

У всех детей через 4-5 часов после инъекции Интрона А отмечался побочный эффект в виде гриппоподобного состояния, которое купировалось парацетамолом. Доза Интрона А не менялась. Как правило, после 3-4 инъекций повышения температуры, головной боли, слабости у детей не регистрировалось.

За 6 месяцев наблюдения самочувствие этих детей улучшалось: уменьшались размер и плотность печени, селезенки, не отмечались носовые кровотечения, нормализовались трансаминазы (АлТ, АсТ, ГГТП). ПЦР, проведенная через 6 месяцев лечения Интроном А, у всех детей была отрицательной.

Таким образом, используя Интрон А у детей школьного возраста, страдающих хроническим вирусным гепатитом С, мы получили положительный эффект при шестимесячном курсе лечения. Между тем, наблюдение за этими детьми продолжается, так же как и набор клинического материала с использованием тестов на активность (стадия репликации) патологического процесса в печени.

Синдромальная характеристика желчнокаменной болезни у детей

А. М. Чередниченко, Н. А. Цап, С. А. Ельцова, И.Е. Цион,
Е.Г.Холманских

Кафедра педиатрии ФУВ, УГМА
Консультативная поликлиника ГДМБ № 9

Желчнокаменная болезнь - заболевание, характеризующееся образованием камней в желчном пузыре, реже в желчных протоках. Ее рассматривают как состояние нарушения холестеринового обмена, эволюционную фазу более ранних заболеваний желчных путей, а именно дискинезии, дискринии, дисхолии - факторов, обычно сочетающихся один с другим. До недавнего времени считалось, что желчнокаменная болезнь у детей встречается редко. Однако, в связи с обострившейся экологической ситуацией, желчнокаменная болезнь приобретает тенденцию к нарастанию частоты распространения. Так, если в 1995 году мы наблюдали 17 детей, то в 1996 году - 25 детей и в 1997 году - 44 ребенка. Возраст наблюдаемых детей составляет от 3 до 14 лет.

Клиническая картина желчнокаменной болезни у детей отличается многообразием. Целесообразно выделять два клинических варианта. Один из них характеризуется периодическими приступами болей в животе. Боли появляются после еды, при физической нагрузке,

и, как правило, проходят самостоятельно. Нередко обнаруживается и другой вид болевого синдрома - периодически повторяющиеся приступы типа желчной колики. При этом боли появляются внезапно, очень интенсивные, локализуются в правом подреберье. Во время приступа больной принимает вынужденное положение. Лицо бледное, покрыто мелким потом, язык обложен, слизистая полости рта сухая. Отмечаются тахикардия, одышка. Может быть субфебрильная температура. При пальпации живота определяется защитное напряжение мышц в области правого подреберья. Приступ желчной колики является прямым показанием для госпитализации в хирургическое отделение.

Боли в животе в ряде случаев сопровождаются диспепсическими расстройствами, объединенными в диспепсический синдром. В этих случаях характерными признаками являются тошнота и рвота, не приносящая облегчения. Наблюдается непереносимость жирной пищи. В ряде случаев у больных отмечаются дисфункции кишечника со склонностью к запорам. Через несколько часов после приступа боли у больных появляется острая обтурационная желтуха. Она является следствием достаточно продолжительной закупорки общего желчного протока камнем или слизистой пробкой. Обтурацию может вызвать также воспалительный отек слизистой оболочки общего желчного протока. Если приступы желчной колики не возобновляются, желтуха исчезает самостоятельно, в межприступном периоде можно обнаружить субиктеричность кожи, склер, слизистых оболочек, что объясняется явлениями холестаза.

Наряду с описанными синдромами у больных с желчнокаменной болезнью обнаруживается синдром хронической интоксикации. Клинические признаки этого синдрома проявляются быстрой утомляемостью, снижением аппетита, плаксивостью, раздражительностью. Дети отмечают плохой сон, головные боли, снижение памяти, что указывает на наличие вегетососудистой дистонии.

Другая, более распространенная форма желчнокаменной болезни не сопровождается приступами болей в животе. Из 44 детей, наблюдаемых нами, имели именно такую форму 30 больных, т.е. у большинства этих больных жалобы на боли в животе приступообразного характера отсутствовали. Они имели характер тупых малоинтенсивных, не связанных с приемом пищи. Для купирования болей не требовалось применения лекарственных препаратов. Вместо диареи больные отмечали запоры различной

длительности. Выраженной иктеричности кожи не наблюдалось, симптомы хронической интоксикации отсутствовали, а такое симптоматическое течение болезни приводит к ее поздней диагностике. В некоторых случаях камень в желчном пузыре обнаруживается случайно.

Тактика лечения больных желчнокаменной болезнью строится с учетом ее тяжести. Назначается этапное лечение больных в специализированном гастроэнтерологическом отделении ГДМБ №9 с консультацией хирургов и далее диспансерное наблюдение, осуществляемое также гастроэнтерологом и хирургом. Такая методика лечения и диспансеризации отработана в ГДМБ 9 и заключается в следующем: дети осматриваются каждые 3-6 мес. с контролем УЗИ. Оценивается состояние ребенка, эффективность консервативной терапии, при необходимости устанавливаются показания к оперативному лечению, основными критериями при этом являются жалобы больного. Если ребенка не беспокоят частые приступообразные боли в животе (желчная колика), при наличии конкрементов не более 0,6 см в диаметре, показания к операции относительные.

Абсолютными показаниями к оперативному лечению являются постоянный болевой синдром, осложнения желчнокаменной болезни, в частности отключенный желчный пузырь, обтурационная желтуха, деструктивный холецистит.

С 1995 года при хирургическом лечении желчнокаменной болезни у детей активно применяется малоинвазивная методика - лапароскопическая холецистэктомия. При отсутствии показаний к оперативному лечению больным проводилось консервативное лечение, включающее лечебное питание, соответствующее диагнозу, т.е. 5 -а лечебный стол, обогащенный белковыми продуктами.

Специфическая терапия проводилась препаратами хенодезоксихолевой кислоты (хенофальк, хеносан, хенохол), назначаемыми в дозе 15 мг/кг в сутки в 2 приема, длительностью 3-15 мес. Проводимое лечение контролировалось УЗИ органов брюшной полости. Наблюдалось несколько групп детей. В ходе лечения была установлена неоднозначная эффективность. Так у 12 больных в течение 3-15 мес. наблюдалась положительная динамика, заключающаяся в растворении мелких камней или их измельчении. В то же время у четырех больных препараты хенодезоксихолевой кислоты были отменены, поскольку у двух человек терапия не дала эффекта, т.е. размеры конкрементов не уменьшились в течение 8 мес., у двух детей препараты были отменены вследствие появления

аллергической реакции по типу крапивницы в первую неделю приема. У группы детей (9 больных) мы использовали препарат холагогум комбинированный препарат растительного происхождения, обладающий желчегонным эффектом, улучшающий обмен веществ в клетках печени, способствующий растворению холестерина, входящего в состав желчных камней. Препарат назначался в возрастных дозировках. Длительность терапии составляла 3 мес. Побочных реакций после приема препарата не наблюдалось, однако литолитический эффект был отмечен только в одном случае. У остальных детей (9 из 44 больных), описываемая терапия не применялась в связи с наличием противопоказаний (язвенная болезнь, тяжелые поражения печени, возраст до трех лет, ДЦП и др.).

Этих больных мы продолжаем вести консервативно, совместно с хирургами, назначая фитотерапию, биологически активные препараты и периодически препараты - ферменты.

Энергоинформационное копирование иммунотропных препаратов

И.А.Тузанкина, С.В.Швецов, О.А.Синявская, Л.А.Уфимцева

Кафедра детских болезней, УГМА

Областная детская клиническая больница № 1

На современном этапе развития медицины большое значение приобретает поиск методов терапии, обладающих наименьшими побочными эффектами. Становятся популярными нетрадиционные методы. Наибольший интерес вызывает метод Р.Фолля, представляющий собой синтез электропунктурной диагностики, гомеопатии и других способов воздействия на организм (Гойденко В.С., 1998; Hyodo M.D1975; Tiller W.A., 1987). В гомеопатии наиболее интересными и малоизученными являются препараты, получаемые путем энергоинформационного копирования или переноса.

Известно, что материальное действие лекарственных веществ на живые организмы определяется непосредственным молекулярным контактом и излучением, исходящим из массы вещества, распространяясь подобно волнам, часть энергии материальных объектов подставлена в виде поля. Это излучение, направленное на другой материальный объект, приводит к тому, что часть энергии излучения поглощается им и он приобретает свойства