

УДК: 616.61-018.2-007.17-053.2-059-085.272

С.Л. Няньковський, О.О. Добрик, М.Ю. Іськів
Метаболічна терапія та її роль
у комплексному лікуванні дисплазій сполучної
тканини у дитячій нефрології

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.1(73):131-136; doi10.15574/SP.2016.73.131

Мета: удосконалення діагностики і лікування дисплазії сполучної тканини у дітей з нефрологічною патологією.

Пацієнти і методи. Під спостереженням було 40 дітей віком від 2 до 18 років з інфекційно-запальними захворюваннями сечових шляхів та клінічними симптомами недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ). В основну групу увійшли 20 дітей з дефіцитом маси тіла (менше 25-го перцентіля) та зниженим апетитом, у групу контролю — 20 дітей з масою тіла в межах 25–75 перцентіля. Усім дітям основної групи додатково призначали препарат «Тріметабол» у віковій дозі протягом 30 днів.

Результати. Частота клінічних проявів НДСТ у дітей обох груп була подібною і не мала статистично достовірних відмінностей. У значній частині дітей обох груп спостерігалися прояви астено-невротичного синдрому та вегето-вісцеральної дисфункції. На тлі лікування покращився стан дітей обох груп, однак більш виразна позитивна динаміка спостерігалась у дітей основної групи, які в комплексі терапії отримували Тріметабол. Позитивний ефект препарату підтверджувався лабораторними показниками.

Висновки. Використання Тріметаболу в терапії НДСТ мало сприятливий вплив на загальний стан та самопочуття дітей за рахунок комплексного впливу компонентів препарату. Результати дослідження засвідчили достатню клінічну ефективність, безпечність та хорошу переносимість препарату «Тріметабол» у дітей з клінічними проявами НДСТ та інфекційно-запальними захворюваннями сечових шляхів.

Ключові слова: дисплазія сполучної тканини, дитяча нефрологія, оксипролін.

Вступ

Захворювання органів сечової системи належать одне з провідних місць у структурі хвороб дитячого віку. Інфекції сечової системи (ІСС) є найбільш поширеними інфекціями у дітей до двох років та посідають друге-третє місце серед усіх інфекцій дитячого віку, поступаючись лише захворюванням дихальних шляхів та кишковим інфекціям. За статистичними звітами МОЗ України, протягом останніх п'яти років в Україні зростає поширеність захворювань нирок і сечової системи у дітей та збільшується частота їх нетипового проградієнтного малосимптомного перебігу [5]. У зв'язку з цим сьогодні науковцями переглядаються дані щодо набутих захворювань. З'являються нові концепції щодо сутності хвороби, відбувається доповнення факторів ризику й схильності до хвороби, розглядаються гіпотези про сукупність несприятливих екзогенних та ендогенних факторів, що реалізують «програму» хвороби на всіх рівнях організму, починаючи з клітинного.

Нирки доволі часто втягуються у патологічний процес, оскільки є одним з основних органів, що підтримують гомеостаз організму в будь-якому віці. Клінічні прояви багатьох захворювань у дітей значною мірою залежить від ступеня зрілості органів сечоутворення та сечовиділення [2,11].

Останніми роками не лише в Україні, але й у світі акцентується увага на зростанні частоти захворювань органів сечової системи. При цьому в структурі нефропатій у дітей переважають захворювання вродженого та спадкового генезу, а також захворювання, пов'язані зі спадковою схильністю, що мають прихований початок та торпідний перебіг [1]. Особливої уваги заслуговують діти з проявами синдрому дисплазії сполучної тканини [12].

Дані досліджень, які проводилися на теренах Європейського пострадянського простору, показують поширеність недиференційованих дисплазій сполучної тканини (НДСТ) від 9% до 80%, залежно від вікових, статевих, етнічних, клінічних груп дослідження. При цьому у науковців викликає занепокоєння прогресивне зростання в

популяції кількості осіб з диспластичним фенотипом, що розглядається як результат впливу нових мутагенних факторів соціального, техногенного й екологічного характеру, які формують збільшення так званого «генетичного вантажу» [4,6–9].

