

До назначения смеси «Хипп 3» у части детей имелась склонность к запорам, которая исчезла на фоне приема смеси.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что использование в рационе питания детей раннего возраста молочной смеси Хипп 3 оказывает выраженное прямое влияние на показатели фосфорно-кальциевого обмена (от $r = +0,52$ до $r = +0,97$). На фоне проводимой коррекции произошло достоверное увеличение показателей нонитированного кальция ($p < 0,001$), суточной экскреции кальция с мочой ($p < 0,005$), снизился уровень щелочной фосфатазы ($p < 0,05$).

Все вышеизложенное дает основание рекомендовать включение молочной смеси «Хипп 3» в ежедневный рацион детей раннего возраста для поддержания необходимого уровня показателей минерального обмена. Молочный напиток «Хипп 3» является хорошей альтернативой таблетированным витаминно-минеральным комплексам для этой возрастной группы. Данный продукт может использоваться в питании здоровых детей раннего возраста как в домашних условиях, так и в условиях организованных коллективов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Спиричев В.Б. Роль витаминов и минеральных веществ в остеогенезе и профилактике остеопатии у детей // Вопросы детской диетологии. 2003; 1(1): 40-49.
2. Рожинская Л.Я. Системный остеопороз: Практическое руководство для врачей. - М., 2000, 196.
3. Зелинская Д.И., Ладоко К.С., Конь И.Я. Организация питания детей в Российской Федерации: проблемы и пути решения // Российский вестник перинатологии и педиатрии 1998, 6: 6-9.
4. Прилеткина И.А. Алиментарная коррекция состояния здоровья детей со сниженной резистентностью в дошкольных учреждениях: Автореф. дисс. ...к.м.н. - М., 2001.
5. Конь И.Я. Некоторые актуальные проблемы современной детской диетологии (нутрициологии) // Вопросы детской диетологии/ 2003; 1(1): 8-15.
6. Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения СССР. Министерство здравоохранения СССР. - М., 1991.
7. Воронцов И.М. Проблемы питания детей в возрасте 1-3 лет и пути их решения // Вопросы детской диетологии. 2004; 2 (2) 33-36.
8. Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D and Fluoride. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC, 1997.

И.А. Семпшева, А.М. Чердынченко,
С.В. Татарева, Е.С. Козлова

МЕСТО КАРДИАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Городской детский кардиоревматологический центр МУ ДТБ № 11,
Уральская государственная медицинская академия

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают одно из первых мест в структуре заболеваний взрослого населения России и в значительной степени определяют уровень смертности и утраты трудоспособности (Школьниково М.А., 2000).

Большинство заболеваний сердца и сосудов формируются длительно и склонны к хроническому течению. Истоки многих изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у взрослых следует искать именно в детском возрасте. С учетом актуальности проблемы, мы поставили задачу – исследовать детей дошкольного и школьного возраста, не состоящих на диспансерном учете у педиатра-кардиолога, выявить прогностически неблагоприятную симптоматику и дать рекомендации по дальнейшему наблюдению.

Было обследовано 67 детей, среди которых в возрасте 4-5 лет было 22 ребенка и 14-15 лет – 45 детей. Анализу подлежали данные анамнеза, объективного осмотра с определением частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления. Всем детям проводилось электрокардиографическое исследование на одноканальном электрокардиографе, ультразвуковое исследование на аппарате SIEMENS SONOLINE SL 450.

У ближайших родственников почти всех детей встречались гипертоническая болезнь, инфаркты миокарда, ревматизм, нарушения сердечного ритма различной степени тяжести. По врожденным порокам сердца наследственность была не отягощена.

Перинатальные факторы риска кардиональных нарушений обследуемых детей представлены в табл. 1.

На приведенной таблице видно, что по анализируемым факторам риска дети дошкольного и школьного возраста существенно не различались. Среди них с наибольшей частотой выделялись такие факторы, как гестоз, респираторная вирусная инфекция во время беременности, заметно реже – угроза прерывания беременности и анемия; в родах – первичная и вторичная слабость родовой деятельности, длительный безводный период, редко – акушерские пособия в родах.

В периоде новорожденности ведущими клиническими симптомами оказались гидроцефально-гипертензионный, нарушения кровообращения в вертебробазиллярном бассейне, двухсторонняя пирамидная недостаточность. Наряду с этим довольно часто выявлялся дисбактериоз кишечника, редко – инфекционно-воспалительные заболевания. В отличие от детей дошкольного возраста, школьники предъявляли однообразные жалобы, среди которых большая часть

указывала на наличие вегето-сосудистой дисфункции, а именно: кардиалгии (колющие, давящие, сжимающие), ощущения перебоев в сердце, сердцебиение при эмоциональной нагрузке, одышка при физической нагрузке, частые глубокие вздохи, укачивание в транспорте, чувство нехватки воздуха, головные боли различной локализации, головокружения, обморочные состояния. Обращал на себя внимание общий и локальный гипергидроз.

Клинические симптомы, выявленные при осмотре детей, представлены в табл. 2.

На приведенной таблице видно, что у всех наблюдаемых детей – и дошкольников, и школьников – выявлялись симптомы хронической интоксикации. В то же время у младшей возрастной группы детей очень часто наблюдались симптомы соединительно-тканной дисплазии и резидуальные явления перинатального повреждения ЦНС. Несколько реже выявлялись клинические симптомы хронических заболеваний органов пищеварения, хроническая ЛОР-

патология и изменения позвоночника (лордоз, сколиоз), а также клинические симптомы паразитоза, редко – часто болеющие дети. Большинство детей дошкольного возраста имели нормостенический тип конституции, значительно реже – астенический и гиперстенический.

Иная клиническая картина выявлялась у осматриваемых детей школьного возраста. У них также имели место симптомы хронической интоксикации. В то же время в 3 раза увеличилось число детей со сколиозом и лордозом. Заметно чаще обнаруживались клинические симптомы хронических заболеваний органов пищеварения и хроническая ЛОР-патология. По-прежнему часто выявлялись дети с симптомами соединительно-тканной дисплазии и клиническими признаками паразитоза. В ряде случаев имели место симптомы эндокринной патологии. Преобладающими были нормостенический и астенический типы конституции, редко – гиперстенический тип.

Таблица 1

Перинатальные факторы риска у обследуемых детей

Перинатальный фактор риска	Наблюдаемые дети, n=67			
	Дошкольники, n=22		Школьники, n=45	
	Абс	%	Абс	%
Гестоз	6	27,2	12	26,7
Угроза прерывания беременности	4	18,1	7	13,3
Анемия	2	9,1	5	11,1
Респираторные инфекции во время беременности	7	31,8	12	26,7
Первичная и вторичная слабость родовой деятельности	6	27,2	14	31,1
Длительный безводный период	6	27,2	14	31,1
Акушерские пособия	2	9,1	5	11,1
Гипертензивно-гидроцефальный синдром	10	45,4	18	40,0
Двухсторонняя пирамидная недостаточность	8	36,4	14	31,1
Нарушение кровообращения в вертебробазиллярном бассейне	10	45,4	21	46,7
Инфекционно-воспалительные заболевания	2	9,1	3	6,7
Дисбактериоз кишечника	12	54,5	18	40,0

Сумма анализируемых признаков превышает 100%, поскольку у одного больного имеет место несколько признаков

Таблица 2

Клинические симптомы у практически здоровых осматриваемых детей

Анализируемый признак	Наблюдаемые дети, n=67			
	Дошкольники, n=22		Школьники, n=45	
	Абс	%	Абс	%
Симптомы хронической интоксикации	22	100	45	100
Хроническая ЛОР-патология	6	27,2	22	48,9
Часто болеющие дети	4	18,1	-	-
Клинические симптомы хронических заболеваний органов пищеварения	12	54,5	29	64,4
Клинические симптомы паразитоза	5	23,0	10	22,2
Резидуальные явления перинатального повреждения ЦНС	18	81,8	-	-
Симптомы соединительно-тканной дисплазии	19	86,4	25	55,6
Клинические симптомы эндокринной патологии	-	-	5	11,1
Сколиоз, гиперлордоз	6	27,2	38	84,8
Нормостенический тип конституции	15	68,1	20	44,4
Астенический тип конституции	4	18,1	19	42,2
Гиперстенический тип конституции	3	13,6	6	13,3

Сумма анализируемых признаков превышает 100%, поскольку у одного больного имеется несколько признаков

