

В течение 3 лет снизилась общая заболеваемость детей ХГ, дуоденитом и увеличилась общая и первичная заболеваемость ХЛ.

У детей с хроническими заболеваниями ВОПТ инфицированность *H. pylori* составляет 73,9%.

Инфицирование *H. pylori* детей хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны способствует развитию воспалительных и деструктивных изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, ее сочетанному поражению, что в свою очередь предрасполагает к затяжному и осложненному течению этих заболеваний у детей.

Литература:

1. Детская гастроэнтерология (избранные главы) / под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук – М., 2002, 592 с., илл.

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Чеботарёва Т.К.* - врач кабинета ЗПТ УЗ «2-я ДКБ» г. Минска; Сукало А.В. – д.м.н., профессор, зав.1-й кафедрой детских болезней УО «БГМУ»; Байко С.В. – к.м.н., ассистент 1-й кафедры детских болезней УО «БГМУ»

**УЗ «2-я городская детская клиническая больница»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет», 1-я кафедра
детских болезней, Минск, Беларусь, tchebotarjowa@mail.ru*

The main pangen of bone's mechanical properties determining 75-80% of its strength is bone mass the uptake of which takes place during the whole period of a child's development and reaches its maximum by the age of 20-25 years. Metabolic imbalance of vitamin D with chronic kidney diseases may lead to loss of bone peak mass which in its turn becomes the ground for the development of osteoporosis.

Now for the first time in Belarus the research has started on the peculiarities of metabolism of bone tissue in healthy children and children with chronic kidney diseases (nephritic syndrome, glomerulonephritis, and chronic renal insufficiency) the results of which will let to develop national guidelines for children's population of the Republic of Belarus for prevention of vitamin D-deficient conditions.

Key words: osteoporosis, bone tissue, chronic renal insufficiency, nephritic syndrome, glucocorticoids, children.

Введение. Ещё недавно остеопороз считался исключительно уделом пожилых людей, однако сейчас данная патология всё чаще диагностируется среди детского населения (7). Кроме того, в последние годы появились убедительные данные о том, что истоки остеопороза взрослых закладываются в детском возрасте (1).

Основной детерминантой механических свойств кости, определяющей 75–80% её прочности, является костная масса, накопление которой происходит в течение всего периода развития ребёнка, достигая максимума к 20–25 годам жизни. Ключевую роль в формировании костной ткани играет витамин Д. Нарушение его метаболизма вследствие хронических заболеваний, медикаментозной терапии и других неблагоприятных факторов может привести к снижению пиковой массы костной ткани, что в последующем становится основой для развития остеопороза.

Остеопении и остеопороз у детей в абсолютном большинстве случаев вторичны и связаны либо с основным заболеванием, либо с проводимой терапией (глюкокортикостероиды, противосудорожные препараты, иммуносупрессанты, гепарин и т.п.). Среди причин вторичного остеопороза большой удельный вес занимают хронические заболевания почек (нефротический синдром, гломерулонефриты, хроническая почечная недостаточность).

В Республике Беларусь впервые начато исследование особенностей метаболизма костной ткани у здоровых детей и детей с хроническими заболеваниями почек (нефротический синдром, гломерулонефриты, хроническая почечная недостаточность), результаты которого позволят разработать национальные рекомендации для детского населения РБ по профилактике витамин Д-дефицитных состояний.

Цель исследования – оценить физическое развитие, состояние костной ткани, изменения фосфорно-кальциевого обмена у детей с хроническими заболеваниями почек: нефротическим синдромом (НС) на фоне длительной глюкокортикостероидной (ГК) терапии, с додиализной и терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Материал и методы. Нами обследовано 65 детей с различной хронической патологией почек в возрасте от 5 до 18 лет. Все пациенты были разделены на 5 групп: 1-ю группу составили 22 ребенка после трансплантации почки (Тх), 2-ю группу - 15 больных на перитонеальном диализе (ПД). В 3-ю группу вошли 7 пациентов на гемодиализе (ГД), в 4-ю - 6 пациентов с додиализной ХПН. 5-ю группу составили 15 детей с нефротическим синдромом на фоне длительной ГК-терапии (не менее 6 месяцев). Всем обследуемым пациентам проведены антропометрические измерения (рост, вес) с расчетом коэффициента стандартного отклонения (SDS), определены в крови уровни общего и ионизированного кальция, фосфора, паратиреоидного гормона. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) поясничного отдела позвоночника (L1-L4) и всего тела (total body) определялась методом двойной рентгеновской денситометрии на аппарате Lunar Prodigy Advance (США) с использованием педиатрической программы у 42 больных.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов 1-й группы был $11,5 \pm 6,5$ лет, 2-й группы – $13,6 \pm 3,2$ года, 3-й - $11,6 \pm 3,9$ года, 4-й - $15,9 \pm 1,4$ года и 5-й группы - $11,0 \pm 5,3$ лет.

