

социированные с ними явления: инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофилами, и эозинофилами. По преобладанию тех или иных клеточных элементов можно косвенно судить об активности и выраженности воспаления. Цитологический метод также позволяет выявлять морфологические особенности строения ядер, цитоплазмы клеток слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, наличие пролиферативных процессов, злокачественные новообразования, метаплазии, дисплазии и степень их выраженности.

При обследовании детей данными методами получены следующие результаты. Ассоциация *helicobacter pylori* с эрозивной формой гастрита встречается чаще, чем при поверхностной форме (Нр в гастробиоптатах обнаружены при поверхностном гастрите в 57% случаев, при эрозивной форме — в 83% случаев). При гисто-морфологическом анализе нейтрофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка при инвазии Нр обнаружена у 59% обследованной группы детей, и у 16% детей неинфицированных Нр. Дегенеративные изменения покровно-ямочного эпителия слизистой оболочки желудка выявлены у 14% детей с хроническим гастритом ас-

социированным с Нр-инфекцией, при отсутствии инвазии Нр данных изменений не обнаружено.

Так же проведен сравнительный анализ гистоморфологической и эндоскопической картин при инвазии Нр и без нее. Моторно-эвакуационные нарушения верхних отделов желудочнокишечного тракта в виде дуоденогастрального рефлюкса встречаются у 32% больных неинфицированных Нр, и лишь у 17% детей с гастритом ассоциированным с Нр.

Таким образом, течение гастритов в зависимости от наличия инвазии Нр значительно отличается. Нр-ассоциированные гастриты имеют более тяжелое течение, чаще протекают в эрозивной форме, с гистоморфологической стороны местный воспалительный процесс несет выраженный острый характер (более чем в половине случаев выявлена нейтрофильная инфильтрация, у 14% больных дегенеративные изменения слизистой оболочки желудка). Клиническое обострение Нр-негативных гастритов чаще обусловлено диспептическим синдромом, эндоскопически выявляемый как ДГР, так как гистоморфологические признаки острого воспаления встречается значительно реже.

## Оценка эффективности применения ферментного препарата «Креон 10000» при патологии органов гастродуоденобилиарной зоны у детей

В. П. БУЛАТОВ, Ю. В. МАЛИНОВСКАЯ, Н. В. РЫЛОВА, С. А. СЕНЕК, Г. Н. ХАФИЗОВА  
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань.

УДК 615.453:616.33

Результаты научных исследований убедительно свидетельствуют о существовании механизма отрицательной обратной связи у человека, опосредованного протеазами. Экзогенные панкреатические ферменты подавляют панкреатическую секрецию, причем эффект зависит как от дозы, так и от времени применения. Если ферментный препарат назначается одновременно с приемом пищи, то торможения функции ПЖ не происходит, поскольку весь панкреатин связывается с пищей. При назначении энзимов в межпищеварительный период, эффективность купирования болевого синдрома будет определяться содержанием протеаз в препарате.

**Цель:** Оценить эффективность включения в состав традиционной терапии заболеваний органов гастродуоденобилиарной зоны (ГДБЗ) минимикросферического ферментного препарата «Креон 10000».

**Методы:** Изучение эффективности минимикросферического препарата «Креон 10000» было проведено на базе гастроэнтерологического отделения ДРКБ МЗ РТ города Казани. Под нашим наблюдением находилось 40 детей в возрасте от 10 до 16 лет с патологией органов ГДБЗ. Из них у 22 больных (55%) был диагностирован хронический гастродуоденит, у 5 (12,5%) — хронический гастрит, у 2 (5%) пациентов — ДЖВП, у 38 (95%) — обострение хронического холецистита или холецистохолангита. У 10 (25%) детей была выявлена патология ПЖ в виде панкреатического типа дисфункции сфинктера Одди. Дуоденогастральный рефлюкс диагностирован у 15 пациентов (37,5%). Всех детей беспокоили диспепсические

расстройства, метеоризм, признаки абдоминального дискомфорта, болевой синдром.

Препарат назначался в целях коррекции болевого и диспепсического синдромов и синдрома мальабсорбции в составе комплексной терапии заболеваний органов ГДБЗ. В нашем исследовании использовался препарат «Креон 10000», содержащий — 150 мг панкреатина (что соответствует содержанию липазы — 10000 М.Ед., амилазы — 8000 М.Ед., протеаз — 600 М.Ед.). Выбор данной формы был обусловлен удобством расчета и применения в педиатрической практике. Больным с патологией ГДБЗ, сопровождающейся болевым синдромом и синдромом экзокринной недостаточности ПЖ препарат назначался в начальной дозировке — 1000-1500 ЕД/кг/сутки 3-4 раза в день, половина разовой дозы принималась натощак, за 20 минут до еды — для торможения панкреатической секреции, другая половина — во время еды для коррекции экзокринной недостаточности. При необходимости, дозировка корректировалась индивидуально, путем повышения дозы до 2000-3000 ЕД/кг/сутки.

