

перерождаются в клетки сердечной мышцы. Также стромальные клетки под влиянием определенных факторов могут дифференцироваться в нервные клетки. В ходе эксперимента было установлено, что через две недели после добавления специального сигнального вещества в культуру стромальных клеток они уже на 80 % состоят из нейронов [16].

Заключение

Использование СК — одно из самых перспективных направлений развития современной медицины. Сегодня огромное количество научных фактов свидетельствует в пользу эффективности применения СК при целом ряде тяжелых заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной систем и опорно-двигательного аппарата. Операции на людях по применению СК в клинике исчисляются уже тысячами, и эти данные отражены в ведущих научных журналах мира. Но в то же время, на этапе непосредственного применения ЭСК возникает много проблем. Среди них соблюдение правовых и этических норм, лицензирование клеточных технологий, риск малигнизации ЭСК в процессе их культивирования и в посттрансплантационном периоде, а также регулирование дифференцировки клеток. Большинство из этих вопросов пока не нашли своего окончательного решения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Некоторые актуальные проблемы клинических исследований стволовых клеток / Ю. Б. Белоусов [и др.]; под общ. ред. Ю. Б. Белоусова // Этическая экспертиза биомедицинских исследований. — 2005. — Т. 7, № 1.
2. Деев, Р. В. Научное наследие Александра Максимова и современность / Р. В. Деев // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. — 2005. — № 1. — С. 4–11.
3. Репин, В. С. Эмбриональные стволовые клетки: фундаментальная биология и медицина / В. С. Репин, А. А. Ржанинова, Д. А. Шаменков. — М., 2002. — 176 с.
4. Репин, В. С. Эмбриональная стволовая клетка / В. С. Репин // Патол. физиология и эксперим. терапия. — 2001. — № 2. — С. 3–8.
5. Фриденштейн, А. Я. Стволовые остеогенные клетки костного мозга / А. Я. Фриденштейн // Онтогенез. — 1991. — Т. 22, № 2. — С. 189–196.
6. Савченкова, И. П. Эмбриональные стволовые клетки в биологии: настоящее и будущее / И. П. Савченкова. — Дубровицы, 1999. — 97 с.
7. Гришина, В. В. Криоконсервирование гемопоэтических стволовых клеток пуповинной крови / В. В. Гришина // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. — 2007. — № 8. — С. 91–92.
8. Берснев, А. В. Эмбриональная стволовая клетка обладает способностью репрограммировать ядро взрослой соматической клетки / А. В. Берснев // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. — 2005. — № 2. — С. 19–20.
9. Producing primate embryonic stem cells by somatic cell nuclear transfer / J. A. Byrne [et al.] // Nature. — 2007. — Vol. 450. — P. 497–502.
10. Induction of Pluripotent Stem Cells from Adult Human Fibroblasts by Defined Factors / K. Takahashi [et al.] // Cell. — 2007. — № 5. — P. 861–872.
11. Yu, J. Induced Pluripotent Stem Cell Lines Derived from Human Somatic Cells / J. Yu, M. A. Vodyanik, J. A. Thomson // Science. — 2007. — Vol. 318. — P. 1917–1920.
12. Takahashi, K. Induction of pluripotent stem cells from mouse embryonic and adult fibroblast cultures by defined factors / K. Takahashi, S. Yamanaka // Cell. — 2006. — Vol. 126. — P. 663–676.
13. Hepatocytes and epithelial cells of donor origin in recipients of peripheral-blood stem cells / M. Korbling [et al.] // N. Engl. J. Med. — 2002. — Vol. 346. — P. 770–772.
14. Globin gene expression is reprogrammed in chimeras generated by injecting adult hepopoietic stem cells into mouse blastocysts / H. Geiger [et al.] // Cell. — 1998. — Vol. 93. — P. 1055–1065.
15. ESC-derived chondrogenic differentiation in vitro: the role of BMP-2 and BMP-4 / J. Kramer [et al.] // Mech.Dev. — 2000. — № 92. — P. 193–205.
16. Petit-Zeman, S. Regenerative Medicine / S. Petit-Zeman // Nature Biotechnol. — 2001. — № 19. — P. 201–205.
17. Azim Surani, M. A new route to rejuvenation / M. Azim Surani, Anne McLaren // Nature. — 2006. — Vol. 443. — P. 284–285.
18. Insulin-secreting cells derived from ESC normalize glycemia in diabetic rats / B. Soria [et al.] // Diabetes. — 2000. — Vol. 49. — P. 157–162.

