

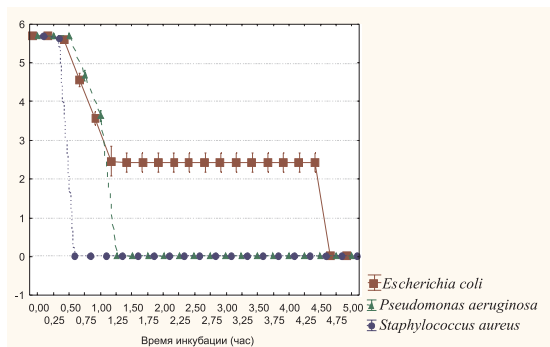


Рис. 5. Зависимость числа микробных единиц *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Escherichia coli* от времени экспозиции в 5%-ном геле пектина

отсутствовал. Отсутствие роста колоний наблюдали и в дальнейшие промежутки времени в течение 6 часов (рис. 5).

Таким образом, проведенные исследования показали, что 5%-ный гель свекловичного низкоэтерифицированного высокоочищенного пектина не является питательной средой для госпитальных штаммов микроорганизмов.

5%-ный гель пектина обладает выраженным антимикробным действием на возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний, использованных в исследовании. Отмечено, что более выраженным антимикробным действием пектин обладает в отношении стафилококка, вызывая ингибирование его роста уже через 30 мин. Наиболее устойчивой к действию пектина является кишечная палочка, рост которой отсутствует только через 4,5 часа. Менее слабый эффект по сравнению с воздействием на стафилококк отмечается в отношении синегнойной палочки, рост которой ингибируется через 45 мин.

Вероятно, бактерицидное действие 5%-ного геля пектина на бактериальные клетки связано с блокированием лигандов их цитоплазматической мембраны, что приводит к летальному изменению её проницаемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барканов В. Б., Воробьев А. А., Горячев А. Н., Калашников С. А. Патоморфоз спайкообразования при септических состояниях // XI съезд хирургов Рос. Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 34.

2. Донченко Л. В. Технология пектина и пектинопродуктов. – Москва: ДеЛи, 2000. – С. 11–16.

3. Женчевский Р. А. Спаечная болезнь. – М.: Медицина, 1989. – 186 с.

4. Жуков М. С. Прогнозирование процесса спайкообразования у морских свинок с применением магнитоиммунсорбентной тест-системы / М. С. Жуков, Л. М. Овчаренко, М. П. Лаврешин // Конференция молодых ученых «Актуальные проблемы колопроктологии». – Москва, 2005 – С. 82–83.

5. Лаврешин М. П., Гобеджишвили В. К., Овчаренко Л. М. Влияние комплексного применения лечебных физических факторов на процесс спайкообразования в раннем послеоперационном периоде в эксперименте // Вопр. курортот., физиотер. и леч. физ. культ. – 2006. – № 3. – С. 9–11.

6. Лазарева Е. Б. и соавт. Эффективность местного применения пектинов в лечении ожоговых ран // Антибиотики и химиотерапия. – 2002. – № 9. – С. 9–13.

7. Липатов В. А. К вопросу профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости // Материалы Третьей международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке», 29–31 марта 2002 г. – Москва. – С. 256–257.

8. Павленко С. Г., Шевчук В. Ю. Экспериментальное обоснование использования геля пектина для профилактики образования спаек в брюшной полости // Вестник хирургической гастроэнтерологии.: Сб. тезисов Всероссийской научно-практической конференции. – 2006. – № 1. – С. 126.

9. Патент на изобретение РФ № 2331367 / С. Г. Павленко, В. Ю. Шевчук, А. Э. Моргоев, И. И. Павлюченко, А. А. Евлевский, 2008 г. Способ профилактики образования спаек и их рецидива.

10. Патент на изобретение РФ № 2455997 / М. Ш. Хубутия и соавт., 2012. Способ лечения инфицированных ожоговых ран IIIA степени.

11. Потиевский Э. Г., Шавахбаев Ш. Ш., Бондаренко В. М., Ашубаева З. Д. Экспериментальное и клиническое изучение влияния пектина на возбудителей острых кишечных инфекций // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1994. – Приложение. – С. 106–109.

12. Catena F., Di Saverio S., Kelly M. D., Biffi W. L., Ansaloni L., Mandalà V., Velmahos G. C., Sartelli M., Tugnoli G., Lupo M., Mandalà S., Pinna A. D., Sugarbaker P. H., Van Goor H., Moore E. E., Jeekel J. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2010 evidence-based guidelines of the world society of emergency surgery // World j. emerg. surg. – 2011. Jan. – Vol. 21. № 6. – P. 5.

Поступила 11.01.2013

Е. В. ШИМЧЕНКО^{1,2}, Е. И. КЛЕЩЕНКО¹, Е. П. АПАЛЬКОВА¹, Л. М. КРАВЧЕНКО¹

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИЗИНА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НА ФОНЕ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ

¹Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Россия, 350042, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14. Тел. 8 (918) 329-03-48. E-mail: ev2273@mail.ru

В статье представлены данные о патогенезе аллергических проявлений у детей с минимальной мозговой дисфункцией. Авторы излагают собственный опыт использования гидроксизина, обладающего анксиолитическим и антигистаминным действием, у детей с острыми аллергическими реакциями на фоне минимальной мозговой дисфункции. Показаны высокая эффективность и безопасность применения препарата у детей для купирования аллергических и невротических проявлений.

Ключевые слова: минимальная мозговая дисфункция, аллергические проявления, патогенез, лечение, дети.

THE USE OF HYDROXYZINE IN CHILDREN WITH ALLERGIC REACTIONS AT THE MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION

¹*Pediatrics chair with a course of a neonatology of FPK and PPS GBOU VPO to KUBGMU Minzdrava of Russia, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4;*

²*MBUZ «Krasnodar's city clinical emergency hospital», Russia, 350042, Krasnodar, 40 years of Victory str., 14. Tel. 8 (918) 329-03-48. E-mail: ev2273@mail.ru*

The article presents data on the pathogenesis of allergic reactions in children with minimal brain dysfunction. The authors share their own experience with hydroxyzine having anxiolytic and antihistamine action in children with allergic reactions at the minimal brain dysfunction. The authors show the high efficiency and safety of hydroxyzine for treatment allergic and neurotic symptoms in children.

Key words: minimal brain dysfunction, allergic reactions, pathogenesis, treatment, children.

Введение

Минимальная мозговая дисфункция – это нерезко выраженные патологические состояния центральной нервной системы, имеющие перинатальный генез и характеризующиеся функциональными нарушениями [3, 7]. Среди многообразия клинических проявлений минимальной мозговой дисфункции у детей наиболее часто встречаются следующие сочетания: вегетативные нарушения, гиперактивность с дефицитом внимания, задержки речевого развития, энурез, невротические расстройства сна, страхи, логоневроз, тики, аллергодерматозы, нарушения развития опорно-двигательного аппарата (сколиозы, кифозы, нестабильность в шейном отделе позвоночника). Иногда к уже имеющимся нарушениям присоединяются новые клинические симптомы в связи с интенсивными нагрузками, падающими на ребенка в период его роста и развития [7].

Доказана несомненная роль иммунной системы и функциональных нарушений вегетативной нервной системы (нарушение процессов пищеварения и всасывания, метаболизма в тканях) в патогенезе аллергических (нейроиммунологических) реакций. Вегетовисцеральный синдром проявляется лабильностью сердечно-сосудистой и дыхательной систем, расстройствами терморегуляции, желудочно-кишечными дисфункциями со срыгиваниями, повышением перистальтики кишечника, урчанием, запорами, метеоризмом [1]. У детей с перинатальным поражением центральной нервной системы ишемически-гипоксического и травматического генеза отмечаются нарушения вегетативной регуляции уже на первых этапах пищеварения и расщепления пищевых веществ в желудочно-кишечном тракте. Недостаточность желез пищеварительной системы приводит к неполному расщеплению пищевых веществ и накоплению антигенных субстанций [4]. При травмах шейного отдела позвоночника высок риск повреждения чувствительных узлов и ствола блуждающего нерва, шейных симпатических узлов, в значительной мере ответственных за весь желудочно-кишечный тракт.

Различные аллергические реакции, по сообщениям в научных публикациях [7] и по данным проводимых в отделении исследований, являются наиболее часто присутствующим признаком у детей с минимальной мозговой дисфункцией. В педиатрическом отделении Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи в 2010 году пролечено 146 детей с острыми аллергическими реакциями по типу крапивницы, аллергическими дерматитами. При сборе анамнеза и объективном исследовании детей выясни-

лось, что 85% из них или находились до года на учете у невролога по поводу перинатального поражения центральной нервной системы, или имели в настоящее время проявления минимальной мозговой дисфункции в форме вегетативных нарушений, гиперактивности с дефицитом внимания, задержки речевого развития, энуреза, невротических расстройств сна. Нарушения поведения у таких детей отмечались в основном в виде эмоциональной и двигательной расторможенности, тревожности. При этом тревога нередко сопровождается различными соматическими (вегетативными) проявлениями, например, головной болью, потливостью, сердцебиением, дискомфортом в груди и области желудка [5].

В отделении проводилось исследование результатов использования гидроксизина в лечении детей с аллергическими реакциями на фоне имеющихся у них проявлений минимальной мозговой дисфункции. Гидроксизин обладает умеренной анксиолитической (противотревожной) активностью, оказывает также седативное, противорвотное, антигистаминное и м-холино-блокирующее действие. Блокирует центральные м-холинорецепторы и гистаминовые H1-рецепторы и угнетает активность определенных субкортикальных зон. Обладает выраженным терапевтическим эффектом при генерализованных тревожных расстройствах и срывах адаптации. При тревожности у больных снижается мышечное напряжение. Не вызывает психической зависимости и привыкания (отсутствует феномен отмены даже при резком прекращении приема препарата). Оказывает положительное влияние на когнитивные способности ребенка, улучшает память и внимание. Значительно уменьшает зуд у больных крапивницей, экземой и дерматитом. При бессоннице удлиняет продолжительность сна, снижает частоту ночных пробуждений. Назначается в суточной дозе 1–2 мг/кг в несколько приемов детям с 12-го месяца жизни [2, 6].

Цель исследования – оценить эффективность использования гидроксизина в лечении детей с аллергическими реакциями на фоне имеющихся у них проявлений минимальной мозговой дисфункции, учитывая его антигистаминное и анксиолитическое действие.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе педиатрического отделения МБУЗ КГК БСМП у детей с острыми аллергическими реакциями по типу крапивницы на фоне минимальной мозговой дисфункции в возрастной группе от года до семи лет (1–3 года – 32

Частота рецидивов кожных проявлений у детей в основной и контрольной группах

Возраст	Дети, получавшие гидроксизин и антигистаминные препараты		Дети, получавшие только антигистаминные препараты	
	Без рецидива кожных проявлений	С рецидивом кожных проявлений	Без рецидива кожных проявлений	С рецидивом кожных проявлений
1–3 года	31	1	19	2
4–7 лет	28	-	18	1

ребенка, 4–7 лет – 28 детей), получавших гидроксизин и десенсибилизирующие антигистаминные препараты. Контрольную группу составили 40 детей, получавших только десенсибилизирующие антигистаминные препараты.

Результаты исследования

У 60 детей с острой крапивницей на фоне проявлений минимальной мозговой дисфункции вместе с десенсибилизирующими антигистаминными препаратами был назначен гидроксизин. Суточная доза гидроксизина 1–2 мг/кг массы тела в 2–3 приема (таблица) с последующей рекомендацией приема его после выписки в течение 1–2 месяцев в зависимости от выраженности вегетативных и невротических проявлений. У детей, получавших гидроксизин, отмечалось более быстрое регрессирование аллергических проявлений – в течение 2–3 дней. Рецидив аллергических проявлений возник у одного ребенка (1,6%). В контрольной группе, состоявшей из 40 детей, не получавших гидроксизина, отмечалось более медленное регрессирование аллергических проявлений – в течение 3–5 дней. У троих детей (7,5%) контрольной группы отмечался рецидив аллергических проявлений, что соответствовало волнообразному течению крапивницы. На фоне приема гидроксизина дети становились менее возбудимы, нормализовался сон, уменьшались поведенческие нарушения.

Все дети основной и контрольной групп получали гипоаллергенную диету, сорбенты.

Результаты проведенного сравнительного анализа частоты рецидивов кожных проявлений у детей, получавших гидроксизин и антигистаминные препараты, в сравнении с группой контроля, в которую вошли дети, получавшие только антигистаминные препараты, представлены в таблице.

Обсуждение

На основании проведенных исследований следует отметить, что применение гидроксизина в лечении аллергических реакций у детей с минимальной мозговой дисфункцией дает больше преимуществ. Используется его противотревожное, седативное, антигистаминное действие, что позволяет значительно уменьшить выраженность вегетативных и кожных проявлений при аллергодерматозах. Опыт применения гидроксизина в условиях педиатрического отделения МБУЗ КГК БСМП убедительно доказал высокую терапевтическую эффективность препарата, безопасность его применения у детей для купирования аллергических и невротических проявлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова В. А., Братова Е. А. Перинатальные поражения центральной нервной системы и их последствия у детей в практике педиатра. – Санкт-Петербург, 2010. – С. 7–26.
2. Бобров А. Е., Кулыгина М. А., Белянчикова М. В. Влияние препарата атаракса на когнитивные функции при лечении тревожных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2. № 1. – С. 23–25.
3. Ласков В. Б. Основы детской неврологии: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 203–204.
4. Студеникин М. Я., Соколова Т. С. Аллергические болезни у детей. – М., 1998. – 352 с.
5. Тревога и тревожность / Сост. и общая редакция В. М. Астапова. – СПб: Питер, 2001. – С. 143–156.
6. Ходарев С. В., Поддубная Т. М. Подходы к диагностике и коррекции тревожных расстройств у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т. 1. № 4. – С. 92–94.
7. Яременко Б. Р., Яременко А. Б., Горянова Т. Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. – Санкт-Петербург, 2002. – 128 с.

Поступила 12.02.2013