Таблица 3

Показатели ЭКГ у практически здоровых обследуемых детей

Анализируемый признак	Наблюдаемые дети, n = 67			
	Дошкольники, n=22		Школьники, n=45	
	Абс.	%	Абс.	%
Без патологии	7	31,8	2	4,4
Синусовая брадикардия	11	50,0	6	13,3
Синоатриальная блокада	-	-	2	4,4
Стойкий предсердный ритм	-	-	1	2,2
Миграция водителя ритма по предсердиям	-	-	8	17,8
Синдром укороченного интервала PQ	1	4,5	-	-
Синусовая тахикардия	3	13,6	8	17,8
Желудочковая экстрасистолия	-	-	1	2,2
Синусовая тахи-брадикардия	-	-	1	2,2
Нарушения процессов реполяризации	-	-	12	26,7
Неполная блокада правой ножки пучка Гиса	3	13,6	15	33,3

Сумма анализируемых признаков превышает 100% поскольку у одного больного имеется несколько признаков

Таблица 4

Показатели ЭХО-КГ у практически здоровых обследуемых детей

Анализируемые признаки	Наблюдаемые дети, n=67			
	Дошкольни- ки, n=22		Школьники, n=45	
	Абс.	%	Абс.	%
Дополнительные хорды левого желудочка (апикальные)	16	72,2	28	62,2
Дополнительные хорды левого желудочка (срединно-апикальные)	4	18,2	5	11,1
Дополнительные хорды левого желудочка (множественные)	2	9,1	8	17,8
Умеренное расширение корня аорты на уровне синуса Вальсальвы	1	4,5	-	-
Провисание передней створки митрального клапана	-	-	31	68,9
Умеренное уплотнение передней стенки или обеих створок митрального клапана	-	-	14	31,1
Пролапс митрального клапана I ст. с митральной регургитацией I ст.	-	-	3	6,7

Сумма анализируемых признаков превышает 100% поскольку у одного больного имеется несколько признаков

Дальнейшим опросом было установлено, что наблюдаемые практически здоровые дети, исключая одного школьника, ранее не осматривались кардиоревматологом, и им не проводилось исследование сердечно-сосудистой системы. В то же время почти у всех детей дошкольного возраста (91,2%) на верхушке сердца выслушивался систолический шум, в ряде случаев – дополнительный третий тон в систолу (23,5%) и сочетание этих симптомов (14,7%). Наряду с этим более чем у половины детей (55,6%) были обнаружены нарушения сердечного ритма (тахи- и брадикардии, экстрасистолия).

В группе подростков аускультативная картина была представлена более разнообразно: хордальный шум (89%), дополнительный третий тон в систолу (36%), сочетание шумовых характеристик (29%), что позволяло заподозрить пролапс митрального клапана (56%). Нередко (51%) нарушения сердечного ритма были выраженными (брадикардия, тахикардия, экстрасистолия), что потребовало проведения инструментального обследования больных.

При наличии таких клинических симптомов интерес вызвали показатели ЭКГ, которые мы проводили всем детям (табл.3).

На представленной таблице видно, что у половины обследуемых детей дошкольного возраста выявлялась синусовая брадикардия, значительно реже обнаруживалась синусовая тахикардия и неполная блокада правой ножки пучка Гиса, у одного ребёнка был выявлен синдром укороченного интервала PQ.

Что касается детей школьного возраста, то только у двух детей на ЭКГ изменения не обнаруживались. Очень часто выявлялись неполная блокада правой ножки пучка Гиса, нарушение процессов реполяризации, синусовая тахикардия и миграция водителя ритма по предсердиям, синусовая брадикардия, а также в единичных наблюдениях синоатриальная блокада, стойкий предсердный ритм, экстрасистолия, синусовая тахи-брадикардия.

Полученные данные ЭКГ требовали проведения ультразвукового исследования сердца (ЭХО-КГ), что и было выполнено у всех осмотренных практически здоровых детей (табл.4).

На представленной таблице видно, что у всех обследуемых детей дошкольного возраста на ЭХО-КГ обнаруживались и признаки тонкой микроаномалии развития сердца такие, как дополнительные хорды

левого желудочка (апикальные, срединно-апикальные, множественные).

На сегодняшний день нет единой точки зрения относительно влияния этой аномалии развития на возникновение нарушения ритма сердца у детей. По литературным данным, дополнительные хорды следует относить к признакам соединительнотканной дисплазии, указывающим на нарушение процессов эмбрионального развития сердца и способным отрицательно влиять на ритмичную деятельность сердца. У одного ребенка было диагностировано расширение корня аорты на уровне синуса Вальсальвы.

Таким образом, среди практически здоровых детей дошкольного возраста одна треть (8 из 22 детей) требовала углубленного обследования и наблюдения кардиоревматологом: один ребенок – с укороченным интервалом PQ, 2 – с множественными аномальными хордами левого желудочка, один – с умеренным расширением корня аорты на уровне синуса Вальсальвы, четверо детей – со срединно-апикальными хордами в полости левого желудочка. Показатели артериального давления у этой возрастной группы детей оказались нормальными.