По результатам антропометрии наибольшая задержка роста выявлена у пациентов, получающих почечную заместительную терапию (ПЗТ) (1-3 группы), с наименьшими значениями SDS роста во 2-й группе (SDS роста 1 $-1,77 \pm 1,07$, 2 $-2,5 \pm 1,56$, 3 $-1,46 \pm 1,34$, 4 $0,13 \pm 1,21$, 5 $-0,07 \pm 1,05$, p 1-4, 1-5, 2-4, 2-5, 3-4, 3-5 $< 0,05$). У 50% 1-й группы, 66,7% 2-й и 42,9% 3-й SDS роста $< -2,0$. При оценке роста у детей, начавших диализную терапию до наступления пубертатного периода, выявлено более выраженное снижение роста (SDS роста $-2,25 \pm 1,38$, у 67,9% $< -2,0$), чем у тех, кто уже вступил в пубертат ($-1,48 \pm 1,1$, у 25% $< -2,0$, $p < 0,05$).

Снижение массы тела также отмечено в группах пациентов, получающих ПЗТ, но не столь выраженное, как задержка роста. Значительное увеличение массы тела наблюдается у детей с НС (SDS веса 1 $-0,63 \pm 1,63$, 2 $-1,12 \pm 1,63$, 3 $-1,73 \pm 1,5$, 4 $-0,16 \pm 0,61$, 5 $1,51 \pm 1,54$, p 1-5, 2-5, 3-4, 3-5, 4-5 $< 0,05$), что связано с развитием у них синдрома Иценко-Кушинга.

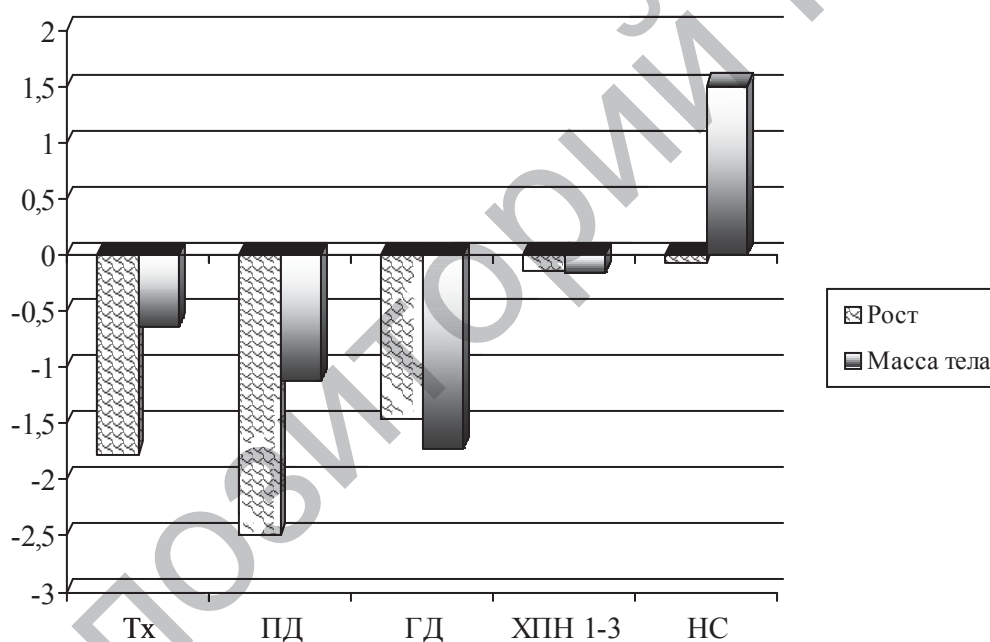


Рис. 1 – Линейный рост и масса тела в сравниваемых группах

Уровни общего и ионизированного кальция, фосфора были сопоставимы в группах без значимых различий между ними.

Снижение МПКТ поясничного отдела позвоночника (L1-L4) наиболее выражено у детей после трансплантации почки, что, вероятнее всего, обусловлено применением глюкокортикостероидной терапии на фоне терминальной ХПН (Z критерий 1 $-1,34 \pm 0,9$, 2 $-0,09 \pm 1,32$, 3 $-0,72 \pm 1,13$, 4 $0,6 \pm 0,83$, 5 $-0,73 \pm 1,13$, p 1-2, 1-4, 4-5 $< 0,05$). Снижение Z критерия до значений остеопороза (менее $-2,0$) выявлено в 37,5% случаев только в группе детей после Тх. Эти изменения сохранялись и при ис-

следовании МПКТ всего тела (Z критерий 1-1,54±0,77, 2-1,1±0,98, 3-1,04±1,26, 40,33±0,96, 5-0,7±1,0, p 1-4, 1-5 < 0,05).

