

Выводы

– Использование комплексной терапии бронхиальной астмы у детей с применением вышеперечисленных немедикаментозных методов и факторов, включая спелеоклиматотерапию, дыхательную гимнастику, кинезотерапию, существенно повышает эффективность реабилитации, что позволяет учитывать индивидуальную особенность больного ребенка, индивидуально корректировать лечение и добиваться длительной ремиссии.

– Рациональное использование немедикаментозных методов реабилитации позволяют уменьшить объем и длительность применения медикаментов «базис» терапии, они безопасны и психологически хорошо переносятся детьми. Катамнестический анамнез показал, что эффективность сохраняется от одного года до полутора лет.

– Использование эффективных методов физиореабилитации в местных условиях (г. Тирасполь) значительно уменьшает экономические затраты на оздоровление детей, а также снижает состояние дезаклиматизации.

Список литературы

1. Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика. // Научно-практическая программа. – М., 2007. – 3–48 с.
2. Геппе Н.А., Ревакина В.А. и др. Многоцентровое открытое рандомизированное клиникоэкономическое исследование различных режимов фармакотерапии при лечении среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмы // Аллергология. – 2007. – № 3–3–11.
3. Огородова Л.М., Петровский Ф.И., Прохорова Т.П. Контроль над бронхиальной астмой: можем ли мы достичь большего // Атмосфера. – 2007. – № 3. – С. 1–4.

НЕЙРОПАТИЯ ЛОКТЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Кравцова А.Г., Гарбуз И.Ф.

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: med.fac.pediatrics@mail.ru

Нейропатия локтевого нерва у детей после перенесенных травм локтевого сустава занимает лидирующее место среди последствий травм локтевого сустава уступая только посттравматическим деформациям.

С 2009 по 2014 года на базе ГУ «РЦМиР» г. Тирасполь мы наблюдали 38 больных детей с посттравматической нейропатией локтевого нерва, из которых 20 девочек и 18 мальчиков. Возраст детей колебался в среднем от 3 до 15 лет. Причиной нейропатии, у наблюдавшихся больных, были следующие: закрытая репозиция костных отломков плечевой кости с транскутанной фиксацией спицами – 12 больных; закрытая репозиция костных отломков плечевой кости с наложением гипсовой повязки – 9; Открытая репозиция костных отломков плечевой кости с фиксацией спицами – 11; Закрытое вправление вывиха костей предплечья – 6. У всех вышеуказанных детей были манипуляции на области

локтевого сустава – травматизация тканей в зоне локтевого нерва. Рубцовая компрессия локтевого нерва локализовалась в зоне манипуляции.

Основные симптомы посттравматической нейропатии локтевого нерва у наблюдаемых нами детей были следующие: трудноподающиеся лечению посттравматические сгибательно-разгибательные контрактуры в локтевом суставе; появление неприятных ощущений (онемение и парестезии) в области IV и V пальцев кисти; наступает снижение силы в приводящих и отводящих мышцах пальцев кисти; в запущенных случаях кисть напоминает «когтистую лапу». Функции лучевого нерва при посттравматической нейропатии локтевого нерва не страдает, в следствии чего, основные фаланги 4–5 пальцев оказываются резко разогнутыми. Сохранена функция и срединного нерва и при нейропатии локтевого нерва средние фаланги согнуты, V палец обычно отведен.

Диагностическими признаками посттравматической нейропатии локтевого нерва у детей служили: при сжатии кисти в кулак V, IV и отчасти III пальцы сгибаются не полностью; при плотно прилегающей к столу кисти «царапание» мизинцем по столу невозможно; в этом же положении кисти невозможны разведение и приведение пальцев, особенно IV и V; при пробе удержать лист бумаги последняя не удерживается выпрямленным 5 пальцем. При запущенных формах посттравматической нейропатии локтевого нерва определяется атрофия мелкие мышцы кисти – межкостные, червеобразные, возвышений мизинца и I пальца.

Анализируя наши наблюдения для определения дальнейшей тактики лечения при посттравматической нейропатии локтевого нерва у детей, предлагаем следующую рабочую классификацию: Посттравматическая нейропатия локтевого нерва 1 степени; 2 степени; 3 степени и 4 степени.

Предложенная классификация дает возможность определить конкретную тактику лечения в данный момент, учитывая клиническую картину, а именно – при посттравматической нейропатии локтевого нерва 1 степени, когда клиническая картина только появляется, а симптоматика не постоянная таких больных продолжает лечить реабилитолог уделяя особенное внимание функции локтевого сустава. При прогрессировании патологии, при появлении конкретной постоянной симптоматики больные осматриваются специалистом невропатологом и посттравматическая нейропатия уже принимает статус 2 степени. Больные принимают кроме реабилитационного лечения патологии локтевого сустава и неврологическое лечение.

К сожалению, посттравматическая нейропатия локтевого нерва носит прогрессивный характер и в независимости от способов лечения заболевание прогрессирует, появляются стойкие

постоянные симптомы и у большинства больных появляются классические симптомы с неприятными постоянными ощущениями – нейропатия 3 степени, когда имеются абсолютные показания для хирургического лечения.