Враховуючи поліорганність і полісистемність ураження при дисплазіях сполучної тканини, прояви її аномалій мають практичне значення для широкого спектра нозологій і майже для кожної клінічної спеціальності, у тому числі для дитячої нефрології.

Ідентифікація НДСТ, як форми патології людини, є логічним наслідком прогресу клінічного мислення під впливом останніх досягнень молекулярної біології та генетики, еволюції поглядів на причини, патогенез і нозологічну сутність окремих захворювань.

Особливості умов проживання, неповноцінне харчування, стресові фактори, порушення режиму, обмежена фізична активність — усі ці фактори зумовлюють порушення обмінних процесів на різних рівнях, зміни трансмембранного потенціалу, процесів окислення. Такий метаболічний дисбаланс призводить до порушень клітинної біоенергетики, одним з проявів якої є дефіцит маси тіла, що лежить в основі розвитку захворювань дитячого віку загалом та нефрологічної патології зокрема. У такій ситуації діти з проявами синдрому дисплазії сполучної тканини заслуговують на особливу увагу, як в плані удосконалення діагностики, так і в плані удосконалення лікування [14].

Матеріал і методи дослідження

Під нашим спостереженням, на базі Центру дитячої нефрології та артеріальної гіпертензії дитячої клінічної лікарні м. Львова було 40 дітей віком від 2 до 18 років з інфекційно-запальними захворюваннями сечових шляхів та клінічними симптомами НДСТ. Діти були поділені на дві групи: основну (20 дітей) та групу контролю (20 дітей). Важливими критеріями поділу дітей на групи

Таблиця 1

Клінічні симптоми та ознаки недиференційованої дисплазії сполучної тканини у дітей основної та контрольної груп

Клінічна ознака	Основна група		Група контролю	
	%	абс.	%	абс.
Знижений індекс Варге	55	11	40	8
Загальна слабкість	55	11	55	11
Швидка втомлюваність	55	11	50	10
Емоційна лабільність	55	11	55	11
Порушення сну	25	5	20	4
Біль голови	55	11	45	9
Запаморочення	20	4	15	3
Серцебиття	30	6	30	6
Кардіалгії	25	5	25	5
Задишка при фізичних навантаженнях	15	3	25	5
Зміна кольору обличчя	65	13	40	10
Посилена пітливість при стресах	35	7	20	4
Мерзлякуватість кінцівок	50	10	45	9
Біль в животі	25	5	35	7

дослідження була маса тіла, значну частку якої становить сполучна тканина.

Критеріями включення пацієнтів в основну групу дослідження були: наявність у дитини дефіциту маси тіла (менше 25-го перцентиля), відсутність її наростання протягом останніх 3–6 місяців, зниження апетиту. У дітей групи контролю маса тіла знаходилась в межах 25–75 перцентиля.

Усім дітям основної групи, крім базової терапії, з метою активації метаболічних процесів у комплексі терапії призначали метаболічний препарат «Тріметабол», до складу якого входить стимулятор апетиту метопін (ципрогептадина ацефілінат), анаболічний середник з метаболічними властивостями DL-карнітину хлорид, незамінна амінокислота, що бере участь у процесах асиміляції і росту, біосинтезі білка, L-лізин, комплекс вітамінів групи В (В₁, В₆, В₁₂), які виконують роль коферментів у метаболізмі ліпідів, білків і вуглеводів на клітинному рівні. Тріметабол призначали дітям за 30–60 хвилин до основних прийомів їжі у віковій дозі протягом 30 днів. Діти не отримували інших вітамінних препаратів та препаратів з анаболічною дією.

Діти групи контролю отримували базову терапію, препарат «Тріметабол» не застосовувався.

Для оцінки ефективності лікування та переносимості Тріметаболу використовували спеціальний щоденник, розроблений відповідно до протоколу клінічного дослідження, який відповідав усім етичним вимогам щодо проведення таких досліджень.

