

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 гемодина-

мики 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, госпитализированных за период 2000–2003 гг. в Новосибирский областной онкогематологический центр (пос. Краснообск) 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 Татарске – 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

Л.Ф.Казначеева, Н.С.Ишкова, К.С.Казначеев, Н.А.Рычкова, Л.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 сенсибилизирующей 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.Килина, 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 м², рассчитанных на 8 пациентов раннего возраста (от 1 мес до 3 лет), больных острой пневмонией, ОРВИ, острым бронхитом, бронхолитом, 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%), протеем (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 урпатий 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 – β (ТФР- β), инсулиноподобного фактора роста 1 (ИФР-1) и фактора роста фибробластов (ФРФ), а также экскреция с мочой интерлейкинов (ИЛ) – ИЛ8, ИЛ10 и фактора некроза опухоли- α (ФНО- α). Проведенные исследования показали, что у больных с ПМР содержание ТФР- β , 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- α , зависящее от степени проявлений нефросклероза. Эти данные свидетельствуют об участии цитокинов в механизмах формирования и прогрессирования нефросклероза при обструктивных урпатиях у детей.

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, Л.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, Л.И.Цукерман, И.Н.Хворостов

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

Среди гуморальных факторов наиболее активными и разнонаправленными 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 интрааренального 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 – β (ТФР- β), 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 пролиферативных 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 эпیتالамин. 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 пимекролимус (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 пимекролимус (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

Л.Б.Темина, И.С.Кордонская, Л.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 уropатий – у 21,9% детей. Большинство больных (69–67,6%) были госпитализированы повторно, а более 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 клинико-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 эффективности 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. Биоэлементы 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 «венозными» 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 биоэлементами, 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

24th 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