

голизм; выполнены общий и биохимический анализы крови. Полученные сведения необходимы для оценки возможности развития церебрального осложнения у обожженного с помощью пошагового алгоритма.

При выявлении высокого риска того или иного церебрального осложнения происходит переход ко второму этапу ведения пациента: использованию таблицы профилактических и диагностических мероприятий.

При развитии патологии головного мозга, вследствие неэффективности или несвоевременности профилактических мероприятий выполняется третий этап ведения обожженного, расписанный в таблице лечения различных церебральных осложнений ожоговой травмы.

У всех пациентов детского возраста необходимо уточнение возраста, тяжести ожогового поражения и шока, а также сведения о перенесенной или имеющейся неврологической патологии. Данные сведения используются для определения вероятности развития патологии головного мозга с помощью таблицы прогнозирования церебральных осложнений у детей с ожогами.

Медикаменты, используемые в профилактических и лечебных целях, должны быть тщательно отобраны исходя из выявленной ведущей роли гипоксии в патогенезе поражения головного мозга при ожоговой травме, с учетом наличия нескольких точек приложения. Препараты подбираются с минимальным количеством побочных действий, отсутствия негативного влияния на сердечную мышцу и функцию почек. Эта задача становится еще более значимой в современных экономических условиях, когда приходится реально учитывать и стоимость используемых лекарственных средств.

Таким образом, целевое назначение медикаментов позволяет оказать адекватную помощь пациентам с ожоговой травмой и избежать полипрагмазии.

УРОВЕНЬ НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ

Хрулёв С.Е.

*Федеральное государственное учреждение
«Нижегородский научно-исследовательский
институт травматологии и ортопедии
федерального агентства по высокотехнологичной
медицинской помощи»,
Нижегород, Россия*

Несмотря на чрезвычайную важность ранней диагностики церебральных нарушений при ожоговой травме, из-за недостаточного знания патогенеза неврологических нарушений у ожоговых больных до сих пор не найдены определяющие их маркеры.

В настоящее время общим маркером всех дифференцированных нейронов является нейрон-специфическая енолаза, которая относится к внутриклеточным ферментам центральной нервной системы. Однако уровень этого фермента до сих пор не был изучен в различные сроки ожоговой травмы.

Проанализированы результаты обследования 40 больных (с клиникой энцефалопатии различной степени тяжести 25 человек и 15 пациентов без энцефалопатии), лечившихся в Российском ожоговом центре ННИИТО в 2006 году, среди них 37 мужчин, три женщины, в возрасте от 26 до 70 лет, с площадью ожога от 6 до 70% поверхности тела. Умерло 9 пациентов. Всего выполнено 180 анализов уровня нейрон-специфической енолазы в сыворотке крови. Больные исследуемых групп сопоставимы по полу, возрасту и тяжести ожоговой травмы. Больные с выявляемыми в ходе обследования другими неврологическими заболеваниями (острым нарушением мозгового кровообращения, паркинсонизмом, эпилепсией и др.) из данного исследования исключались.

В результате проведенного исследования выявлено, что у 18 больных (72%) с клиникой тяжелой энцефалопатии, уровень нейрон-специфической енолазы был повышен. Тогда как в группе без клиники энцефалопатии высокие цифры выявлены лишь у одного (6,7%) пациента, при нормальном уровне нейрон-специфической енолазы – менее 13 нг/мл. У пациентов с энцефалопатией уровень нейрон-специфической енолазы составил 13,7 (8,7;15,9) нг/мл в сыворотке крови, без неё – 4,7 (3,45;7,75) нг/мл ($p < 0,0001$).

Из 25 человек с энцефалопатией – легкая степень была у 7 пациентов и тяжелая – у 18. Из 7 с легкой степенью энцефалопатии уровень нейрон-специфической енолазы был выше нормы только у двух человек, а из 18 пациентов с тяжелой энцефалопатией енолаза была высокой у 16. Таким образом, высокий уровень нейрон-специфической енолазы коррелирует с клиникой тяжелой энцефалопатии ($p = 0,007$).

Чаще всего первое повышение уровня нейрон-специфической енолазы приходилось на 1-5 (в 57,9% случаев) и 16-18 сутки (31,6% случаев) после полученной травмы. Эти данные в целом совпадают с основными патогенетическими периодами ожоговой болезни (шока, токсемии и септикотоксемии) и свидетельствуют о том, что каждый из периодов может оказывать негативное воздействие на головной мозг.

