазерной биостимуляции крови способствовало прогрессивному снижению уровня Cu и Zn во всех биологических средах и Se моче. Таким образом, Cu, Zn, Se, Fe являются биозлементами, активно распадающимися во время лазеролечения, и возрастающий их дефицит может способствовать развитию феномена «обострения». Для профилактики последнего, препараты микроэлементов целесообразно использовать с первого дня проведения чрескожной лазерной биостимуляции крови.

### НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

#### 24-й Международный конгресс по педиатрии

24<sup>th</sup> International Congress of Pediatrics

15–20 августа 2004 г.

Канкун, Мексика

Оргкомитет: Congress Organiser

Телефон: 525-554-491-500

Факс: 525-554-491-555

E-mail: info@icp2004.com



Подлежит обязательной сертификации  
Регистрационный номер П-8-242№010317/13.07.03

**lek**  
10  
таблеток  
10 мг  
**LOMILAN®**  
LORATADINE  
при аллергических  
заболеваниях

**"Всё!**  
.....  
**Конец твоей аллергии!"**

- Представитель нового поколения антигистаминных препаратов;
- Высокая эффективность при всех видах аллергии;
- Начало действия в течение 30 минут;
- Отсутствие седативного эффекта;
- Не обладает антихолинергическим и антисеротониновым эффектами;
- Не кардиотоксичен;
- Высокая комплаентность обеспечена однократным приемом в сутки;
- 2 лекарственных формы: ► таблетки  
► суспензия с вишневым вкусом

**Теперь можно всё!**

**lek**  
Представительство Лек д.д. (Словения) в РФ  
119002, Москва, Старокожуховский пер.,  
дом 10/10, стр. 1

**ЛОМИЛАН®**  
лоратадин  
при аллергических заболеваниях