

Труды Всероссийской научно-практической конференции. – СПб, 1997. – С.34-35.

8. Попова Э.М. Морфологическая характеристика фаз активности очагового туберкулеза и туберкулеза легких: Дисс...к.м.н. – Свердловск, 1979. – 146с.

9. Савина Т.А. Лимфаденопатии различной этиологии в клинике туберкулеза периферических лимфатических узлов: Автореф. дисс...к.м.н. – СПб, 1997. – 25с.

10. Харламов А.А. Клинико-морфологическая характеристика туберкулеза периферических лимфатических узлов у населения Челябинской области: Автореф.дисс...к.м.н. – Челябинск, 1999–21с.

11. Чугаев Ю.П., Гринберг Л.М., Чарыкова Г.П. Диагностика туберкулеза периферических лимфатических узлов в педиатрической практике: Метод рекомендации. – Екатеринбург, 1995. – 7с.

12. Чулочникова М.В., Чугаев Ю.П., Гринберг Л.М. Клинико-морфологические аспекты диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов / Актуальные вопросы мониторинга эпидемиологии и деятельности противотуберкулезной службы: Материалы научно-практической конференции. – Екатеринбург, 2004. – С.166-168.

13. Яковлева И.А., Корчмару И.Ф., Богданская Н.И. Диагностика лимфаденопатий – Кишинев: Штиинца, 1984. – 168с.

14. Goel M.M., Ranjan V., Dhole T.N., Srivastava A.N., Mehrotra A., Kushwaha M.R., Jain A. Polymerase chain reaction vs. conventional diagnosis in fine needle aspirates of tuberculous lymph nodes // Acta. Cytol. – 2001. – V.45, N 3. – P.333-340.

15. Perenboom R.M. et al. Clinical features of HIV seropositive and HIV seronegative patients with tubercu-

lous lymphadenitis in Dar es Salaam // Tuberc. Lung Dis – 1995. – V.76, N 5. – P.401-407.

16. Shimoide H., Murata Y., Kusajima K., Oishi F., Hiraayama N., Takano T., Salo N. The status of extrapulmonary tuberculosis in community hospital // Kekkaku. – 1994. – V.69, N 8. – P.512-525.

М.Ю. Шиммакова, А.М. Чердниченко, С.В. Татарева, С.Ю. Захарова

ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ ДИСТОНИИ У ШКОЛЬНИКОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Уральская государственная медицинская академия, Городской детский кардиоревматологический центр

Основным направлением педиатрической службы является профилактическое, включающее в себя выявление детей, предрасположенных к развитию сердечно-сосудистой патологии. В этом плане наиболее уязвимыми являются подростки. С учетом сказанного, целью нашей работы – обследование подростков, обучающихся в обычной общеобразовательной школе, и подростков из специализированной школы-интерната для глухих и слабослышащих детей.

Первая группа обследованных включала в себя 55 практически здоровых школьников 13-15 лет. Вторая группа состояла из 90 подростков 12-18 лет, страдающих врожденной и приобретенной сенсоневральной глухотой. Возрастно-половой состав представлен в табл.1.2.

Таблица 1

Группа 1

Возраст. лет	Девочки		Мальчики	
	Абс. число	%	Абс. число	%
13-15	36	65,5	19	34,5

Таблица 2

Группа 2

Возраст. лет	Девочки		Мальчики	
	Абс. число	%	Абс. число	%
12-13	20	22,2	24	26,7
14-15	20	22,2	6	6,7
16-18	10	11,1	10	11,1
Всего	50	55,5	40	44,5

Таблица 3

Структура вариантов ВСД у подростков групп 1 и 2

Тип ВСД	1 группа		2 группа	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Ваготонический	14	25,5	42	46,6
Симпатико-тонический	13	23,6	24	26,7
Жалоб нет, вегетативные проявления минимальны	23	41,8	0	0
Смешанный	5	9,1	24	26,7
Всего	55	100	90	100

Как видно из таблиц, среди обследованных преобладали девочки как в группе 1, так и в группе 2.

Клинические варианты вегето-сосудистой дистонии оценивались по следующим критериям:

1. жалобы;
2. артериальное давление и ЧСС;
3. результаты ортопробы и пробы с физической нагрузкой;
4. дермографизм и другие кожные проявления;
5. аускультативная картина со стороны сердца.

Данные объективного обследования дополнялись

1. сбором анамнеза для выяснения наличия фоновой и сопутствующей патологии, а также отягощенной наследственности по сердечно-сосудистой патологии;

2. скрининг ЭКГ;
3. скрининг ЭХО-КГ.

Данные обследования отражены в табл. 3.

Как видно из таблицы, в 1 группе преобладали дети, не имеющие жалоб – 41,8%, которые клинически имели минимальные вегетативные проявления, не позволяющие отнести их к какому-либо из вариантов ВСД. Во второй же группе выявлялись дети с каждым из вариантов ВСД, среди которых жалобы имели все.

Наряду с этим в группе практически здоровых у 25,5% определялся ваготонический тип вегето-сосудистой дистонии; почти у такого же числа детей – 23,6% - симпатикотонический тип и в единичных наблюдениях – 9,1% - смешанный тип ВСД.

Иная картина была выявлена у детей с сенсоневральной глухотой.

Все эти дети имели клинические проявления вегето-сосудистой дистонии. При этом почти у половины из них была ваготония (46,6%), почти в 2 раза реже – симпатикотония (26,7%), и очень часто имел место смешанный тип вегето-сосудистой дистонии (26,7%).

В обеих группах дети предъявляли жалобы на:

- слабость, утомляемость;
- головные боли, чаще после физических либо эмоциональных нагрузок;
- кардиалгии;
- потливость;
- глубокие вдохи;
- обмороки;
- головокружение и потемнение в глазах при резком переходе в орто-положение.

Как уже было сказано, у детей 1 группы в 41,8% жалобы отсутствовали, а во 2 группе они имелись у 100% детей.

В анамнезе у детей 1 группы выявлялся целый ряд неблагоприятных факторов, являющихся основой для формирования вегето-сосудистой дистонии. Среди них имелись:

1. перинатальные поражения ЦНС различного генеза 65%;
2. частые ОРВИ и ангины - 50%;
3. заболевания органов пищеварения - 75%;
4. заболевания почек - 8%;
5. хронические заболевания ЛОР-органов - 6%;
6. ожирение - 3%;
7. отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы 44%.

Во 2 группе были проанализированы причины сенсоневральной глухоты у детей. Получены были следующие данные:

- На 1 месте в структуре причин по частоте стояла родовая травма, асфиксия, гипоксия в родах – 31,1%

- На 2 месте, в 28,9% случаев, наблюдалась наследственная сенсоневральная глухота (СНГ).

- На 3 месте – СНГ вследствие перенесенной внутриутробной инфекции – 14,4%.

- На 4 месте – СНГ вследствие перенесенного менингита – 12,2%.

- В 6,7% случаев имелось указание на прием матерью во время беременности ототоксических препаратов с целью лечения какой-либо патологии.

- В 6,7% случаев, причина СНГ была не ясна.

По нашему мнению, факторы риска развития сенсоневральной глухоты одновременно являлись и факторами риска для развития вегето-сосудистой дистонии.

С целью сравнения частоты встречаемости ВСД, нами было проведено распределение выявленных вариантов ВСД по половому признаку, что представлено в табл.4.5.

Из табл.4 видно, что в 1 группе имеет место значительное преобладание всех вариантов ВСД среди мальчиков, в то время как среди девочек более половины – 52,8% считали себя здоровыми и имели минимальные клинические проявления ВСД.

Во второй же группе (табл.5) можно говорить о примерно одинаковой встречаемости вариантов ВСД у мальчиков и девочек.

Всем обследованным детям было проведено электрокардиографическое исследование, результаты которого имели следующий вид.

Таблица 4

Распределение типов вегето-сосудистой дистонии по половому признаку в группе 1

Тип ВСД	Всего	Девочек		Мальчиков	
		Абс.	%	Абс.	%
Ваготония	14	8	22,2	6	31,6
Симпатикотония	13	7	19,4	6	31,6
Смешанный тип	5	2	5,6	3	15,8
Минимальные проявления	23	19	52,8	4	21,0
Всего	55	36	100	19	100

Таблица 5

Распределение типов вегето-сосудистой дистонии по половому признаку в группе 2

Тип ВСД	Всего	Девочек		Мальчиков	
		Абс.	%	Абс.	%
Ваготония	42	23	46	19	47,5
Симпатикотония	24	14	28	10	25
Смешанный тип	24	13	26	11	27,5
Всего	90	50	100	40	100

Таблица 6

Результаты ЭКГ у детей групп 1 и 2

Выявленный ЭКГ-признак	1 группа, 55 чел.		2 группа, 90 чел.	
	Абс.	%	Абс.	%
1. С-А блокада 2 ст. лежа	2	3,6	3	3,3
2. Предсердный ритм лежа	5	9,1	28	31,1
3. Миграция водителя ритма по предсердиям лежа	5	9,1	5	5,6
4. Синусовая брадикардия лежа	7	12,7	10	11,1
5. Синдром ранней реполяризации желудочков	7	12,7	11	12,2
6. А-В блокада I степени	1	1,8	2	2,2
7. Суправентрикулярная экстрасистолия	1	1,8	2	2,2
8. Феномен укороченного PQ	1	1,8	1	1,1
9. Синусовая тахикардия	9	16,4	15	16,7
10. Метаболические изменения в миокарде (ST-T)	7	12,7	25	27,8
11. Изменения сочетанные	15	27,3	43	47,8
12. ЭКГ в норме	23	41,8	0	0

Таблица 7

Данные ЭХО-КГ у детей групп 1 и 2

Феномен ЭХО-КГ	1 группа, 55 чел.		2 группа, 90 чел.	
	Абс.	%	Абс.	%
ПМК I ст.	2	3,6	2	2,2
Митральная регургитация I ст. без провисания	10	18,2	1	1,1
Множественные ДХЛЖ	15	27,3	24	26,7
Единичные ДХЛЖ (косые, базально-папиллярные)	3	5,5	25	27,8
ДХЛЖ апикальные	15	27,3	19	21,1
ЭХО-КГ без особенностей	10	18,2	19	21,1

Из таблицы видно, что изменения на ЭКГ обладали у детей с сенсоневральной глухотой. Последнее настораживает, поскольку эти дети никогда не осматривались ранее кардиоревматологом, и им не проводилось ЭКГ. Соответственно, они не получали необходимого лечения.

Изменения на ЭКГ были обнаружены в 100% случаев у подростков 2 группы и почти в 60% у школьников 1 группы.

Также всем обследованным было проведено ЭХО-КГ. Были получены следующие данные:

Органических изменений со стороны сердца мы не выявили.

Кардиальными изменениями у обследованных детей были, преимущественно, единичные или множественные дополнительные хорды левого желудочка

и в единичных случаях – пролапс митрального клапана I степени, указывающие на наличие синдрома соединительно-тканной дисплазии.

Выводы

1. У детей подросткового возраста, посещающих общеобразовательные школы часто, а у подростков с сенсоневральной глухотой у всех выявляются проявления вегето-сосудистой дистонии.

2. 60% практически здоровых школьников и 100% детей, страдающих сенсоневральной глухотой, имеют изменения на ЭКГ.

3. С учетом распространенности вегето-сосудистых дистоний всем подросткам необходимо проведение скрининг-диагностики, включающей:
- измерение артериального давления с проведением пробы с физической нагрузкой,

- проведение электрокардиографии,
- проведение ЭХО-кардиографии.
- 4. При выявлении симптомов ВСД у подростка, ему требуется наблюдение кардиолога, дообследование и лечение совместно с педиатром и включение его в группу риска по формированию сердечно-сосудистой патологии.
- 5. Лечение фоновой и сопутствующей патологии следует проводить параллельно с лечением вегето-сосудистой дистонии.