Усім дітям обох груп було проведено комплексне клініко-лабораторно-інструментальне обстеження.

У діагностичному алгоритмі НДСТ ми визначали індекс Варге ($IV = \text{маса тіла (г)} : \text{зріст (см)}^2 \cdot \text{вік (роки)} : 100$ ($N = > 1,5$)), який є важливим діагностичним критерієм проявів дисплазії сполучної тканини. Крім того, застосовували метод Бейтона для вимірювання ступеня гіпермобільності суглобів.

Для оцінки суб'єктивних скарг використовувалась спеціально розроблена анкета відповідно до Гентських критеріїв та Вільшраншської класифікації, з бальною шкалою (0 балів – відсутність ознак, 1 бал – помірно виражені прояви ознаки, 2 бали – значні прояви).

Дослідження особливостей метаболізму сполучної тканини проводилось за уніфікованими біохімічними методиками визначення рівня оксипроліну в сироватці крові та сечі.

Усі отримані цифрові дані опрацьовано статистично з урахуванням нормальності розподілу даних.

Таблиця 2

Динаміка клінічних симптомів та ознак недиференційованої дисплазії сполучної тканини на тлі застосування препарату «Тріметабол» та в групі контролю

Клінічна ознака	Основна група				Група контролю			
	до лікування		після лікування		до лікування		після лікування	
	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.
Знижений індекс Варге	55	11	30	6	40	8	40	8
Загальна слабкість	55	11	25	5	55	11	45	9
Швидка втомлюваність	55	11	15	3	50	10	45	9
Емоційна лабільність	55	11	20	4	55	11	50	10
Порушення сну	25	5	5	1	20	4	15	3
Біль голови	55	11	10	2	45	9	35	7
Запаморочення	20	4	0	0	15	3	10	2
Серцебиття	30	6	10	2	30	6	10	2
Кардіалгії	25	5	1	1	25	5	10	2
Задишка при фізичних навантаженнях	15	3	5	1	25	5	5	1
Зміна кольору обличчя	65	13	35	7	40	10	40	8
Посилена пітливість при стресах	35	7	20	4	20	4	20	4
Мерзлякуватість кінцівок	50	10	35	7	45	9	45	9
Біль у животі	25	5	0	0	35	7	10	2

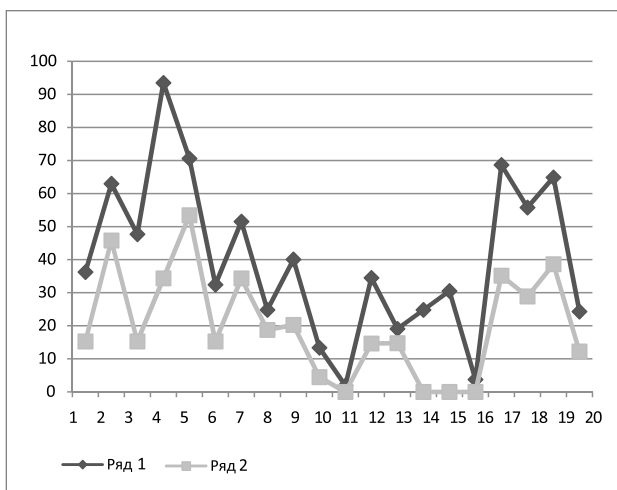


Рис. 1. Динаміка рівнів вільного оксипроліну до та після прийому препарату «Тріметабол».

Результати дослідження та їх обговорення

Частота клінічних проявів НДСТ у дітей обох груп була подібною і не мала статистично достовірних відмінностей. У значній частини дітей обох груп спостерігалися прояви астено-невротичного синдрому зі скаргами на загальну слабкість (55% у кожній групі), швидку втомлюваність (55% дітей основної групи та 50% дітей групи контролю), емоційну лабільність (55% у кожній групі), порушення сну (25% дітей основної групи та 20% дітей групи контролю), головний біль (55% дітей основної групи та 45% дітей групи контролю) та запаморочення (20% дітей основної групи та 15% дітей групи контролю).