Поступила 08.08.2008

УДК 616.33-002.44-053.2

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

А. А. Козловский, С. К. Лозовик

Гомельский государственный медицинский университет

В ходе исследования проведен ретроспективный анализ особенностей течения язвенной болезни у 73 детей на современном этапе. Установлено, что язвенная болезнь чаще диагностируется у городских мальчиков, чем у девочек. Пик заболеваемости приходится на подростковый возраст. Для 1/3 пациентов характерно рецидивирующее течение язвенной болезни. Выявлена высокая частота сочетанной патологии желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: дети, язвенная болезнь, физическое развитие, клинические особенности, сопутствующая патология.

MODERN ISSUES OF STOMACH ULCER IN CHILDREN

A. A. Kozlovsky, S. K. Lozovik

Gomel State Medical University

In course of research a retrospective analysis of 73 cases of child stomach ulcer and its peculiarities at the modern stage has been conducted. It was ascertained that stomach ulcer was diagnosed more often among city boys than

among girls. The morbidity peak falls at the adolescent age. Relapse of stomach ulcer is characteristic to 1/3 of patients. High frequency of combined pathology of a gastrointestinal tract was revealed.

Key words: children, stomach ulcer, physical development, clinical peculiarities, an attendant pathology.

Введение

Хронические заболевания органов пищеварения у детей широко распространены и не имеют тенденции к снижению. В структуре хронической патологии органов пищеварения у подростков ведущее место занимают заболевания гастродуоденальной области, среди них эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта — хронический гастрит (гастродуоденит) с эрозиями и язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, реже в желудке [1, 2, 3]. Обращает на себя внимание тот факт, что болезни пищеварительной системы начинаются еще в дошкольном возрасте, часто рецидивируют, значительно влияют на качество жизни и могут приводить к ранней инвалидизации детей. Распространенность гастритов с эрозиями у детей подросткового возраста в 2,5 раза выше, чем у детей в возрасте до 15 лет, а при язвенной болезни этот показатель увеличивается в 7,4 раза [4, 5, 6].

Многолетние наблюдения показывают, что у детей хронические воспалительные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки могут быть не только основным заболеванием, но и сопутствующим другим болезням пищеварительной системы (хроническому холециститу, панкреатиту, гепатиту, колиту и т. д.), а также развиваются на фоне многих заболеваний, требующих длительного применения лекарственных средств [3, 7].

Внедрение в педиатрическую практику современных методов диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной области позволило улучшить их распознавание на ранних этапах развития болезни. В то же время кратковременные периоды клинической ремиссии при частых рецидивах болезни свидетельствует о низком качестве лечения и реабилитации больных.

Актуальность проблемы язвенной болезни у детей определяется высокой частотой, хроническим рецидивирующим ее течением и возможностью опасных для жизни осложнений.

ческим рецидивирующим ее течением и возможностью опасных для жизни осложнений.

Цель исследования: изучить некоторые клинико-эпидемиологические и морфофункциональные особенности эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Материал и метод

Исследование было ретроспективным. Проанализированы 135 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 1 Гомельской областной детской клинической больницы с января 2003 г. по декабрь 2007 г. с диагнозом язвенная болезнь. Часть больных наблюдалась в динамике во время их пребывания в стационаре по поводу обострения процесса.

Результаты исследования

В исследование включено 73 пациента в возрасте от 6 до 16 лет. Установлено, что в структуре язвенной болезни у детей язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностирована у 70 пациентов (95,9 %), редко отмечалась язвенная болезнь желудка (3 пациента, 4,1 %). В целом язвенная болезнь у мальчиков (43 человека, 58,9 %) встречалась чаще, чем у девочек (30 человек, 41,1 %) ($p < 0,01$). Пик заболеваемости язвенной болезни пришелся на 11–15 лет, что свидетельствует о возникновении деструктивных изменений преимущественно в подростковом возрасте (таблица 1).

При изучении места жительства детей с язвенной болезнью выявлено, что городские дети болеют чаще, чем сельские (67,1 и 32,9 % соответственно; $p < 0,001$). Интересная закономерность выявлена и в половой структуре. Так, среди городских детей мальчики болели в 1,6 раза чаще, чем девочки ($p < 0,01$). Среди сельских жителей такой закономерности не выявлено: мальчиков было 13 (54,2 %), девочек — 11 (45,8 %).