Не леченные больные с посттравматической нейропатией локтевого нерва 3 степени теряют функции 4–5 пальцев а иногда и третьего с атрофией мышц кисти, патология переходит в 4 степень, когда оперативное вмешательство не всегда дает желаемый результат в независимости от методики операции.

Из 38 больных, в наблюдаемой нами группе, с посттравматической нейропатией локтевого нерва с первой степенью заболевания были 2 детей; 2 степени 8 детей; 18 больных – 3 степени и 10 больных – 4 степень. Дети с нейропатией 1–2 степени выявлены ортопедом при коррекции реабилитационного лечения посттравматической контрактуры в локтевом суставе. Больные 3–4 степени обратились по направлению невропатолога и ортопеда.

Все больные дети 3–4 степени (28) оперированы: из которых произведен невролиз локтевого нерва у 17 больных; невролиз локтевого нерва и перемещение места расположения последнего у 11 больных. Ближайшие результаты у всех больных положительные. Полное восстановление функции локтевого нерва, функции пальцев кисти спустя год наблюдали у 21 ребенка. 7 больных исчезли из поля зрения, результат лечения не известен.

Выводы

1. Посттравматическая нейропатия локтевого нерва у детей сложная патология и ортопедическое лечение необходимо начинать как можно раньше.
2. Предложенная классификация практична и определяет тактику лечения.
3. Способ хирургического лечения зависит от степени заболевания.
4. Оперативное лечение посттравматической нейропатии локтевого нерва эффективное, простое и недорогое.

ИССЛЕДОВАНИЕ O₂-СВЯЗЫВАЮЩИХ СВОЙСТВ ГЕМОГЛОБИНА В ЭРИТРОЦИТАХ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кузьмичева Л.В., Акимова Е.А.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева»,
Саранск, e-mail: leakimo@yandex.ru

В патофизиологии сердечно-сосудистых заболеваний одно из ключевых мест занимает гипоксия, так как при этом происходит нарушение газотранспортной функции крови и, во многих случаях, снижение эффективности переноса кислорода эритроцитами. Одной из важных причин нарушения кислородтранспортной

системы может быть изменение конформации гемопорфирина гемоглобина (Hb) и его сродства к кислороду (O₂). Изменение конформации гемопорфирина и O₂-связывающих свойств гемоглобина исследовали методом спектроскопии комбинационного рассеяния. Исследование выполнено на рамановском спектрометре in via Basis фирмы Renishaw с короткофокусным высокосветосильным монохроматором (фокусное расстояние не более 250 мм). Для возбуждения рамановских спектров использовался лазер (длина волны излучения 532 нм, мощность излучения 100 мВт, объектив 100х). Регистратор данных – CCD детектор (1024×256 пикселей с пельтье-охлаждением до – 70 °С) с решеткой 1800 штр/мм. Оцифрованные спектры обработаны в программе WIRE 3.3. Произведена коррекция базовой линии, сглаживание спектров. В данной работе для анализа конформации гемопорфирина гемоглобина (Hb) использовали характерные полосы спектра КР (указаны положения максимумов): 1172, 1355, 1375, 1548–1552, 1580–1588, 1618, 1668 см⁻¹. Функциональную активность красных кровяных клеток определяли по содержанию эритроцитов, среднему объему эритроцита (MCV) и средней концентрации гемоглобина (MCHC) в клетках. Как показали наши исследования в крови практически здоровых людей (n = 9) содержание эритроцитов в пределах 4,57 ± 0,09·10¹², средний объем эритроцита, и средняя концентрация гемоглобина в клетках составляет соответственно 94,3 ± 2,24 фл и 316,2 ± 2,04 г/л. У больных инфарктом миокарда (n = 10) в эритроцитах средняя концентрация гемоглобина в клетках в пределах нормы и составляет 312 ± 1,6 г/л. У всех обследованных наблюдается разный объем клеток: у 67% показатель MCV в пределах 80–100 фл, эритроциты характеризуются как нормоциты, 33% – объем эритроцитов больше 100 фл (макроциты). В эритроцитах наблюдаются изменения в соотношении интенсивности полос КР спектров. Так, отношение интенсивностей I₁₃₅₅/I₁₅₅₀, отражающее относительную способность всего гемоглобина в пробе связывать лиганды (в т.ч. кислород), увеличивается на 13,0%. Интенсивность соотношения полос спектров (I₁₃₅₅/I₁₅₅₀)/(I₁₃₇₅/I₁₅₈₀), отражающее сродство гемоглобина к лигандам, в первую очередь, кислороду увеличивается на 22,0%. Отношение интенсивностей I₁₆₁₈/I₁₅₈₀, характеризующееся содержанием комплексов Hb с NO, при наличие связи между атомом Fe²⁺ и глوبيном, составляет 0,36±0,06 отн. ед., что выше контрольных значений на 53%. Сравнительная статистическая оценка функциональной активности эритроцитов крови позволила установить тесную корреляционную связь между объемом эритроцитов и сродством гемоглобина к лигандам (r = 0,67; p < 0,05) и с содержанием комплексов Hb с NO при наличие связи между атомом Fe²⁺ и гло-