У дітей обох груп часто спостерігались прояви вегетовісцеральної дисфункції — зміна кольору обличчя (65% дітей основної групи та 50% дітей групи контролю), мерзлякуватість кінцівок (50% дітей основної групи та 45% дітей групи контролю), серцебиття (30% у кожній групі), кардіалгії (25% у кожній групі), задишка при фізичних навантаженнях (15% дітей основної групи та 25% дітей групи контролю), посилена пітливість при психогенному навантаженні, стресах (35% дітей основної групи та 20% дітей групи контролю), болі в животі (25% дітей основної групи та 35% дітей групи контролю).

Індекс Варге був зниженим у 55% пацієнтів основної та 40% дітей групи контролю (табл. 1).

На тлі лікування стан дітей обох груп покращився, однак суттєво краща динаміка спостерігалась у дітей основної групи, які в комплексі терапії отримували Тріметабол.

У дітей основної групи вдвічі зменшилась частота скарг на загальну слабкість та зміни кольору обличчя, посилену пітливість при психоемоціональних навантаженнях, мерзлякуватість кінцівок, практично втричі зменшилась частота скарг на швидку втомлюваність та емоційну лабільність, серцебиття, задишку при фізичних навантаженнях, кардіалгії. У дітей основної групи в динаміці спостереження і лікування зникли такі симптоми, як запаморочення та біль у животі. Показник індексу Варге в основній групі покращився у 25% дітей, тоді як у дітей групи контролю він не змінився (табл. 2).

Позитивний ефект препарату «Тріметабол» був підтверджений також лабораторними показниками.

Методом якісної реакції (за ступенем помутніння) нами було визначено рівень оксипроліну в сечі, як показника метаболізму колагену. На початку дослідження

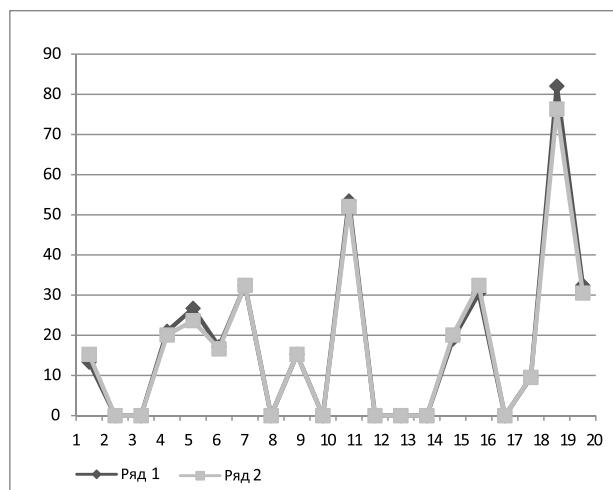


Рис. 2. Динаміка рівнів вільної фракції оксипроліну в сироватці крові: на початку та в динаміці у дітей групи контролю.

у дітей основної групи рівень цього показника від «++++» до «+++» відмічався у 55% дітей, у межах «++» — у 35% дітей, у межах «+» — у 10% дітей.

Після закінчення лікування із застосуванням метаболічного препарату «Тріметабол» в основній групі рівень цього показника від «++++» до «+++» відмічався у 15% дітей, в межах «++» — у 15% дітей, в межах «+» — у 40% дітей, від'ємна реакція спостерігалась у 30% дітей, що свідчить про істотне зменшення екскреції оксипроліну із сечею.

У дітей групи контролю вихідні показники за цією реакцією істотно не відрізнялись від показників основної групи і практично не мали тенденції до змін на тлі базового лікування.

Нами також визначено, що у дітей основної групи, на відміну від дітей групи контролю, відбувалося істотне зменшення показника вільної фракції оксипроліну у сироватці крові за рахунок збільшення зв'язаної фракції, що опосередковано свідчить про зменшення інтенсивності дегенеративних процесів в організмі дітей.

