К факторам, повышающим возможность проявления нефротоксичности гентамицина, относятся предшествующая несостоятельность почек, гиповолемия, одновременное использование других нефротоксических ЛС (гидрокортизон, индометацин, фуросемид и этакриновая кислота, цефалоридин, циклоспорин, амфотерицин В), рентгеноконтрастных веществ, возраст больного.

Тетрациклины.

Тетрациклины остеотропны и по этому накапливаются в костной ткани, особенно молодой, пролиферирующей. В эксперименте у собак отмечено отложение тетрациклина и в постоянных зубах.

Вследствие своей липофильности тетрациклины проникают через плацентарный барьер и откладываются в костях плода (в виде лишенных биологической активности хелатных комплексов с кальцием), что может сопровождаться замедлением их роста.

Применение тетрациклиновых АБ у детей дошкольного возраста приводит в ряде случаев к отложению препаратов в зубной эмали и дентине, что вызывает гипоминерализацию зубов, их потемнение (дисколорацию), гипоплазию зубной эмали, увеличение частоты кариеса, выпадение зубов. Встречаемость этих осложнений при применении тетрациклинов составляет примерно 20%.

При неосторожном или ошибочном применении тетрациклинов в большой дозе (более 2 г в день) может развиваться тубулотоксичность (тубулярный некроз) с клиникой ОПН и необходимостью, в отдельных случаях, гемодиализа.

Поэтому использование тетрациклинов у беременных, кормящих грудью (тетрациклин проникает в грудное молоко) и детей до 8 лет не рекомендуется.

1. Лоуренс Д.П., Бенитт П.Н. Клиническая фармакология. М., Медицина, 1991, Т. 1: 265-304.
2. Зайцев А.А., Карпов О.И., Сужен Р. Клинико-экономическая оценка оптимизации введения цефтазидима. Качественная клиническая практика. 2003; 2: 80-86.

Денисова О.И.

Влияние немедикаментозного лечения церебральной ишемии у детей на динамику вентрикулярных параметров

*ФГБОУВО САМГМУ МЗ РФ
(Россия, Самара)*

doi: 10.18411/lj-12-2020-58

idsp: ljjournal-12-2020-58

Аннотация

Для повышения эффективности стандартного лечения церебральной ишемии (ЦИ) у детей неонатального периода в терапевтический комплекс были включены общая магнитотерапия и гипербарическая оксигенотерапия по разработанным авторами методикам, подтвержденным патентами РФ. Применение немедикаментозных методов лечения в комплексном лечении ЦИ способствовало быстрейшему регрессу размеров желудочков мозга.

Ключевые слова: церебральная ишемия, гипербарическая оксигенотерапия, общая магнитотерапия, ликвородинамика, ультразвуковые показатели.

Abstract

To increase the effectiveness of standard treatment of cerebral ischemia (CI) in neonatal children, the therapeutic complex included general magnetic therapy and hyperbaric oxygen therapy according to the methods developed by the authors and confirmed by patents

of the Russian Federation. The use of non-drug methods of treatment in the complex treatment of CI contributed to a rapid regression of the size of the brain ventricles.

Key words: cerebral ischemia, hyperbaric oxygen therapy, the general magnetotherapy, liquorodynamics, ultrasound indicators.

Церебральная ишемия (ЦИ) у новорожденных и детей первого года жизни остается чрезвычайно актуальной проблемой педиатрии. Являясь пусковым механизмом в цепи патологических реакций, ЦИ приводит к широкому спектру нейросоматических отклонений в последующие возрастные периоды. Дети с последствиями данной патологии составляют категорию высокого риска по формированию систематической неуспеваемости в школе, склонности к поведенческим девиациям в подростковом возрасте, социальной дезадаптации, задержке психофизического развития [1,2].

Целью нашего исследования явилось научное обоснование и изучение эффективности влияния предложенных физических факторов в комплексных программах реабилитации детей с церебральной ишемией в неонатальном периоде на динамику вентрикулярных параметров.