Таблица 1 — Частота язвенной болезни у детей в различные возрастные периоды

Возраст, лет	Мальчики		Девочки	
	абс. кол-во	%	абс. кол-во	%
6–8	2	4,7	3	10,0
9	2	4,7	2	6,7
10	2	4,7	1	3,3
11	4	9,3	4	13,3
12	7	16,2	6	20,0
13	6	14,0	4	13,3
14	10	23,2	6	20,0
15	8	18,5	2	6,7
16	2	4,7	2	6,7

Отягощенная наследственность по заболеваниям пищеварительной системы отмечена у 42 детей и подростков, что составило 57,5 %. В 61,9 % случаев отягощенная наследственность отмечалась по отцовской линии, в 9 случаях (21,4 %) хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки страдали оба родителя. Отягощенная наследственность по гастродуоденальной патологии в 1,6 раза чаще отмечалась у мальчиков, чем у девочек.

Отягощенный аллергологический анамнез (бронхиальная астма, атопический дерматит, аллергическая риносинусопатия и др.) выявлен только у 8 пациентов (11,0 %).

У большинства детей (48 человек, 65,8 %) не отмечалось обострения язвенной болезни на протяжении 5 лет. Рецидивирование язвенной болезни (более двух раз за 5 лет) в 1,5 раза чаще диагностировалось у мальчиков, чем у девочек.

Оценка физического развития детей с язвенной болезнью проводилась по центильным таблицам [8].

Наиболее часто (у 34 детей (46,6 %)) отмечалось среднее и выше среднего гармоничное и дисгармоничное физическое развитие (таблица 2). Высокое, очень высокое гармоничное и дисгармоничное физическое развитие наблюдалось у 20 пациентов (27,4 %). Резко дисгармоничное физическое развитие выявлено у 7 обследованных (9,6 %). Ниже среднего и низкое гармоничное и дисгармоничное физическое развитие отмечено только у 12 пациентов (16,4 %). Резко дисгармоничное развитие в 2,5 раза чаще отмечалось у девочек.

Наиболее частыми жалобами детей с обострением язвенной болезни были: боли в животе (68 детей, 93,1 %), изжога (39 детей, 53,4 %), тошнота (30 человек, 41,1 %), снижение аппетита (17 человек, 23,2 %), отрыжка (12 человек, 16,4 %), эпизодическая рвота (8 детей, 11,0 %). Все симптомы желудочной диспепсии достоверно коррелировали между собой ($p < 0,03$) и встречались достоверно чаще с увеличением возраста ребенка ($p < 0,05$).

Таблица 2 — Оценка физического развития детей с язвенной болезнью

Физическое развитие	Мальчики		Девочки	
	абс. кол-во	%	абс. кол-во	%
Среднее гармоничное	9	20,9	9	30,0
Выше среднего гармоничное	3	7,0	1	3,3
Выше среднего дисгармоничное	9	20,9	3	10,0
Высокое гармоничное	0	0	1	3,3
Высокое дисгармоничное	5	11,6	2	6,7
Высокое резко дисгармоничное	3	7,0	2	6,7
Очень высокое гармоничное	5	11,6	0	0
Очень высокое дисгармоничное	1	2,3	1	3,3
Резко дисгармоничное	2	4,7	5	16,8
Ниже среднего гармоничное	0	0	1	3,3
Ниже среднего дисгармоничное	4	9,4	4	13,3
Низкое гармоничное	1	2,3	0	0
Низкое дисгармоничное	1	2,3	1	3,3

Важно отметить, что боль в животе, изжога, отрыжка, тошнота достоверно чаще отмечались у мальчиков, чем у девочек.

При сопоставлении клинических проявлений с возрастом оказалось, что у детей с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки до 10 лет чаще встречались такие характеристики болевого абдоминального синдрома, как околопупочная локализация, возникновение боли после еды, слабая по интенсивности и кратковременная по продолжительности боль, проходящая самостоятельно. У подростков боли принимали более локализованный и очерченный характер: достоверно чаще встречались боли натошак, сильные или очень сильные по интенсивности, продолжительные и уменьшающиеся после приема пищи или антацидов.

При сравнении жалоб диспепсического характера оказалось, что у детей младшего школьного возраста при эрозивно-язвенных поражениях чаще наблюдались симптомы, характерные для дискинетического варианта диспепсии, а у подростков чаще выявлялась изжога. Вместе с тем и у детей подросткового возраста, несмотря на наличие заболевания, могла отмечаться мало выраженная клиническая симптоматика.