Згідно з отриманими даними, середнє значення вільного оксипроліну у дітей до лікування препаратом «Тріметабол» становило $40,1 \pm 4,2$ мкмоль/л, а після лікування — $20,08 \pm 3,71$ мкмоль/л. Динаміка показників вільної фракції оксипроліну до та після лікування пацієнтів показана на рис. 1.

У дітей групи контролю ми не виявили динаміки рівня вільної фракції оксипроліну під час лікування і спостереження за дітьми (рис. 2).

Слід зазначити, що у всіх пацієнтів на тлі лікування Тріметаболом відбулося зростання маси тіла в межах від 100 до 1100 г, в середньому 650 г за місяць. У більшості дітей основної групи (85%) спостерігалось покращання апетиту, як за частотою прийомів їжі, так і за об'ємом разової порції та швидкістю її споживання.

За нашими даними, використання Тріметаболу в комплексі терапії мало сприятливий вплив на загальний стан та самопочуття дітей за рахунок комплексного впливу складників препарату. Можна припустити, що важлива роль у покращенні стану дітей обумовлена дією L-карнітину, який є незамінним вітаміноподібним елементом та забезпечує модуляцію внутрішньоклітинного гомеостазу коферменту А у матриксі мітохондрій, регулюючи інтенсивність біоенергетичного метаболізму. Крім цього,

карнітин бере участь у процесах гліколізу, синтезу жирних кислот, обміну кетонів тїл і холіну [10].

Зменшення проявів астено-невротичного синдрому та вегето-вісцеральної дисфункції може бути зумовлене дією вітамінів групи В та лізину.

Відповідно до сучасних уявлень, вітаміни потрібні для усіх аспектів життєдіяльності дитячого організму. Зокрема вітаміни потрібні для зростання організму, підтримки нормального кровотворення, обмінно-енергетичних процесів, репродуктивної функції, забезпечення діяльності нервової, серцево-судинної, травної та імунної систем. Вітаміни відіграють важливу роль в обміні ксенобіотиків, формуванні антиоксидантного захисту. Вітаміни, як незамінні сполуки, обумовлюють природну резистентність організму до дії несприятливих чинників і забезпечують оптимальні умови розвитку і функціонування всіх його систем [10].

На сьогодні відомо близько 25 ферментативних реакцій, у яких бере участь вітамін В1, регулюючи вуглеводний, білковий та жировий обмін. Важливою його функцією є декарбоксілювання α -кетокислот. Цей вітамін бере участь у процесах переамінування, створює більш сприятливі умови для використання аскорбінової кислоти ферментними системами організму. Тіамін сприяє біосинтезу актину та міозину, які задіяні у процесах скорочення міокарда та скелетної мускулатури. Тіамін стимулює синтез елементів сполучної тканини, які відіграють значну роль у формуванні опорно-рухового апарату, що важливо при всіх захворюваннях сполучної тканини та ураженнях опорно-рухового апарату [3].

Головною функцією вітаміну В6 (піридоксину) є участь в обміні амінокислот, необхідних для синтезу всіх білкових структур органів та тканин організму. Піридоксин здійснює суттєвий вплив на обмін білків та жирів, він необхідний для нормальної утилізації в організмі людини міді та заліза.

Вітамін В12 (кобаламін) бере активну участь в обміні білків, жирів і вуглеводів у тісній взаємодії з вітаміном С, фоліевою та пантотеновою кислотами, в метаболізмі фоліевої кислоти при виробленні холіну, синтезі дезоксирибонуклеїнової і рибонуклеїнової кислот, гемоглобіну та ряду імуноактивних сполук [15].

Лізин — незамінна амінокислота, необхідна для нормального формування кісток і росту дітей, сприяє засвоєнню кальцію. Ця амінокислота є будівельним матеріалом кров'яних тілець, вона зміцнює кровоносну систему та підтримує нормальний ріст клітин. Лізин бере участь у синтезі антитіл, гормонів, ферментів, у формуванні колагену та відновленні тканин [10].

