



Срок нахождения нити в носослезном канале составляет 3 месяца.

Все пациенты приезжают на контрольный осмотр через 1 месяц после стентирования (их осматривает как лор-врач, так и офтальмолог).

Через 3 месяца силиконовая нить извлекается из слезоотводящих путей.

Функция слезоотведения восстанавливается полностью.

#### **Выводы:**

1. Данные методики позволяют добиться полного восстановления проходимости слезных путей.

2. Методика используется у детей первых двух лет жизни, когда зондированием можно восстановить проходимость слезных путей, но при рецидивах для закрепления эффекта от процедуры проводится стентирование.

3. При рецидивах дакриоцистита причиной часто является патология со стороны ЛОР органов, в связи с чем такие дети должны более тщательно обследоваться отоларингологом.

**И. В. Лаврентьева, Т. А. Обоскалова, А. В. Сулимов,  
О. В. Прохорова, С. В. Пустынникова**

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛИЧЕСКОГО ВИТАМИННО- МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В КОРРЕКЦИИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК**

*Уральский государственный медицинский университет  
Детская городская клиническая больница №9  
г. Екатеринбург*

#### **Аннотация**

В настоящей работе приведены результаты применения БАДа «Цикловита» в комплексном лечении пациенток с гипоталамическим синдромом пубертатного периода. Применение витаминов и минералов в циклическом режиме способствовало восстановлению менструального цикла до нормального в группе, применявшей «Цикловиту», кроме того, в этой группе пациенток нормализовалось соотношение гонадотропинов, уменьшился объем яичников до нормы. Обследование по методике САН показало рост среднего балла по шкале «настроение», «активность» и «самочувствие».

**Ключевые слова:** гипоталамический синдром, подростки, циклическая витаминотерапия.

Расстройства менструаций являются наиболее часто встречающейся гинекологической патологией. Большинство исследователей подчеркивают значимость гипоталамуса в вышеуказанных нарушениях репродукции человека. Гипоталамическая дисфункция обуславливает многообразные типы нарушений: нейроэндокринные, нейротрофические, мотивационные, вегетативно-сосудистые, терморегуляционные,

неврологические расстройства, нарушения сна и изменения в психической сфере [3, 6, 7, 10]. Клиника дисфункции гипоталамуса включает несколько симптомокомплексов, являющихся критерием диагностики гипоталамического синдрома пубертатного периода (ГСПП), каждый из которых требует коррекции [3, 5, 6, 10]. Разнообразие жалоб и симптомов определяет трудности в лечении ГСПП. Применяют

гормональные препараты, физиотерапевтическое воздействие на рефлексогенные зоны гипоталамуса и гипофиза, диетотерапию, но эффективность такого лечения может быть снижена ввиду отсутствия достаточной насыщенности организма девочки микронутриентами [4, 8, 9]. Витамины и микроэлементы являются регуляторами-триггерами ферментов, без участия которых невозможна координация во времени и пространстве множества биохимических процессов обмена веществ, поэтому уровень обеспеченности ими организма имеет существенное значение [4]. В то же время обеспеченность основными витаминами у девушек с нарушением менструальной функции снижена в среднем на 38,6-50,4% [4]. Изучение эффективности применения биологически активной добавки (БАД) «Цикловита» в терапии ГСПП у девочек-подростков и явилось целью нашего исследования.

Сравнительное обсервационное исследование (клиническое наблюдение). Группа I — пациентки с установленным диагнозом ГСПП (по МКБ X — E 23.3), получающие стандартную негормональную терапию с «Цикловитой» (n= 25).

Группа II — пациентки с установленным диагнозом ГСПП и получающие стандартную негормональную терапию без «Цикловиты» (n=25). Цикловита — биологически активная добавка к пище, являющаяся источником 12 витаминов, 5 минералов, рутина и лютеина, скомбинированных в два блистера: «Цикловита 1» и «Цикловита 2», по количеству дней приема соответствующих фазам 28-дневного менструального цикла. Схема назначения препарата соответствовала инструкции. Стандартная терапия включала в себя регулярную физическую нагрузку (40 минут ежедневно), диету со сниженным содержанием жиров и легко усваиваемых углеводов (2000–2200 Ккал/день, соотношение белков, жиров и углеводов — 1:1:4), нормализацию режима «сон — бодрствование» и электрофорез на «воротниковую» зону по Щербяку.

Критерии включения: пациентки с ГСПП и нарушением менструальной функции, давшие согласие на проведение исследования.

