

- метода прерывания потока / Е.Г. Фурман [и др.] // Пульмонология. – 2009. – №1. – С. 24-28.
3. Frey, U. On behalf of the ERS/ATS Task Force on Standards for Infant Respiratory Function Testing. Specifications for equipment used for infants pulmonary function testing / U. Frey, J. Stocks, A. Coates, P.D. Sly, J. Bates // Eur. Respir. J. – 2000. – Vol. 16. – P. 729-738.
 4. Stocks, J. Infant Respiratory Function Testing. 1st / J. Stocks, P.D. Sly, R.S. Tepper, W.J. Morgan [et al.] // Edn. New York, John Wiley & Sons, Inc, 1996. – 240 p.

Ключевые слова: функция внешнего дыхания, метод оценки спокойного дыхания, недоношенные дети

COMPARATIVE ASSESSMENT OF EXTERNAL RESPIRATION INDICES BY TIDAL BREATH ANALYSIS IN MATURE AND DYSMATURE INFANTS WITH MILD PERINATAL PATHOLOGY

ALTUNIN V.V., TURTI T.V.,
NAMAZOVA-BARANOVA L.S., KOZHEVNIKOVA O.V.,
PALTZEVA A.E., LOGACHYEVA O.S.

Key words: respiratory function, quiet breathing, dysmature infants

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.432.411-006.5-053.3/5

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГОРМОНОМ РОСТА У ДЕТЕЙ С ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ И ГЕНЕТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ НИЗКОРОСЛОСТЬЮ

Р.А. Атанесян, Л.Я. Климов, Т.А. Углова
Ставропольская государственная медицинская академия

В настоящее время проблема низкорослости является одной из актуальных в детской эндокринологии [3,4]. Многообразие нозологических форм задержки роста, выраженный полиморфизм создают существенные трудности в процессе дифференциальной диагностики и выборе технологии лечения этих заболеваний [2]. В настоящее время методом лечения низкорослости является заместительная терапия рекомбинантным гормоном роста (рГР), которая эффективна до достижения пациентами конечного роста или до закрытия эпифизарных зон роста [1,5].

Цель работы – изучение эффективности использования рГР у детей и подростков с гипопизарным нанизмом (ГН) и генетическими синдромами, сопровождающимися низкорослостью.

Материал и методы. Обследованы 26 детей и подростков в возрасте 2–16 лет с задержкой роста на 2 и более SDS, находившихся на заместительной терапии рГР в течение 2006–2009 гг. В процессе постановки диагноза пациентам проводились провокационные пробы с инсулином и клофелином, осуществлялась консультация генетика.

В первую группу вошли 18 детей с ГН (16 мальчиков и 2 девочки), средний возраст на момент начала терапии рГР составил $11,35 \pm 0,58$ года. Вторую группу составили 8 больных с генетическими синдромами, сопровождающимися выраженной задержкой роста: у 4 девочек диагностирован синдром Шерешевского-Тернера, у 3 мальчиков – синдром Нунан и у 1 девочки – синдром Рассела-Сильвера. Возраст пациентов этой группы на момент начала терапии рГР составил $12,62 \pm 1,22$ года.

Заместительная терапия рГР проводилась в соответствии с рекомендациями национального консенсуса «Диагностика и лечение соматотропной недостаточности у детей» [1].

Данные обработаны статистическими методами, оценка достоверности полученных данных осуществлялась с помощью критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Пациенты обеих групп исходно имели выраженный дефицит роста и скорости роста. В первой группе отставание роста и костного возраста на момент начала терапии рГР составило соответственно $3,24 \pm 0,24$ и $2,91 \pm 0,19$ года. У пациентов второй группы эти показатели до начала лечения составили $3,67 \pm 0,36$ и $3,01 \pm 0,53$ лет соответственно. Длительность заместительной терапии рГР в первой группе больных – $2,11 \pm 0,15$ года, во второй группе – $1,25 \pm 0,09$ года.

Сравнительный анализ продемонстрировал более высокий ростостимулирующий эффект у пациентов с ГН. В течение первого года терапии отставание роста и костного возраста в этой группе сократилось до $2,58 \pm 0,23$ ($p < 0,05$) и $1,68 \pm 0,25$ года ($p < 0,001$) соответственно.

У детей второй группы также отмечался положительный результат заместительной терапии, однако эффективность рГР в коррекции задержки роста и отставания костного возраста была ниже. Спустя год от начала лечения SDS роста и SD костного возраста у них составили $3,31 \pm 0,57$ года и $2,8 \pm 0,57$ года соответственно ($p_{1,2} > 0,05$).

Скорость роста у детей с ГН в течение первого года терапии рГР составила $1,07 \pm 0,09$ см/мес., прирост за год – $12,88 \pm 1,10$ см. У пациентов с генетическими синдромами на первом году лечения скорость роста была $0,64 \pm 0,08$ см/мес. ($p < 0,001$), а прирост за год – $7,63 \pm 0,98$ см.