Под нашим наблюдением находилось 150 детей первого месяца жизни с церебральной ишемией средней степени тяжести, синдромом внутречерпной гипертензии, проходивших этап стационарного лечения в ММУ ДГКБ № 1 им. Н.Н. Ивановой г. Самары. Среди наблюдаемых пациентов было 79 (52,7%) мальчиков и 71 (47,3 %) девочек.

С целью определения наличия гидроцефального изменения желудочковой системы головного мозга, степени его выраженности и динамики данных показателей на фоне проводимой терапии выполняли нейросонодоплерографию (НСДГ) на аппарате «Siemens-LM» (Германия) с использованием конвексного и линейного датчиков соответственно 3,5 и 7,5 МГц по расширенному протоколу, описанному в работах Иова А.С. (1997), Дворяковского И.П. (2005).

Лечение новорожденных детей с церебральной ишемией проводили согласно приказам Минздравсоцразвития РФ от 07.05.1998 г. № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» и № 306 от 28.04.2007 г. «О внесении изменений в приказ МЗ РФ от 07.05.1998 г. № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям».

Базисная терапия была представлена медикаментозным лечением в виде ноотропов (пантогам), витаминов группы В, дегидратационных препаратов (диакарб), а также массажем с элементами лечебной физкультуры. Ряду детей было назначено физиотерапевтическое лечение. Продолжительность курсового лечения составляла 18-20 дней.

Пациенты с церебральной ишемией контрольной группы получали базисную терапию, массаж с элементами лечебной физкультуры. Больным I основной группы наряду с базисным лечением назначали общую магнитотерапию по разработанной нами методике. Пациенты II основной группы получали базисную для данной патологии терапию и последовательные курсы общей магнитотерапии и гипербарической оксигенотерапии (ГБО).

Для проведения общей магнитотерапии использовали отечественный аппарат «Колибри-эксперт» (рег.удостоверение № ФСР 2011/11030 от 21.06.2011 г.). Сеансы ОМТ отпускали по разработанной нами методике [4]. ОМТ проводили от аппарата «Колибри-эксперт» в конфигурации «призма», вращающимся импульсным магнитным полем, 1 режимом, частота импульсов составляла 100 Гц, величина магнитной индукции – 0,35 мТл. Длительность сеанса составляла 8-12 мин, лечение проводили за

30-40 мин до кормления или 30-40 мин после кормления. Курс лечения составлял ежедневных 8-10 процедур.

ГБО проводили в физиотерапевтическом отделении (в состав которого входит кабинет ГБО) ГБУЗ СГДКБ № 1 им. Н.Н. Ивановой. Для отпуска сеансов гипербарической оксигенотерапии детям первых месяцев жизни нами разработано устройство в виде специального матрасика Г-образной формы [5].

Гипербарическую оксигенотерапию проводили без режима вымывания. Давление повышали до 1,2-1,4 атмосфер (ата), со скоростью 0,1 избыточных атмосфер (ати) в 2 мин. Сатурация составляла 15-20 мин. Декомпрессию проводили со скоростью 0,1 ати в 1 мин. Длительность компрессии составляла по 4-8 мин, декомпрессии – 2-4 мин. Длительность процедур достигала 30 мин. Курс лечения включал 8-10 процедур, проводимых ежедневно.

Анализ результатов исследования и построение таблиц и диаграмм проводили с использованием офисного пакета Microsoft Office 2010 и пакета прикладных статистических программ Statistica 6,0. При анализе полученных данных рассчитывали критерий Стьюдента, Фишера (Р) и хи-квадрат (χ^2). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Большое значение в оценке динамики вентрикулометрических показателей боковых желудочков имеет изменение их формы. Потеря классической конфигурации «бумеранга» с максимальным искривлением со стороны затылочной части выявили при поступлении у большинства наблюдаемых нами пациентов.

Согласно представленным в таблице 1 данным, после курса лечения сохранение патологической формы боковых желудочков отмечали у 26 (52,0 %) детей контрольной группы, получавших базисный комплекс лечения.

