

рапию (парэнгерально вит. В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>). физиолечение, больному был назначен вобэнзим из расчета 1 таблетка на 6 кг веса в три приема за 30-40 мин до еды

Через 3 недели у больного уменьшились симптомы интоксикации исчезла пастозность. Через 1 месяц величина протенинурии составила 0,9 г/д эр. - 30-50 в п/зр. общий белок крови - 60 г/л.

Продолжительность лечения вобэнзимом в указанной дозе составила 4,5 мес.

Проведенное контрольное исследование через 4,5 мес. обнаружило ребенка хороший аппетит, уменьшение вздутия живота. Уровень белка и холестерина сыворотки крови, реологические свойства - нормализовались. Протенинурия - 0,5 г/сутки, гематурия - 8-12 в п/зр. По данным УЗИ - почки варьант возрастной нормы.

Побочного действия вобэнзима не отмечено.

В настоящее время ребенок получает препарат в половинной дозе от лечебной в течение 1,5 мес. Наблюдение за ним продолжается.

Полученная положительная клинико-лабораторная динамика в результате многомесячного приема вобэнзима у больного с наследственным нефритом (синдромом Альпорта) неполным нефротическим синдромом позволяет рекомендовать этот препарат в терапию больных с указанной патологией наряду с рекомендуемой ранее (М. С. Игнатова и соавторы, 1996 г.): антикоагулянты, дезагреганты, активаторы метаболизма (АТФ, ККБ), липотропные, гипербарическая оксигенация.

Системная энзимотерапия является альтернативой лечения с использованием дслагила больных с наследственным нефритом.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КСИДИФОНА И ЦИСТОНА У ДЕТЕЙ С ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**Сафронова Л.Е.**

Актуальность исследований по проблеме терапии обменных нефропатий у детей обусловлена тем, что в неблагоприятной экологической обстановке наблюдается рост этих заболеваний. - -

Частота обменных нефропатий в средней полосе России составляет 31,7 %. Опасность обменных нефропатий заключается в том, что они могут трансформироваться в мочекаменную болезнь, требующую оперативного лечения.

Для определения эффективности ксидифона и цистона при лечении детей с доклинической стадией мочекаменной болезни было проведено лечение 30 детям в возрасте от 5 до 12 лет с дизметаболическим вариантом тубу-

лоинтерстициального нефрита, с оксалатно-кальциевым - 25 больных и моче-кислым - 5 больных.

Семейный анамнез у наблюдаемых детей был отягощен болезнями нарушенного обмена веществ (МКБ, желчнокаменной болезнью, подагрой, артритом и др.) в 3-4 поколениях. Все дети проживают в районах Свердловской области с кризисной экологической ситуацией: Первоуральск, Кировград, Красноуральск, Нижний Тагил, Екатеринбург и др.

Заболевание у 2/3 детей было выявлено случайно и лишь в 1/3 случаев при проведении прицельного обследования по поводу периодической боли в животе или дизурических явлений.

При объективном осмотре обращало на себя внимание наличие более 5 малых висших аномалий развития, в ряде случаев сочетающихся с аномалиями развития мочевыводящих путей, симптомов полигиповитаминоза в виде сухости и шелушения кожи, очаговой гиперпигментации, обложенности языка, ангулярного стоматита. Наблюдалась тенденция к артериальной гипотензии.

При обследовании у больных выявлялась минимальная протеннурия, микрогематурия и абактериальная лейкоцитурия.

Отмечалась высокая удельная плотность мочи (1028 - 1034). Положительный скрининг-тест на выявление липидурии (по методике Э. А. Юрьевой) выявлен у большинства больных. Кристаллурия солей была постоянной, при световой микроскопии количество кристаллов, их размеры превышали норму в 3-5 раз, наблюдались агрегаты кристаллов. У 15% больных оксалатно-кальциевая кристаллурия сочеталась с гипероксалурией, определяемой биохимическим методом (Г. А. Сиворинский, 1969).

При поляризационно-оптическом исследовании мочи в большом количестве были обнаружены двулучепреломляющие структуры: игольчатые кристаллы, сферолиты, сферодендриты, отражающие процессы мембранолиза клеток почечных канальцев. Риск камнеобразования оценивался по методике «Литос» (Моники, 1997 г.). У всех наблюдаемых детей определялась активность процесса камнеобразования в мочевых путях: умеренно выраженная  $r = 0,7$  или высокая  $r = 0,3$ . На фоне диетотерапии и высокожидкостного питьевого режима при оксалатно-кальциевой кристаллурии проводилась монотерапия отечественным препаратом из группы дифосфонатов - ксидифоном в виде 2% водного раствора в дозе 3 мг/кг/сут в 3 приема. При мочекаменной болезни цистеном - по 1 таблетке 2-3 раза в день (в зависимости от возраста).

Продолжительность терапии при указанных методах лечения составила 1-3 месяца. Контроль за лечением осуществлялся путем наблюдения за характером мочевого синдрома, проведением теста на липсурию, поляризационно-оптического исследования мочи и теста, учитывающего активность процесса камнеобразования.

В процессе лечения отмечалось уменьшение мочевого синдрома, количества и размеров кристаллов солей, отсутствие их агрегатов, улучшение

показателей стабильности цито-мембран почечных канальцев, уменьшении активности процесса камнеобразования в мочевых путях.

Ксидифон и цистон оказались высоко эффективными у большинства детей с доклинической стадией МКБ. У остальных больных имелось снижение активности процесса камнеобразования. Побочных эффектов при приеме указанных препаратов мы не отмечаем.

Таким образом, наши наблюдения указывают на целесообразность использования ксидифона и цистона в педиатрической нефрологической практике. Эти препараты могут быть рекомендованы в качестве безопасного средства терапии больных с доклинической стадией мочекаменной болезни с целью профилактики формирования конкрементов в мочевых путях.

## **ЭФТИЛИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДЕВОЧЕК С СИНЕХИЯМИ**

**Аскерова М.Г., Чиркова Л.В., Ангерчик С.В.**

Синехии – это сращение малых и больших половых губ. Синехии выявляются в любом возрасте, но чаще они встречаются у девочек в возрасте от 1 года до 7 лет. Среди девочек, посетивших кабинет детского гинеколога ДГКМБ № 9, наибольшую часть составляют дети, страдающие воспалительными заболеваниями гениталий. Структура и частота заболеваемости женских половых органов за последние 3 года представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура и частота заболеваемости женских половых органов у детей

Нозология	1997г.	1998г.	1999г.	Всего за 3 года	
				Абс.	%
Неспецифический вульвовагинит	797	605	403	1805	40,0
Специфический вульвовагинит	89	89	96	274	6,1
Синехии	75	65	118	258	5,3
Другая патология женских половых органов	190	196	191	575	3,7
Всего	115	955	808	2914	65,1

В 1999 г. у 118 девочек были обнаружены синехии половых губ, что составило 14,6%. На консультацию к гинекологу эти дети были направлены нефрологом, урологом, участковым педиатром с патологическим анализом мочи в виде лейкоцитурии, кристаллурии. Иногда предъявлялись жалобы на затрудненное болезненное, малыми порциями мочеиспускание.

Обследование у 118 детей с синехиями было проведено по следующей схеме: опрос и осмотр больного; знакомство с анамнезом родителей (те-