**Результаты:** Наблюдавшиеся дети были разделены на две группы. Контрольную — 1-ю группу — составили 20 детей, получавших стандартную терапию (антациды, прокинетики, желчегонную терапию, физиотерапию). 20 больным, составившим основную — 2-ю группу исследования, в комплексную терапию был включен минимикросферический препарат Креон 10000. При анализе результатов лечения констатировано, что продолжительность и выраженность объективных



и субъективных симптомов заболевания в обеих группах пациентов значительно отличалась. Так, продолжительность болевого синдрома в группе пациентов, получавших Креон 10000, была на 2-3 дня меньше, чем у детей в группе контроля. Болезненность при пальпации живота определялась в среднем на протяжении 8-9 дней у детей 1-й группы и 4-5 дней — во 2-й группе. Продолжительность диспепсических симптомов в контрольной и основной группах составила соответственно 4,4 и 2,8 дня.

Во 2-й группе «абдоминальный дискомфорт» купировался на 3-4-й день лечения; к 5-му дню у 13 (85%) из 15 больных метеоризм исчез полностью. Нормализация стула отмечалась у 9 (90%) из 10 больных на 4-й день лечения. В контрольной группе метеоризм продолжал беспокоить пациентов в те-

чение 7 дней, с дальнейшим уменьшением к 10-11-му дню. Нормализация стула произошла у 7 (58%) из 12 больных к 5-6-му дню, у 2 детей (10%) неустойчивый стул сохранялся до 7 дня. В основной группе после курса лечения копрограмма нормализовалась у 70%, в контрольной — только у 55% обследованных.

**Выводы:** Применение ферментного препарата Креон 10000 в составе комплексной терапии заболеваний органов желудочно-двенадцатиперстной кишки имеет достаточно выраженную клиническую эффективность, на 3-5 дней сокращая купирование болевого, диспепсического синдромов, тем самым, уменьшая время, необходимое для нахождения ребенка в стационаре.

## Особенности эхокардиографической и электрокардиографической картины детей грудного возраста, перенесших перинатальную гипоксию

В. П. БУЛАТОВ, М. Н. АЛИЕВА

ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет, г. Казань.

УДК 616.12-008.3-073.96-053.3

В течение первых 2-3 месяцев жизни происходит значительная перестройка гемодинамики на фоне общей адаптации организма к условиям внеутробного существования. Растут скорости транстрикуспидального кровотока с преобладанием над транстрикуспидальным, перераспределяется фазовое наполнение с преобладанием кровотока раннего наполнения над систолой предсердий.

Нами была изучена кардиогемодинамика и биоэлектрическое состояние миокарда 28 детей, перенесших перинатальную гипоксию (I группа) и 12 — здоровых детей, не испытывавших гипоксию в перинатальном периоде (II группа) на 4-5 месяце жизни. С этой целью проведены эхокардиографическое и электрокардиографическое исследования.

По нашим данным на 2-м квартале первого года жизни у 35,71% младенцев I группы отмечалась диастолическая дисфункция миокарда правого, а у 7,14% — обоих желудочков. В I группе детей регистрировались относительно высокие по сравнению со здоровыми детьми уровни большинства показателей эхокардиографии. Достоверность преимуществ была статистически значимой для конечно-диастолического размера левого желудочка ( $p < 0,05$ ), ударного объема ( $p < 0,05$ ), скорости предсердного наполнения левого желудочка ( $p < 0,05$ )

и скорости тока крови в легочной артерии ( $p < 0,05$ ). Овальное окно в I группе функционировало во всех случаях. Во II группе овальное окно визуализировалось в 50% случаев, а его средние размеры были меньше, чем в I ( $p < 0,001$ ).

Сердечный ритм отражает фундаментальные соотношения в функционировании не только сердечно-сосудистой системы, но и всего организма в целом, так как является основным маркером влияния вегетативной нервной системы.

Электрокардиографическая картина в I группе детей также отличалась большей частотой и выраженностью патологических изменений. Это подтверждалось численным преимуществом нарушений ритма сердца, проводимости, фазы реполяризации, повышением биоэлектрической активности миокарда. Выявилось достоверное преобладание времени проведения электрического импульса в систолу желудочков (QT) в I группе детей ( $p < 0,03$ ).

Высокие показатели сократительной функции левого желудочка, большой диаметр открытого овального окна, сопровождаемые нестабильностью биоэлектрического состояния миокарда, подтверждают незавершенность процесса послеродовой адаптации внутрисердечного кровообращения детей, перенесших перинатальную гипоксию.