Обращали на себя внимание жалобы общевегетического характера: головные боли, нарушения сна, боли в области сердца, раздражительность, плаксивость, быстрая утомляемость.

Все дети поступали в стационар в состоянии средней тяжести. При обследовании болезненность при пальпации в эпигастральной и пилорoduоденальной области отмечалась у 100 % пациентов.

В стационаре всем пациентам проводились общеклинические методы исследования, ульт-

развуковое исследование гастропанкреатодуоденальной зоны и эзофагогастродуоденоскопия при поступлении и перед выпиской.

После проведения углубленного обследования пациентов выявлена высокая частота сопутствующей патологии (таблица 3).

Таблица 3 — Структура сопутствующей патологии при язвенной болезни у детей

Нозология	Абс. кол-во	%
1. Хронический гастрит	19	26,0
2. Хронический гастродуоденит	32	43,8
3. Дуоденогастральный рефлюкс	13	17,8
4. Гастроэзофагеальный рефлюкс	18	24,7
5. Дискинезия желчевыводящих путей	61	83,6
6. Глистные инвазии	7	9,6
7. Нейроциркуляторная дистония	22	30,4
8. Эндемический зуб	9	12,3
9. Пролапс митрального клапана	3	4,1
10. Хроническая патология носоглотки	3	4,1
11. Анемия	2	2,7

Сочетанная патология желудочно-кишечного тракта выявлена у 94,5 % обследованных. Наиболее часто выявлялись дискинезия желчевыводящих путей и хронический гастродуоденит. Вегетативная дисфункция в виде нейроциркуляторной дистонии отмечена у 22 пациентов (30,4 %).

При проведении фиброгастродуоденоскопии гастроэзофагеальный рефлюкс был выявлен у 24,7 % детей, дуоденогастральный рефлюкс — у 17,8 % пациентов из 73 обследованных. У 1,4 % больных гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюкс сочетались. Дуоденогастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы чаще диагностировались у мальчиков, чем у девочек.

По данным эндоскопического исследования, язвенный дефект в большинстве случаев локализовался на передней и задней стенках двенадцатиперстной кишки, реже, в случае множественных язв, — на обеих стенках. По нашим данным, средний размер язвенного дефекта составлял 7,2 мм и число их колебалось от 1 до 3. Язва размером менее 5 мм наблюдалась в 40,8 % случаев, 5–9 мм — в 38,8 %, более 10 мм — в 20,4 % случаев. Одиночные язвы встречались в 85,7 % случаев, множественные (две и более) — в 14,3 %.

У мальчиков осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки отмечались чаще. В структуре осложнений преобладали стенозы (2,7 %), реже — кровотечения (1,4 %). Осложнения язвенной болезни желудка не выявлены.

При проведении контрольной фиброгастродуоденоскопии на 12–13 день лечения клинико-эндоскопическая ремиссия достигнута у 28 детей (65,1 %), у 14 человек (32,6 %) отмечена эпителизация язвенного дефекта, у 1 ребенка (2,3 %) не отмечено положительной динамики.

Выводы

1. Язвенная болезнь у детей, проживающих в городе, чаще отмечается у мальчиков, чем у девочек; для жителей сельской местности такой закономерности не выявлено.

2. Пик заболеваемости язвенной болезни приходится на 11–15 лет, что свидетельствует о возникновении деструктивных изменений преимущественно в подростковом возрасте.

3. Рецидивирование язвенной болезни отмечено у 34,2 % обследованных, преимущественно у лиц мужского пола, проживающих в городе.

4. Наиболее часто у больных с язвенной болезнью (46,6 %) отмечалось среднее и выше среднего гармоничное и дисгармоничное физическое развитие.

5. Для детей с язвенной болезнью характерна высокая частота (94,5 %) сочетанной патологии желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчевыводящих путей, хронический гастродуоденит и др.).

6. Моторные нарушения желудочно-кишечного тракта в виде гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов диагностированы у 42,5 % обследованных.

7. Для детей с язвенной болезнью характерны язвы размерами до 9 мм (79,6 %).

