

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

Основой рационального лечения гипотрофии у детей раннего возраста является диетотерапия.

При лечении гипотрофии широко применяются витамины: С, В₁, В₆, В₁₂, А, Е, фолиевая кислота, пантотенат Са. Большое внимание уделяется ферментотерапии. Используется абомин, панкреатин, фестал, панзинорм, мексаза и другие ферменты. Назначаются препараты, обладающие анаболическим эффектом: рибоксин, оротат калия, L-карнитин, перитол, анаболические гормоны (последние, под контролем костного возраста), апилак в свечах, инсулин с глюкозой. Среди лекарственных негормональных средств с анаболическим эффектом особое место занимают препараты, содержащие L-карнитин. При сопутствующем дисбактериозе кишечника применяются биопрепараты. При тяжёлой гипотрофии больным внутривенно переливают альбумин, плазму, кровь, глюкозу, проводят парентеральное питание, возможно назначение

гормональных препаратов. Патогенетически обосновано назначение препаратов, обладающих лимитирующим стресс эффектом. Организация правильного ухода и рационального питания особенно важны при лечении пренатальной гипотрофии у новорожденных детей. Такие дети должны находиться в кюветах при температуре воздуха 29-34°C и влажности 60-70%. Рекомендуются ежедневные гигиенические ванны с температурой 37,0 градуса, протирание кожи стерильным маслом с добавлением витамина А.

В комплексном лечении этих детей используются витамины (особенно токоферол, фолиевая кислота, один из препаратов витамина В₁₂ - кобамамид).

Выводы. Профилактика гипотрофии у детей должна начинаться с укрепления здоровья женщины до беременности и во время беременности. При развитии гипотрофии у плода проводится её лечение с использованием сигетина, b

ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПО ДАННЫМ ВОДКБ

Лялькова В.П., Валужина Л.А., Пчельников Ю.В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

В соответствии с общепринятыми представлениями ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) является системным заболеванием соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего артрита с частой заинтересованностью внутренних органов [1,2,4,5,6].

Целью настоящей работы было изучить клинические, рентгенологические проявления и опыт лечение ЮРА у детей, госпитализированных в ДОКБ г. Витебска в течение последних 10 лет.

Под нашим наблюдением в разные годы последнего десятилетия находилось от 47 до 65 больных в год в возрасте от 2 до 15 лет с длительностью заболевания от 8 месяцев до 12 лет. Больные в течение года неоднократно (от 3 до 6 раз) поступали в стационар с обострением суставного синдрома. Преобладали девочки (45 человек), мальчиков было 20. В диагностике заболевания мы руководствовались критериями ЮРА, разработанными ревматологами стран Восточной Европы и России в конце 70-х годов [3]. В результате у 47 больных был поставлен диагноз ЮРА определенный, у 18 – классический.

Всем детям проводилось полное клинико-лабораторное обследование с включением УЗИ суставов и органов брюшной полости, доплер-эхокардиограммы, рентгенограммы органов грудной клетки и суставов, единичным пояснично-крестцового отдела позвоночника, посевы на флору из зева и крови, анализ синовиальной жидкости, при необходимости пункция костного мозга и ФГДС.

Среди наших больных преобладала суставная форма ЮРА (58 человек), которая у большинства детей начиналась в 2 – 4- летнем возрасте, причём у 31 больного протекала в олигоартикулярной форме, у 27 – полиартикулярной, у 6 больных был поставлен диагноз аллергосепсиса Вислера-Фанкони, у одной – болезни Стилла.

Олигоартикулярная форма ЮРА преимущественно встречалась у детей раннего и дошкольного возраста. Преобладали девочки. Заболевание начиналось чаще всего с моноартрита коленных, реже голеностопных суставов с выраженной деформацией, болезненностью и ограничением движений, иногда с мелких суставов пальцев рук и стоп. У четырех больных в возрасте 3 – 4 лет началом болезни было поражение глаз (увеит, кератоконъюнктивит) с последующим появлением суставного синдрома (через 1,5 – 2 месяца). Суставной синдром часто рецидивировал, СОЭ ускорялось до 30 – 40 мм/ч, выявлялся умеренный лейкоцитоз с нейтрофилизом, высокие титры IgG к вирусам простого герпеса и цитомегалии (у 17 больных). РФ у большинства больных не определялся, был выявлен у 2 двух мальчиков с поражением глаз. В синовиальной жидкости - лейкоциты до 5000 – 8000 в 1 мл, преобладали нейтрофилы. Поражение глаз выявлено у 6 больных в этой группе. УЗИ суставов – синовит, на рентгенограммах - расширение суставной щели. При многократных рецидивах заболевания рентгенологическая прогрессия выражалась у единичных больных остеопорозом около пораженных суставов. В терапии этих больных преимущественно

использовали диклофенак в дозе 2 - 3 мг/кг/сут, при поражении суставов внутрисуставно вводили дипроспан в коленные суставы 0,5мл, в мелкие 0,2 – 0,3мл. При поражении глаз и рецидивировании процесса вводили метотрексат в дозе 5 – 7,5мг/м²/нед. Обязательно проводилось дезинтоксикационное и местное физиотерапевтическое лечение, по показаниям противовирусная терапия.