Таким образом, выявлены корреляции уровня нейрон-специфической енолазы с возникновением тяжелой энцефалопатии у ожоговых больных, а также определены критические сроки ожоговой травмы для развития этих осложнений. Полученные результаты позволяют проводить адресную и

своевременную профилактику церебральных осложнений у пострадавших от ожогов.

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНОГО
ПИТАНИЯ В ПРОГРАММЕ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ
ИНФЕКЦИЯМИ**

Черненко Ю.В., Раскина Е.Е., Гуменюк О.И.,
Шахсуварян А.Г.
ГОУ ВПО СГМУ Росздрава,
Саратов, Россия

Острые кишечные инфекции (ОКИ) до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста. Несмотря на существенные успехи, достигнутые за последние годы во всём мире в лечении острых диарейных заболеваний, их основными осложнениями, помимо дегидратации, являются формирование затяжной диареи и нарушений состояния питания.

ОКИ с тяжелым инфекционным токсикозом у детей раннего возраста из групп риска в 32,6% случаев сопровождаются белково-энергетической недостаточностью и постинфекционной дистрофией (ПД), обусловленных ограничением приёма пищи во время заболевания, затяжной диареей с нарушением водно-солевого обмена, усилением темпов липолиза, развитием гиподиспротеинемии, метаболического ацидоза, дегенеративных изменений в органах пищеварения, что обуславливает необходимость нутритивной поддержки в программе восстановительного лечения. У детей этой группы также формируется постинфекционная ферментопатия, которая проявляется изменением характера стула при исчезновении признаков инфекционного процесса.

Лечение острого периода ОКИ у детей раннего возраста и из групп риска проводится в стационаре и включает диетотерапию, регидратационную, этиотропную терапию. Наблюдение и контроль за детьми с ОКИ в стадии реконвалесценции возлагается на участковых педиатров и детских инфекционистов амбулаторного звена – детских поликлиник.

Задачами диспансеризации реконвалесцентов ОКИ являются: проведение восстановительного лечения, профилактика отдалённых последствий и хронических заболеваний. Особенностью поликлинического наблюдения этих детей является использование стационарзамещающих технологий лечения в дневном стационаре. Предпочтение в реабилитационной программе отдаётся немедикаментозным методам лечения. В периоде реконвалесценции в рацион питания необходимо включение достаточного количества белков, особенно

животного происхождения, обладающих липотропным действием, что необходимо для восстановления белкового обмена, улучшения функционального состояния печени, выполняющей детоксикационную функцию.

Лечебное питание является постоянным компонентом терапии ОКИ на всех этапах болезни, но ведущее значение имеет для коррекции трофологического статуса.

Цель исследования: оценить эффективность нутритивной поддержки детям с острыми кишечными инфекциями в программе восстановительного лечения.

Материалы и методы: Проведено клинко-лабораторное наблюдение детей (n=50) от 1 года до 3 лет с острыми кишечными инфекциями. Диагноз был верифицирован в соответствии с современными стандартами. Состояние питания и метаболического статуса оценивали по данным биохимических исследований, результатам соматометрии. У всех детей был проведён сбор анамнеза, клинический осмотр с оценкой состояния питания, копрологическое исследование, общий анализ крови с подсчетом абсолютного количества лимфоцитов.

Состояние питания оценивали по клиническим данным, таким как снижение тургора мягких тканей, эластичности кожи, сухость кожи, истончение и ломкость волос, атрофия сосочков языка, наличие периферических отёков, а также использовали антропометрические показатели с подсчетом индекса массы тела Кетле (ИМТ) (кг/м²); оценивали центильным методом сумму толщины подкожных жировых складок в четырёх стандартных точках по Brook (1971) в сопоставлении с динамикой массы тела, оценкой общего анализа крови, абсолютного количества лимфоцитов (АКЛ, 109/л).

Статистический анализ проводился при помощи программы XL-Stat 4.0 (R.Carr, Австралия, 1998) и Microsoft Excel 2000, критерия Манна-Уитни, с поправкой Бонффероне, достоверность различий считали при p<0,05.

Под наблюдением находились две группы детей, сопоставимые между собой по возрасту и полу. В основную группу (n=24) входили дети, которым проводилась традиционная диетотерапия, а детям группы сравнения (n=26) дополнительно к диетическому назначали энтеральное питание через рот специализированной смесью Нутриэн юниор, «Нутритек» по 100 мл дважды в день в течении трёх недель, что обеспечивало дополнительное поступление более 200 ккал в день. Нутритивная поддержка проводилась детям при уменьшении проявлений интоксикации, прекращении рвоты, улучшении самочувствия, что совпадало с периодом ранней