Таблица 1

Патологическая форма боковых желудочков до и после лечения у пациентов с ЦИ

Показатель	Контрольная группа n=50		I основная группа n=50		II основная группа n=50	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Наличие патологической формы боковых желудочков, %	100,0	52,0	100	28,0*■	100	8,0*♦●

Примечание: * – различие в группе достоверно ($* - p < 0,05$; $** - p < 0,01$) по сравнению со значениями до лечения; ■ – различие достоверно между контрольной и I основной группами после лечения; ♦ – различие достоверно между контрольной и II основной группами после лечения; ● – различие достоверно между I основной и II основной группами после лечения

У детей I основной группы, в комплексное лечение которых входила ОМТ, деформация боковых желудочков сохранилась у 14 (28,0 %) больных. Достоверно лучшую ситуацию наблюдали у пациентов II основной группы, получавших стандартный комплекс лечения с ОМТ и ГБО. Патологическую вентрикулярную форму после лечения наблюдали лишь у 4 (8,0 %) детей этой группы ($p_{1-3} < 0,05$, $p_{2-3} < 0,05$).

Важным оценочным критерием вентрикуломегалии является желудочковый индекс, динамика которого представлена в таблице 2. Сравнение эффективности влияния различных лечебных факторов на степень уменьшения дилатации желудочков у больных ЦИ показало наиболее выраженное действие применяемых физиотерапевтических методов.

Таблица 2

Уменьшение средних размеров желудочкового индекса у пациентов с ЦИ после лечения

Показатель	Контрольная группа n=50 M±m, мм		I основная группа n=50 M±m, мм		II основная группа n=50 M±m, мм	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Желудочковый индекс	20,6±0,8	17,7±0,7	20,8±0,6	14,5±0,5*■	21,1±0,7	12,5±0,7*◆●

Следует отметить несколько меньшую лечебную эффективность при назначении процедур ОМТ в изолированном виде - с 20,8±0,6 до 14,5±0,5 мм. Существенное ее возрастание произошло в тех случаях, когда лечебный комплекс включал применение общей магнитотерапии с последующей гипербарической оксигенотерапией – с 21,1±0,7 до 12,5±0,7 мм ($p_{1-3} < 0,05$, $p_{1-2} < 0,05$, $p_{2-3} < 0,05$).

Резюмируя полученную динамику вентрикулометрических показателей, можно с уверенностью говорить о достоверном снижении числа пациентов с гидроцефальным расширением желудочков после проведенного лечения. Согласно данным представленным в таблице 3, достоверное снижение числа детей с вентрикуломегалией произошло во всех группах наблюдения. Однако лучшие результаты наблюдали у больных, получивших наряду с базисной терапией физиотерапевтическое лечение.

Таблица 3

Снижение числа детей с I степенью гидроцефалии после проведенного лечения

Показатель	Контрольная группа n=50		I основная группа n=50		II основная группа n=50	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Число детей с I степенью гидроцефалии, %	100,0	52,0	100	38,0*■	100	22,0*◆●

На фоне базисной терапии почти у половины детей контрольной группы произошло восстановление размеров желудочковой системы головного мозга. Микроциркуляторная протекция общей магнитотерапии привела к ликвидации гидроцефального расширения желудочков у 36 (62 %) пациентов I основной группы ($p_{1-2} < 0,05$).

Существенно лучшие результаты наблюдали при комбинации ОМТ и ГБО, позволившей стабилизировать вентрикуломегалию у 38 (78 %) больных II основной группы ($p_{1-3} < 0,05$, $p_{2-3} < 0,05$).

Оценивая эффективность примененных физических факторов, нами установлено, что наиболее выраженным лечебным действием у данной категории больных обладали последовательно проведенные курсы общей магнитотерапии и гипербарической оксигенотерапии.