УДК 615.322.012

А.А. Шеголев, А.И.-Нажар Абдуллах А.И.,
Л.П. Ларионов, Н.Б. Башкирова, С.И. Абакумов

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНОЛОГИИ И БИОХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ КОМПЛЕКСОВ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ИЗ ПЛОДОВ РАСТЕНИЙ СЕМЕЙСТВА РОЗОЦВЕТНЫХ И ЖИМОЛОСТНЫХ

Уральская государственная медицинская академия,
Уральский государственный лесотехнический университет

Важнейшей задачей фармацевтической науки является создание новых безопасных и высокоэффективных лечебных препаратов, получаемых из растительного сырья. В настоящее время в медицинской практике применяются лишь ограниченный набор препаратов, получаемых из плодов растений семейства розоцветных и жимолостных. Поэтому в химико-фармацевтической отрасли эта проблема актуальна и необходима для поиска комплексной переработки плодов шиповника коричного и калины обыкновенной с получением фармакологически активных лекарственных субстанций [1].

Наиболее целесообразным с точки зрения создания безотходных и экологически безопасных технологий является способ переработки плодов шиповника, включающий сублимационное обезвоживание свежезаготовленных плодов с последующим тонкодисперсным дроблением в среде жидкого азота для получения криопророщка, имеющего патентованное наименование «Фитокрип» [2]. Полученный продукт фитокрип плодов шиповника может использоваться в качестве фармакологически активной субстанции для

получения таблетированной биологически активной добавки в фармпрепаратах. Фитокрип также используется для выделения липофильного комплекса путем его извлечения жидкой углекислотой. Экстракция из лекарственного растительного сырья сжиженным газом имеет несомненные преимущества, так как позволяет получать липофильный комплекс в неизменном, нативном виде. На заключительном этапе, при снятии повышенного давления экстрагент полностью испаряется в атмосферу. Полученный липофильный комплекс, состоящий из линолевой (58%), линаленовой (14%), олеиновой (20%), пальмитиновой (5%), арахидоновой (2,2%), миристиновой (1,2%), стеариновой (0,3%) кислот, содержит каротиноиды — не менее 50 мг% и токоферолы — не менее 40 мг%.

Углекислотный экстракт плодов шиповника показан в качестве средства, которое стимулирует неспецифическую резистентность организма, усиливает регенерацию тканей и оказывает общеукрепляющее действие. При разработке технологии производства CO₂-экстрактов из плодов шиповника в виде получения абсолютного масла для фармацевтической, медицинской и пищевой промышленности значительное внимание было уделено качеству биологической активности целевого продукта. Сравнительный анализ литературных данных и исследований по биохимии плодов шиповника показывает, что наибольший практический интерес представляют природные каротиноиды и красящие пигменты (табл. 1).

Продукт, получаемый по данной технологии — масло шиповника (каротиноидный комплекс) — обладает следующими характеристиками (табл. 2, 3).

Сравнительный анализ биохимического состава плодов шиповника, фитокрипа и масла шиповника свидетельствует, что разработанная технология позволяет сохранить практически весь комплекс нативных биологически активных веществ этого вида плодов. При этом следует отметить, что по данным экспериментальных и клинических исследований в НИИ Фармакологии наибольший фармакологический эффект обусловлен совместным действием флавоноидов, каротиноидов и антиоксидантов. Кроме того, результаты наших исследований позволяют рекомендовать полученное масло шиповника не только для применения в фармакологической и медицинской промышленности, но и для разработки биологически активных добавок к пище и косметических изделий [3].

Таблица 1

Влияние криогенно-сублимационной сушки на сохранение биологически активных веществ плодов шиповника

Химический состав	Содержание г/100 г сухих веществ		Потери
	Свежие плоды	Фитокрип	
Углеводы	24,5	24,3	0,8
Органические кислоты	13,7	13,1	4,4
Пектины	17,7	17,3	2,9
R-активные фенольные вещества (биофлавоноиды)	9,8	9,2	6,1
Каротиноиды	7,9	7,5	4,8
Аскорбиновая кислота	0,4	0,38	5,0