

А.Г. Хоменко в развитие современной фтизиатрии. В своём докладе В.И. Чуканов сообщил, что академик Российской академии медицинских наук А.Г. Хоменко родился 20 декабря 1926 года. После окончания Харьковского медицинского института работал практическим врачом, затем окончил клиническую ординатуру и прошёл путь от ассистента кафедры туберкулёза до заведующего этой кафедрой. С 1961 по 1965 годы совмещал заведование кафедрой с должностью директора Харьковского НИИ туберкулёза, а затем в течение 5 лет работал ответственным специалистом по туберкулёзу Секретариата ВОЗ в Женеве. В дальнейшем в течение 26 лет А.Г. Хоменко был директором Центрального НИИ туберкулёза РАМН. Научная деятельность А.Г. Хоменко была посвящена различным проблемам фтизиатрии и пульмонологии. Учёный, педагог, организатор, руководитель редколлегии журнала "Проблемы туберкулёза" в течение 20 лет, А.Г. Хоменко был награждён орденами и медалями и был почётным членом национальных обществ фтизиопульмологов многих стран.

О новых технологиях в торакальной хирургии сообщил проф. М.И. Перельман, о бактериологических и молекулярно-генетических методах в изучении возбудителя туберкулёза – В.И. Голышевская и Л.Н. Черноусова, проводивших генотипирование штаммов микобактерий по полиморфизму длин рестрикционных фрагментов, содержащих инвариантную последовательность JS 6110, по стандартной методике, включающей выделение ДНК микобактерий из культуры, обработку ДНК рестриктазой PvuII, разделение рестрицированных фрагментов в 1% агарозном геле, перенос фрагментов ДНК на нейлоновую бумагу. Генотипы штаммов микобактерий классифицировали согласно базе данных PHRJ (Нью-Йорк).

Е.С. Северин, В.И. Киселёв представили сообщение о молекулярной медицине и проблеме создания новых противотуберкулёзных препаратов. Л.И. Гедымин с соавт. дали информацию об адаптационном и компенсаторном механизмах при прогрессировании и заживлении туберкулёза. М.А. Карачунский с соавт. – о современных под-

ходах к лечению туберкулёза у больных с разными типами сахарного диабета.

В докладе Л.В. Озеровой и В.В. Романова отражены современные представления о саркоидозе: маркеры активности, гормонотерапия и экстракорпоральная иммунокоррекция. Неблагоприятным течением отличаются 3 варианта саркоидоза. Для активного саркоидоза типичными были иммунологические сдвиги, при лимфопролиферативных вариантах – морфологическое подтверждение в виде пункции периферических лимфатических узлов, печени, лапароскопии и биопсии мезентериальных лимфатических узлов, чрезбронхиальной биопсии лёгких, цитоморфологические изменения БАС. Гормонотерапия, а также комбинированное лечение кортикостероидными препаратами и иммуномодуляторами остаются основным направлением в выборе тактики лечения.

В.П. Чуканова, Л.Е. Поспелов и А.Ф. Маленко в докладе, посвящённом значению факторов наследственной предрасположенности при туберкулёзе и других гранулематозных заболеваниях привели данные о результатах комплексного исследования, проведённом Центральным НИИ туберкулёза РАМН среди населения различных этнических групп в ряде регионов России и СНГ, которые отличаются по географическому положению и эпидемиологической ситуации по туберкулёзу. Генетико-эпидемиологический метод позволил сравнить распространённость заболевания туберкулёзом лёгких в популяциях и в семьях пробандов. Выяснено, что наряду с общеизвестными факторами внешней среды и заражением микобактериями туберкулёза в развитии и распространении туберкулёза лёгких определённую роль играет наследственная предрасположенность к данному заболеванию.

Закрывая конференцию, директор ЦНИИТ РАМН проф. В.В. Ерохин подвёл итог огромным достижениям института за его 80-летнюю историю в области здравоохранения, борьбы с туберкулёзом и прикладной наукой.

© РЕШЕТНИК Л.А. –

УДК 616.33/34-053.2(061.3)

VII КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ “ДЕТСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ”

Л.А. Решетник.

(Иркутский государственный медицинский университет – ректор акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра детских болезней, зав. – проф., д.м.н., заслуж. врач РФ Л.А. Решетник)

С 12 по 15 февраля 2002 г. в Москве в Международном центре торговли прошёл VII конгресс педиатров России, посвящённый питанию детей и заболеваниям органов пищеварения у детей.

Работа Конгресса осуществлялась в специализированных секциях, была развернута выставка

современных лекарственных средств и детского питания.

В ведущих докладах Директора научного центра здоровья детей РАМН академика А.А. Баранова и главного детского гастроэнтеролога Минздрава РФ профессора П.Л. Щербакова было от-

мечено, что последняя четверть XX века ознаменовалась прогрессом в детской гастроэнтерологии, что привело к значительным достижениям в диагностике, лечении и профилактике заболеваний органов пищеварения у детей.

Но, к сожалению, регистрируемая частота заболеваний органов пищеварения за последние 5 лет возросла с 8000 до 12000 на 100 тыс. детей. Специализированные углубленные осмотры детей свидетельствуют о том, что 300-500 детей из 1000 предъявляют жалобы на диспепсический синдром. Однако, постепенное и малосимптомное начало заболеваний ЖКТ у детей приводит к тому, что обращение за медицинской помощью отсрачивается на 3-4 года.

Прогресс в гастроэнтерологии связан с внедрением в практику эндоскопии, позволяющей осуществлять исследования у детей разного возраста, начиная с новорожденных. Рутинным методам пришла на смену видео-эндоскопия, появились системы позволяющие получить и хранить высококачественное цифровое изображение. В настоящее время эндоскопия перестала быть прерогативой стационаров, и 70% процедур проводится в амбулаторных условиях.

В последнее время произошли изменения во взглядах на этиологические факторы и патогенетические особенности развития гастроэнтерологических заболеваний. Изучение свойств Хеликобактер пилори (НР) доказало его непосредственное участие в развитии хронического гастрита и язвенной болезни. Ряд докладов был посвящен этой теме. Показано, что длительное персистирование НР на слизистой желудка способствует развитию атрофических изменений, появлению метаплазии и, как следствие, канцерогенезу.

Не у всех людей инвазия НР вызывает развитие клинических признаков того или иного заболевания. Бессимптомное течение язвенной болезни определяется у 38% родителей детей, страдающих воспалительными заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта. В пределах одной семьи имеет место циркуляция одного штамма НР.

Что делать со "здоровыми носителями" НР? Наблюдения, проводимые в течение 2-х лет за детьми с НР инфекцией, показали, что на протяжении всего периода наблюдения у больных сохраняется один и тот же штамм НР, при этом плотность колонизации тела желудка и антрума была постоянной. Однако, отмечалось прогрессирование гистологических признаков воспаления, особенно у мальчиков. Катамнестические наблюдения за детьми с бессимптомным носительством показало, что атрофия и злокачественное перерождение слизистой оболочки у них наступает чаще и быстрее. Именно поэтому ведущие исследователи рекомендуют всегда проводить эрадикационную терапию при выявлении НР.

Долгое время достоверная диагностика НР – инфекции была трудоемкой и длительной. В настоящее время основное место в диагностике за-

нимают неинвазивные методы: отечественные дыхательные тесты с регистрацией в выдыхаемом воздухе углекислого газа и аммиака. Достижением диагностических методов стало проведение полимеразной цепной реакции (ПЦР) в кале. В детской практике применение эндоскопических методов диагностики является процедурой неприятной, но и чреватой возможностью инфицирования ребенка через аппараты НР инфекцией, вирусом гепатита и т.д.

В условиях широкой распространенности НР инфекции, которая достигает 80% детской популяции к возрасту 12-14 годам, соблюдение алгоритма диагностики с использованием неинвазивных методов является особенно важной.

С учетом распространенности НР инфекции у детей использование иммуноферментного анализа крови на НР является нецелесообразным.

Лечением детей с НР – инфекцией должно соответствовать требованиям педиатрической секции европейской группы по изучению НР. Оно включает применение высокоэффективных антибактериальных препаратов (флемоксин – солютаб, сибцинтрат висмута, кларитромицин и его заменители).

Применение кислотоподавляющей терапии создает предпосылки для развития рефлюкс-эзофагитов. По данным докладчиков сегодня 53% детей имеют сочетанные поражения пищевода, желудка, 12 п. кишки, а у 1,5% детей встречается изолированный эзофагит. По этой причине вполне оправдано может звучать рекомендация назначения препаратов нормализующих моторику желудка и антацидных препаратов после окончания курса эрадикационной терапии.

Близко к проблемам хеликобактериоза примыкает проблема реактивных изменений поджелудочной железы. Показано, что вакуолизирующий токсин НР подавляет внешнесекреторную функцию поджелудочной железы в эксперименте. Вероятно, этим можно объяснить связь заболеваний желудка и поджелудочной железы.

Для диагностики хронического панкреатита, муковисцидоза, абдоминальных болей впервые в России стал использоваться копрологический тест на определение эластазы – 1, достаточно 100 мг кала. Для диагностики острого панкреатита можно использовать сывороточный тест, для этого необходимо 1 мл сыворотки.

Переоценка эхографических признаков изменений поджелудочной железы приводит к гипердиагностике панкреатитов у детей и неоправданному назначению мощных ферментных препаратов. Высокие резервные возможности этого органа у детей предполагают использование в педиатрии препаратов средней степени активности, например мезим-форте.

Технические сложности выполнения ретроградной холецистопанкреатохолангиографии у детей сдерживает совершенствование диагностики заболеваний желчевыделительной системы, основными из них являются пороки развития.

Вместе с тем из года в год увеличивается частота желчекаменной болезни в детском возрасте.

Одной из центральных проблем детской гастроэнтерологии является в настоящее время рост частоты болезни Крона и НЯК. Если прежде соотношение этих болезней кишечника составляло 1:5, то в настоящее время 1:3, 1:2. Сложности лечения больных этой группы, несмотря на огромный опыт использования препаратов 5-аминосалициловой кислоты, заключаются в неотработанности схем и длительности использования препаратов у детей. Экстраполяция опыта лечения взрослых проктологов на детей является неоправданной.

Функциональные нарушения толстого кишечника отмечаются у трети больных гастроэнтерологического профиля. Использование сфинктероманометрии в детской клинике показало, что ведущая роль в патогенезе хронических запоров отводится кинетическим расстройствам толстой кишки. Нельзя исключить из возможных факторов и врожденные аномалии толстой кишки. В 2-х докладах по этой теме представлен алгоритм лечения. Для пищевой коррекции необходимо увеличение объема жидкости в питании детей, введение пищевых волокон, продуктов богатых калием. Последовательность рекомендаций может быть следующей: холодное питье на голодный желудок при пробуждении – вазелиновое масло – холодная ректальная свеча – осмотические слабительные, слабительные увеличивающие объем фекалий. Использование слабительных средств, раздражающих слизистую толстой кишки в детской практике недопустимо.

Рахит, перенесенные кишечные инфекции, антибиотикотерапия, дисбактериоз могут быть причиной запоров у детей первого года жизни, находящихся на естественном вскармливании.

Нарушения нормальной микробной флоры и её специфических функций – защитной, обменной, иммуномоделирующей приводит к обеднению организма витаминами, макро- и микроэлементами,

иммунодефицитным состояниям. Всё это создает неблагоприятный фон для течения инфекционных и неинфекционных заболеваний, и становится патогенетическим фактором для вторичных расстройств вплоть до генерализованных инфекций.

Разработка рациональных средств восстановления зубиоза рассматривается как один из путей повышения эффективности специфического лечения. Доклады по применению молочно – кислых продуктов, зубиотиков преследовали эту цель.

Относительно новой концепцией коррекции дисбиоза является использование олигосахаридов – как субстрата для роста бифидобактерий. Использование олигосахаридов позволяет в 10 раз увеличить титр бифидобактерий. В настоящее время науке известно около 130 видов олигосахаридов. В грудном молоке каждой отдельной женщины находят олигосахариды не похожие на других, что приводит к росту аутоштаммов бифидобактерий.

На секциях по детской нутрициологии в 2-х докладах из г.Саратова и Н.Новгорода показана недостаточная осведомленность педиатров в выборе адаптированных смесей. Преимущественно назначаются формулы “Бона”, “Пилти”, “Малютка”, в то время как в арсенале врача имеются более современные формулы: “НАН”, “Нутрилон”, “Мамекс”, “Энфамил”, “Беби”.

Современные возможности индустрии детского питания привели к созданию специализированных продуктов при различных состояниях и заболеваниях у детей. При срыгивании рекомендуется использование смесей “Омнео”, “Нутрилон-антирефлюксный” и “Энфамил-антирефлюксный”; при запорах – “Фрисовом”, “Омнео”; при кишечных заболеваниях – безлактозные смеси (“АЛЛ-110”, “Нутрилон” и “Мамекс” низколактозные); при кишечных коликах – “Омнео”. Разработана формула “Мамекса ночного”.

В работе Конгресса приняли участие 7 врачей из Иркутска, в т.ч. 6 сотрудников ИГМУ.

Защищенные диссертации (Presented Theses)

УДК 616-056.3-036

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АСПИРИНОВОЙ АСТМЫ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА И СЕЛА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

М.А. Никонова.

21 сентября 2001 года на заседании диссертационного совета Д 208.096.02. при Сибирском государственном медицинском университете (г.Томск) состоялась защита диссертации М.А. Никоновой на тему “Распространенность, клиниче-

ские аспекты аспириновой астмы среди жителей города и села в Иркутской области”, представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: 14.00.43 – пульмонология. Работа выполнена на кафедре