

IV стадии заболевания. Проводилось ретроспективное изучение общеклинических анализов крови и мочи, клиренс креатинина высчитывали по формуле Шварц. Учитывали следующие факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений: скорость клубочковой фильтрации, наличие артериальной гипертензии (АГ), анемии.

**Результаты исследования и обсуждения:** Диагноз устанавливался согласно критериям хронической болезни почек предложенных национальным почечным фондом США (2002, NKF). Все больные ХБП умерли при явлениях нарастающей сердечной недостаточности (ХСН). ХБП по клинико-функциональным и биохимическим критериям соответствовал 2-3 стадии болезни. Ретроспективный анализ показал, что креатинин сыворотки крови составлял при поступлении  $143,0 \pm 4,5$  ммоль/л, показатель  $1/Cr - 0,6 \pm 0,2$ , скорость клубочковой фильтрации по формуле Шварц  $46,7 \pm 2,2$  мл (мин)  $1,73 \text{ м}^2$ ,  $Hb 81,0 \pm 4,0$  г/л, протеинурия  $1,62 \pm 0,2$  г/с. К моменту смерти показатели функций почек не выше таковых IV стадии ХПН, то есть все больные погибли так и не достигнув терминальной стадии почечной недостаточности. Ретроспективный анализ причин выявленной сердечной недостаточности показал следующее: несмотря на то, у части умерших от осложнения было проведено ЭхоКГ при наличии увеличения индекса левого желудочка (ИЛЖ), относительной толщины стенки левого желудочка (ОТСЛЖ) они были клинически не верно оценены и не послужили основой кардиопротекторной терапии; в случаях смерти при явлениях ХБП от сердечно-сосудистых осложнений при наличии значительной

протеинурии и нормальных показателях артериальной гипертензии не проводилась терапия ингибиторами АПФ, что не соответствует современным концепциям рено- и кардиопротекции; ни в одном случае не проводилось исследование антиоксидантной защиты (МДА, антиоксидантные ферменты, вит Е), что объясняет полное отсутствие антиоксидантной терапии, столь принципиальной в патогенезе сердечно-сосудистых осложнений ХБП (витамин Е, А, димефосфан, ксидифон и др); продолжают использоваться устаревшие чрезвычайно длительные курсы (2-7 лет), несоответствующие современным принципам стероидной терапии (большими дозами стероидных гормонов, с высокой частотой побочных эффектов экзогенный гиперкортицизм, задержка физического и полового развития, стойкая артериальная гипертензия, анемия, развитие остеопатии) у 80% умерших; поздняя диагностика сердечно-сосудистых осложнений (гипертрофия и дилатация левого желудочка, тотальная сердечная недостаточность); 100% случаев лечение проводилось только в терминальной стадии; не применение, нерегулярное (курсовое, короткими курсами) применение современных ренопротективных средств; отсутствие терапии ренальной анемии современными средствами (эритропоэтин). **Выводы.** Таким образом, своевременное выявление факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, у больных ХБП на ранних стадиях болезни позволяет проведение полноценной нефропротекторной терапии и даёт возможность первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений, способствует улучшению качества жизни больных ХБП.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОКИНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Гук А.И., Гарас Н.Н., Хуторная О.В.

Научный руководитель: профессор Безруков А.А.

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

(Заведующая кафедрой профессор Колоскова Е.К.)

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

По показателю распространенности острые кишечные инфекции (ОКИ) у детей уступают первенство лишь острым респираторным вирусным инфекциям. В структуре показателя младенческой смертности от инфекционных причин ведущее место занимают острые кишечные инфекции, отличающиеся особенностями клинического течения у детей раннего возраста, а именно - острым началом заболевания, быстрым, прогрессирующим течением с развитием тяжелого обезвоживания. **Цель исследования.** Улучшить результаты симптоматического лечения острых

кишечных инфекций с использованием прокинетика II поколения домперидона в виде суспензии. **Материал и методы исследования.** В соответствии с принципами биоэтики в боксированном инфекционном отделении кишечных инфекций (Черновцы, Украина) обследовано 52 ребенка в возрасте до 6-ти лет, больных ОКИ с диспепсическим синдромом с преобладанием рвоты, которым назначали домперидон в возрастной дозировке. Результаты лечения сравнивали с группой из 30 больных детей с острыми гастроэнтероколитами инфекционной этиологии, ко-