Критерии исключения: установленная другая гинекологическая патология, сопровождающаяся нарушением менструального цикла, прием других витаминных или ком-

плексных препаратов за шесть месяцев до начала исследования, индивидуальная непереносимость одного или нескольких витаминов и (или) минералов, входящих в курс лечения, отсутствие согласия на проведение исследования.

Оценке подверглись: жалобы, тип телосложения, индекс массы тела (ИМТ), наличие кожных проявлений ГСПП (стрии), длительность менструального цикла, сопутствующая соматическая и эндокринная патология. На пятый день менструального или индуцированного прогестероном цикла поведено исследование гормонов крови — уровни лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), тиреотропного (ТТГ) гормонов, тироглобулина (СТ4), пролактина, кортизола, тестостерона, дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГЭА-с), эстрадиола и 17 гидроксипрогестерона (17-ОН ПГ). Ультразвуковое исследование органов малого таза с определением толщины эндометрия и объема яичников.

Учитывая значение психологических и психогенных факторов в возникновении нарушений менструального цикла, с одной стороны, и вероятные изменения психологических характеристик личности при эффективном лечении гипоменструального синдрома — с другой, в ходе исследования для динамической оценки психологического состояния пациенток был применен бланковый опросник САН (самочувствие, активность, настроение) [1, 2, 5]. Методика САН традиционно применяется при необходимости осуществления оперативной оценки психоэмоционального состояния пациентки на момент исследования. Данный метод психодиагностики содержит 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемых просили оценить свое состояние. Оценки, лежащие в диапазоне 5,0-5,5 балла, свидетельствуют о нормальном состоянии испытуемого. Статистическая обработка проводилась в пакете Microsoft Excel с определением критерия Фишера для непараметрических данных.

Возраст менархе наблюдаемых составил 13,1+1,8 лет. Среди жалоб преобладали жалобы на снижение настроения, слабость, головные боли утром, увеличение массы тела, задержки менструации. У 37 (74%) пациенток с ГСПП отмечалось наличие «фартукообразного» живота. Стрии различной степени выраженности и превышение нормального индекса

массы тела (более 25) имели все пациентки, из них у 29 (58%) этот индекс превышал 30, что соответствовало ожирению. Половая формула развития вторичных половых признаков по Таннеру соответствовала возрастной норме. Средняя продолжительность менструального цикла на момент начала исследования составила 51,0±10,7 дней. Структура соматической патологии, выявленной у обследуемых, была представлена дискинезией желчевыводящих путей у 17 (16,9%), дисбактериозом кишечника — у 12 (11,8%). Заболевания органов дыхания были представлены хроническими тонзиллитами и фарингитами у 4 (3,9%) и бронхиальной астмой легкой степени тяжести — у 3 (3%). Хроническим вторичным пиелонефритом страдали 5 (10%) пациенток, тубуло-интерстициальным нефритом одна (2%) и две (4%) — дисметаболической нефропатией. Чаще всего встречалось указание на патологию сердечно-сосудистой системы, которая была представлена нейроциркуляторной дистонией — 34 случая (68%) и пролапсом митрального клапана — у 2 (4,0%).

Гормональное обследование выявило у 4 (8,0%) девочек увеличение уровня ТТГ — 4,8±2,2 мМЕ/мл в сочетании с нормальным уровнем СТ4-14,45±0,5 мМЕ/мл. После консультации эндокринолога и дообследования (УЗИ щитовидной железы и уровень АТ-ТПО крови) этим девушкам был поставлен диагноз аутоиммунного тиреоидита и субклинического гипотиреоза с последующим назначением соответствующей терапии. Уровень ФСГ составил 4,8±2,2 мМЕ/мл, а ЛГ — 9,2±3,4 мМЕ/мл, что свидетельствовало о развитии нормогонадотропного варианта гипоменореи. Уровень пролактина в среднем составил 454,2±12,2 мМЕ/мл, но у 12 (24%) отмечалась транзиторная гиперпролактинемия до уровня 743,8±34,6 мМЕ/мл. При повторном контроле уровень пролактина у этих пациенток снизился до нормы. Уровни тестосте-

рона, ДГЭА-с и 17-ОН ПГ у всех обследуемых не превышали норму. Транзиторная гиперкортизолемиа 844,6±28,4 мМЕ/мл была выявлена у 9 (18%) обследованных. При этом именно у этих пациенток были обнаружены яркие багровые стрии на животе, бедрах и увеличение массы тела за последние три месяца. Ультразвуковое исследование органов малого таза выявило увеличение объема яичников от 12,4 до 16,2 см<sup>3</sup> у 28 (56,0%) девочек, что, вероятно, связано с формированием мультифолликулярных яичников.