Покращення апетиту у дітей основної групи, імовірно, було пов'язане з дією метопіну (ципрогептадину ацефілі-

нату) — антигістамінного засобу з антисеротоніновою активністю. Крім антиалергічної та седативної дії ця речовина стимулює апетит, впливаючи на гіпоталамус. Часто діти зі зниженим апетитом також мають розлади травної системи, тож стимулювання лише центру голоду може викликати невідповідність між прийомом їжі і здатністю організму перетравити і засвоїти її. Для попередження цього препарат містить карнітин, який стимулює виділення шлункового соку і секрету підшлункової залози і забезпечує оптимальні умови для засвоєння вітамінів, мікроелементів і поживних речовин. Комплекс вітамінів, які входять до складу препарату, виконує роль коферментів у метаболізмі ліпідів, білків і вуглеводів. L-лізин доповнює формулу препарату, чинить негормональну анаболічну дію. Завдяки збалансованому складу препарат поліпшує апетит і сприяє збільшенню маси тіла [13].

Висновки

Поширеність НДСТ у дітей з нефрологічною патологією є значною, що потребує застосування специфічних діагностичних підходів та досліджень, у тому числі визначення рівня оксипроліну в сироватці крові та сечі. Враховуючи, що оксипролін складає третину амінокислот колагену, вміст вільного оксипроліну в сечі можна вважати маркером деструкції основної речовини сполучної тканини.

Доведена ефективність корекції диспластичних процесів за допомогою метаболічного препарату «Тріметабол», який сприяє стимуляції колагенотворення і покращенню біоенергетичного стану організму. У дітей з НДСТ на тлі інфекційно-запальних захворювань сечової системи при включенні в комплекс терапії Тріметаболу спостерігалось зменшення вільної фракції оксипроліну в сироватці крові та зменшення екскреції оксипроліну із сечею.

Включення Тріметаболу в комплекс лікування таких дітей суттєво зменшувало частоту астено-невротичного синдрому та вегето-вісцеральних дисфункцій завдяки комплексу метаболічних впливів компонентів препарату.

Загальна переносимість препарату у всіх пацієнтів була доброю. Лише у однієї дитини відмічались нудота та підвищена сонливість. Однак ці прояви не вплинули на перебіг та ефективність лікування та не вимагали відміни препарату «Тріметабол». Випадків небажаних ефектів, які потребували б відміни препарату або проведення додаткових лікувальних заходів, не було.

Результати дослідження свідчать про достатню клінічну ефективність, безпечність та хорошу переносимість препарату «Тріметабол» у дітей з клінічними проявами НДСТ та інфекційно-запальними захворюваннями сечових шляхів порівняно з базисною терапією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бакалюк О. Й. Нефрологія для сімейного лікаря / О. Й. Бакалюк. — Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. — 440 с.
2. Вельтищев Ю. Е. Пути совершенствования методов профилактики наследственных заболеваний и охраны здоровья детей / Ю. Е. Вельтищев // Педиатрия. — 1986. — № 8. — С. 3—8.
3. Дефицит витаминов и микроэлементов у детей и их коррекция / И. Н. Захарова, Е. В. Скоробогатова, Е. Г. Обыкновенная [и др.] // Педиатрия. — 2007. — № 3. — С. 112—118.
4. Дисплазии соединительной ткани : материалы симпозиума / под ред. Г. И. Нечаевой. — Омск : ОПМА, 2002. — 168 с.
5. Іванов Д. Д. Інфекції сечової системи у дітей / Д. Д. Іванов // Дитячий лікар. — 2011. — № 2. — С. 12—14.
6. Кадурина Т. И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. И. Горбунова. — Санкт-Петербург : Элби-СПб, 2009. — 704 с.
7. Калдыбекова А. А. Особенности вторичного пиелонефрита у детей на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани : автореф. дис. канд. мед. наук / А. А. Калдыбекова. — Екатеринбург, 2008. — 31 с.
8. Назаренко Л. Г. Дисплазия сполучної тканини: роль в патології людини і проблемах гестаційного періоду / Л. Г. Назаренко // Жіночий Лікар. — 2010. — № 1. — С. 42—48.
9. Омельченко Л. И. Дисплазии соединительной ткани у детей / Л. И. Омельченко, В. Б. Николаенко // Doctor. — 2004. — № 1. — С. 44—47.