торым проводили регламентирующую терапию. ОКИ в обеих группах были обусловлены условно-патогенной флорой или вирусами. Результаты анализировались с соблюдением принципов биостатистики и клинической эпидемиологии. При применении препарата домперидона длительность рвоты достоверно сокращалась в 1,4 раза, а нормализация консистенции стула наступало быстрее в 1,7 раза по сравнению с пациен-

тами, не получавшими домперидон в комплексе лечения ОКИ. **Выводы.** Таким образом, назначение домперидона способствовало более легкому течению инфекций желудочно-кишечного тракта, ассоциировало со снижением абсолютно-го риска среднетяжелого течения заболевания на III сутки лечения на 27,9%, относительного риска - на 38,0%.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СИСТОЛЫ ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ МИОКАРДИТАХ У ДЕТЕЙ

*Давлатова П. - студентка 307 группы педиатрического факультета*

*Научный руководитель: профессор Саламов П.Т.*

*Кафедра неотложной педиатрии и пренатальной патологии детей*

*(Заведующий кафедрой профессор Шавази Н.М.)*

*Самаркандский государственный медицинский институт*

В структуре сердечной патологии у детей важное место занимают заболевания миокарда, при этом в последние десятилетия значительно возросла частота вирусного его поражения. Считается, что больные миокардитом среди взрослых составляют около 0,5% от всех госпитализированных. Среди детей заболевших вирусной инфекцией частота миокардитов может возрастать от 15 до 20 %. Поражение сердечной мышцы типа миокардита у детей могут развиваться при ряде инфекционных и неинфекционных заболеваний. В настоящее время неревматический миокардит встречается значительно чаще ревматического. В 1984 году Н. А. Белоконь предложила классификацию неревматических миокардитов: по периоду возникновения заболевания различают врожденный и приобретенный, по этиологическому фактору – вирусный, вирусно-бактериальный, бактериальный, паразитарный, грибковый, персистирующий, аллергический, идиопатический; по форме – кардит, поражение проводящей системы сердца; по течению – острое-до 3 мес, подострое-до 18 мес, хроническое- более 18 мес; застойный, гипертрофический, рестриктивный варианты; по степени тяжести кардита – легкая, средняя, тяжелая; по форме и стадии сердечной недостаточности – левожелудочковая-I, IIА, IIБ, III; тотальная; по исходу и осложнениям – кардиосклероз, гипертрофия миокарда, нарушение ритма и проводимости, легочная гипертензия, поражение клапанного аппарата, констриктивный миокардит, тромбоемболический синдром. На ЭКГ в начальной стадии миокардита регистрируется синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы и другие нарушения ритма, у некоторых больных – миграция источника ритма. Продолжительность электрической систолы желудочков (на ЭКГ интервал QT) имеет важное

клиническое значение, поскольку патологическое удлинение или укорочение электрической систолы желудочков может быть одним из маркеров появления жизни угрожаемых аритмий. Относительно недавно в кардиологии выделена группа заболеваний и/или клинико-электрокардиографических синдромов, сопряженных с высоким риском развития опасных для жизни аритмий и внезапной смерти у лиц молодого возраста. К ним относятся синдром удлиненного интервала QT, синдром короткого интервала QT, синдром Бругада, катехоламинергические полиморфные желудочковые тахикардии и аритмогенная дисплазия правого желудочка. Все эти заболевания сегодня объединены в понятие «Каналопатии», так как в основе их патогенеза лежит молекулярно-генетические аномалии регуляции ионных каналов кардиомиоцитов. **Цель исследования.** Выявить наиболее достоверные клинико-электрокардиографические критерии диагностики изменений продолжительности электрической систолы, которые могут привести к летальному исходу вследствие появления жизни угрожаемых аритмий. **Материал и методы исследования.** В настоящей работе мы провели анализ продолжительности интервала QT у больных детей до 12-летнего возраста, лечившиеся в отделение кардиоревматологии областного медицинского детского центра. Всего больных с неревматическими миокардитами было обследовано - 20. По классификации Н.А. Белоконь: врожденный неревматический миокардит, поздняя форма отмечался у 1 больных, у 19 больных отмечалась приобретенная форма, чаще вирусной и вирусно – бактериальной этиологии, реже аллергической и идиопатической. У 16 больных форма поражения была по типу кардита, у 4 больных детей отмечалась форма пораже-