На фоне лечения в группе I на 56% снизилось количество жалоб на слабость, гиподинамию и головные боли против 32% в группе II (p I-II = 0,04). Контроль массы тела в динамике выявил снижение массы тела на 5,6±2,4% в группе I и 4,4±3,2%, что не имело достоверных различий (p=0,56). Наиболее выраженные результаты в снижении веса показали девочки, соблюдавшие рекомендации по питанию и физической нагрузке.

Изучение изменений гормонального уровня показало, что уровень ФСГ достоверно не изменился, а уровень ЛГ снизился достоверно в группе, применявшей «Цикловиту». Особенно выраженным это снижение было у пациенток с исходно повышенным соотношением ФСГ/ЛГ (таблица 1).

Кроме того, у пациенток группы I достоверно сократился интервал между менструациями до 36,8±3,2 дня против 44, 2±5,6 дня в группе II (p I-II = 0,008). Из 28 пациенток с выявленными мультифолликулярными яичниками при распределении в I группу попало 16 человек. У них средний объем яичников после лечения составил 9,8±2,6 см<sup>3</sup>, в то время как во II группе объем яичников снизился до нормы (< 10 см<sup>3</sup>) только у 4 (33,3%). Средняя толщина эндометрия в группах на 5-й день менструального или индуцированного цикла до лечения составила 3,2±1,7 мм. После лечения, несмотря на отсутствие достоверной

Таблица 1

Динамика уровня гормонов крови у обследуемых пациенток (мМЕ/мл)

Группы пациенток	ФСГ (мМЕ/мл)			ЛГ (мМЕ/мл)		
	До лечения	После лечения	p (I-II)	До лечения	После лечения	p (I-II)
Группа I (n=25)	4,4±1,2	4,3±1,4	0,12	11,3±1,6	7,1±2,6	0,02
p (I)	0,8			0,01		
Группа II (n=25)	4,5±2,2	4,4±1,2		11,8±2,2	11,4±3,2	
p (II)	0,24			0,36		

Показатели составляющих теста САН (в баллах)

Группы пациенток	Самочувствие			Активность			Настроение		
	До лечения	После лечения	p (I-II)	До лечения	После лечения	p (I-II)	До лечения	После лечения	p (I-II)
Группа I (n=25)	5,0±0,8	5,4±0,6	0,42	4,2±0,2	5,1±0,1	0,02	3,9±0,3	4,9±0,2	0,03
p (I)	0,05			0,01			0,04		
Группа II (n=25)	5,1±0,7	5,3±0,8		4,5±0,3	4,4±0,1		3,6±0,5	3,9±0,4	
p (II)	0,34			0,36			0,53		

разницы, в I группе он увеличился до 5,0±1,5 против 4,1±2,5 мм во II группе.

Результаты обследования по методике САН представлены в таблице 2.

Следует отметить, что средние тестовые значения по шкале «самочувствие» в основной группе после лечения повысились на 8% (+0,4 балла), тогда как в контрольной группе — лишь на 3,9% (+0,2 балла). Показатели по шкале «активность» в основной группе продемонстрировали более выраженную положительную динамику — достоверное повышение — на 21,9% (+0,9 балла). Пациентки контрольной группы по данному критерию не имели подобных изменений — их показатели практически не изменились ( $p_{I-II} > 0,05$ ). Наиболее значимые результаты были получены по шкале «настроение»: средний балл вырос на 25,6% в основной группе (+1,0 балл). В группе контроля была зафиксирована незначительная тенденция к увеличению данного показателя.

В ходе комплексной терапии гипоменструального синдрома у пациенток происходило позитивное влияние на некоторые психоэмоциональные характеристики, при этом наиболее выраженные изменения касались активности и общего фона настроения, что можно рассматривать как следствие удовлетворенности динамикой изменений внешнего вида (снижение массы тела) и нормализации менструальной функции.