Триметабол

Гармонійний розвиток організму

Потрійний
Регулятор
Харчування

Стимулює апетит

Збільшує шлункову секрецію,
покращує засвоєння їжі

Має метаболічно-адаптогенну дію

Триметабол корегує диспластичні процеси, сприяє стимуляції колагенуутворення і покращенню біоенергетичного стану організму у дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини на фоні інфекційно-запальних захворювань сечової системи.*

Дозування:

Діти від: $\left\{ \begin{array}{l} 2\text{х до } 3\text{х років} - 2,5 \text{ мл } 3 \text{ рази на добу} \\ 3\text{х до } 6 \text{ років} - 5 \text{ мл } 3 \text{ рази на добу} \\ 6 \text{ років та дорослі} - 5-10 \text{ мл } 3 \text{ рази на добу} \end{array} \right.$
Рекомендується приймати за 30-60 хвилин до їжі



За додатковою інформацією звертайтеся:
«Бі-фарма» т/ф (044) 501-69-79,
e-mail: info@b-pharma.com.ua

Grupa Uriach

Р.П. № UA/3529/01/01 від 28.04.2011

Інформація для фахівців охорони здоров'я, для поширення на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичною тематикою.

*Наньковський С.П., Добрик О.О., Іошві М.Ю. Метаболічна терапія та її роль в комплексному лікуванні дисплазії сполучної тканини у дитячій нефропатії. Сучасні підходи №1, 2016
Інструкція приведена у скороченому варіанті. Склад: 100 мл розчину-DL-карнітину гідрохлориду 7,5 г, L-лізіну гідрохлориду 5 г; метопін 35 мг; вітаміну В6 600 мг, вітаміну В1 600 мг, вітаміну В12 20 мг. Метопін-антагоніст серотоніну, стимулює апетит. Карнітин стимулює виділення шлункового соку та секрету підшлункової залози. Вітаміни В1, В6, В12 виконують роль коферментів у метаболізмі ліпідів, білків і вуглеводів. L-лізін-основа біосинтезу білків, негормональна анаболічна дія. Показання для застосування: стимулювання апетиту, як негормональний анаболічний засіб. Протипоказання: Підвищена чутливість до діючої речовини; загострення бронхіальної астми, глаукома, пептична виразка, ліпоростеноз, симптоматична гіпертрофія передміжурової залози, контрактура шийки сечового міхура; одночасне застосування інгібіторів MAO. Побічні ефекти. На початку лікування виникає сонливість, яка зникає на 3-4 день лікування.

- | | |
|---|--|
| <p>10. Ребров В. Г. Витамины и микроэлементы / В. Г. Ребров, О. А. Громова. — Москва : Алев-В, 2003. — 648 с.</p> <p>11. Сергеева К. М. Вторичные нефропатии у детей. Диагностика и принципы лечения / К. М. Сергеева, Н. Н. Смирнова // Нефрология. — 2000. — Т. 4, № 2. — С. 19—23.</p> <p>12. Синицька В. О. Метаболічна терапія в комплексному лікуванні синдрому дисплазії сполучної тканини у дітей / В. О. Синицька, Г. А. Павлишин, О. Б. Чубата // Мистецтво лікування. — 2008. — № 8. — С. 89—91.</p> | <p>13. Сниженный аппетит и его коррекция / Султанов А. Т., Рожкова С. Н., Салихова М. З. [та ін.] // Педиатрия. — 2013. — № 3. — С. 59—61.</p> <p>14. Чурилина А. В. Нарушение метаболизма соединительной ткани при некоторых патологических состояниях у детей / А. В. Чурилина, О. Н. Москалюк // Здоровье ребенка. — 2006. — № 1. — С. 122—126.</p> <p>15. Eaton S. Mammalian mitochondrial b-oxidation / S. Eaton, K. Bartlett, M. Pourfarzam // Biochem. J. — 1996. — Vol. 320. — P. 345—357.</p> |
|---|--|