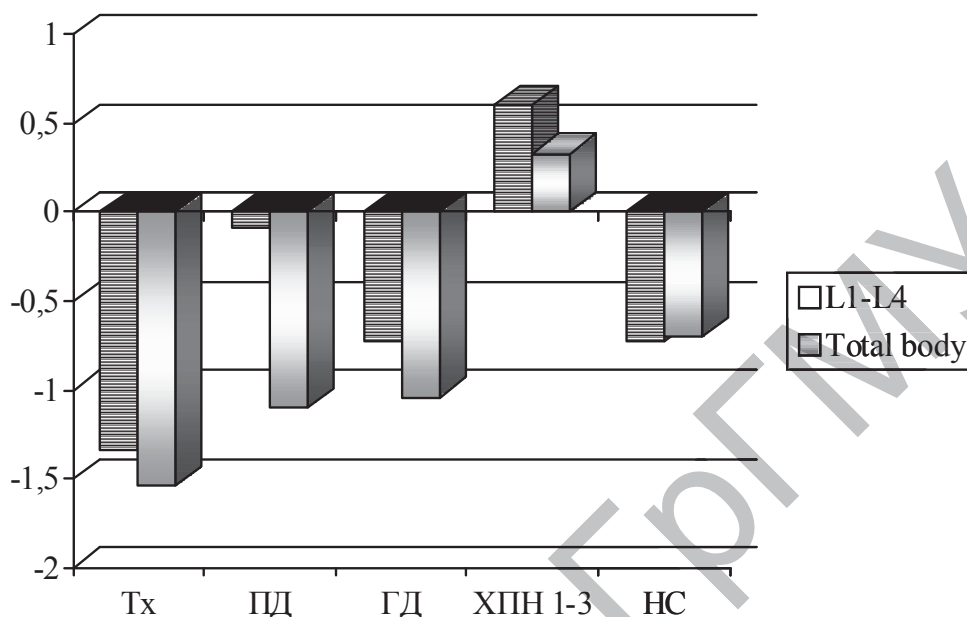


Рис. 2 – Состояние костной ткани пациентов с хроническими заболеваниями почек по данным ДХА

Вывод. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о значительном отрицательном влиянии на костный метаболизм хронических заболеваний почек у детей и проводимой на их фоне глюкокортикостероидной терапии. Причем, чем в более раннем возрасте развивается терминальная ХПН и начинается заместительная почечная терапия, тем больше выражена задержка роста, а значительное снижение МПКТ у детей после трансплантации почки связано, вероятнее всего, с негативным влиянием ГК-терапии на фоне терминальной ХПН.

Список литературы:

1. Байко, С.В., Сукало, А.В. Профилактика и лечение остеопороза и остеопении у детей / С.В. Байко, А.В. Сукало // - Рецепт. – 2009. – Спецвыпуск. – С. 45-54.
2. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц // – М.: Практика, 1998.- 459 с.
3. Ермакова, И. П. Современные биохимические маркеры в диагностике остеопороза / И.П. Ермакова, И.А. Пронченко // - Остеопороз и остеопатии. – 1998. - № 1. - С. 24–26.
4. Коровина, Н.А., Нарушения фосфорно-кальциевого обмена у детей. Проблемы и решения. Руководство для врачей / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, А.В. Чебуркин // — М.- 2005.
5. Почкайло, А.С., Руденко Е.В., Жерносек В.Ф., Руденко Э.В. Проблема остеопении и остеопороза у детей / А.С. Почкайло,

- Е.В. Руденко, В.Ф. Жерносек, Э.В. Руденко // - Медицина. – 2007. - №4. – С.41-45.
6. Руденко, Э.В. Остеопороз: диагностика, лечение и профилактика: практическое руководство для врачей / Э.В. Руденко // – Минск. - 2001.
7. Чеботарёва, Т.К., Сукало А.В., Остеопороз у детей / Т.К. Чеботарёва, А.В. Сукало // Репродуктивное здоровье. – 2010. - №2(08). – С. 73-83.

КАРДИОТОНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И КАТЕХОЛАМИНОВЫЙ СТАТУС ПУПОВИННОЙ КРОВИ

Шейбак Л.Н.* - д.м.н., профессор; Каткова Е.В. – врач анестезиолог-реаниматолог отделения интенсивной терапии и реанимации новорожденных

УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра педиатрии №2, Гродно, Беларусь, e-mail: ped2@grsmu.by

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», Гродно, Беларусь, elena.katkova.5@mail.ru

Одним из наиболее сложных лечебных мероприятий раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных детей является подбор адекватной кардиотонической терапии. Основное показание для ее назначения – остро развившаяся дисфункция кровообращения, приводящая к снижению доставки кислорода и питательных веществ в соответствии с метаболическими потребностями тканей.

С целью сохранения адекватной перфузии головного мозга, сердца, почек и желудочно-кишечного тракта путем стабилизации артериального давления в практике отделений неонатальной реанимации широко используются такие препараты, как дофамин, добутамин, адреналин, норадреналин (7).

Цель работы – проведение ретроспективного анализа стартовых показателей катехоламинового обмена в сыворотке пуповинной крови недоношенных новорожденных детей, получавших и не получавших кардиотоническую терапию после рождения.

Нами обследованы 64 недоношенных новорожденных ребенка. Из них 43 ребенка (НМТ) были с низкой массой тела при рождении ($2380 \pm 116,53$ г.), 13 (ОНМТ) – с очень низкой ($1361 \pm 26,7$ г) и 8 (ЭНМТ) – с экстремально низкой массой тела ($850 \pm 17,4$ г.). Родоразрешение в исследуемой группе при преждевременных родах проводилось путем