Таким образом, добавление витаминно-минерального комплекса, состав которого циклически изменяется в соответствии с фазами менструального цикла, способствует регуляции работы центрального звена женской репродуктивной системы. Включение биологически активной добавки (БАД) «Цикловита» в комплексную терапию ГСПП повышает темпы восстановления менструального цикла, снижения массы тела, приводит к улучшению общего самочувствия пациенток, что приводит к формированию мотивации на дальнейшее лечение.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Карелин А. А. Большая энциклопедия психологических тестов/М.: Эксмо, 2007. — 416 с.
2. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум/Сост. О. В. Барканова [серия: Библиотека актуальной психологии]. — Вып. 2. — Красноярск: Литера-принт, 2009. — 237 с.
3. Миняйлова Н. Н., Казакова Л. М. Диагностические аспекты гипоталамического синдрома и метаболического синдрома./Педиатрия. — 2002. — №4. — С. 98-101.
4. Орлова С. В., Буштырева И. О., Громова О. А., Никитина Е. А. Коррекция витаминного обеспечения у девушек-подростков при нарушении менструальной функции./Вопросы питания. Том 83, №3. — 2014. — С. 118-119.
5. Сборник психологических тестов. Часть I: Пособие./Сост. Е. Е. Миронова. — Минск: Женский институт ЭНВИЛА, 2005. — 155 с.
6. Смирнов А. Н. Элементы эндокринной регуляции/М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 351 с.
7. Смирнов В. М. Нейрофизиология и высшая нервная деятельность детей и подростков: учебное пособие/М.: Академия: изд. центр, 2000. — 400 с.
8. Уварова Е. В., Громова О. А. Роль циклической витаминотерапии в лечении функциональных расстройств менструального цикла./Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2014. — №5. — С. 43-48.
9. Уварова Е. В., Хашченко Е. П. Гипоталамическая дисфункция: этиопатогенез и клиника (обзор литературы)./Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2010. — №1. — С. 64-75.
10. North K. N., Ouvrier R. A., McLean C. A., Hopkins I. J. Idiopathic hypothalamic dysfunction with dilated unresponsive pupils: report of two cases. J Child Neurol. 1994 Jul; 9 (3): 320-325.

Ю. Я. Лобанов, Л. Ю. Черненко, А. А. Аржанников, Е. А. Нагорный

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА В КЛИНИКЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Уральский государственный медицинский университет  
Детская городская клиническая больница №9  
г. Екатеринбург*

### Аннотация

Представлена статистическая обработка результатов диагностики и лечения аппендикулярных перитонитов у детей (группа 239 пациентов) в возрасте от 6 месяцев до 14 лет за период с 2010 по 2014 год, проведен сравнительный анализ методов лечения открытым способом и с применением эндовидеохирургического лечения.

**Ключевые слова:** аппендицит, перитонит, дети.

Перитонит — самое тяжелое осложнение острого аппендицита. По данным разных авторов, перитонит развивается в 6,2-25,6% случаев острого аппендицита, причем у детей до 3-х лет в 3-4 раза чаще, чем у детей старшего возраста. Аппендикулярный перитонит в детском возрасте занимает первое место по частоте среди перитонитов другого происхождения.

Лечение аппендикулярного перитонита остается одной из сложнейших проблем детской хирургии. Микробная агрессия, нарастающая эндогенная интоксикация, угнетение защитных сил организма, развитие синдрома полиорганной недостаточности, серьезные нарушения гомеостаза при аппендикулярном перитоните создают непосредственную угрозу для жизни больного.

**Цель работы** — статистическая обработка непосредственных результатов диагностики и лечения аппендикулярных перитонитов у детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет.

В клинике детской хирургии УГМУ на базе отделения гнойной хирургии МАУ ДГКБ №9 за период с 2010 по 2014 гг. пролечено 239 больных с деструктивным аппендицитом, осложненным перитонитом, что составило 15,9% от всех больных с острым аппендицитом. Среди больных преобладали мальчики — 128 (53,6%), девочек — 111 (46,4%).

Подавляющее большинство больных — 77 (32,2%) — были в возрасте от 4-х до 7 лет. В возрасте до 3-х лет пролечено 37 детей (15,5%), от 8 до 10 лет — 60 (25,1%), от 11 до 14 лет — 65 (27,2%). Основными причинами

аппендикулярного перитонита у детей является: несвоевременное обращение родителей за медицинской помощью (62,5%), диагностические ошибки врачей (37,5%). Большинство детей поступило в поздние сроки заболевания (более 24 часов) — 218 больных (91,2%).

В нашей клинике используется классификация перитонитов, принятая на Всероссийской научно-практической конференции РАСХИ в 2005 г. (Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям). В структуре неотграниченных перитонитов выделяют разлитой перитонит — 67 (28%), местный — 46 (19%). Отграниченный перитонит был диагностирован у 126 больных (53%). Среднее пребывание больных с перитонитом составило 16,4 койко-дней.

При поступлении в отделение дети обследуются согласно общему плану. В первую очередь это общий осмотр, общий анализ крови, общий анализ мочи. При необходимости используются дополнительные методы обследования — биохимия крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Всем больным проводилась предоперационная подготовка. Критерием подготовки являлась стабилизация основных показателей: снижение температуры, восстановление почасового диуреза, подъем центрального венозного давления до субнормальных цифр и восстановление центрального и периферического кровообращения.

Все больные оперированы. Методы лечения, которые мы применяем при аппендикулярном перитоните: лапароскопическое