Метаболическая терапия и ее роль в комплексном лечении дисплазий соединительной ткани в детской нефрологии

С.Л. Няньковский, О.О. Добрик, М.Ю. Иськив

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Украина

Цель: усовершенствование диагностики и лечения дисплазии соединительной ткани у детей с нефрологической патологией.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 40 детей в возрасте от 2 до 18 лет с инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевых путей и клиническими симптомами недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). В основную группу вошли 20 детей с дефицитом массы тела (меньше 25-го перцентиля) и сниженным аппетитом, в группу контроля — 20 детей с массой тела в пределах 25–75 перцентиля. Всем детям основной группы дополнительно назначали препарат «Триметабол» в возрастной дозе в течение 30 дней.

Результаты. Частота клинических проявлений НДСТ у детей обеих групп была сходной и не имела статистически достоверных отличий. У значительной части детей обеих групп наблюдали проявления астено-невротического синдрома и вегето-висцеральной дисфункции. На фоне лечения улучшилось состояние детей обеих групп, но более выраженная положительная динамика наблюдалась у детей основной группы, которые в комплексе терапии получали Триметабол. Положительный эффект препарата подтверждался лабораторными показателями.

Выводы. Использование Триметабола в терапии НДСТ благоприятно влияло на общее состояние и самочувствие детей за счет комплексного действия компонентов препарата. Результаты исследования свидетельствуют о достаточной клинической эффективности, безопасности и хорошей переносимости препарата «Триметабол» у детей с клиническими проявлениями НДСТ и инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевых путей.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, детская нефрология, оксипролин.

Metabolic therapy and its role in the complex treatment of connective tissue dysplasia in Pediatric Nephrology

S.L. Nyan'kovskiy, O.O. Dobrik, M.Yu. Is'kiv

Danylo Galytskyi Lviv National Medical University, Ukraine

Objective: to improve the diagnostics and treatment of connective tissue dysplasia in patients with nephrology pathology children.

Patients and methods. A total of 40 children in the age from 2 to 18 years with infectious and inflammatory diseases of the urinary tract and the clinical symptoms of undifferentiated connective tissue dysplasia (NDCTD) were under observation. The main group consisted of 20 children with underweight (less than the 25th percentile), and loss of appetite. The control group consisted of 20 children with a body weight within the 25–75 percentiles. All children of the main group additionally applicated «Trimetabol» in the age dose for 30 days.

Results. The frequency of clinical manifestations of the NDCTD in children of the both groups was similar and had no statistically significant differences. In a significant proportion of children of the both groups were observed manifestations of asthenic-neurotic syndrome and vegetative-visceral dysfunction. Due to the treatment was improved the condition of children in both groups, but more pronounced positive dynamics were observed in children of the main group, which received Trimetabol in the complex therapy. The positive effect of preparation was confirmed by laboratory parameters.

Conclusions. The use of Trimetabol in the therapy of the NDCTD had a positive effect on the general condition and well-being of children through an integrated action of the components of the preparation. The results of examination certify about sufficient clinical efficacy, safety and tolerability of «Trimetabol» in children with clinical manifestations of the NDCTD and infectious and inflammatory diseases of the urinary tract.

Key words: connective tissue dysplasia, children's nephrology, hydroxyproline.

Сведения об авторах:

Няньковский Сергей Леонидович — д.м.н., проф., зав. каф. педиатрии Львовского НМУ им. Д. Галицкого. Адрес: г. Львов, ул. П.Орлика, 4; тел. +38 (032) 2917851.

Добрик Ольга Александровна — к.мед.н., доц. каф. педиатрии Львовского НМУ им. Д. Галицкого. Адрес: г. Львов, ул. П.Орлика, 4; тел. +38 (032) 2917851.

Иськив М.Ю. — каф. педиатрии Львовского НМУ им. Д. Галицкого. Адрес: г. Львов, ул. П.Орлика, 4; тел. +38 (032) 2917851.

Статья поступила в редакцию 06.02.2016 г.