Более разнообразные изменения ЭХО-КГ были получены у обследуемых детей школьного возраста. Как и у предыдущей возрастной группы детей, у школьников часто обнаруживались дополнительные хорды левого желудочка (апикальные, срединно-апикальные и множественные). Очень часто – провисание передней створки митрального клапана до 1,5-3мм, уплотнение передней створки или обеих створок митрального клапана, в единичных наблюдениях – пролапс митрального клапана I ст с митральной регургитацией I ст.

Таким образом, более чем у половины из числа обследуемых детей (у 29 из 45 школьников), были выявлены изменения на ЭХО-КГ, требующие углубленного обследования и наблюдения кардиологом: 3 детей – с ПМК, 8 школьников – с множественными дополнительными хордами левого желудочка, 2 детей – с синусовой блокадой, 8 школьников – с миграцией водителя ритма по предсердиям, 6 детей – с выраженной синусовой брадикардией и 2 школьника – с желудочковой экстрасистолией и стойким предсердным ритмом.

Наряду с изменениями на ЭХО-КГ и ЭКГ были выявлены также и колебания артериального давления, артериальная гипертензия в покое (4 детей), патологический прирост артериального давления при физической нагрузке (2 школьника) и низкое артериальное давление (3 детей).

Выводы

1. У практически здоровых детей дошкольного и школьного возраста, имеющих в анамнезе резидуальные явления перинатального повреждения ЦНС, ЛОР-патологию, клинические симптомы хронических заболеваний органов пищеварения, симптомы соединительнотканной дисплазии и изменения осанки, наличие сколиоза и гиперлордоза необходимо проводить электрокардиографическое исследование с целью диагностики нарушения ритма сердца.

2. Все практически здоровые дети с нарушениями ритма сердца подлежат ЭХО-КГ исследованию.

3. С учётом клинических наблюдений, ЭКГ и ЭХО-КГ исследованиями педнатр-кардиоревматолог определяет программу реабилитационных мероприятий и необходимость повторного обследования.

В.В. Фомин, Е.Е. Тункина, И.Ю. Горельшова, Ю.Г. Лагерева, Е.Б. Сабурова, Е.Ю. Старокорова, Н.А. Бацкалевич

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЦИКЛОВИРА И АНАФЕРОНА ДЕТСКОГО ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ У ДЕТЕЙ

Уральская государственная медицинская академия, МУ «Городская клиническая больница № 40», Диагностический центр (лабораторной диагностики ВИЧ, инфекционной патологии, болезней матери и ребенка)

Заболеемость инфекционным мононуклеозом за последние десятилетия возросла более чем в 4 раза [2,3]. Широко распространение заболевания, наличие латентной и хронической форм болезни свидетельствуют о целесообразности изучения иммунного статуса у пациентов с этой инфекцией и разработки адекватной этиотропной терапии и иммунокоррекции [5]. В настоящее время наиболее изученным и имеющим практическое значение методом противогерпетической химиотерапии является лечение ациклическими нуклеозидами [4]. Однако вопрос эффективности применения ацикловира при инфекционном мононуклеозе у детей остается спорным. Как показывают исследования, тяжесть инфекционного мононуклеоза, затяжное, рецидивирующее течение заболевания обусловлено, помимо нарушений в В-клеточном звене иммунитета, угнетением факторов неспецифической иммунорезистентности [1]. В связи с этим в терапии тяжелых форм инфекционного мононуклеоза у детей, мы применяли индуктор интерферона – анаферон детский (ООО «НПФ Материа Медика Холдинг»).

Цель исследования – клинико-иммунологическая оценка эффективности ацикловира и анаферона детского в терапии тяжелых форм инфекционного мононуклеоза у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 3 группы больных в возрасте от 3 до 14 лет с тяжелой формой инфекционного мононуклеоза. Первую группу составили дети, получавшие ациклоvir по схеме: 200 мг 5 раз в день в течение 7 дней (54 человека). Вторая группа детей совместно с ациклоvirом получала анаферон детский по схеме: 1 таблетка 3 раза в день в течение 7 дней (40 человек). Третью группу составили дети, которым проводилась симптоматическая терапия (контрольная – 15 человек).

Параclinical исследование включало исследование анализа периферической крови, иммунологического статуса и биохимических показателей и