Полиартритическая форма ЮРА была диагностирована у 27 больных, у 16 девочек и 11 мальчиков. Наиболее тяжело она протекала у детей с выявленным РФ (16 девочек). Из которых впервые заболели ЮРА в возрасте 11 – 15 лет (12 человек), у 4 полиартрит в течение 8-10 лет трансформировался из олигоартрита, РФ у них раньше не определялся, рентгенологические изменения до периода пубертата были минимальными. Заболевание протекало с множественным поражением суставов как верхних, так и нижних конечностей, быстро развивалась амиотрофия и вовлекались суставы шейного отдела позвоночника. Но у всех больных, невзирая на проводимую терапию (метотрексат в дозе 10мг/м₂/нед., внутрисуставное введение дипроспана, инфузионную терапию с антиагрегантами) поражение суставов имело неуклонно-прогрессирующее течение с сужением суставной щели, эрозивно-деструктивными изменениями на рентгенограмме, распространенным остеопорозом и развитием контрактур у 4 человек. У 4 из 16 девочек выявлено поражение глаз в виде увеита с последующим развитием катаракты.

В отличие от девочек у мальчиков, как правило, чаще поражались суставы нижних конечностей с нередкой заинтересованностью тазобедренных суставов, а также суставов шейного отдела позвоночника, отсутствовал РФ, кроме двух больных. При одностороннем поражении суставов нижних конечностей для исключения анкилозирующего спондилоартроза делали рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, на которой патологические изменения отсутствовали. Рентгенологические изменения суставов характеризовались остеопорозом вокруг пораженных суставов, сужением суставной щели и появлялись на 4-5 год после первых симптомов заболевания, кроме двух мальчиков с положительным РФ, у которых сформировался артроз тазобедренного сустава.

Изменения в общем анализе крови, как у девочек, так и мальчиков были однотипны: ускоренная СОЭ, умеренный лейкоцитоз с нейтрофилием, СРП от 40 до 120мг/л. У 4 мальчиков этой группы с рецидивирующим полиартритом в течение нескольких лет после перенесенной ветряной оспы наступила стойкая клинико-лабораторная ремиссия продолжительностью до 3 лет.

Аллергосепсис Вислера-Фанкони наблюдался только у девочек (6 человек) препубертатного возраста, характеризовался длительной лихорадкой, высыпаниями эритематозно-папулезной сыпи, выраженным синдромом Рейно, миокардиодистрофией, гепатолиенальным синдромом, полиартралгией и

преходящим экссудативным артритом.

В анализе крови: гиперлейкоцитоз, нейтрофилия, СОЭ до 50-60мм/ч, высокие показатели СРП, отсутствие РФ, нормальные показатели трансаминаз. УЗИ суставов – синовит.

Терапия метилпреднизалон в/в в дозе 5мг/кг/сут в течение 5 – 6 дней [1,2,6] с последующим переходом на пероральный прием в дозе 1мг/кг/сут под прикрытием антибиотиков на фоне инфузионной дезинтоксикационной терапии.

Лечение проводили до клинико-лабораторной нормализации процесса. У двух девочек после проведенного лечения наступила 3-х летняя стойкая клинико-лабораторная ремиссия.

Болезнь Стилла была диагностирована у 15-летней девочки, у которой был полиартрит с поражением мелких суставов пальцев рук, коленных, лучезапястных суставов, гепатолиенальный синдром, лимфоаденопатия. Изменения со стороны крови, данные УЗИ, а также терапия были аналогичны выше описанным данным у больных с аллергосепсисом Вислера-Фанкони. Эффект терапии был положительным.

Таким образом, среди обследованных больных преобладала суставная форма ЮРА. Только у 18 серопозитивных больных в суставах развивался деформирующий процесс. У остальных детей болезнь находится в стадии формирования и не проявляет своего истинного лица, продолжая рецидивировать. Подтверждением чего является серонегативный вариант процесса у детей дошкольного возраста с выраженным клинико-лабораторным синдромом и минимальными рентгенологическими изменениями, несмотря на многократные обострения заболевания. Используемые в лечении НПВП, глюкокортикоиды и цитостатики модифицируют воспалительный процесс, но не контролируют его.

Литература:

1. Алексеева, Е. И. Факторы неблагоприятного прогноза ревматоидного артрита у детей и возможности его изменения средствами лекарственной терапии / Е. И. Алексеева, И. Е. Шахбазян, Е. С. Жлобина // Рос. педиатр. журн. – 2003. – № 4. – С. 48-51.
2. Беляева Л. М. Болезни суставов у детей и подростков (лекция) / Л. М. Беляева. – М., 2002. – С. 60.
3. Долгополова, А. В. Разработка критериев ранней диагностики ювенильного ревматоидного артрита / А. В. Долгополова, В. П. Бисярина, Л. С. Алексеев // Вопросы ревматизма. – 1979. – № 3. – С. 3-7.
4. Кузьмина, Н. Н. Ювенильные хронические артриты (Терминалогические и классификационные аспекты) / Н. Н. Кузьмина // Актуальные вопр. детской кардиологии на VIII Конгр. педиатров России. – М., 2003. – С. 21-24.
5. Руководство по детской артрологии / под ред. М. Я. Студеникина, А. А. Яковлевой. – Л., 1987. – С. 111.
6. Cassidy, I. T. Textbook of pediatric rheumatology / I. T. Cassidy, R E. Petty. – Toronto, 2002. – P. 113-220.