По мере увеличения длительности заместительной терапии рГР у детей с соматотропной недостаточностью её эффективность заметно снижалась. Так, на втором году лечения среднемесячная скорость роста по сравнению с первым годом терапии замедлялась почти

Климов Леонид Яковлевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии СГМА, тел.: (8652)23-21-07, (8652)35-23-39, 8-928-963-02-61; e-mail: klimov_leo@mail.ru.

в 2 раза – до $0,54 \pm 0,08$ см/мес. ($p < 0,001$), а на третьем году сокращалась до $0,31 \pm 0,06$ см/мес. ($p < 0,001$).

Выводы

1. Использование рГР высокоэффективно в лечении соматотропной недостаточности и низкорослости, обусловленной генетическими синдромами.
2. У пациентов с соматотропной недостаточностью эффект заместительной терапии рГР заметно выше, чем у детей с генетически детерминированной низкорослостью.
3. Максимальный терапевтический эффект рГР у детей с ГН отмечается в течение первого года лечения, затем он прогрессивно падает.
4. На фоне заместительной терапии рГР у детей с соматотропной недостаточностью отставание костного возраста от хронологического уменьшается.
3. Национальный консенсус «Диагностика и лечение соматотропной недостаточности у детей». – 2005.
4. Петеркова, В.А. Гипофизарная карликовость: диагностика и лечение / В.А. Петеркова // Педиатрия. – 2009. – Т.87, № 2. – С. 105-110.
5. Шарова, А.А. Низкорослость у детей: причины, дифференциальная диагностика и возможности лечения (обзор литературы) / А.А. Шарова, Н.Н. Волеводз, В.А. Петеркова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – № 3. – С. 53-63.

Ключевые слова: соматотропная недостаточность, рекомбинантный гормон роста, лечение, костный возраст

Литература

1. Дедов, И.И. Соматотропная недостаточность / И.И. Дедов, А.Н. Тюльпаков, В.А. Петеркова. – М., 1998. – 312 с.
2. Касаткина, Э.П. Задержка роста у детей. Дифференциальная диагностика и лечение / Э.П. Касаткина. – М., 1999.

CHILDREN SUBSTITUTIVE THERAPY BY GROWTH HORMONE WITH HYPOPHYSEAL MICROSOMIA AND GENETIC SYNDROMES ACCOMPANIED BY NANISM

ATANESYAN R.A., KLIMOV L.YA., UGLOVA T.A.

Key words: somatotropin insufficiency, recombinant growth hormone, treatment, bone age

© И.А. Беляева, 2010
УДК 616.992.282–053.2

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

И.А. Беляева

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Биоценоз пищеварительного тракта у новорожденных, особенно у недоношенных детей, после рождения находится в процессе формирования. Гипоксия плода, перинатальная патология ребенка, искусственное вскармливание, прием антибактериальных препаратов также могут вести к дисбалансу микроорганизмов, принадлежащих к симбиотической микрофлоре кишечника ребенка [2,4,5]. При нарушении микроэкологии нижних отделов пищеварительного тракта, дефиците бифидофлоры и лактобактерий, беспрепятственном заселении кишечника условно-патогенными и патогенными микроорганизмами возникают условия для снижения общей резистентности организма, нарушаются резорбция и усвоение питательных веществ, появляются клинические признаки функциональных нарушений пищеварения. Поэтому коррекция биоценоза у новорожденных, в том числе недоношенных детей с сочетанной перинатальной патологией, является неотъемлемой составной частью их благополучной постнатальной адаптации [1,3].

Материал и методы. В отделении для недоношенных детей НЦЗД РАМН проведена оценка эффек-

тивности пробиотика Бифиформ Беби в формировании кишечной микрофлоры у недоношенных детей с перинатальной патологией. Бифиформ Беби – биологически активная добавка, в состав 1 дозы которой входят: *Bifidobacterium lactis* BB-12 – 109 КОЕ, *Streptococcus thermophilus* TH-4 – 108 КОЕ. Препарат не содержит лактозы, что особенно важно для недоношенных детей, у которых функциональная активность лактозы значительно снижена. В исследование были включены 25 недоношенных детей, рожденных с гестационным возрастом менее 34 недель, в возрасте 5-6 дней жизни, с дисбиозом кишечника, в том числе антибиотик-ассоциированным, риском развития некротического энтероколита, а также имеющих функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (диарейный синдром, запоры, колики, неустойчивый стул, метеоризм). Дети разделены на две однородные группы: 1 группа (n=15) – дети, получающие биологически активную добавку Бифиформ Беби в дозе 0,5 г 1 раз в сутки в течение 10 дней; 2 группа (n=10) (группа сравнения) – пациенты, получающие симптоматическое лечение.

Результаты и обсуждение. При сравнительном анализе микробного пейзажа кала до и после проведенного лечения у детей основной группы были обнаружены следующие изменения: частота обнаружения бифидобактерий в интестинальной микрофлоре в начале наблюдения составила 25%. На фоне проводимого лечения происходило достоверное ($p < 0,05$)

Беляева Ирина Анатольевна, доктор медицинских наук, заведующая отделением для недоношенных детей Научного центра здоровья детей РАМН, тел.: 8 (499) 134-15-19, 8-905-728-58-02; e-mail: irinane@mail.ru.