8. Клинико-эндоскопическая ремиссия у детей с язвенной болезнью отмечена на 12–13 день болезни у 65,1 % пациентов, эпителизация язвенного дефекта — у 32,6 %.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Белоусов, Ю. В. Гастроэнтерология детского возраста / Ю. В. Белоусов. — Харьков: Консум, 2000. — 528 с.
2. Денисов, М. Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра / М. Ю. Денисов. — М.: Издатель Мокеев, 2001. — 376 с.
3. Козловский, А. А. Основы детской гастроэнтерологии: учеб. пособие / А. А. Козловский. — Мн.: Технопринт, 2002. — 180 с.
4. Белоусов, Ю. В. Педиатрическая гастроэнтерология: новейший справочник / Ю. В. Белоусов — М.: Эксмо, 2006. — 704 с.

5. Волков, А. И. Динамика эпидемиологических показателей заболеваемости органов пищеварения у детей / А. И. Волков, Е. П. Усанова // Детская гастроэнтерология: Настоящее и будущее: матер. VII Конгресса педиатров России. — М., 2002. — С. 54–55.

6. Денисов, М. Ю. Болезни органов пищеварения у детей и подростков / М. Ю. Денисов. — Ростов н/Д.: Феникс, 2005. — 608 с.

7. Волков, А. И. Хронические гастродуодениты и язвенная болезнь у детей / А. И. Волков // Русский медицинский журнал. — 2001. — № 4. — С. 179–186.

8. Ляликов, С. А. Таблицы оценки физического развития детей Беларуси: метод. рекомендации / С. А. Ляликов, С. Д. Орехов. — Гродно, 2000. — 67 с.

Поступила 06.02.2009

УДК 616.28 –085.14 –079.4:575.191

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

К. Л. Мигманова

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Исследовали влияние холестерина снижающего препарата липримар из группы статинов, блокирующих синтез липопротеидов низкой и очень низкой плотности у пациентов, страдающих сенсоневральной тугоухостью на почве атеросклероза.

Результаты исследования показали, что применение липримара в дозе 20 мг 2 раза в сутки в течение 2-х месяцев приводит к достоверному снижению содержания холестерина в сыворотке крови и стабилизации слуховой функции пациентов.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, атеросклероз, липримар.

ENHANCED TREATMENT EFFECT OF PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC SENSORINEURAL DEAFNESS

K. L. Migmanova

Military Medical Academy of S. M. Kirov, Saint-Petersburg

We have studied the influence of cholesterol-decreasing drug, liprimar, of statin group which blocks synthesis of low and very low lipoprotein, in patients suffering from sensorineural deafness associated with atherosclerosis.

Results of the study showed that liprimar application in the dose of 20 mg b. d. for two months had resulted in steady decrease of cholesterol in blood serum and stabilization of hearing function of patients.

Key words: sensorineural deafness, atherosclerosis, liprimar.

Тугоухость относится к числу довольно распространенных заболеваний ЛОР-органов и встречается достаточно часто. Из общего числа больных, страдающих снижением слуха, 75 % составляют пациенты с сенсоневральной тугоухостью [3, 4].

Сенсоневральная тугоухость является полиэтиологичным заболеванием. Наиболее распространенными причинами являются вирусные инфекции, в частности, вирус гриппа и возбудитель кори. Второе место (20 %) занимают токсические факторы, в частности, ототоксичные медицинские препараты. Указанные лекарства оказывают патологическое действие не только при парентеральном применении, но и при транстимпанальном нагнетании капель (софрадекс, гаразон). Ототоксичными свойствами обладают антибиотики аминогликозидного ряда, цитостатики (винкристин, цисплатин), диуретики (фуросемид), салицилаты, противомаларийные средства (хинидин), ряд промышленных веществ (ртуть, мышьяк, метиловый спирт).

Значительную роль в развитии сенсоневральной тугоухости играют травмы лабиринта —

механические, барические, акустические. В частности, постоянная акустическая травма — производственный шум, вибрация приводят к дегенеративным последствиям в улитке.

Известны генетически детерминированные формы сенсоневральной тугоухости как врожденные, так и приобретенные. К последней относятся индивидуальная чувствительность к воздействию аминогликозидов и цисплатина [3, 4].

В зарубежной литературе описаны случаи аутоиммунной сенсоневральной тугоухости, когда поражен не только кортиев орган, но и вестибулярный аппарат.

Существенное место среди причин слухового неврита занимают гемодинамические нарушения в бассейне вертебробазиллярной системы. Нарушения гемодинамики лабиринта могут возникать при остеохондрозе шейного отдела позвоночника, гипертонической болезни, атеросклерозе. При этом развиваются необратимые дистрофические изменения в кортиевом органе, приводящие к хронической нейросенсорной тугоухости [3, 6].