Процедуры ОМТ в виде монотерапии оказывали менее существенное влияние на клинические проявления заболевания и состояние вентрикулярной системы. Однако следует отметить, что большинство лечебных эффектов, в патогенезе которых лежало нарушение кровотока, было в итоге равнозначным с двухкомпонентной физиотерапией. Это достоверно подтверждается результатами НСДГ в виде нормализации резистентности мозговых сосудов.

1. Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных: учебное пособие / З. А. Лютая, А. И. Кусельман, С. П. Чубарова; под ред. проф. А. И. Кусельмана. – Ульяновск : УлГУ, 2016. – 100 с. .

2. Баранов, А.А., Намазова-Баранова, Л.С., Ильин, А.Г., Конова, С.Р. и др. Разноуровневая система оказания комплексной реабилитационной помощи детям с хронической патологией и детям-инвалидам. Методические рекомендации М.: НЦЗД РАМН. - 2012.
3. Бомбардинова, Е. П., Яцык, Г. В., Степанов, А. А. Лечение и реабилитация перинатальных поражений нервной системы у детей первых месяцев жизни Лечащий врач 2015 02
4. Патент 2356586 РФ, МПК А61N 2/04. Способ лечения перинатальной энцефалопатии, гидроцефально-гипертензионного синдрома у детей / Давыдкин Н.Ф., Денисова О.И.; патентообладатели – те же авторы. - № 2007135066/14(038340); заявка от 20.09.2007; опубликовано 27.05.2009, бюллетень № 15.
5. Патент 71069 РФ, МПК А61G 10/00. Устройство для проведения гипербарической оксигенации у детей / Давыдкин Н.Ф., Денисова О.И., Долинина С.В.; патентообладатели – те же авторы. - № 2007131942/22; заявка от 21.08.2007; опубликовано 27.02.2008, бюллетень № 6

Заженова Н.Н., Жанбекова А.Е., Молжигитова С.С., Кайсина А.А., Ларюшина Е.М., Лозинская И.А.

Оценка нутритивного статуса у больных воспалительными заболеваниями кишечника

*НАО «Медицинский университет Караганды»
(Казахстан, Караганда)*

doi: 10.18411/lj-12-2020-59

idsp: ljjournal-12-2020-59

Аннотация

Воспалительные заболевания кишечника ассоциированы с развитием нутритивной недостаточности.

Цель работы. Изучить нутритивный статус и оценить его взаимосвязь с историей резекции кишечника и активностью заболевания у больных язвенным колитом и болезнью Крона.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 69 пациентов с ВЗК, находившихся на лечении в Областной клинической больнице г. Караганды. Оценка нутритивного статуса производилась с использованием прогностических индексов питания MUST, O-PNI, CONUT.

Результаты и обсуждение. По данным индекса O-PNI было выявлено, что 16% пациентов в группах с ЯК и БК имеют риск мальнутриции, согласно индексу CONUT большинство пациентов с ВЗК имеют нормальный показатель нутритивного статуса, однако 36% пациентов с БК и 34% пациента с ЯК имели легкую и умеренную мальнутрицию. По данным шкалы MUST 8 пациентов с ВЗК (11,59%) были отнесены к группе высокого риска мальнутриции, 24 пациента (34,7%) – среднего риска.

Выводы. По данным исследования треть пациентов с ВЗК имели легкую и умеренную степень мальнутриции по индексу CONUT, согласно шкале MUST в группе ЯК преобладали пациенты с низкой степенью мальнутриции, БК - со средней. При БК нутритивный статус ухудшается по мере увеличения активности заболевания в соответствии со шкалой CDAI, при ЯК взаимосвязи состояния нутритивного статуса и активности заболевания не обнаружено. Связи состояния нутритивного статуса с резекцией кишечника у пациентов с ВЗК не выявлено.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, нутритивный статус, мальнутриция.

Abstract

Inflammatory bowel disease is associated with the development of nutritional deficiencies.

Objective. To study the nutritional status and evaluate its relationship with the history of intestinal resection and disease activity in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease.